

Sanitat pública o privada?

Avaluació de les diferències a través dos
casos d'estudi: Espanya i Estats Units

PARDÀS VERDOLET, ÀLEX

FACULTAT DE CIÈNCIES ECONÒMIQUES I EMPRESARIALS
GRAU EN ADMINISTRACIÓ I DIRECCIÓ D'EMPRESSES

MAIG 2016

UNIVERSITAT DE GIRONA

TUTOR: ANA SERRANO

Índex

1. Introducció.....	4
2. Aproximació als models d'estudi	7
3. Estudi dels models.....	9
3.1. Indicadors demogràfics.....	9
3.1.1. Total població bruta.....	9
3.1.2. Natalitat.....	11
3.1.3. Població major de 65 anys.....	12
3.2 Indicadors de salut.....	14
3.2.1. Esperança de vida.....	14
3.2.2. Mortalitat	16
3.3. Indicadors econòmics - sanitaris	17
3.3.1. Cobertura mèdica.....	17
3.3.2. Despesa en sanitat com a percentatge del PIB	19
3.3.3. Despesa sanitària total per càpita.....	21
3.3.4. Estadística hospitalària.....	22
4. Conclusions.....	23
5. Bibliografia.....	26

Resum: La sanitat és el conjunt de serveis governamentals, ordenats per preservar la salut dels ciutadans. En funció del finançament que utilitzi el govern i l'administració del país, podem distingir tres models: el liberal, el socialista i el mixt. En aquest estudi, es farà una revisió de literatura científica i un anàlisi empíric per extreure resultats sobre les diferències entre dos sistemes sanitaris oposats: el nord-americà i l'espanyol. Tant a un país com a l'altra, la sanitat exerceix un paper fonamental, on s'han de superar obstacles i millorar aspectes per garantir la millor atenció.

Paraules claus: Sanitat, finançament, sistema sanitari públic i privat, model liberal, model Beveridge, cobertura mèdica.

Resumen: La sanidad es el conjunto de servicios gubernamentales, ordenados para preservar la salud de los ciudadanos. En función de la financiación que utilice el gobierno y la administración del país, se puede diferenciar entre tres modelos: el liberal, el socialista y el mixto. En este estudio, se hará una revisión de literatura científica y un análisis empírico para extraer resultados sobre las diferencias entre dos sistemas sanitarios opuestos: el estadounidense y el español. Tanto en un país como en el otro, la sanidad desempeña un papel fundamental, donde se tienen que superar obstáculos y mejorar aspectos para garantizar la mejor atención.

Palabras clave: Sanidad, financiación, sistema sanitario público y privado, modelo liberal, modelo Beveridge, cobertura médica.

Abstract: Health is the set of government services, ordered to safeguard the health of citizens. Depending on the funding used by the government and administration of the country, we can distinguish three models: the liberal, the socialist and the mixed. This study reviews scientific literature and will make an empirical analysis aiming to get results on the differences between two opposing health care system: the American and the Spanish. In both countries, health plays a fundamental role, where have to overcome obstacles and improve aspects that ensure the best care.

Keywords: Health, funding, public and private health system, liberal model, Beveridge model, insurance coverage.

1. Introducció

Segons la Organització Mundial de Salut (OMS, d'ara en endavant) un sistema sanitari és aquell que engloba totes les organitzacions, institucions i recursos, on el seu principal objectiu és dur a terme totes les activitats per millorar la salut (OMS, 1978).

Aquests sistemes sanitaris poden discrepar en funció de si es troben establerts en un país o en un altre. La major part de les variacions provenen de la **gestió administrativa**, del qual el Govern és qui s'encarrega de marcar les regulacions (normes) pertinents, com per exemple quins recursos s'han de destinar en sanitat. I per altra banda, el **finançament**, quin és l'origen dels recursos que es dediquen en sanitat (Universidad Autónoma de Madrid, 2011).

En aquest treball ens basarem en el tipus de finançament que estableixi el Govern de cada país. Segons aquesta variació podem distingir tres models sanitaris: el model liberal, el model socialista i el model mixt. D'aquest últim en podem diferenciar dos tipus, el model Bismarck i el model Beveridge:

- **Model Liberal:** És el model que està instaurat als Estats Units. El seu funcionament està basat en el pagament directe o a través de les assegurances de l'usuari al proveïdor. L'Estat no hi intervé, i si ho fa, és en una petita mesura.
- **Model Socialista:** Instaurat en els països comunistes, actualment només està implantat a Cuba i Corea del Nord. En aquest model, la sanitat està finançada en la seva totalitat gràcies als pressupostos de l'Estat i/o impostos. Aquest fet provoca que no pugui existir cap organització privada ni d'assegurances.
- **Model Mixt:** Instaurat en la major part dels països d'Europa fa una combinació de sector públic i sector privat. N'existeixen dues variants (Salvador, et al, 2015):
 - **Model Bismarck** (mutualista): El finançament prové de les cotitzacions obligatòries dels treballadors i empresaris lligades amb el salari. Per tant és un model basat en la Seguretat Social. Està instaurat en països com Alemanya, Holanda, França, Bèlgica, entre altres (Parcet, 2011).
 - **Model Beveridge:** És el model més nou i sorgeix del Bismarck. El finançament és públic i prové dels pressupostos de l'Estat. Aquest sistema s'ha anat renovant fins arribar a l'actual Sistema Nacional de Salut (National Health Service), del qual es finança mitjançant via impostos. Aquest model està implantat en països com Gran Bretanya, Suècia, Dinamarca, Espanya, entre altres.

Segons la OMS, perquè un sistema sigui òptim, independentment del model que estigui implantat en el país, ha de garantir (OMS, 2003):

- Universalitat: Cobertura total de la població sense discriminació.
- Atenció integral: Atenció completa des de l'assistència passant pel tractament, la prevenció i la rehabilitació)
- Imparcialitat a l'hora de distribuir els recursos
- Eficiència: Assegurar bones prestacions a un menor cost
- Flexibilitat: respondre de manera àgil als canvis
- Participació de la població en la planificació i gestió del sistema sanitari.

En aquest estudi es vol presentar de manera objectiva, la comparativa entre dos sistemes sanitaris totalment oposats. La finalitat és conèixer els models seleccionats per analitzar, mitjançant dades científiques, quin dels dos s'ajusta més a la optimització marcada per la OMS. D'altra banda, es buscarà trobar el model que presenta més bones condicions – no només econòmiques – i genera més satisfacció als seus habitants.

Per abordar els objectius del treball es realitzaran proves comparatives, mitjançant gràfics, amb dades reals des de l'any 2000 fins l'any 2014 o, en absència de dades, l'any 2013. Es treballarà amb dades oficials extretes de la Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic (OCDE d'ara en endavant), estructura internacional composta actualment per 34 països desenvolupats.

L'estudi estarà basat en la comparació del sistema sanitari privat amb el sistema sanitari públic. Dins dels sistemes, s'ha decidit escollir els dos models oposats. Per una banda el model liberal, imperat als Estats Units i, per altra banda, el model Beveridge (Model Mixt), situat a Espanya.

La decisió pel qual s'ha decidit escollir aquests dos models és perquè són totalment oposats i és interessant analitzar-los des d'una perspectiva científica. Posant èmfasi en el finançament, per una banda el model Liberal és privat mentre que el model Beveridge és públic i utilitza els impostos com a eina de finançament.

En aquesta línia, durant els últims anys, s'han produït diversos debats relacionats amb la qüestió sobre si és millor un model sanitari públic o privat. Segons Guyatt (2009), catedràtic de Medicina de la McMaster University de Hamilton, depenent dels indicadors en què fem referència, pot ser més útil un model o un altre. En el seu estudi titulat *Quality of care for profit and not for profit nursing homes*, que va ser publicat a la prestigiosa revista *British Medical Journal*, s'argumenta que la qualitat del servei mèdic és millor en un model públic que no pas en un privat, ja que aquest últim pateix unes retallades en personal. Aquestes, són degudes a la necessitat d'estalviar fons per poder pagar als accionistes i/o gestors de la entitat. En canvi, el model privat és millor que el públic en quant a les llistes d'espera, que són molt menors, com també en el confort, és a dir, que les habitacions gaudeixen de més privilegis (Guyatt, 2009).

En quant als països de referència, s'han seleccionat Estats Units i Espanya perquè a part de tenir els models extrems que anomenàvem, tenen actualment, la sanitat com a un problema primordial. A Espanya es considera que la sostenibilitat de l'actual model està en risc degut a una sèrie de factors com son el dèficit del finançament, les continuades retallades, l'alta despesa farmacèutica i pública i també, l'auge de les privatitzacions en els últims anys (Sánchez, 2014).

Pel que fa als Estats Units, el model privat el que fa es "classificar" la societat en diferents tipus de classes segons la renda d'ingressos que tinguin (alta, mitjana i baixa). Això permetrà que aquells que tinguin ingressos més elevats podran pagar-se una bona assegurança al mes i per tant, disposaran de més bon servei. Per contra, els que tinguin rendes menors, se'ls hi farà molt difícil pagar una assegurança i, si ho poden fer serà per tenir unes cobertures mínimes. Per aquests últims, s'hauria d'introduir un model sanitari públic per poder cobrir tota aquesta població més desafavorida. Aquest problema sembla està solucionat, ja que el Govern americà ha introduït finançament públic a la sanitat, tot i que amb un cost massa elevat que fa que el sistema sanitari nord-americà sigui, també, a curt i mitjà termini insostenible (Masvidal, 2013).

El següent estudi està compost per tres seccions. En la primera es fa una aproximació als dos models d'estudi, en la segon es fa l'estudi complet, mitjançant dades, dels dos models i, en la tercera, es completa l'estudi amb unes conclusions sobre els objectius marcats.

2. Aproximació als models d'estudi

En aquest apartat entrarem en més detall als dos models d'estudi, el liberal i el Beveridge, per tal d'entendre el seu funcionament i les seves característiques.

El **Model liberal** nord-americà s'anomena també model lliure de mercat, ja que la salut funciona sota la llei de la oferta i la demanda. Per tant, la salut és considerada un bé de consum.

El seu finançament és, en major part, de manera privada. L'usuari (pacient) paga directament al proveïdor o també a partir de les companyies d'assegurances i, per tant, l'estat no dedica part dels pressupostos estatals en sanitat. Si ho fa, és de manera reduïda i només per atendre als grups desfavorits i/o marginals sense recursos (Universitat Autònoma de Madrid, 2011).

Hi ha tres formes possibles per aconseguir cobertura sanitària:

- A partir del lloc de treball: l'empresa cobreix al treballador i a la seva família.
- A nivell d'usuari: el pacient es paga directament la cobertura sanitària.
- A partir del Govern: gràcies als programes Medicare i Medicaid, part de la població queda coberta.

En quant a la cobertura del lloc de treball, des de la reforma sanitària, on es va aprovar la Llei de Protecció al pacient i cuidat de salut assequible (2009), les empreses amb més de 50 treballadors estan obligades a assegurar els seus treballadors i familiars, mentre que la resta d'empreses se les incentivarà a fer-ho (incentius fiscals). Fins aquest moment, les empreses no estaven obligades a assegurar als seus treballadors. Tot i així, si un americà/na perd el seu lloc de treball, perd també la seva cobertura mèdica (Caño, 2009).

Segons l'article de Vicenç Navarro (2015), aquest fet, fa que Estats Units sigui el país de la OCDE amb menys dies de vaga a l'any. Per una banda, els sindicats busquen separar cobertura sanitària de la situació laboral, mentre que les grans empreses prefereixen pagar l'assegurança als treballadors per controlar el personal. Com a exemple, ens marca el de General Motors, que fa una despesa més gran en assegurar la cobertura dels seus empleats que no pas en qualsevol input de la seva línia de producció.

L'altra forma de tenir cobertura sanitària sense que el Govern hi intervingui, és a nivell particular. L'usuari paga directament al proveïdor o es busca i paga la seva assegurança mèdica.

Per últim, hi ha el Govern americà. Durant la candidatura del President Barack Obama, es van presentar dos tipus de programes d'assegurança mèdica que, poc temps després, es posarien en marxa gràcies a la reforma sanitària esmentada anteriorment. Parlem del Medicare i el Medicaid (Maruthappu, et al., 2012):

- Medicare: Assegurança mèdica per persones de 65 anys o més, persones de menys de 65 anys amb incapacitats i persones de totes les edats que pateixen malalties renals en l'etapa final.

- Medicaid: Assegurança mèdica per persones i famílies amb ingressos i recursos limitats.

Pel que fa en l'altre extrem, trobem el **Model Beveridge**. És el model que està implantat a Espanya i que ha donat lloc al Sistema Nacional de Salut (SNS d'ara en endavant).

El Model Beveridge, tal i com hem dit, prové del Model Bismarck, que va néixer a Alemanya al 1883 per pacificar el moviment obrer, degut en bona part, a les fràgils situacions en què vivien (salaris mínims per unes jornades laborals de 60 hores setmanals). Aquest model alemany, actualment també instaurat en països com França, Suïssa, Bèlgica i Holanda, funciona gràcies a un sistema de seguretat social. La font principal del finançament és resultat de les cotitzacions obligatòries lligades al salari que paguen el treballador i l'empresa (Parcet, 2011).

Pel pas del temps, països com ara Regne Unit i Dinamarca, van començar a plantejar un nou sistema sanitari. Al 1942, Sir. William Beveridge va publicar l'informe anomenat *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Service*, on plantejava les bases que ha de tenir un SNS: universalitat, gratuïtat i finançat mitjançant impostos (Beveridge 1942).

Tot i que les bases ja estaven instaurades des del 1942, no va ser fins al 1948 quan el Regne Unit el va posar en funcionament. Els països que el van seguir van ser Dinamarca i Itàlia als anys 1973 i 1978 respectivament. Espanya no s'hi incorpora fins al 1986, quan es va promulgar la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat, on s'adoptaven les mesures per fer la transició d'un model basat en la seguretat social fins arribar al SNS, model inspirat en el National Health Service (NHS) britànic.

El nou sistema sanitari espanyol queda definit doncs, a partir de la Llei General de Sanitat, on defineix el SNS com *el conjunt dels serveis de salut de l'Administració de l'Estat i dels serveis de salut de les Comunitats Autònomes* (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanitat). Per tant, parlem d'un model sanitari que està plenament descentralitzat, és a dir, que les Comunitats Autònomes són les responsables de la seva gestió, partint, això sí, d'uns pressupostos marcats per l'Estat (Moreno, 2013).

Aquests pressupostos són la base del finançament d'aquest sistema, que generalment surten dels impostos que paguen els ciutadans, mentre que les cotitzacions que s'extreuen cada mes de les nòmines salarials – comparat amb el Model Bismarck - s'utilitzen per finançar les prestacions econòmiques de la Seguretat Social (pensions de jubilació, viduïtat, orfandat, maternitat i paternitat, entre d'altres).

3. Estudi dels models

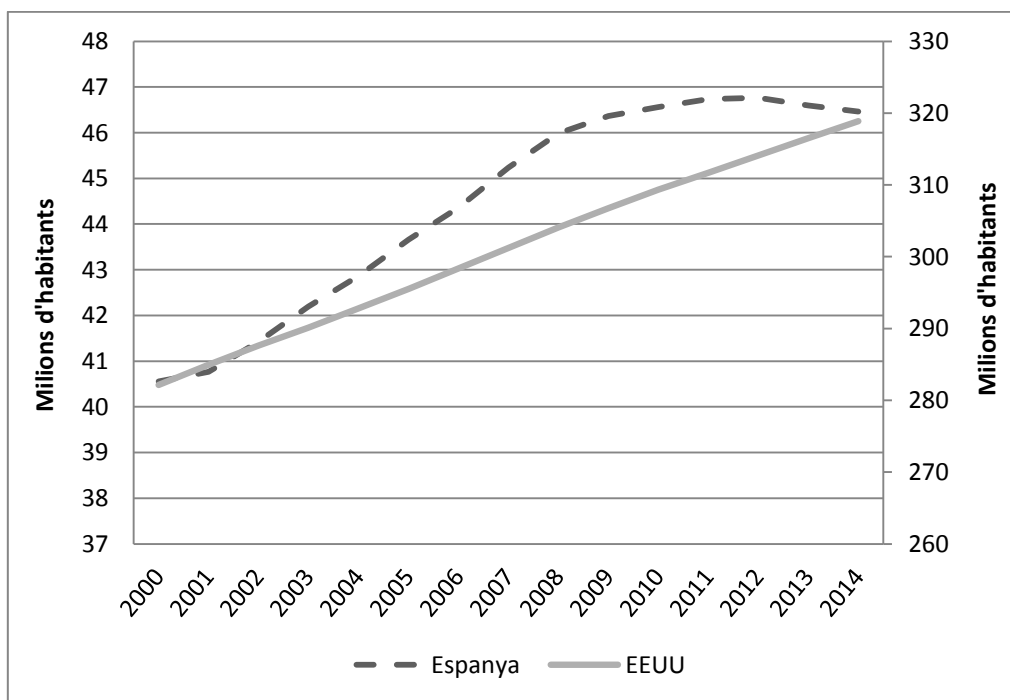
3.1. Indicadors demogràfics

En aquest apartat posarem èmfasi en els diferents indicadors de salut dels dos casos d'estudi. L'objectiu és avaluar i analitzar quin o quins indicadors són més importants per cada model d'estudi i, comparar-los entre ells, per tal de veure les diferències més significatives. Amb aquests indicadors voldrem aproximar-nos a quin model s'ajusta més a la optimització – idea que va posar sobre la taula la OMS – i veure si cal millorar – i en què – a cada país.

Primer de tot, per entrar en matèria, començarem a estudiar les dades bàsiques per conèixer la situació dels països.

3.1.1. Total població bruta

Gràfic 1: Variació de la població a Espanya i Estats Units (2000-2014)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016) . L'eix principal de l'esquerra fa referència a la població total a Espanya, mentre que l'eix principal de la dreta ens fa referència a la població total a Estats Units.

En el gràfic 1, podem veure l'evolució poblacional total bruta dels dos països durant el període compost entre el 2000 i 2014. En aquest sentit, podem apreciar que tant a un país com a l'altre hi ha hagut un creixement continuat de la població però, mentre que als Estats Units el creixement ha estat d'una tendència constant, a Espanya el creixement ha sigut més exponencial i més pronunciat, sobretot en el període compost entre el 2001 i 2008. Tot i això, en les dos últimes etapes d'estudi s'ha mantingut més la tendència creixent (2008-2012) i fins i tot ha disminuït (2013-2014).

Per abordar més sobre aquest apartat i incidir més en el creixement poblacional, s'ha calculat el creixement simple i el creixement mig acumulat anual. Per conèixer en quina etapa s'ha gaudit d'un creixement més important, s'ha calculat la taxa de creixement mig acumulat anual en diferents períodes, tal i com es mostra en la següent taula:

Taula 1: Creixement poblacional a Espanya i Estats Units amb la taxa de creixement simple (TCS) i mig acumulat (TCA) (2000-2014).

	TCS 2000-2014	TCA 2000-2014	TCA 2000-2004	TCA 2004-2008	TCA 2008-2012	TCA 2012-2014
Espanya	14,57 %	0,33%	5,68%	7,29%	1,70%	-0,65%
Estats Units	13,00%	0,48%	3,77%	3,86%	3,29%	1,51%

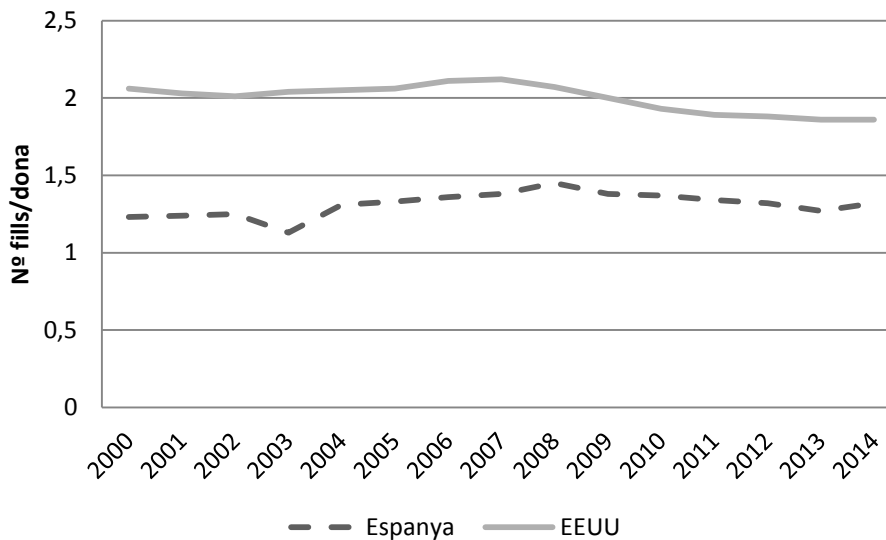
Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016).

Tal i com havíem avançat en el gràfic 1, el creixement simple a Espanya és una mica més intens que no pas als Estats Units, que tenen un creixement del 14.57% i 13.00% respectivament. Mentre, que si ens fixem en el creixement mig acumulat, que ens diu la mitjana de creixement anual en el període d'estudi, podem veure que Espanya té un percentatge menor - un 0.33% - que no pas als Estats Units, que gaudeix d'un creixement mig acumulat del 0.48%.

Com ja havíem comentat anteriorment, durant els primers vuit anys del període estudiat, a Espanya el creixement poblacional és molt més intens que no pas als Estats Units. Podem veure que tant a un país com a l'altre, l'auge de la població apareix en el període del 2004 al 2008 i, que a partir d'aquesta data, comença una davallada, sobretot a Espanya, que passa de tenir un creixement mig anual del 7.29% en el període esmentat a un 1.70% en el següent (2008-2012). Als Estats Units, la desacceleració del creixement no és tant fort, ja que tan sols passa d'un 3.86% a un 3.29%. Finalment, en l'última etapa, a Espanya hi ha un creixement negatiu de la població que passa de tenir 46.76 milions d'habitants al 2012 a 46.46 milions d'habitants al 2014. Aquesta reducció, segons dades de la OCDE, és d' exactament 302.350 habitants. Pel que fa als Estats Units, s'observa un creixement positiu durant tot el període, però aquest, cada vegada és menor.

3.1.2. Natalitat

Gràfic 2 : Taxa de natalitat a Espanya i Estats Units (2000-2014)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

El creixement poblacional espanyol és un dels problemes més importants que actualment té el país. Tal i com podem veure en el gràfic 2 i en el següent gràfic referent a la població major de 65 anys (Gràfic 3), la seva baixa natalitat i el seu fort envelliment de la població fan engegar les alarmes de cara a les pròximes dècades (Trillo, 2014).

Tot el contrari passa als Estats Units. Mentre la majoria de països industrialitzats com ara Espanya, França, Regne Unit o Japó – entre d’altres – tenen una població més o menys estable o, fins i tot en algun cas descendent, als Estats Units la població creix a un bon ritme. Brown, et al. (2006) han previst que podria arribar a ser un problema, ja que el continuat creixement poblacional nord-americà cal sumar-li tots els immigrants que cada any decideixen anar a viure-hi. És evident que a mesura que incrementa la població, els recursos que aquests necessiten també incrementa. Per exemple, recursos com l’aigua, les escombraries o el diòxid de carboni que desprenen els vehicles, s’han tornat un problema principal (Brown, 2006).

Si ens fixem en el gràfic 2, referent a la taxa de natalitat, veiem a primer cop d’ull, que tant Espanya com Estats Units, tot i tenir una taxa de natalitat diferent, es mantenen bastant constants. En línies generals, apreciem que Espanya té una taxa de natalitat bastant inferior que als Estats Units. El primer es mou entre l’1 i 1.5 fills/dona mentre que a Estats Units es mou al voltant dels 2 fills/dona. Per obtenir una dada referent, s’ha calculat la mitjana en els dos països. Sempre segons dades de la OCDE, a Espanya s’ha datat una mitjana d’1.312 fills/dona mentre que als Estats Units, molt més superior, s’ha datat en 1.998 fills/dona.

A la següent taula (taula 2), s'ha volgut representar la mitjana de la taxa de natalitat per etapes:

Taula 2: Taxa de natalitat per etapes a Espanya i Estats Units (2000-2014).

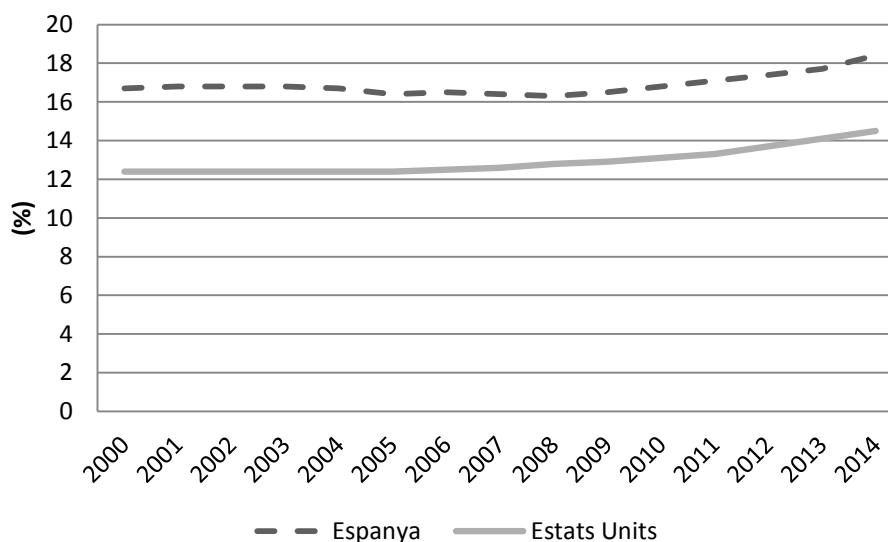
	2000-2004	2004-2008	2008-2012	2012-2014
Espanya	1,23 fills/dona	1,36 fills/dona	1,37 fills/dona	1,30 fills/dona
Estats Units	2,03 fills/dona	2,08 fills/dona	1,95 fills/dona	1,86 fills/dona

Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En la primera etapa compresa entre el 2000 i el 2004 la diferència entre les dos mitjanes dels dos països és la més elevada (0.806 fills/dona de diferència). A partir dels següents anys, la tendència a Espanya ha sigut anar augmentant, a excepció de l'últim període en que ha disminuït. En canvi, als Estats Units, l'únic augment – i molt reduït - es va produir del pas de la primera (2000-2004) a la segona etapa (2004-2008). A partir d'aquesta, la tendència ha anat disminuint fins arribar a la última etapa més pròxima a l'actualitat, on la diferència entre els dos països, és la més petita dels últims anys (0.564 fills/dona de diferència).

3.1.3. Població major de 65 anys

Gràfic 3 : % Població major de 65 anys a Espanya i Estats Units (2000-2014)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

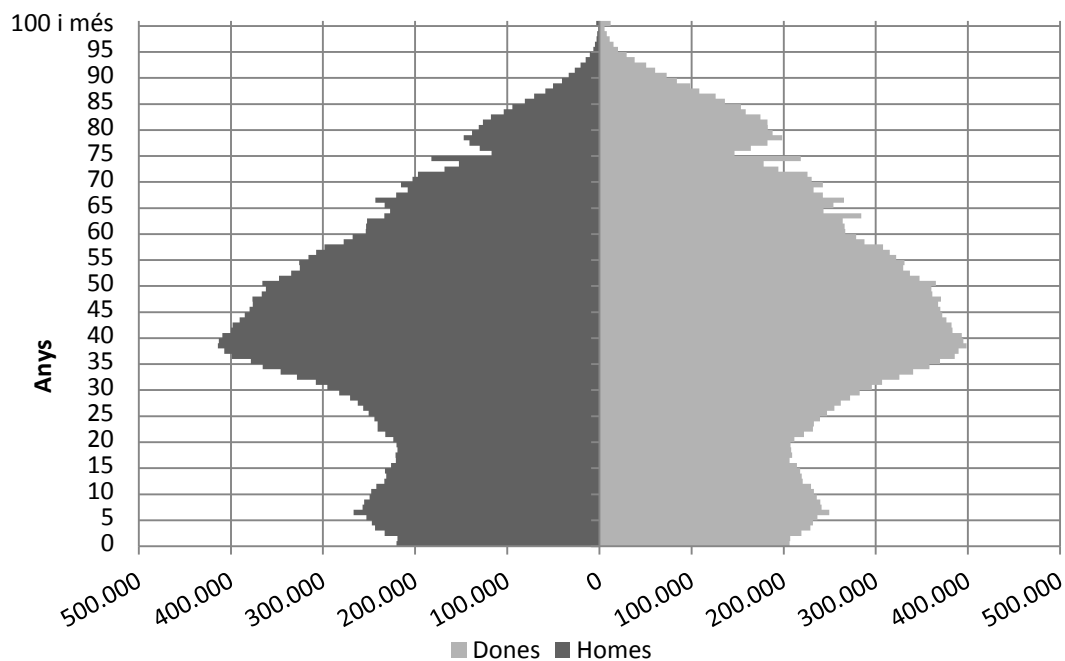
Finalment, si mirem el gràfic 3, que representa el percentatge de població major de 65 anys sobre el total de la població, podem veure com a Espanya en els últims catorze

anys ha tingut una propensió a incrementar. S'ha mantingut sempre superior al 16% fins arribar al seu punt àlgid a l'any 2014, on es van xifrar una població major de 65 anys que arribava al 18.40% de la població total.

Pel que fa als Estats Units, el seu percentatge també ha anat incrementant però amb una menor quantia. Sempre se situa un 4% menor que a Espanya i el seu punt màxim, el va aconseguir, també, a l'any 2014 quan es van datar que els majors de 65 anys representaven el 14.5% de la població total.

La problemàtica que comporta tenir una percentatge de població major de 65 anys tant elevat, sobretot en el cas espanyol, fa replantejar el sistema públic de Seguretat Social. Fixem-nos en el següent gràfic referent a la piràmide poblacional a Espanya durant l'any 2014:

Gràfic 4 : Piràmide poblacional a Espanya (2014)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En el gràfic 4 podem veure l'estructura poblacional espanyola a l'any 2014. S'aprecia que el gruix poblacional està format per persones que tenen entre 30 i 65 anys. Molt enrere queda l'etapa més juvenil, formada entre els 0 i els 30 anys, que, tal i com hem comentat anteriorment, és un problema de baixa natalitat.

Els experts en el tema asseguren que la problemàtica arribarà a l'hora de pagar les pensions del *baby boom* espanyol que, actualment, està formada per les edats entre 30 i 65 anys. Aquestes complicacions podrien venir donades per dos fets. El primer, que actualment hi ha una baixa natalitat. Això produirà que baixin les cotitzacions de la Seguretat Social, ja que hi haurà menys persones i per tant menys gent que treballarà. I segon, l'actual crisi econòmica que envolta el país, del qual produeix que no hi hagi

els llocs de treball desitjats i per tant, també hi haurà menys retencions en la nòmina mensual per part del Govern (Prats, 2014 i Rojo, 2011).

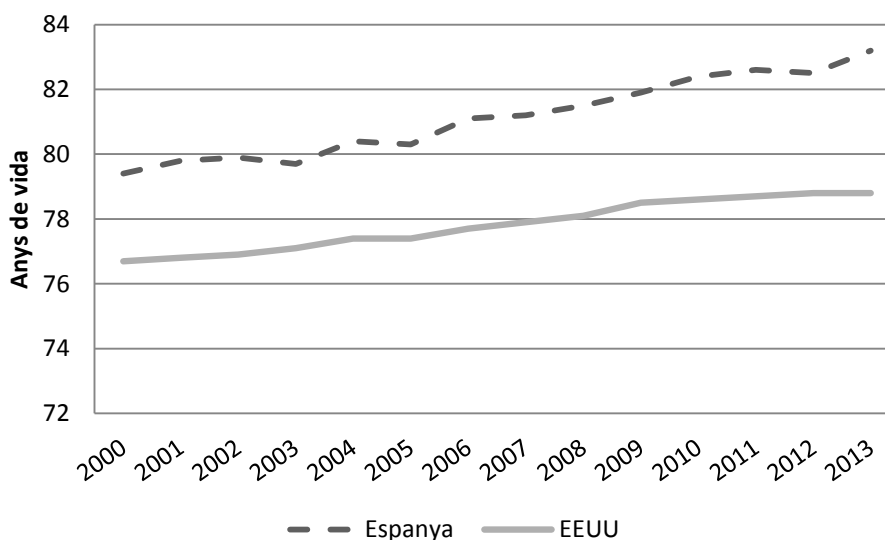
3.2 Indicadors de salut

Si primer s'han introduït dades introductòries demogràfics per conèixer les situacions dels dos països, ara posarem sobre la taula indicadors de salut. Segons la OMS, aquests indicadors, són variables que s'utilitzen per mesurar els canvis sanitaris a la població. (OMS, 1998)

Amb aquest estudi no es vol analitzar la salut en sí, sinó que es vol conèixer la situació sanitària de cada país.

3.2.1. Esperança de vida

Gràfic 5 : % Esperança de vida a Espanya i Estats Units (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En l'anterior gràfic podem veure l'evolució de l'esperança de vida dels espanyols i els nord-americans en els últims tretze anys. Veiem que els dos països tenen una clara tendència creixent però, mentre a Estats Units no supera en cap cas els 79 anys, a Espanya, la seva esperança de vida supera els 82 anys i, el seu màxim d'edat es va recollir a l'any 2013, quan la mitjana estimada era de 83.2 anys.

Segons l'informe de salut publicat al 2015 (OCDE, 2015), Espanya és el segon país de la OCDE amb l'esperança de vida més elevada (83.2 anys), situat per darrera de Japó (83.4 anys). En aquest sentit, Espanya ha incrementat notablement la seva esperança de vida, tal i com podem apreciar al gràfic, ja que a l'any 2000 ocupava la sisena posició del rànquing. Aquest fort impuls ha estat provocat, en bona part, per la reducció de la mortalitat en malalties cardiovasculars. Tot i així, es podria millorar molt més la situació si s'incentivés a la reducció de factors de risc com són el consum de

tabac i alcohol, que estan per sobre la mitjana, com també posar èmfasis a les altes taxes d'obesitat (OCDE, 2015).

En quant als Estats Units, en l'informe de la OCDE, se situa a la vint-i-sisena posició, fins i tot per sota de la mitjana. Un dels greus problemes que apunta aquest informe és la falta d'atenció en la obesitat infantil.

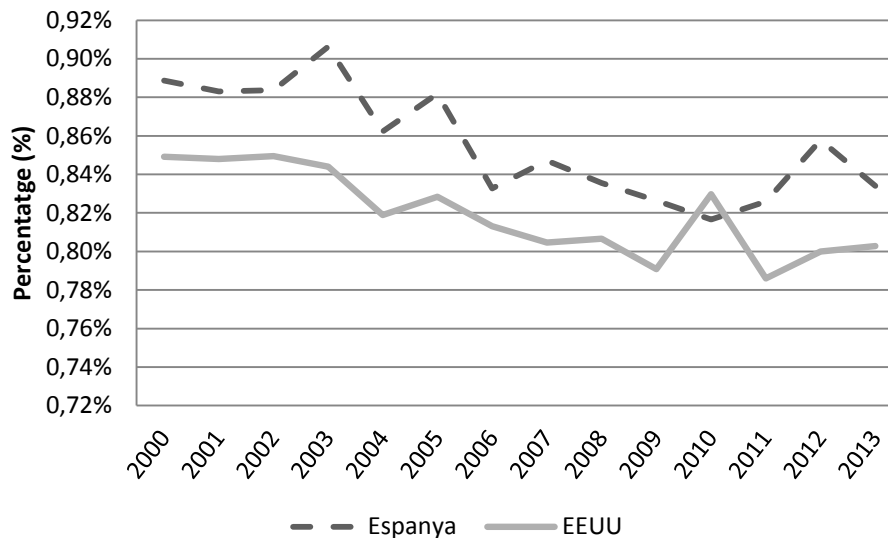
En l'estudi que van realitzar diversos investigadors de la Universitat de Washington i la Imperial College de Londres (Mokdad et al., 2015), es va arribar a la conclusió que viure al país més ric del món, no significa tenir una vida més longeva. L'informe publicava que les principals causes de la mort prematura són les altes taxes d'obesitat, l'alt consum de tabac i altres factors de risc, com per exemple la hipertensió. Malgrat tot, tan sols 1 de cada 5 morts és provocada pel tabac, mentre que 1 de cada 6 es provoca per l'augment de sal en la dieta. El gran problema és la obesitat, del qual, 1 de cada 3 americans pateix aquesta malaltia. En el mateix estudi, posen en dubte l'eficiència de l'actual sistema sanitari, ja que bona part dels pressupostos públics van a ajudar persones que, majoritàriament, ja tenen una salut satisfactòria. En aquest mateix informe, s'afirma que en un país com els Estats Units, on hi ha una riquesa poc equitativa, hi ha més metges dedicats a blanquejar dents que no pas metges dedicats a la prevenció de les dentadures. I així, successivament amb la resta dels camps de la medicina. L'estudi conclou en que, actualment, no s'està posant tots els esforços necessaris per combatre aquesta situació, ja que l'escletxa en l'esperança de vida entre els Estats Units i els altres països de la OCDE, s'està fent més ampla. Per altra banda, els diferents autors de l'estudi creuen que el problema no està en la qualitat de l'atenció mèdica, ja que els professionals que es dediquen al ram de la medicina estan perfectament qualificats, sinó que el problema està en tenir-hi accés (Mokdad et al, 2015).

El mateix estudi, fa una consideració més global i demostra que durant els últims 25 anys, la majoria de països del món, han incrementat la seva esperança de vida al néixer. Bona part d'aquest fet és gràcies a les vacunes, tractaments d'algunes malalties i millora dels hàbits de vida i de l'alimentació.

Malgrat tot, hi ha països com per exemple la República Central Africana, el Pakistan o Lesotho, considerat el país amb la menor esperança de vida xifrada als 45 anys, que encara no gaudeixen de medicines i tractaments tant avançats, cosa que fa reduir l'esperança de vida (Mokdad et al, 2015).

3.2.2. Mortalitat

Gràfic 6 : Taxa de mortalitat a Espanya i Estats Units (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En el gràfic 6 podem observar el percentatge de defuncions durant la sèrie anual des del 2000 fins al 2013. Si abans parlàvem i, segons dades de l'OCDE, hem pogut veure que l'esperança de vida tant a Espanya com a Estats Units augmentava any rere any, degut sobretot a la millora d'hàbits saludables i millora en medicina, lligat a aquest fet podem veure com la mortalitat també disminueix als dos països.

Tot i així, tal i com veiem al gràfic 6, a Espanya hi ha un percentatge més elevat de defuncions que no pas als Estats Units. En tots dos casos però, en els últims tretze anys ha anat disminuint fins a estandarditzar-se en els dos casos entre el 0.86% i el 0.78%.

Segons l'informe *Patrones de mortalidad en España 2011*, emès pel Ministeri de Sanitat (2011), hi ha hagut un descens en la mortalitat a Espanya. L'estudi, fa referència a les principals causes de la mortalitat espanyola on, el càncer, les malalties del cor, les cerebrovasculars i les cròniques de les vies respiratòries, van encapçalar de nou la llista i van significar el 60% de les morts. Pel que fa a la mortalitat referent al tabaquisme i l'alcoholisme, el primer va disminuir en els homes en un 12.50% i va augmentar en les dones un 57.10%, mentre que el segon, s'ha mantingut estable durant l'última dècada (Ministeri de Sanitat, 2011).

Als Estats Units, un estudi realitzat per la Universitat de Princeton (Case i Deaton, 2015), explicava que les causes de mort més comunes eren degudes a l'alcohol, drogues, suïcidi i malalties cròniques com les del fetge i la cirrosi. L'estudi conclou amb la preocupació que està generant aquest indicador, ja que la majoria de països rics han fet una forta disminució en el percentatge durant els últims anys mentre, que als Estats Units, la reducció ha estat substancial (Case i Deaton, 2015).

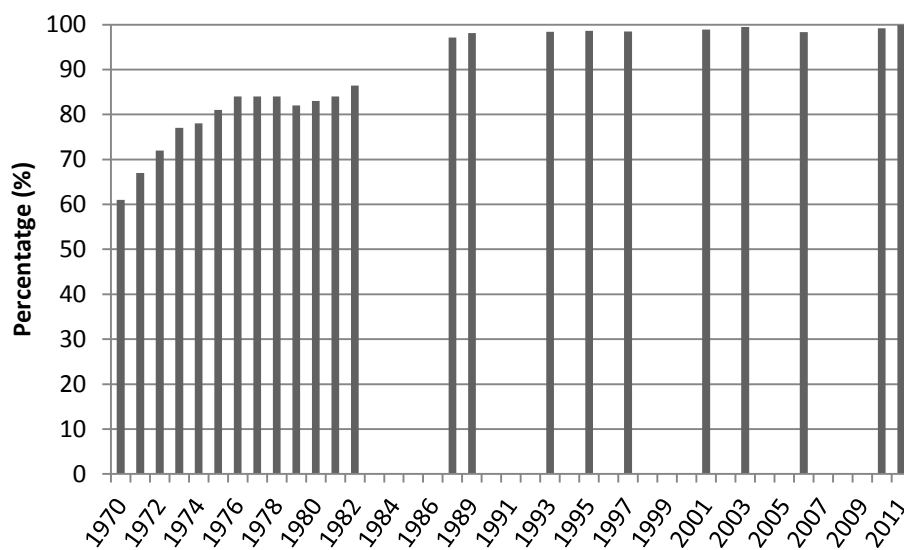
3.3. Indicadors econòmics - sanitaris

En aquesta secció es farà referència a aspectes econòmics de cadascun dels dos sistemes sanitaris analitzats. Analitzarem la cobertura mèdica, la despesa sanitària i l'estadística hospitalària.

3.3.1. Cobertura mèdica

En aquest apartat veurem la cobertura mèdica dels dos països. Pel que fa a Espanya, les dades dels últims catorze anys (dades de l'OCDE) són pràcticament inexistents a excepció dels anys 2001, 2003, 2006, 2010 i 2011. Per aquest motiu, s'ha decidit agafar les dades espanyoles del sistema sanitari anterior fins a l'actual Sistema Nacional de Salut (1970 -1995) y unir-los amb les dades actuals disponibles

Gràfic 7 : Percentatge de població amb cobertura mèdica a Espanya (1970-2011)

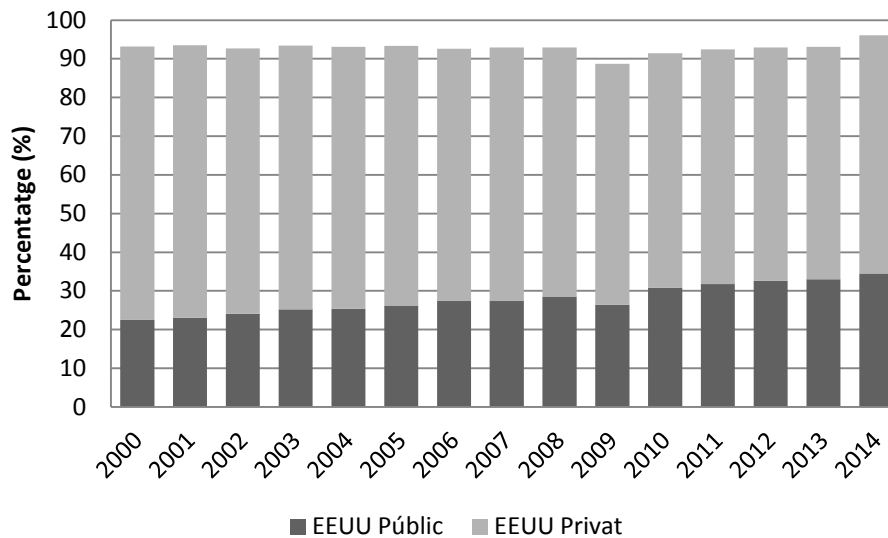


Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En el gràfic 7, referent al percentatge de cobertura mèdica a Espanya, veiem com als anys anteriors a la introducció del SNS (1986), la cobertura mèdica no era totalitària sinó que, per exemple, l'any de la transició, el 1975, tan sols un 81% de la població espanyola estava coberta. Anterior a aquest any, la tendència ja era creixent però no se superava el 70% de cobertura. Un cop es va instaurar el sistema actual de salut, el percentatge va anar creixent tal i com veiem del pas del 1982 fins al 1987, on va arribar a cobrir el 97% de la població. Les dades més actuals que s'han trobat daten de l'any 2011, on es va comprovar que la cobertura sanitària a Espanya era del 99.9%.

Tal i com podem veure en les dades anteriors es pot assegurar que Espanya, amb la introducció del SNS, cobreix pràcticament a tota la població i, per tant, es podria dir que compleix el requisit de la universalitat marcat per la OMS.

Gràfic 8 : Percentatge de població con cobertura mèdica als Estats Units (2000-2015)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En aquest cas, en el gràfic 8 hem separat la part de cobertura privada i la part de cobertura pública durant els últims catorze anys. En primer lloc podem apreciar com hi ha molta diferència entre els dos tipus de cobertura. Ja hem avançat en la introducció i més endavant en el capítol dos, que el sistema sanitari nord-americà és privat, tot i que l'Estat garanteix sanitat pública als més desafavorits.

En tots dos casos, més en públic que en privat, la tendència ha estat creixent. Si ens fixem en la part de cobertura pública, a l'any 2000 l'Estat tan sols cobria el 22.50% de la població mentre, que si mirem a l'últim any d'estudi, el 2014, l'Estat cobria un 34.50%. Pel que fa en el cas de la cobertura privada, a l'any 2000, un 70.70% de la població tenia, bona o no, una assegurança i, a l'any 2014 la població coberta era d'un 61.60%, un percentatge molt menor que al primer any esmentat.

Tot i així, si observem el total, és a dir, si sumem el percentatge de cobertura pública i privada, podem veure que la població total coberta mai arriba al 100%. Si que és cert que la cobertura mèdica ha anat augmentant any rere any, però hi ha bona part de la població que en queda fora. Per exemple, a l'any 2000 la població total coberta era de 93.20%, mentre que a l'any 2014 es va aconseguir la cobertura més elevada dels últims anys, on es va datar un total de 96.10% de població que, tenia o bé una cobertura privada (amb assegurança) o bé una cobertura pública, mitjançant els programes de Govern Medicare i Medicaid.

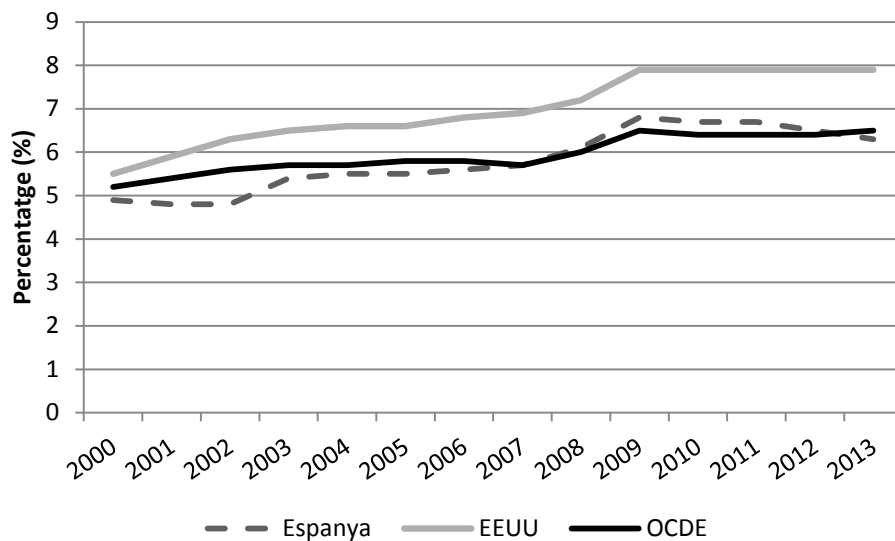
3.3.2. Despesa en sanitat com a percentatge del PIB

En la següent secció podrem veure quina és la despesa en sanitat que fa cada model d'estudi en proporció al Producte Interior Brut (PIB).

Per entendre més bé la situació de cada país, s'ha separat entre la despesa que fan en sanitat privada i la despesa que fan en sanitat pública.

3.3.2.1. Despesa en sanitat pública com a percentatge del PIB

Gràfic 9 : Despesa en sanitat pública a Espanya i Estats Units s/PIB (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

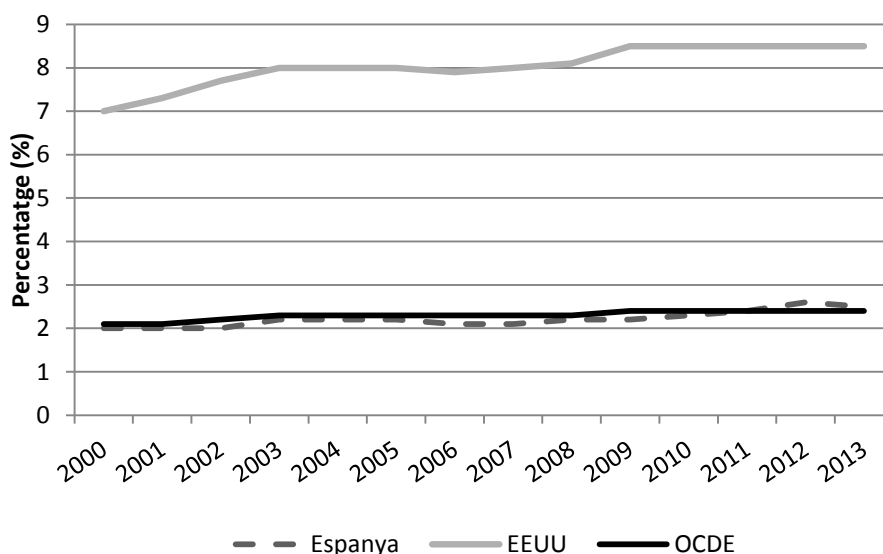
Tal i com podem veure al gràfic 9, referent al percentatge de despesa pública que cada país fa sobre la proporció del PIB, Estats Units està lleugerament per sobre d'Espanya en tot el període. S'observa que a mesura que passen els anys, la despesa en sanitat pública incrementa tant als dos països com també la mitjana dels països de la OCDE. Tot i aquest augment, des de l'any 2009 tant Espanya com Estats Units el percentatge s'ha mantingut constant al voltant del 6.7% i 7.9% respectivament, mentre que la mitjana dels països de la OCDE ha disminuït i se situa per sota del 6.5%.

El fet que Estats Units tingui un percentatge de despesa sanitària sobre el PIB més elevat pel que respecta a Espanya, pot arribar a sorprendre, ja que tenen un sistema privat i que per tant, la seva despesa pública hauria de ser menor. Però no cal oblidar que el Govern americà finança programes d'assegurança mèdica a gent gran (Medicare) i persones amb recursos limitats (Medicaid).

En quant Espanya, coneixent que té un sistema sanitari públic, la seva despesa en sanitat és molt baixa. Aquest fet tant rellevant, fa que ocupi les últimes posicions de la llista de països més desenvolupats de la OCDE (OCDE, 2016).

3.3.2.2. Despesa en sanitat privada com a percentatge del PIB

Gràfic 10 : Despesa en sanitat privada a Espanya i Estats Units s/PIB (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

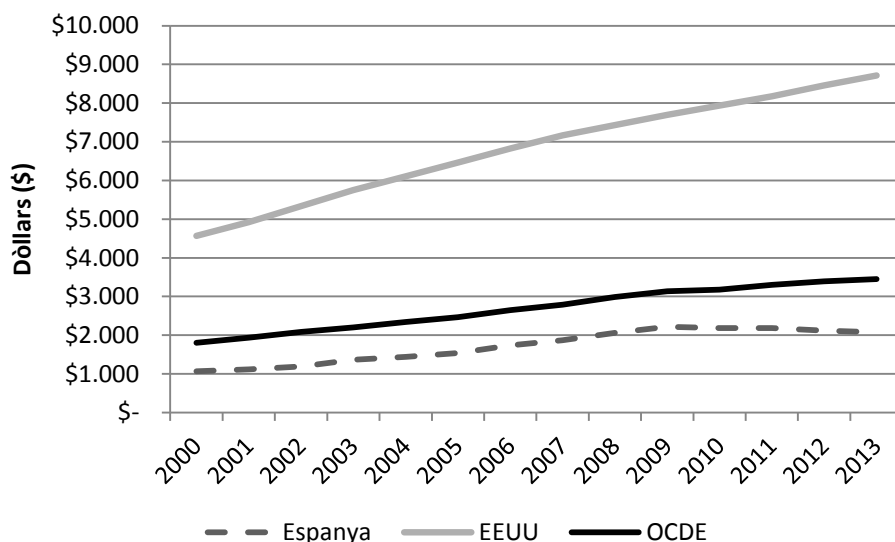
Pel que fa a la despesa en sanitat privada (Gràfic 10), observem com Estats Units té un percentatge molt més significatiu que no pas Espanya. Aquest fet està dins la normalitat, ja que el primer disposa d'una sanitat privada i el segon disposa d'una sanitat pública, però en tots dos casos no es renuncia a l'altre tipus de sanitat.

Estats Units ha anat augmentant la seva despesa en sanitat privada – també en pública – durant els últims anys. Aquest fet fa que el país nord-americà sigui un dels més cars de tot el món, ja que a l'any 2014 gastava un total de 16.40% sobre el PIB, mentre que Espanya, en el mateix any, gastava gaire bé la meitat, un 8.80% sobre el PIB (OCDE, 2016).

A Espanya, poc a poc s'intenta privatitzar més la sanitat. Les polítiques portades a terme per l'últim govern, van dirigitades, en bona part, a descapitalitzar i privatitzar el sistema sanitari públic. Un fet que ho demostra són les restriccions pressupostàries i les retallades que pateixen Comunitats Autònomes com Catalunya, València, Múrcia i Galícia, que són les més afectades (FADSP, 2015). Aquest problema reporta un augment de les hores de treball, disminucions de salaris i fins i tot en algun cas, disminucions de personal de guàrdia com també tancaments de quiròfans. Tot això, fa que el sistema vagi empitjorant any rere any i provoqui, per exemple, llargues llistes d'espera, del qual, tan sols a Catalunya, hi ha aproximadament unes 112.000 persones (FADSP, 2015).

3.3.3. Despesa sanitària total per càpita

Gràfic 11 : Despesa en sanitat per càpita a Espanya i Estats Units (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

Pel que respecta a la despesa sanitària per càpita (Gràfic 11), podem observar les grans diferències entre els dos països. Mentre que Estats Units incrementa en tot el període d'estudi, Espanya en els últims quatre anys ha tendit a disminuir la seva despesa en sanitat.

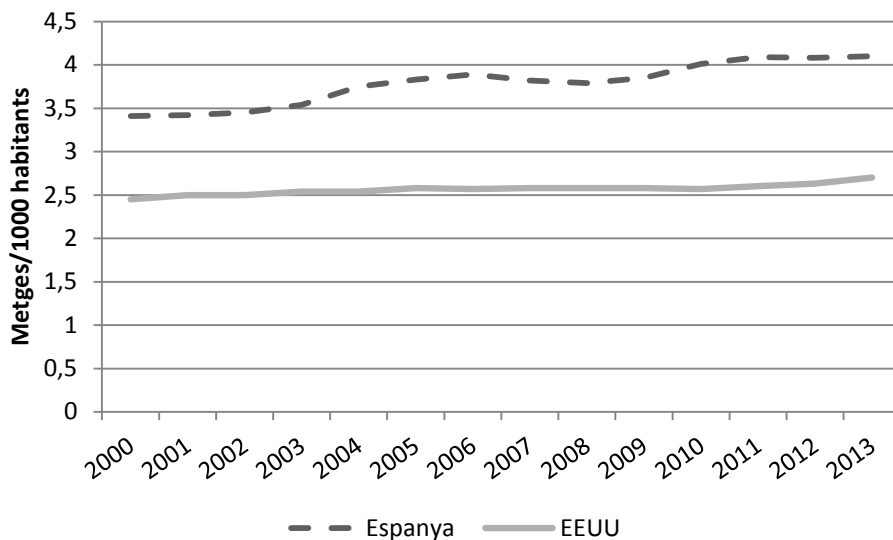
Espanya se situa per sota de la mitjana dels països de la OCDE, mentre que els Estats Units, manté una significativa diferència i va augmentant respecte ells any rere any. Per exemple, la diferència entre els dos països a l'any 2000 era de \$ 3.506,50 mentre que a l'any 2013, la diferència havia incrementat fins als \$ 6.640,50.

Segons Barro (2015), hi ha dos raons pel qual un sistema és més car que l'altre. En primer lloc, perquè als Estats Units els preus són més elevats. Per exemple, un bypass costa de mitjana uns 73.000 dòlars, una cirurgia al genoll uns 25.500 dòlars i un viatge de quinze minuts amb ambulància, uns 1.700 dòlars. En quant a medicaments, el *Liptor* – medicament contra el colesterol – costa 124 dòlars, mentre que a Espanya en costa tan sols 13 dòlars. I, en segon lloc, perquè el sistema sanitari nord-americà és molt més intens que la resta. La disponibilitat de llits és menor, però l'atenció és més completa, és a dir, que fan més proves als pacients. Per exemple, Estats Units fa tres vegades més mamografies per càpita que qualsevol país industrialitzat (Barro, 2015).

Observant les dades dels gràfics 9, 10 i 11 podem veure com el sistema privat costa més del doble que no pas el públic i, relacionant-les amb les argumentacions de Barro, evidencien que el sistema privat és més costós que el sistema públic.

3.3.4. Estadística hospitalària

Gràfic 12 : Metges per cada 1000 habitants a Espanya i Estats Units (2000-2013)



Elaboració pròpia a partir de dades de la OCDE (2016)

En l'anterior gràfic (Gràfic 12), referent a la quantitat de metges que hi ha a cada país per cada mil habitants, podem observar com Espanya en té una major quantia que als Estats Units durant tot el període.

A Espanya hi ha hagut un creixement durant el període, del qual ha passat de tenir 3.41 metges per cada 1000 habitants a l'any 2000 a tenir-ne 4.1 a l'any 2013. En canvi, als Estats Units, la proporció de doctors s'ha tendit a mantenir-se al voltant dels 2.58 metges per cada 1000 habitants, a exceptuant dels últims tres anys d'estudi, en què s'ha incrementat fins arribar als 2.7. Així doncs, Espanya presenta més bons indicadors – pel que fa en estructura – que no pas als Estats Units.

Tot i això, segons dades de la OCDE, els metges nord-americans tenen menys consultes que els metges espanyols. Tot i no tenir dades completes, la mitjana de consultes per càpita a Estats Units durant el període és de 3.95 consultes, en canvi, a Espanya, la mitjana de consultes és de 8.24. Aquesta gran diferència podria arribar a explicar el motiu pel qual a Espanya hi ha més doctors per habitants que als Estats Units.

4. Conclusions

L'estudi realitzat al llarg d'aquest treball ens ha proporcionat informació de cadascun dels dos sistemes per tal de poder fer-ne un anàlisi complet. Aquí en deduirem diverses conclusions.

Que la sanitat als Estats Units és més cara que a Espanya, és un fet que podem veure en la despesa que genera cada sistema sobre el PIB i la despesa per càpita. Però quina explicació té? Senzillament es podria dir que als Estats Units gaudeixen d'un nivell mèdic més elevat, com per exemple les infraestructures, els aparells i el personal i que per tant, això generi un cost més alt. Aquest fet ens portaria a entendre que al tenir millor nivell mèdic, els ciutadans gaudeixen d'una millor salut, però si ens fixem amb els indicadors com ara l'esperança de vida o la mortalitat, podem veure que les diferències entre els dos països tampoc són tant significatives i per tant, no es pot assegurar que aquesta qualitat mèdica millori la situació dels nord-americans.

La resposta està en el cost dels medicaments i dels serveis. En l'estudi realitzat per l'International Federations of Health Plans, es va fer la comparativa en l'àmbit privat entre diferents països, entre ells, Espanya i Estats Units (IFHP, 2013):

- Cymbalta, un medicament antidepressiu, als Estats Units costa \$ 194 mentre que a Espanya costa \$ 71.
- Copaxone, utilitzat en el tractament contra l'esclerosi múltiple, als Estats Units costa \$ 3.903 mentre que a Espanya costa \$ 1.191.
- En l'operació de reemplaçament de genoll, a Estats Units costa \$ 25.398 mentre que a Espanya costa \$ 8.100.
- La cirurgia d'un bypass al cor, als Estats Units costa \$ 75.345 mentre que a Espanya costa \$ 16.247.
- La ressonància magnètica, als Estats Units costa \$ 1.145 mentre que a Espanya costa \$ 154.

Podem veure com la diferència de preus és abismal tant en el preu de medicaments com també en els seus serveis. Un fet impactant és que el 60% de les bancarrotes de les famílies nord-americanes venen causades per la inviabilitat per pagar les factures mèdiques. Així doncs, sabem que bona part de l'alt cost que genera el sistema privat nord-americà prové dels alts preus que s'imposen (Navarro, 2015).

Un altre aspecte important és la cobertura mèdica. Mentre que a Espanya quasi bé el cent per cent de la població està coberta, als Estats Units no tots gaudeixen de l'atenció mèdica. Tot i que el Govern nord-americà ha maximitzat la xifra de població coberta amb la introducció de programes socials, s'estima que als Estats Units, actualment, hi ha unes 36 milions de persones sense cobertura i unes 25 milions reben una cobertura insuficient. Per aquest motiu, prop de 45.000 persones moren a l'any a causa de no tenir la cobertura mèdica necessària i, en absència d'assegurança mèdica, molts nord-americans retarden la seva visita al metge perquè no tenen com pagar i, quan finalment hi assisteixen, ja és massa tard (Navarro, 2015).

Malgrat que la cobertura no és universal, des d'aquí es vol assegurar que l'atenció és obligatòria i per tant, en qualsevol hospital d'Estats Units estan obligats a atendre

qualsevol pacient. Evidentment que el problema no és l'atenció, sinó com aquesta es pagarà.

Fent ara un anàlisi més general, els dos sistemes sanitaris estan en perill, és a dir, que tant a mig com a llarg termini seran insostenibles.

En el cas d'Estats Units, només cal veure la forta despesa que representa la sanitat sobre el PIB. Com pot ser que un dels països més rics i poderosos del món gasti tant en sanitat i per contra, els seus indicadors i el seu sistema sanitari estigui considerat un dels pitjors del món?

En un estudi realitzat per l'empresa Gallup, el 66% de la població nord-americana està satisfeta amb l'actual sistema sanitari, mentre que un 32% - una xifra bastant elevada d'insatisfacció - voldria renovar-lo per complet (Newport, 2014).

És evident que el sistema sanitari dels Estats Units necessita un canvi urgent i la pregunta que un es fa és per què no hi ha un canvi i s'introdueix un sistema públic, on tothom pugui accedir de manera universal i gratuïta als hospitals? Dons la resposta recau en un factor polític. Les Corporate America, format per les companyies d'assegurances i les grans empreses, són les que financen les campanyes electorals i per tant, a no ser que hi hagi una reforma del sistema electoral, que és privat, difícilment hi haurà una reforma sanitària orientada a universalitzar la sanitat. Per altra banda, les grans empreses s'han oposat sempre a qualsevol reforma Sanitària, ja que tenien por a perdre el control sobre els seus treballadors (Navarro, 2015).

En el cas espanyol, la seva despesa no és tant forta com als Estats Units, però segons previsions de la OCDE, aquesta augmentarà de manera continuada durant aquest segle degut, en bona part, per l'envelliment que patirà la població espanyola. Aquest fet significa que sinó s'introdueixen reformes, serà molt difícil finançar el sistema sanitari públic, ja que actualment la despesa sanitària creix a un ritme superior que la renda per habitant (EFE, 2015).

Tot i que Espanya és un dels països amb menor despesa sanitària sobre el PIB i major eficiència, per garantir la sostenibilitat del SNS cal una forta inversió. Aquesta, hauria d'estar encarada a la prevenció de malalties, del qual d'aquesta manera s'estalviaria fer la forta despesa en medicaments. Actualment ja s'han posat en marxa diverses mesures, com ara la promoció de medicaments genèrics menys costosos i igual d'eficients i el copagament dels pensionistes. Malgrat això, segons la OMS, s'estima que entre el 20% i el 40% de les despesa sanitària és duta a terme per una mala gestió dels recursos.

Dos dels problemes que actualment té el sistema sanitari espanyol són l'endeutament i els ingressos fiscals. Referint-nos primer, cada any les Comunitats Autònomes fan un pressupost molt per sota del que finalment gasten. Per exemple, a l'any 2011 el deute sanitari espanyol sobrepassava els 9.400 milions d'euros i es tardava 395 dies a pagar als proveïdors sanitaris, mentre que la Llei de Contractes del Sector Públic estableix que han de ser 50 dies. I, en quant al segon problema, actualment hi ha uns baixos ingressos fiscals, dels quals la majoria provenen del treball i no sobre el consum – tot i que es va augmentar l'IVA al 21% – tal i com vol la Comunitat Europea.

L'evolució del sistema sanitari espanyol anirà lligada al les estratègies que millorin la qualitat de vida, que siguin més efectives amb la utilització d'una alta tecnologia però amb una inversió més limitada.

Mentre que als Estats Units la població posava en dubte l'actual sistema sanitari, a Espanya, l'estudi que va realitzar MAPFRE, ha donat uns resultats més positius. El 53.1% de la població creu que el sistema funciona bé però caldria fer-hi alguns canvis mentre que tan sols el 3.6% creu que el sistema s'ha de refer de nou (MAPFRE, 2012).

En resum, el sistema sanitari espanyol parteix d'una bona situació. Els indicadors analitzats en l'estudi determinen que els nivells de vida són dels més alts d'Europa i amb una despesa molt inferior que la resta de països de la OCDE. Això indica que el SNS és dels més eficients. En canvi als Estats Units, no gaudeixen ni de l'eficiència del sistema ni de nivells de vida elevats, ja que estan molt per sota de la mitjana de la OCDE. Partint d'aquesta situació, és evident que tant a un país com a l'altre cal introduir-hi canvis urgents.

Tot i que els dos sistemes estan en una situació delicada, la posició del sistema sanitari espanyol està per sobre del sistema nord-americà del qual no respon a les variables que ha de caucionar un sistema sanitari, en què la sanitat és un dret bàsic on ha de contribuir a garantir la seva universalitat, eficiència i satisfacció dels ciutadans.

5. Bibliografia

AGENCIA EFE (2015). ABC: La OCDE alerta de que el aumento del gasto sanitario imposibilitará su financiación. <<http://www.abc.es/sociedad/20150924/abci-gasto-sanitario-ocde-201509241249.html>> [Consulta: 3 de maig de 2016].

BARRO, A. (2015). *Radiografía de la (mala) sanidad americana*. <http://www.elconfidencial.com/mundo/2015-04-07/radiografia-de-la-mala-salud-americana_754497/> [Consulta: 22 d'abril de 2016].

BEVERIDGE, W. (Novembre 1942). *Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Service*. <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf> [Consulta: 15 de febrer de 2016].

BROWN, L. (2006). *La población de Estados Unidos alcanza los 300 millones y apunta hacia los 400 millones*. <<http://www.terra.org/categorias/articulos/la-poblacion-de-estados-unidos-alcanza-los-300-millones-y-apunta-hacia-los-400>>. [Consulta: 1 de març de 2016].

CAÑO, A. (2009). El País: *El senado aprueba la histórica reforma sanitaria de Obama*. <http://internacional.elpais.com/internacional/2009/12/24/actualidad/1261609205_850215.html> [Consulta: 8 de febrer de 2016].

CASE, A. i DEATON, A. (2015). *Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century*. <<http://www.pnas.org/content/112/49/15078>> [Consulta: 15 d'abril de 2016].

Espanya. Llei 14/1986, de 25 d'abril, de general de sanitat. BOE, 25 d'abril de 1986, núm. 102, p. 145-166.

Espanya. Reial Decret Legislatiu 3/2011, de 14 de novembre, de Contractes de Sector Públic. BOE, 14 de novembre de 2011, núm. 276.

FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (2011). *Inmersión precoz en la clínica*. <https://www.uam.es/docencia/ocw/cursos/estebaninmersion/Tema_7_texto.pdf> [Consulta: 1 de febrer de 2016].

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (2015). *Los servicios sanitarios de las CCAA*. <<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/1111-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2015-xii-informe>>. [Consulta: 14 d'abril de 2016].

GUYATT, G., et al. (2009). *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. <<http://www.bmj.com/content/bmj/339/bmj.b2732.full.pdf>>. [Consulta: 2 d'abril de 2016].

INTERNATIONAL FEDERATIONS OF HEALTH PLANS (2013). Comparative price report: Variation in medical and hospital prices by country.
<<https://static1.squarespace.com/static/518a3cfee4b0a77d03a62c98/t/534fc9ebe4b05a88e5fbab70/1397737963288/2013+iFHP+FINAL+4+14+14.pdf>> [Consulta: 2 de maig de 2016].

MAPFRE (2012). La salud y el sistema sanitario español.
<https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1071780> [Consulta: 3 de maig de 2016].

MARUTHAPPU, M., OLOGUNDE, R., i GUNARAJASINGAM, A. (2012). *Is health Care a right? Health reforms in the USA and their impact upon the concept of care.*
<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080113700219>> [Consulta: 11 de febrer de 2016].

MASVIDAL, M. (2013). *Sistema de sanidad privada: pros, contras y posibles soluciones.*
<<http://www.lagranepoca.com/archivo/27409-sistema-sanidad-privada-pros-contras-posibles-soluciones.html>>. [Consulta: 2 d'abril de 2016].

MINISTERI DE SANITAT (2011). *Patrones de mortalidad en España 2011.*
<<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/PatronesMortalidadEspana2011.pdf>>. [Consulta: 7 d'abril de 2016].

MOKDAD, A.H. (2015). *Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition.*
<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)61340-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61340-X/abstract)> [Consulta: 4 d'abril de 2016].

Moreno, F.J. (2013). *Retos, reformas y futuro del Sistema Nacional de Salud.*
<<http://www.raco.cat/index.php/REAF/article/view/270489>> [Consulta: 24 de febrer de 2016].

NAVARRO, V. (2015). *El modelo liberal sanitario de EEUU.* <<http://www.ccoo-servicios.info/noticias/50864.html>> [Consulta: 11 de febrer de 2016].

NEWPORT, F. (2015). Most Americans remain satisfied with healthcare System.
<http://www.gallup.com/poll/171680/americans-remain-satisfied-healthcare-system.aspx?g_source=satisfaction%20healthcare&g_medium=search&g_campaign=tiles> [Consulta: 3 de maig de 2016].

ORGANITZACIÓ DE COOPERACIÓ I DESENVOLUPAMENT ECONÒMIC (2015). *Health at a Glance 2015.* <<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>>. [Consulta: 22 de març de 2015].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1981). *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.*
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>>. [Consulta: 13 de març de 2016].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). *Sistemas de salud: principios para una atención integrada*. <<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf?ua=1>> [Consulta: 3 de febrer de 2016].

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Acerca de los Sistemas de Salud* <<http://www.who.int/healthsystems/about/es/>> [Consulta: 1 de febrer de 2016].

PARCET, M. (2011). *El sistema sanitario alemán*. <<http://www.tremedica.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>> [Consulta: 3 de febrer de 2016].

PRATS, J. (2014). *El País: Los retos de un país envejecido*. <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/05/03/actualidad/1399128652_124451.html> [Consulta: 5 de març de 2016].

ROJO, D. (2011). *20 minutos: Aumentan las dudas sobre el futuro de la Seguridad Social tras la reducción de su superávit*. <<http://www.20minutos.es/noticia/933721/0/dudas/futuro/seguridad-social/>> [Consulta: 1 de març de 2016].

SALVADOR, M^a., KRANKE, S., SCHELLING, J. I REGIFE, V. (2015). *Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España*. <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715002486>> [Consulta: 3 de febrer de 2016].

SÁNCHEZ, M. (2014). *Problemas fundamentales de la Sanidad Pública y alternativas para abordarlos*. <<http://www.nuevatribuna.es/opinion/marciano-sanchez-bayle/problemas-fundamentales-sanidad-publica-y-alternativas-abordarlos/20140225131453101156.html>>. [Consulta: 2 d'abril de 2016].

TRILLO, M. (2014). *ABC: La caída de la población pone en riesgo la situación de España*. <<http://www.abc.es/sociedad/20140714/abci-caida-poblacion-peligro-espana-201407131621.html>> [Consulta: 1 de març de 2016].