

LUIS MIGUEL SAN MILLÁN DE LA FUENTE



GRADO EN ECONOMÍA
CURSO ACADÉMICO 2021/2022

TRABAJO DE FIN DE GRADO

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y
PRIVADA EN ESPAÑA

COMPARISON OF THE QUALITY OF PUBLIC AND PRIVATE
HEALTH IN SPAIN

AUTOR

LUIS MIGUEL SAN MILLÁN DE LA FUENTE

DIRECTOR

JOSÉ MANUEL ALONSO ALONSO

18 de junio de 2022

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. Resumen | 5 |
| 2. Introducción | 6 |
| 3. Marco teórico | 7 |
| 3.1 Teoría de contratos Incompletos | 9 |
| 4. Revisión de la literatura | 11 |
| 5. Datos y metodología..... | 13 |
| 6. Resultados | 15 |
| 7. Conclusiones y propuestas | 17 |
| 8. Bibliografía..... | 19 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|---|----|-------------------------------|
| Tabla 1, estadísticos principales. | 14 | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 2, resultados. | 15 | |
| Tabla3, resultados. | 16 | |

1. Resumen

En este trabajo se analizará la calidad y eficiencia del sistema público español de salud respecto al sistema privado. Los usuarios en la gran mayoría de casos desconocen que servicio les puede dar mayor calidad y eso repercute en su bienestar. Con las estadísticas del ministerio de sanidad español y las regresiones realizadas con las variables proxy, se estudiarán para ver si hay diferencias entre el sistema público o privado. Es decir, si se cumple o no la ley de contratos incompletos. Esta ley de contratos explica como las empresas privadas que proporcionan servicios, en este caso servicios sanitarios, tienen incentivos para disminuir los costes de su actividad, repercutiendo en la calidad y eficiencia del servicio. En el caso de España no se cumple esta situación por lo que no existen diferencias en términos de calidad de los servicios públicos y privados de salud.

PALABRAS CLAVE: eficiencia, calidad, sanidad pública y privada, contratos incompletos.

ABSTRACT

This paper will analyze the quality and efficiency of the Spanish public health system compared to the private system. Users in the vast majority of cases do not know what service can give them higher quality and that affects their well-being. With the statistics of the Spanish Ministry of Health and the regressions carried out with the proxy variables, they will be studied to see if there are differences between the public or private system. That is, whether or not the law of incomplete contracts is fulfilled. This contract law explains how private companies that provide services, in this case health services, have incentives to reduce the costs of their activity, having an impact on the quality and efficiency of the service. In the case of Spain, this situation is not met, so there are no differences in terms of quality of public and private health services.

KEY WORDS: efficiency, quality, public and private health, incomplete contracts.

2. Introducción

La salud en nuestra vida es muy importante, hay varias perspectivas de salud física, psicológica, etc. El equilibrio entre todas las vertientes de salud que existen es muy importante ya que nos generara mayor bienestar en las vidas de las personas. Una mejor salud y mayor bienestar provoca que la calidad de vida de las personas mejore, por lo que la sanidad debe de ser considerada con gran importancia en nuestras vidas, y saber elegir entre un servicio sanitario u otro puede ser clave para mejorar las vidas de las personas. (Simmedica, 2018)

Es habitual que en conversaciones con amigos, familiares o conocidos se pregunte por el estado de salud en general, o como fue aquella operación, el trato durante la estancia en el hospital. La salud es un ámbito muy importante de las vidas de las personas, por eso en líneas generales se entiende que la salud es el estado (situación) en que una persona se encuentra. La preocupación por aumentar la esperanza de vida de la población en general, así como la calidad de la sanidad. Según el diccionario de la Real Academia de la lengua Española, define salud como “el estado en el que un ser u organismo no tiene ningún tipo de lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con total normalidad sus funciones vitales” (RAE, Real Académia de la lengua Española, 2022)

La elección entre la sanidad pública y privada, puede ser muy importante, ya que, si se elige la sanidad pública, puede que surjan problemas relacionados con los tiempos de espera o la calidad de los servicios. Por otro lado, la elección de la sanidad privada, el principal problema es su alto coste económico. (Simmedica, 2018)

La sanidad pública en el caso español está producida por el sector público. Los estándares de calidad son muy buenos, y España puede presumir de una de las mejores sanidades públicas del mundo. La sanidad privada española, es muy similar a la pública, sin embargo, coste económico para las personas es más alto que la atención sanitaria pública, por eso de interés estudiar, si la calidad recibida por parte de la sanidad privada es igual o similar a la pública, y que los pacientes decidan a que servicio acudir.

Según el global Health Service Monitor, elaborado por Ipsos, revela los datos de que el 60% de los encuestados reciben una atención buena o muy buena, en lo que se refiere a calidad de la asistencia sanitaria del sistema nacional de salud. A diferencia del 53 %

del resto de pacientes de otros países, donde declaran que la asistencia sanitaria es buena o muy buena. (Castellanos, 2021)

En el marco de la sanidad española, en los últimos años ha habido una tendencia a la privatización de servicios públicos que las comunidades autónomas o el estado proveían, y que, por causas económicas, principalmente los recortes y ajustes en los presupuestos público, se ha elegido este método. En la ley española, aparecen distintos métodos de gestión que pueden existir entre el sector público y privado, como puede ser consorcios, empresas públicas, etc. Por eso cabe hacerse la pregunta de si ¿se ha mejorado el sistema con estas privatizaciones? ¿los servicios que antes eran públicos y ahora privados tienen más calidad, la misma o inferior calidad?

Este trabajo analizará la eficiencia/calidad que tiene la sanidad pública y privada en el territorio español. A través de diferentes variables obtenidas de las estadísticas del ministerio de sanidad como el porcentaje de hospitales públicos y privados, los gastos totales realizados por los hospitales, los gastos por cama, los gastos por estancia. Estas variables junto con las dos variables proxy se elaborarán regresiones para conocer las diferencias que existen entre la sanidad pública y privada en España.

3. Marco teórico

“La privatización es un mecanismo existente en la economía mediante el cual el gobierno hace que una industria o una actividad deje de formar parte del ámbito público, siendo transferidas o traspasadas desde el Estado hacia empresas u organizaciones privadas. A menudo suele relacionarse el concepto de privatización con herramientas de mejora de la competencia, que ayudan a las empresas a mejorar su estructura de costes, permitiendo que los productos puedan tener mayor calidad y a precios menores, favoreciendo al consumidor.” (Galán, 2016).

Los países donde hay sanidad pública y se ha iniciado un proceso de privatización, es imposible conseguir una privatización completa. Ante la imposibilidad, se planeó una privatización por fases que se inició con las directrices de Alain Enthoven, conocido como competencia gestionada, bajo los siguientes principios:

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

1. División del sistema sanitario en unidades de producción más pequeños, donde se puede establecer criterios de estandarización y competitividad.
2. Comienzo con el gerencialismo, favoreciendo la búsqueda de eficiencia y cantidad sobre la calidad sanitaria.
3. Liberando la elección de los centros de la salud, rompiendo los criterios en los cuales se establecen los centros de salud a los que deben acudir las personas.
4. Reducción de costes, reduciendo plantillas.
5. Incremento y fomento de las tecnologías para mejorar la “producción” de la salud.

La sanidad española es producida por el sector público (Ley 14/1986), financiándose a través de los presupuestos generales del estado, siendo su presupuesto de 5434 millones de euros que da el estado español, aparte de las cantidades de las comunidades autónomas, dando una sanidad universal y con el fin de mejorar el bienestar de la sociedad. Tras la aprobación de esta ley, en España la sanidad era producida por el estado. En el año 1991, el Informe Abril (Generales, 1991), cuestionaba aspectos de la ley por la que se rige la sanidad española. Este informe, recomendaba la empresarización del sistema nacional de salud, incremento y creación de nuevos copagos sanitarios y la creación de mercados.

En 1997, se aprueba la ley 15/97 (sanidad, 1997), por la que se regulaban nuevas formas de creación de servicios sanitarios. Por la cual, fundaciones sanitarias privadas empezaban a regirse por una ley. En esta ley también se permitió de la privatización de centros sanitarios públicos. Esta ley supuso muchos enfrentamientos sociales, ya que la gente no quería que se produjesen privatizaciones, conseguir paralizar las que se iban a realizar. Los modelos de gestión sanitaria que se establecen son:

1. Consorcios, es una forma de gestión de pequeños centros sanitarios, en los cuales participan varias administraciones como ayuntamientos, administración autonómica y entidades sin ánimo de lucro. Es el sistema que más expandido está en Cataluña.
2. Empresas públicas, supone la creación de hospitales bajo el mandato de gobiernos autonómicos.
3. Fundaciones sanitarias, realizan una función social y sanitaria, sin ánimo de lucro buscando un interés público general. Existen alrededor de unas 8500 fundaciones en toda España. (Jordán, 2022)
4. Sociedad anónima, creación de hospitales totalmente privados, bajo las siglas de la Sociedad anónima, y que es muy rechazada socialmente.

5. Concesiones administrativas, es la cesión por parte de la administración públicas los derechos de los hospitales.
6. PFI, supone la financiación privada de la sanidad.
7. Entidades de base asociativa (EBA), última forma de gestión conocida, por la cual los médicos de los centros de salud se asocian creando una cooperativa, transformando la sanidad pública a privada.

La sanidad pública, al ser un organismo público tiene un presupuesto anual, y limitado, esto significa que el margen de mejora es alto, pero al disponerse de recursos monetarios limitados no se puede mejorar y hay que distribuirlos lo más eficientemente posible, para conseguir la mayor eficiencia posible y el mayor bienestar de la sociedad en general. Cabe destacar que la sanidad en general en España y en especial la pública es una de las mejores en cuanto a asistencia sanitaria a nivel mundial. Por otro lado, en España también existe sanidad privada, la cual al financiarse a través de las aportaciones de la gente que la consume, está en una situación de que es mejor en términos de eficiencia y en calidad, ya que, en los datos, se observa como la estancia media es algo superior a la sanidad pública, por ejemplo, esto significa que los hospitales privados son más eficaces y los pacientes necesitan estar menos tiempo ingresado.

3.1 Teoría de contratos Incompletos

“Pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas” (RAE, RAE, 2022). Durante el tiempo que está activo el contrato pueden suceder aspectos externos que no se controlan, los cuales es imposible o casi imposible de prever e introducirlos en el contrato. Así, la teoría de los contratos incompletos explica estas situaciones, en las que es imposible especificar absolutamente todo. (Hart, 1995).

EL problema de incompletud en los contratos es un problema de información. En las actividades de mercado, lo más normal entre las partes que ejecuten un contrato es la falta de información entre ambas.

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

Por eso en 1997, Hart et al. Se centraron en el problema que existía entre la eficiencia económica y la calidad de un servicio. ¿mantener el coste para seguir con la misma calidad? ¿eliminar costes y conseguir menos calidad?

El modelo HSV, analiza dos situaciones, el gobierno es propietario de un activo, en este caso un hospital, y emplea a un administrador público para hacerlo funcionar, o contrata una empresa privada. El modelo supone que el único que hace inversiones en el activo es el administrador, el cual puede elegir el tipo de inversiones que realiza. Tiene dos opciones, realizar inversiones las cuales mejoran la eficiencia y la calidad resultante (innovación de calidad), o reducir costos y la calidad (innovación de costes), siempre respetando lo estipulado en el contrato. Por eso, se debe de elegir el tipo de propiedad que se quiere, ya sea pública o privada.

Según la teoría de los contratos incompletos, la propiedad es determinante, ya que la prestación privada, implica que los medios y la tecnología de producción sea privada, consiguiendo tener más poder de negociación que el sector público. Además, *“el sector privado tiene grandes incentivos para invertir ex ante en reducción de costos, pero no internaliza el efecto negativo de la reducción sobre la calidad del servicio. Es decir, el sector privado tiene incentivos para producir eficientemente ya bajo costo, en desmedro de la calidad. La elección entre propiedad pública y privada depende de la ponderación entre eficiencia de costos y calidad adecuada.”* (Nieto, 2011).

Por otro lado, Schmitz modificó el modelo HSV, para introducir tres tipos de propiedad la pública, la privada y la conjunta y asumiendo que las decisiones de realizar una inversión provienen de ambas partes. El modelo de Schmitz, clarifica que el modelo de la administración o propiedad conjunta es el más óptimo, para reducir las desventajas de la propiedad pública y de la propiedad privada pura (incentivos a reducir costes).

Ante la decisión de proporcionar un bien público en condiciones óptimas de calidad, se ha de tener en cuenta los efectos sobre los costes y la variación de la calidad debido a la intervención del sector privado. El modelo HSV, indica que el sector privado puede producir eficientemente a costa de la calidad, sin embargo, Schmitz muestra las desventajas que surgen cuando el sector público es el que realiza la producción, ya que carece de incentivos para mejorar la calidad.

4. Revisión de la literatura

España es uno de los países con mejor calidad y eficiencia del sector sanitario a nivel mundial. Entre 1999 y 2009 el gasto publico real por persona se ha incrementado en un 49%. En los últimos años, con la aparición de la crisis financiera la privatización de la sanidad pública en España empezó a planear en la comunidad de Madrid. La privatización surgió como un método para reducir el gasto, pero también con la idea de realizar una mejora en calidad y eficiencia de los servicios sanitarios. *“La búsqueda de una mayor eficiencia y de un menor coste en la prestación de servicios públicos está detrás de buena parte de las reformas organizativas que se han aplicado y se proponen en el ámbito de los sistemas públicos de salud”* (Sánchez, Abellan, & Olivia, 2013, página 4). Este estudio, observa las diferencias entre distintas comunidades autónomas de España que tienen pare de sus servicios sanitarios privatizados. El modelo de gestión clínica de Asturias fue evaluado como un sistema eficaz y eficiente, en base a las encuestas de satisfacción realizadas a ciudadanos. El sistema catalán de gestión sanitaria también está bien reconocido por sus ciudadanos. *“Del resto de experiencias en el ámbito de la gestión y la organización de los servicios sanitarios, la evidencia empírica en forma de evaluaciones de sus resultados brilla por su ausencia, con contadas excepciones”* (Sánchez, Abellan, & Olivia, 2013, página 7). La escasa información hace difícil compara la gestión privada y pública. Las encuestas de satisfacción en España dan los resultados de que los ciudadanos no perciben el cambio entre un modelo u otro. Los autores en las conclusiones aborda el tema sobre continuar las privatizaciones o no, nos cuenta que hay otras prioridades sobre reformas del sistema sanitario antes de entrar en este debate (Sánchez, Abellan, & Olivia, 2013).

“Con frecuencia se asegura que la gestión pública de los centros sanitarios es ineficiente. A partir de esta premisa, no contrastada, se argumenta la necesidad de introducir elementos privatizadores en la gestión” (Sánchez, Abellan, & Olivia, 2013, resumen). Este autor en su estudio observa que el modelo de gestión privada no es necesariamente mejor que el modelo público, o que la titularidad de los centros sanitarios no infieren en el resultado obtenido. El estudio consiste en un análisis de 82 estudios de investigación realizados en Estados Unidos. Estos estudios observaban la calidad de proveniente de los centros sanitarios de estados unidos en la atención a enfermedades crónicas, con discapacidades graves y pacientes convalecientes graves. El autor divide los centros privados como centros con fines de lucro, y los centros públicos como centros sin fines de lucro. Los resultados del análisis son claros y

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

contundentes, los servicios médicos con fines de lucro tienen una menor calidad que los servicios médicos sin fines de lucro. El afán por la reducción de costes y mejorar los beneficios hace que la atención sanitaria que reciben los pacientes sea mala. Este estudio realizado en Estados Unidos se ven como la teoría de los contratos incompletos se cumple (Hart, 1995). En España, aclara el autor que no se han realizado estudios similares, pero que la mayoría de los expertos ven que la sanidad pública es algo mejor que la privada (Navarro, 2009).

Tanto la sanidad pública como la privada tienen determinadas ventajas y desventajas. El ciudadano es libre de elegir, en el caso de la sanidad pública en España se caracteriza por ser gratis, con diferencia a la sanidad privada la cual se debe de abonar el coste del servicio que se recibe. Ambos sistemas comparten muchas similitudes, pero la principal diferencia son los tiempos de espera y la atención que se recibe en determinados casos. La sanidad pública tiene largos periodos de espera, pero los servicios que se reciben son de mucha calidad para el paciente. Sin embargo, en la sanidad privada puede que surjan problemas en cuanto al servicio contratado y recibido por el paciente. Por eso, un sistema combinado, donde la elección libre entre ambos métodos puede ser bueno para los pacientes, ya que recibirían las mejores partes de cada sistema (Simmedica, 2018).

Otro método de medición de la calidad del servicio sanitarios es el método de public reporting. Consiste en la publicación de información que tiene que ver con la calidad del sistema sanitario y de los cuidados que se han realizado a los pacientes. El public reporting puede afectar a la imagen de los proveedores de servicios, pudiendo motivar el incremento de la calidad asistencial en los hospitales. Con este método, los pacientes, tiene una fuente de información para conocer la actualidad de los servicios y decantarse por uno u otros. Un ejemplo, podría ser la elección de un médico, tiempos de espera, número de médicos o enfermeros por cada 1000 habitantes, el número de camas funcionado, etc. (Marte, 2018).

5. Datos y metodología

Los datos se han obtenido a través de la página web del ministerio de sanidad, donde se publican las estadísticas anuales, en las cuales se reflejan datos de los distintos hospitales tanto públicos como privados del territorio nacional. Para la construcción de la base de datos se han seleccionado diferentes variables, los cuales nos representan el estado en que se encuentra la situación de los hospitales y que hacen de variables proxy para conseguir estudiar la calidad sanitaria. Posteriormente seleccionados los datos, y construida la base de datos, se introduce en el programa informático Gretl, para elaborar la regresión principal, basada en los efectos fijos, y luego se realizan con efectos aleatorios y MCO para confirmar la dirección de los datos.

En cuanto a la base de datos, está construida con datos de 5 años, desde el año 2014 hasta el año 2019. España está compuesta por 17 comunidades autónomas y 2 ciudades autónomas, Ceuta y Melilla, estas no están incluidas en la base de datos ya que los datos son muy diferentes al resto de comunidades autónomas al tener un volumen de población muy pequeño.

Los datos de los hospitales se dividen en dos, hospitales públicos y hospitales privados. Para elaborar la variable que introducimos en la regresión, se calcula el % de hospitales tanto públicos como privados, pero en la regresión solo se utiliza el % de hospitales públicos para conocer cómo afectan a la variable dependiente. Por otro lado, también se calcula la estancia media que tienen los pacientes tanto en hospitales públicos, como en los hospitales privados, y se hace la media entre las dos estancias, cabe destacar que se encuentre sobre los 5-6 días la estancia media de los pacientes cuando son ingresados en un hospital.

Para completar el modelo, se utiliza la parte económica, en las regresiones, siendo las variables el total de gastos y compras, el gasto medio por habitante, el gasto por cama y el gasto medio que se realiza durante la estancia.

Como variables dependientes, las cuales se usarán para medir la calidad de la sanidad se usan las camas que realmente están funcionando, ya que hay muchas más camas existentes en los hospitales, pero no están operativas. Por otro lado, utilizamos la variable de personal por cada 1000 habitantes. En estas variables se refleja la calidad

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

de la sanidad, ya que a más camas funcionando o más personal se entiende que los pacientes van a estar más y mejor atendidos durante la estancia en el hospital.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

| | media | desviación típica |
|----------------------------|------------|-------------------|
| % de hospitales públicos | 57,80% | 0,1308 |
| % de hospitales privados | 42,19% | 0,1308 |
| Total, de compras y gastos | 2688900000 | 2231000000 |
| Gasto por habitación | 990,29 | 128,78 |
| Gasto por cama | 194400 | 28601 |
| Gasto por estancia | 682,16 | 106,92 |

La tabla de estadísticos muestra la media y la desviación típica, dos importantes estadísticos. Como se ve en los datos, en España el porcentaje de hospitales públicos un 15% superior al porcentaje de hospitales privados. Lo cual significa que la tendencia del sector es hacia una producción pública del servicio.

$$Y_{it} = \alpha + \beta \% \text{ de hospitales públicos} + Y \text{ total compras} + Y \text{ gasto por habitante} + Y \text{ gasto por cama} + Y \text{ gasto por estancia} + \epsilon$$

$$\epsilon = a_i + u_{it}$$

Este modelo, es el principal, pero para realizar el estudio se realiza con logaritmos en las variables dependientes e independientes, para que los datos que resultantes sean en porcentaje y las interpretaciones obtenidas den los resultados de forma más intuitiva, en porcentajes.

Nuestros modelos de referencias son el de efectos fijos y el de efectos aleatorios, el método MCO está elaborado para corroborar los signos obtenidos en las regresiones. Los modelos de efectos fijos y aleatorios son modelos de panel, estos nos hacen

disponer de datos de panel, donde podemos dividir la información en años, para elaborar un mejor análisis. Con el modelo, observamos la correlación que existe entre las variables independiente con a_i , siendo a_i el error que no cambia en el tiempo (por ejemplo, el color de piel de la persona), la es diferente de 0, por lo que el modelo de efectos fijos es el mejor para la elaboración del análisis (Montero, R 2011).

6. Resultados

Tabla 2, resultados.

Variable dependiente:
logaritmo(camasfuncionando)

| | Efectos fijos | | Efectos variables | | estimación MCO | |
|----------------------------------|---------------|----------|-------------------|---------|----------------|---------|
| | coeficiente | p-valor | coeficiente | p-valor | coeficiente | p-valor |
| constante | -0,4565 | 1,33E-06 | -0,4559 | 0,0114 | -0,0966 | 0,7224 |
| logaritmo (%hospitales públicos) | -0,0387 | 0,1322 | -0,0107 | 0,5552 | 0,0209 | 0,5162 |
| logaritmo(totalcompras) | 0,0016 | 0,4031 | -0,0006 | 0,846 | -0,0114 | 0,0393 |
| logaritmo(gastoporhabitante) | 0,0302 | 0,0797 | 0,0357 | 0,088 | 0,0877 | 0,1744 |
| logaritmo(gastoporcamas) | -0,0247 | 0,3262 | -0,0113 | 0,7232 | -0,013 | 0,8258 |
| logaritmo(gastoporestancia) | 0,0602 | 0,0447 | 0,0393 | 0,2313 | -0,0294 | 0,5877 |

Como variable dependiente se encuentra el logaritmo de camas funcionando, donde se entiende que cuantas más camas funcionando, más calidad y eficacia tendrá el sistema sanitario. En primer lugar, nos encontramos que, al interpretar la variable del porcentaje de hospitales públicos, vemos que tiene menos camas funcionando respecto a los privados, esto nos da a entender que tienen menos calidad que la asistencia sanitaria privada. Por otro lado, vemos que, ante el aumento de las compras, el gasto por habitante y estancia, vemos que el porcentaje de camas funcionando mejora. Un incremento del gasto por habitante hace que se incrementen en 0.03 % las camas en funcionamiento para el modelo de efectos fijos.

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

En la tabla 1, lo primero que se observa es que la variable de interés el logaritmo del porcentaje de hospitales públicos es negativa, pero es casi nulo el valor, ya que es muy cercano a 0. este resultado obtenido significa que la sanidad pública y privada en España es muy similar. En esta tabla, los resultados obtenidos no determinan que sanidad es mejor, si la pública o la privada, están en “empata”. Los modelos de efectos aleatorios y el modelo MCO serán utilizados para apoyar los resultados que hemos obtenido en el modelo de efectos fijos.

Por desgracia, en el modelo de efectos aleatorios y en el modelo de mínimos cuadrados ordinarios, las variables independientes no son significativas, ni siquiera al 10 %, ya que sus p-valores son mucho más superiores al 0,1. Sin embargo, en el modelo de efectos fijos sí hay variables significativas, log (gasto por habitante) que es significativa al 10% y log (gasto por estancia), que es significativa al 5%.

Tabla3, resultados.

Variable dependiente:
logaritmo(personalporcada1000habitantes)

| | Efectos fijos | | Efectos variables | | estimación MCO | |
|----------------------------------|---------------|----------|-------------------|----------|----------------|---------|
| | coeficiente | p-valor | coeficiente | p-valor | coeficiente | p-valor |
| constante | 0,6725 | 0,0248 | 0,5906 | 0,2184 | -0,5402 | 0,7109 |
| logaritmo (%hospitales públicos) | -0,0189 | 0,772 | -0,0184 | 0,7298 | -0,1114 | 0,3318 |
| logaritmo(totalcompras) | -0,0088 | 0,151 | -0,0133 | 0,1376 | -0,0539 | 0,0482 |
| logaritmo(gastoporhabitante) | 0,0987 | 0,112 | 0,123 | 0,0337 | 0,4923 | 0,0005 |
| logaritmo(gastoporcamas) | -0,131 | 0,1008 | -0,1265 | 0,151 | -0,0553 | 0,8656 |
| logaritmo(gastoporestancia) | 0,4506 | 1,87E-07 | 0,4437 | 3,28E-06 | 0,2189 | 0,5524 |

Por otro lado, otra medida que aproxima la calidad de los servicios sanitarios es la del personal disponible para los usuarios por cada 1000 habitantes. Al igual que la variable analizada anteriormente, ante un incremento del porcentaje de hospitales públicos vemos como el personal por cada 1000 habitantes decrece en un 0,0189%, es decir, un incremento de los hospitales públicos manteniendo los privados constantes, hará que,

en valores absolutos, haya menos personal sanitario por cada 1000 habitantes. Pero al igual que la anterior variable estudiada, los resultados obtenidos para determinar la calidad es muy cercano a 0. Por otro lado, la variable de gasto por estancia demuestra que, ante más gasto por estancia de las personas durante su tiempo ingresados, demuestra que el personal por cada 1000 habitantes crece en un 0,45.

Al igual que antes los efectos aleatorios y la estimación de mínimos cuadrados ordinarios apoyan los resultados que hemos obtenido en la estimación de los efectos fijos.

Cabe destacar que en efectos fijos la estimación y los signos con los esperados, pero carecen de un p-valor lo suficientemente pequeño como para aceptar la hipótesis de que las variables independientes fuesen estadísticamente representativas.

7. Conclusiones y propuestas

La calidad de los servicios sanitarios es de vital importancia que sea conocida por los pacientes y ciudadanos que utilizan este servicio. Al ser, la salud, una parte vital de nuestras vidas la elección entre una modalidad u otra de sanidad, elegir entre sanidad pública o privada, puede mejorar o empeorar nuestro bienestar y el de la sociedad. Como se ven en los resultados, las conclusiones obtenidas en que en términos de calidad y eficiencia no hay diferencias apreciables entre la sanidad pública y privada en España. Con las variables proxies utilizadas y las regresiones los resultados obtenidos es que los pacientes no tienen por qué notar diferencias entre un tipo de sanidad u otra.

Los estudios revelan de que existe algo de opacidad en lo que se refiere a la calidad prestada. Ya que los pacientes carecen en muchos casos de como esta funcionan la sanidad en ese momento, o que tipo de sanidad les convendría para determinadas cosas. Cabe destacar que la sanidad pública española es una de las mejores valoradas a nivel mundial. Por esta razón, hay que tratar de seguir realizando reformas y con estas, mejorar la calidad que los pacientes reciben.

Estos resultados obtenidos junto con la teoría de contratos incompletos explicada con anterioridad, se ve como en el caso de la sanidad española esta teoría no se cumple. Los hospitales privados no tienen incentivos económicos para hacer decrecer la calidad

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

de los servicios, esto se puede explicar, básicamente porque no tienen la necesidad de disminuir los gastos, lo que afectaría a la calidad y eficiencia del servicio dado. Al ser la sanidad pública un servicio bastante caro, solo las personas con dinero suficiente pueden acceder a este tipo de sanidad. El resto de las personas con menores ingresos, al no disponer de suficientes fondos como para acceder a este tipo de sanidad, se van al sistema sanitario público español.

La colaboración público-privada del sistema español de sanidad, será de gran ayuda para mantener el bienestar general de la población. La sanidad pública no está atravesando su mejor momento, y junto con la aparición del covid-19, hizo que saliesen a la luz debilidades. Por eso, la colaboración entre lo privado y lo público, para tratar que las personas consigan mejorar su bienestar será fundamental para la sociedad, ya que está teniendo una tendencia hacia el envejecimiento. Ambas sanidades gozan de una gran infraestructura y muy buenos profesionales, su fusión y colaboración probablemente crearía uno de los mejores sistemas de salud a nivel mundial, si no el mejor. Velando por mantener y mejorar la calidad y la eficiencia que ahora sustenta. Si esta colaboración no se cumpliera del todo, la sanidad pública debe tener como su socio más importante a la sanidad privada, para crear sinergias, ya que permitiría reducir listas de espera, aumentar la capacidad de reacción, etc. (Salud, 2021).

8. Bibliografía

- Castellanos, V. (25 de octubre de 2021). *El 60% de la población española declara que la asistencia sanitaria que recibe es de buena calidad, recuperando los niveles pre-pandemia*. Obtenido de Ipsos: <https://www.ipsos.com/es-es/global-health-service-monitor-2021>
- Galán, J. S. (9 de mayo de 2016). *Economipedia.com*. Obtenido de Economipedia.com: <https://economipedia.com/definiciones/privatizacion.html>
- Generales, C. (1991). *Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Cortes Generales. Obtenido de https://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
- Hart, O. (1995). *Firms, contracts and financial structure*. Oxford: Claredon press.
- Jordán, L. (11 de mayo de 2022). *Las fundaciones sanitarias cubren con su aportación un importante vacío*. Obtenido de Las fundaciones sanitarias cubren con su aportación un importante vacío: <https://elmedicointeractivo.com/las-fundaciones-sanitarias-cubren-con-su-aportacion-un-importante-vacio/#:~:text=Su%20objetivo%20es%20garantizar%20que,la%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n>.
- Marte, E. P. (2018). *Gestión privada en la sanidad pública: riesgos e incentivos*. Las Palmas de Gran Canaria. Obtenido de https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/76497/2/P%c3%a1ginas%20desdeTFG_P%c3%a9rez_Martel_Eva.pdf
- Navarro, V. (27 de agosto de 2009). Obtenido de Público.es: <http://www.vnavarro.org/wp-content/uploads/2009/08/sanidad-publica-o-privada-27-ago-09.pdf>
- Nieto, C. A. (2011). MODELO DE ASOCIACIÓN PÚBLICO-PRIVADA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA TEORÍA DE LOS CONTRATOS. *Revista de Economía Institucional*, 1. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-59962011000200011#num1
- RAE. (2022). Obtenido de Real Academia de la lengua Española: <https://dle.rae.es/salud>
- RAE. (1 de enero de 2022). *RAE*. Obtenido de RAE: <https://dle.rae.es/contrato>
- Salud. (11 de noviembre de 2021). *El sector considera que la colaboración público-privada en Salud ofrece enormes posibilidades*. Obtenido de <https://segurosnews.com/salud-2021/el-sector-considera-que-la-colaboracion-publico-privada-en-salud-ofrece-enormes-posibilidades>
- Sánchez, F. I., Abellan, J. M., & Olivia, J. (3 de marzo de 2013). *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. Obtenido de Real Instituto Elcano: https://www.researchgate.net/profile/Jose-Abellan-Perpinan/publication/235967003_Gestion_publica_y_privada_de_servicios_sanitarios

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA EN ESPAÑA

[_publicos/links/02e7e514ede46bc39a000000/Gestion-publica-y-privada-de-servicios-sanitarios-publicos.pdf](#)

sanidad, M. d. (25 de abril de 1997). *BOE*. Obtenido de BOE:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-9021-consolidado.pdf>

Simmedica. (18 de septiembre de 2018). *Sanidad pública y sanidad privada: dos sistemas para cuidar la salud*. Obtenido de Simmedica: <https://blog.simmedica.com/blog/sanidad-publica-y-privada-dos-sistemas-distintos-para-cuidar-la-salud>