

15

SAÚDE E ATENÇÃO SANITÁRIA



Margarita Vilar-Rodríguez
Profesora titular de Historia Económica
Universidade da Coruña

SAÚDE E ATENCIÓN SANITARIA

Ocoidado da saúde, xunto coa alimentación, foi historicamente un ben esencial para a vida, o benestar da poboación e a economía dun país. A cidadanía galega é consciente desta importancia. A «sanidade» xa representaba o asunto de maior preocupación antes da pandemia (37,2 % —oito puntos máis que a media de España—), segundo os datos do Barómetro Sanitario do ano 2019. O interese pola sanidade en Galicia superaba de lonxe a outros temas esenciais como o «traballo» (27,8 %), a «educación» (15,4 %) ou as «pensións» (13,3 %). A poboación galega enquisada manifestaba tamén a súa prioridade e maior confianza pola sanidade pública —sobre todo nos casos de gravidade—, valoraba a atención sanitaria como un dos servizos públicos máis desexados e identificaba como o seu principal problema as longas listas de espera. Un ano despois, a COVID-19 someteu a exame ao noso sistema sanitario e hospitalario e puxo aínda máis en valor este servizo público. Parece un bo momento para reflexionar sobre como evolucionou a sanidade pública galega nestes últimos corenta anos, como afrontou os retos derivados das transferencias sanitarias e onde están as súas principais fortalezas e debilidades. Para entender mellor estas cuestións, convén comezar polo inicio.

Un complexo marco de partida: reforma e descentralización da sanidade pública

A década comprendida entre 1975 e 1985 resultou extremadamente complexa en España dentro dun marco de grande incerteza política, crise económica e grandes expectativas sociais ante a nacente democracia. Polo que se refire ao ámbito sanitario, representa unha etapa de dúas esperas históricas: a creación do Ministerio de Sanidad e a aprobación dunha Lei xeral de sanidade. Confiábase en que estes dous pasos servirían de base para a configuración dun sistema sanitario público e universal de corte europeo. Pero o proceso non resultou sinxelo. Primeiro, porque a reforma sanitaria necesitaba da reforma previa do marco político e da Facenda, ámbalas dúas cousas non se consolidaron ata a reforma tributaria de 1977 e a aprobación da Constitución en 1978, texto onde se recoñecía como dereito básico a protección da saúde. Segundo, porque case corenta anos de ditadura deixaran como herdanza unha estrutura sanitaria chea de problemas organizativos e financeiros e de deficiencias na xestión, prestacións e cobertura, difíciles de resolver decontado. Terceiro, porque o sector sanitario viviu durante estes anos un permanente conflito en moitas fronteas, pois non existía acordo entre as forzas políticas, sociais e profesionais sobre o modelo sanitario a conformar. Evidencia deste clima de permanente crispación foi a tardía aprobación dunha Lei xeral de sanidade (LXS) en 1986 e o seu insatisfactorio contido para tódalas partes implicadas. Naceu como resultado dun longo debate no Parlamento onde o arco de forzas políticas defendía modelos dispares e varios proxectos previos

foran rexeitados (Vilar e Pons, 2018). Como consecuencia, a Lei resultou demasiado xenérica e difusa, o seu contido recollía máis un conxunto de principios e de obxectivos de longo alcance que un plan inmediato de execución de reforma sanitaria. Dun lado, fundamentou o dereito á atención sanitaria universal baixo un sistema nacional de saúde de titularidade pública e xestión directa da Administración como regra xeral —pero deixou a porta aberta á firma de concertos coa sanidade privada e a fórmulas de xestión indirecta—. Doutro, estableceu un sistema de cobertura igualitaria en todo o territorio financiado con impostos e compatible coa descentralización de competencias sanitarias nas comunidades autónomas baixo un patrón de solidariedade interrexional —pero cun marco de financiamento aínda por definir—. O difuso contido da lexislación deu pé ás voces máis críticas para censurar a posta en marcha dun sistema nacional de saúde. Así, cinco anos despois, o coñecido como «Informe Abril» publicado en 1991 criticaba duramente o sistema sanitario público e propoñía sesenta e catro recomendacións cun rumbo claramente favorable cara á xestión privada. As fórmulas privatizadoras e de copagamento de servizos sanitarios propostas no informe atopáronse cun gran rexeitamento de boa parte dos partidos políticos, forzas sindicais e cidadanía. Con todo, moitas das medidas presentadas fóronse incorporando de xeito sutil no noso sistema sanitario.

Falamos de tempos de congoxa para o sistema sanitario público. A débeda sanitaria non deixou de medrar entre 1981 (115.000 millóns de pesetas) e 1991 (561.000 millóns), unha espada de Damocles que ameazaba con paralizar a asistencia sanitaria no país (Pons e Vilar, 2014: 356). Aquí hai que ter en conta que a sanidade española se atopaba en plena reforma do seu sistema de financiamento. Ata a Lei de orzamentos xerais do Estado de 1989, que introduciu un aumento progresivo do peso dos impostos, a maior parte dos recursos procedían das insuficientes cotizacións sociais de empresarios e traballadores (1988: 58 % e 1989: 27,2 %).

Un modelo sanitario nacente e inmaturo, inmerso nunha profunda reforma, con boa parte da lexislación aínda por desenvolver, tivo que afrontar o traspaso das competencias sanitarias ás sete comunidades autónomas históricas e asimiladas (art. 151 da Constitución): Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco e Valencia (1988), Navarra e Galicia (1991) e Canarias (1994). A transferencia non resultaba doada de xestionar: un sistema sanitario de forte carácter hospitalocéntrico, composto por hospitais públicos de diferente adscrición patrimonial e débil coordinación; unha asistencia de atención primaria aínda por modernizar e reformar; e un modelo de financiamento insuficiente e finalista, no que o Insalud, que subsistía nas dez comunidades autónomas de réxime común (art. 143 da Constitución) actuaba como estándar de funcionamento. O proceso de transferencias sanitarias non se pechou nestes territorios ata 2001. Foi entón cando empezou a funcionar un novo modelo de financiamento autonómico deseñado na Lei 21/2001, do 27 de decembro, que puxo fin á fórmula finalista e introduciu o principio de autonomía financeira e de corresponsabilidade ou responsabilidade fiscal, principios de suma importancia que deben darse nun verdadeiro proceso descentralizador.

Unhas transferencias a lume lento, 1981-1991

O 2 de xaneiro de 1991, unha década despois da aprobación do Estatuto de autonomía, facíase efectivo o acordo de transferencia dos servizos sanitarios dende o Insalud a Galicia. A longa espera pon en evidencia as tensións políticas que acompañaron o proceso nunha contorna económica difícil e

con moitos intereses empresariais en xogo. A orixe deste camiño de pedras sitúase en 1978, cando Xosé Quiroga Suárez foi nomeado titular do Departamento de Sanidade e Seguridade Social da primeira Xunta (preautonómica) de Galicia. Quiroga era un médico ourensán fundador de Acción Política Ourense, unha das pezas do complexo crebacabezas da UCD, e chegou a ser o senador galego máis votado en Galicia nas eleccións celebradas en 1977. A principios de 1979, a «Consellería» de Sanidade presidida por Xosé Quiroga presentou no pleno do órgano preautonómico galego as Bases para un programa de reforma sanitaria en Galicia. Neste documento establecíanse uns principios pouco claros do modelo sanitario a desenvolver en Galicia. Dentro desta falta de claridade —reflexo da opacidade do modelo sanitario defendido pola UCD para o conxunto de España— apostaba por «sementar Galicia de centros sanitarios» —unha estratexia que lembraba a política sanitaria da ditadura—, con chiscos electoralistas á sanidade privada, aos colexios médicos e á poboación rural.

En xuño de 1979 Quiroga foi designado segundo presidente da Xunta (preautonómica) —tras a dimisión de Antonio Rosón— e titular da Secretaría de Sanidade e Seguridade Social adxunta á mesma. Un mes máis tarde, presidiu a constitución do Consello Galego de Sanidade integrado por 35 membros, con tres vocais natos, o presidente da Xunta de Galicia, o director xeral da Consellería e o subdirector da Seguridade Social, e o resto composto por representantes das Facultades de Medicina, Farmacia, Colexios de Médicos, ATS e farmacéuticos, representantes de hospitais non pertencentes á Seguridade Social e doutras forzas sindicais, patronais e políticas. O Consello comezou a camiñar dando paus de cego, tal e como revelaba o doutor M. Sánchez Salorio, nunha das primeiras reunións: «parece coma se o organigrama supuxese resolvido o asunto do modelo sanitario e asistencia para o que imos traballar en Galicia; en concreto convén saber se falamos dun modelo socializado ou xerarquizado, se flexible ou non...» (*LVG*, 28/07/1978: 17). A intervención deste recoñecido médico parecía poñer en evidencia o confuso punto de partida: ¿por onde empezamos a debater? Sen estratexia clara en materia sanitaria no goberno da UCD en Madrid —o mesmo partido que gobernaba na Xunta preautonómica—, sen consenso político en Madrid para aprobar unha Lei xeral de sanidade e coa proximidade das primeiras eleccións autonómicas o plan quedou nunha vía morta. Só se aprobou un paquete de transferencias relacionado coa saúde pública no que se incluían aspectos como o control sanitario de augas ou a vixilancia sobre a publicidade médico sanitaria (R. D. 1634/1980, 31 xullo). A falta de mellores titulares, a prensa recollía a noticia de que «se conseguiu o 80 % das competencias para Medicina preventiva» e «200 millóns de pesetas para realizar campañas sanitarias preventivas nas catro provincias galegas» (*LVG*, 28/11/1980: 43).

Despois da aprobación do Estatuto de autonomía de Galicia en 1981 e da vitoria de Xerardo Fernández Albor, candidato de Alianza Popular nas primeiras eleccións autonómicas celebradas en outubro dese ano, José M. Hernández Cochón foi nomeado Conselleiro de Sanidade. Nos primeiros meses desta primeira lexislatura e seguindo os criterios da disposición transitoria cuarta do Estatuto constituíuse unha Comisión Mixta de Transferencias, órgano principal das negociacións de traspaso de competencias, cuxas normas de funcionamento foron aprobadas por R.D. 581/1982. Entre as súas primeiras decisións estratéxicas, a Comisión determinou como data idónea para a transferencia do Insalud a Galicia o 1 de xullo de 1983. Unha data tan próxima para un proceso tan complexo parecía pouco factible. O órdago enténdese mellor sendo conscientes do marco político. En Madrid o PSOE acababa de gañar as eleccións por maioría absoluta. Un dos proxectos prioritarios do pri-



meiro goberno socialista centrábase na aprobación dunha Lei xeral de sanidade dentro dos catro anos de legislatura. Expuña *a priori* un modelo sanitario moi diferente ao defendido polos partidos máis conservadores, como xa se comentou. Comezaba así un pulso político entre os dous gobernos no que as transferencias sanitarias se converteron en principal cabalo de batalla. Dentro do foro político galego as augas tampouco discorrían tranquilas. En marzo de 1983 púxose en marcha a Coalición de Goberno froito do acordo de colaboración entre Alianza Popular e o Grupo de Parlamentarios Independentes (ex-UCD). Isto supuxo algúns cambios na composición do goberno, entre outros, nomeouse un novo Conselleiro de Sanidade e Consumo, Xavier Suárez-Vence, procedente da UCD.

A partir de aquí, comezou un enfrontamento mediático que asolagou de titulares a prensa galega. Dun lado, Juan González Pousada, subdirector xeral de Coordinación Territorial, organismo encargado das transferencias, declaraba en decembro de 1983 que «estamos dispostos a traspasar todo inmediatamente e, con este fin, estamos a preparar todo para a data do 1 de xaneiro de 1984». Engadía que o Insalud tiña vocación autonomista e «é o goberno galego, dende xullo, o que non volveu a mostrarse interesado en proseguir as reunións sobre o tema» (*LVG*, 20/12/1983: 22). Doutro, o Goberno galego sostiña que as transferencias sanitarias eran da súa absoluta prioridade e as trabas impostas por Madrid impedían a súa pronta resolución. A data do 1 de xaneiro de 1984 quedou sen efecto, como cabía esperar. Mentres, en Madrid, os borradores da Lei xeral de sanidade eran aborrotados por unha marea de emendas. Dentro deste marco, AP e PSOE afrontaban un duro enfrontamento político no Parlamento por fortes disensións no modelo sanitario que debía adoptar o país. Os dous partidos discrepaban en tres ámbitos básicos: o papel do sector privado na xestión e prestacións, a posibilidade de introducir copagamento na atención sanitaria e o modelo de financiamento. Como parte deste debate, o deputado galego José M. Romay Beccaria, en representación de AP, puxo énfase en criticar «a mala asistencia sanitaria pública» e na necesidade de dar «liberdade aos usuarios para elixir os servizos que desexan»; é dicir, defendía a plena liberdade de elección de médicos e centros hospitalarios (públicos ou privados) e a firma de concertos para conseguir este obxectivo. Romay Beccaria sabía do que falaba, coñecía os intereses que había detrás desta lexislación, pois exercera como secretario xeral de Sanidade baixo a ditadura de Franco entre 1963 e 1966 (Vilar e Pons, 2018: 281). Pola súa banda, Carlos Ruiz Soto, tamén deputado popular, complementaba este discurso afirmando que «o Servizo Nacional de Saúde é unha antigualla que está en solfa» e pro-

Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia e fotografía nun centro hospitalario do SERGAS. (Fondo gráfico SERGAS. Xunta de Galicia)

poñía «facer complementarias as dúas medicinas, as dúas sanidades, a pública e a privada (...), porque ademais na nosa Constitución está tamén a liberdade de empresa».

O relatorio técnico incorporou novos membros e seguiu traballando na negociación das transferencias en 1983, 1984 e 1985. O Consello da Xunta solicitou ao Goberno central o traspaso do Insalud con efectos dende o 1 de xaneiro de 1986 baixo a ameaza de recorrer ao Tribunal Constitucional. A nova data fracasou tamén. Suárez Vence cualificou como «descortesía do Estado», «posición arrogante e pouco dúctil» e como «actitude intolerablemente pasiva» as posicións mantidas polo Goberno no proceso de negociación das transferencias do Insalud (*LVG* 13/12/1985: 17). Mentres tanto, o Ministro de Sanidade, Ernest Lluch, afirmaba no Parlamento que a «predisposición da Xunta para a cuestión sanitaria é moi reducida» (*LVG* 13/03/1985: 17). O ministro engadía que resultaba «extraordinariamente difícil entenderse co goberno galego porque non se centra no problema específico do traspaso de competencias», o que «podería aprazar o traspaso do Insalud de xeito indefinido» (*LVG* 5/11/1985: 20). Dentro deste pulso dialéctico, o proceso seguiu avanzando paseniño, sen facer ruído. En 1984 aprobouse o primeiro mapa sanitario galego (Decreto 126/1984, do 27 de xullo). En 1985, traspasáronse algunhas funcións da Administración institucional da sanidade nacional (AISNA), relacionadas coa xestión de centros especializados en atención a enfermos do tórax e psiquiatría (*BOE*, 29/10/1985: 34079).

O retorno de Hernández Cochón á Consellería de Sanidade en marzo de 1986 veu acompañado dunha estratexia máis dura nas negociacións. A súa volta coincide no tempo coa aprobación da nova LXS, cuxo contido se afastaba *a priori* dos intereses defendidos polos partidos máis conservadores. En paralelo, en Galicia deu inicio unha nova lexislatura onde o goberno se atopaba en minoría e necesitaba unha vitoria mediática no avance da Autonomía. A educación e a sanidade constituían o núcleo duro dos servizos públicos e contiñan á súa vez importantes intereses profesionais e empresariais. No ámbito sanitario o pulso político pasou da prensa aos tribunais. O Goberno galego fixou como nova data de traspaso o 1 de xaneiro de 1987, introduciu o concepto de «débeda histórica» en materia sanitaria con Galicia e levou o caso ao Tribunal Constitucional, órgano que admitiu a trámite o 15 de outubro «o conflito positivo de competencia contra a omisión do Real Decreto de traspaso de funcións, servizos, medios materiais e persoais en materia do INSALUD» (núm. 1052/86). O clima de crispación política conxelou o avance das negociacións. Mentres tanto, en goteo lento de cambios lexislativos chegaron os traspasos de medios persoais e orzamentarios. En 1987, primeiro baixo presidencia de Fernández Albor e dende setembro con González Laxe como Presidente da Xunta, non se celebrou ningunha reunión.

En 1988 e 1989 volveron os contactos aínda que sen resultados en termos de transferencias, pero avanzou o marco lexislativo da ordenación sanitaria galega. Así, publicouse a Lei 1/1989 do 2 de xaneiro pola que se creou o Servizo Galego de Saúde (Sergas), aínda que baleiro de competencias. Uns meses máis tarde, por Decreto 55/1989, do 6 de abril, aprobouse a revisión do mapa sanitario de Galicia con catro niveles de atención: 3 rexións sanitarias con 9 áreas de saúde formadas por 45 zonas sanitarias de atención integrada que comprendían 146 zonas de saúde de atención primaria. Parecía que os dous gobernos do PSOE podían facilitar o final do proceso a finais da década de 1980. O relatorio técnico entregou á Administración central o borrador do decreto de transferencias sanitarias no mes de xullo de 1989. Pero en decembro do mesmo ano, Manuel Fraga

Iribarne gañou as eleccións e as transferencias sanitarias permanecían como un tema pendente e prioritario na axenda política. A inicios de 1990 as negociacións intensificáronse nun clima de maior entendemento entre o ministro de Sanidade Julián Vargas e o conselleiro de Sanidade Manuel Montero. En paralelo, estableceuse unha nova estrutura orgánica da Consellería de Sanidade (Decreto 203/1990, 8 de mar.) e dotouse de estrutura e funcións ao Sergas (Decreto 204/1990, 8 de mar.). A idea era avanzar neste ámbito o máximo posible porque o presidente Fraga quería pechar no seu primeiro ano de presidencia un dos flocos pendentes máis importantes da Autonomía galega: a sanidade.

No *Libro de Conferencias dos Actos de celebración do 25 Aniversario do Sergas*, Dositeo Rodríguez, por entón Conselleiro da Presidencia e Administración Pública, revela información básica para entender o atraso acumulado neste ámbito e a aceleración do proceso en 1990. O exconselleiro recoñecía que «antes da Lei estatal de Sanidade de 1986, por non existir outro parámetro que o custo efectivo, asumir Sanidade era un perigo financeiro». Nesta etapa «Galicia tiña un financiamento inferior á media, fronte a outras comunidades autónomas, e recibir a transferencia ao custo efectivo consagraría esa discriminación». A Lei xeral de sanidade de 1986 introduciu o concepto de poboación protexida (art. 82), bastante difuso igual que outros puntos desta lexislación. Esta indefinición fixo persistir «o enorme risco de asumir unha transferencia sen o financiamento necesario para facer fronte ás demandas que formularía a sociedade galega».

O acordo de transferencias sanitarias pechouse na 22ª reunión do Relatorio Técnico celebrada o 18 de decembro de 1990 con dous logros. Por unha banda, conseguiuase una mellora considerable na financiación da sanidade galega. Segundo o concepto de «poboación protexida» contido na Lei xeral de sanidade, a Galicia correspondíalle un financiamento equivalente ao 7,10 % da media estatal, pero en 1989, ano inicial do primeiro cómputo diferencial, a porcentaxe de gasto era menor ao 6 %, o que supoñía un agravio comparativo. O acordo final estableceu un prazo de dez anos para igualar o financiamento sanitario de Galicia coa súa poboación protexida. Mentres tanto, o Estado comprometeuse a abonar á Xunta o 10 % adicional. Ademais, incluíuse un investimento para modernizar o Hospital de Santiago. As dúas partes quedaron satisfeitas. Por outra banda, o traspaso efectivo fíxose a fume de carozo, con data de entrada en vigor o 1 de xaneiro de 1991 (R.D. 1679/1990). E con este éxito no seu haber o presidente da Xunta M. Fraga na súa mensaxe de fin de ano en decembro de 1990 puido sentenciar que «a autonomía galega navega con ritmo seguro». Paradoxos da historia, nesas mesmas datas, o Tribunal Supremo sentenciou tamén (núm. 201/1990, de 13 de dec.) en contra do recurso de amparo por trato discriminatorio promovido pola Xunta de Galicia en 1986 por entender que esta discriminación non se produciu. Este fallo pasou desapercibido posto que a batalla política xa fuxira a outros foros.

A sanidade galega nos últimos 30 anos: 1991-2021

«E os tempos foron chegados» no ocaso do século XX para a posta en marcha das competencias propias en asistencia sanitaria. O reto era considerable. En 1991 Galicia fíxose cargo da xestión de 36 centros de saúde, 180 consultorios, 15 ambulatorios e 12 hospitais. Non se trataba só de recursos materiais, tamén humanos. Consumado o traspaso de funcións, persoal e servizos do In-salud á Comunidade Autónoma de Galicia houbo que tecer un complexo corpo lexislativo. Como

primeiro paso, dotouse de funcións ao Servizo Galego de Saúde (Sergas), organismo encargado da xestión integrada dos servizos sanitarios existentes en Galicia e responsable, por Lei 8/1991, do 23 de xullo, de:

- O desenvolvemento de tódalas as áreas que configuran o concepto integral de saúde (física, mental, social ou de relación e ecoloxía ou ambiental), xestionando a sanidade en todas as súas facetas: información e educación sanitarias, protección da saúde, prevención da enfermidade, asistencia sanitaria e rehabilitación.
- A execución e o desenvolvemento dos programas de docencia e investigación que lle sexan encomendados pola Consellería, dentro da súa competencia ou que sexan necesarios para os seus fins.
- A xestión das prestacións sanitarias, farmacéuticas e complementarias que correspondan ao servizo.
- A xestión dos centros, servizos e establecementos sanitarios do Servizo Galego de Saúde e dos adscritos provisionalmente a el.
- A formalización e actualización de acordos, convenios e concertos con entidades non administradas pola Comunidade Autónoma de Galicia.
- Calquera que lle sexan encomendadas polo Consello da Xunta ou pola Consellería de Sanidade no ámbito das súas respectivas competencias.

Como segundo paso, os servizos sanitarios quedaron organizados en áreas sanitarias, onde o Sergas garantiría polo menos un hospital de referencia por cada área e un médico de cabeceira como mínimo en cada municipio. O mapa de organización sanitaria do territorio en Galicia sufriu varias modificacións dende entón ata chegar ás sete áreas sanitarias vixentes na actualidade (Cadro 1).

Cadro 1. Evolución do mapa da organización sanitaria do territorio en Galicia 1989-2019

Provincia	Área Sanitaria	Área Sanitaria	Área Sanitaria	Estructura organizativa de Xestión			Área Sanitaria
	1989	1992	2004	2010	2011	2013	2019
A Coruña	A Coruña	A Coruña	A Coruña	EOXI A Coruña			A Coruña-Cee
	Ferrol	Ferrol	Ferrol	EOXI Ferrol			Ferrol
	Santiago	Santiago	Santiago	EOXI Santiago			Santiago de Compostela-Barbanza
Lugo	Cervo	Cervo	Lugo	EOXI Lugo-Cervo-Monforte de Lemos			Lugo- A Mariña-Monforte
	Lugo	Lugo					
	Monforte	Monforte					
Ourense	Ourense	Ourense	Ourense	EOXI Ourense-Verín-Barco de Valdeorras			Ourense-Verín-Barco
	O Barco	O Barco					
Pontevedra	Pontevedra	Pontevedra	Pontevedra	EOXI Pontevedra-Salnés			Pontevedra-Salnés
	O Salnés	O Salnés					
	Vigo	Vigo	Vigo		EOXI Vigo		Vigo

Fonte: Ministerio de Sanidade (2020), *Ordenación sanitaria do territorio nas Comunidades Autónomas Mapa de referencia para o Sistema de Información de Atención Primaria* (SIAP), pp. 28-29.

Nestes últimos trinta anos o modelo organizativo da sanidade galega completouse cun conxunto de entidades que teñen natureza instrumental e que desenvolven as súas prestacións asignadas baixo un réxime diferenciado (axencias, fundacións e sociedades públicas). Así, o sistema público de sanidade galego organízase ao redor dun órgano de dirección do sistema (Consellería de Sanidade), un

provisor de servizos (Sergas) e un conxunto de entes instrumentais integrado por dúas axencias (ACIS e ADOS), unha sociedade pública (Galaria) e tres fundacións (Ingo, Xenómica e F061). As dúas axencias foron creadas no 2015 e dependen directamente da Consellería de Sanidade. Dun lado, ADOS, Axencia Galega de Sangue, Órganos e Tecidos, que asumiu as competencias e medios persoais e materiais que corresponden á Fundación Pública Sanitaria Centro de Transfusión de Galicia (creada en 1993) e á Oficina de Coordinación de Transplantes de Galicia (creada en 1992); e, do outro, ACIS, Axencia de Coñecemento en Saúde, creada coa vocación de converterse no elemento nuclear do ecosistema de coñecemento e innovación en saúde en Galicia, configurando un complexo mapa estratéxico (Figura 1).

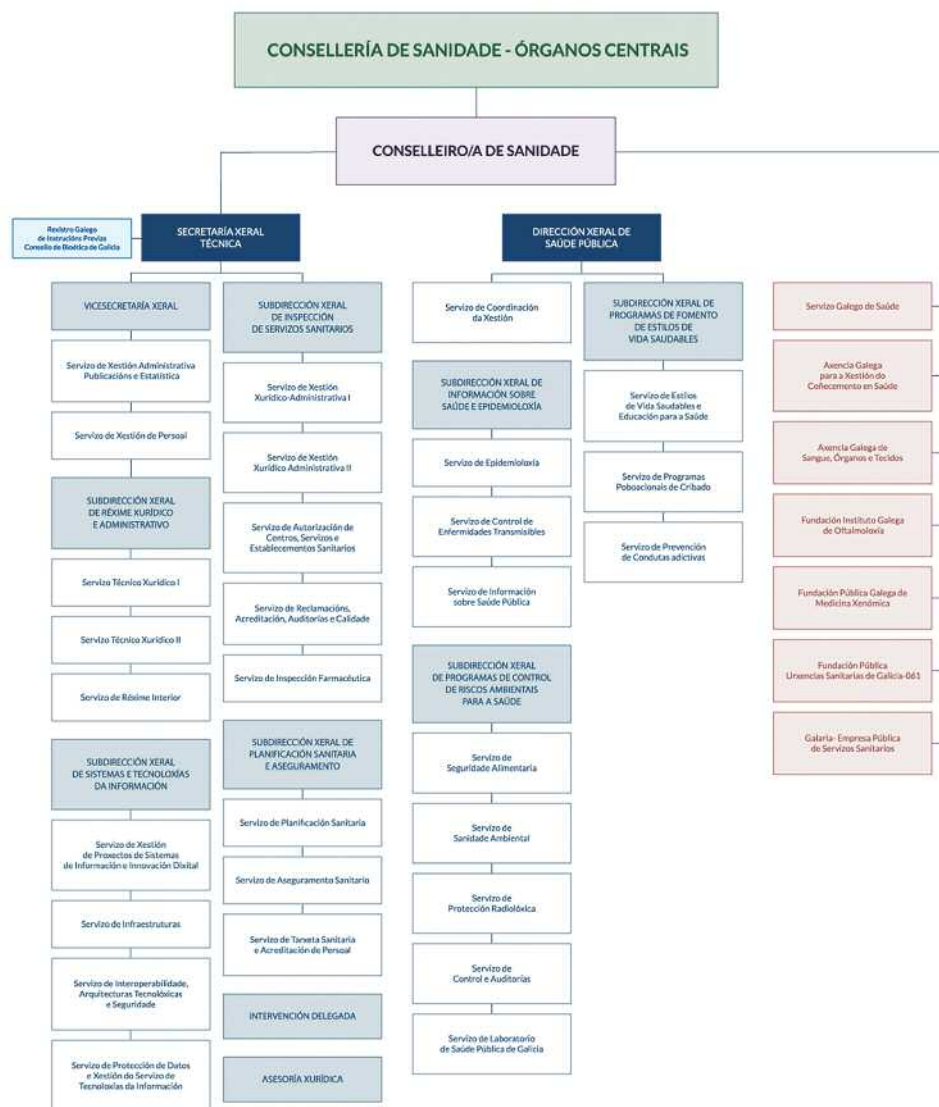
Figura 1. Estrutura de funcionamento de ACIS, Axencia de Coñecemento en Saúde



Fonte: Sergas.

A sociedade pública Galaria, Empresa Pública de Servizos Sanitarios S.A. foi fundada no 2008 e a súa principal actividade radica na xestión das unidades de medicina nuclear, diagnóstico por imaxe e radioterapia oncolóxica. E, por último, temos as tres fundacións: INGO, Fundación Pública do Instituto Galego de Oftalmoloxía, creada en 1992 para prestar servizos especializados de consultoría, planificación, avaliación e servizos oftalmolóxicos de alta complexidade, docencia e investigación; FPUSG-061, Fundación Pública de Urgencias Sanitarias de Galicia-061, creada en 1995 co obxectivo de que os profesionais de urxencias acheguen *in situ* a asistencia sanitaria ata os pacientes, que poden contactar directamente co servizo público de emerxencias cun sinxelo número de teléfono: 061; e FPFMX, Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, fundada no 2003. A estas entidades únense outras creadas para dar apoio en labores de formación e investigación. Hoxe o Servizo Galego de Saúde é un complexo organismo que serve como eixe vertebrador do sistema sanitario público de Galicia e unha peza básica da Consellería de Sanidade (Figura 2).

Figura 2



Fonte: Sergas.

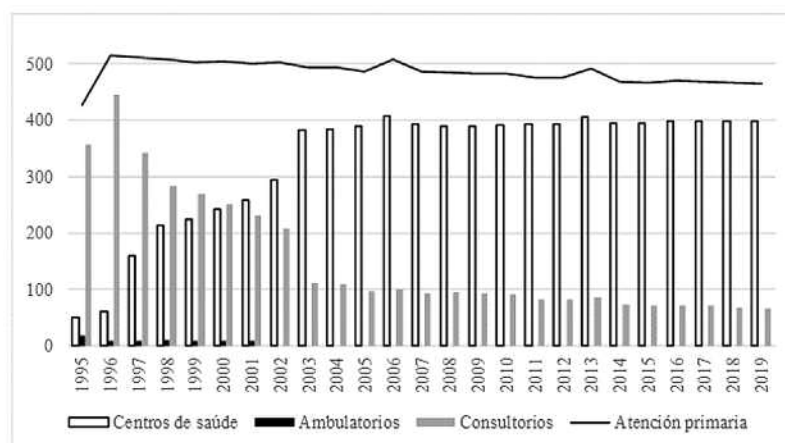
a) A laxa dunha herdanza: atención primaria versus atención especializada

En 1991, Galicia recibiu o traspaso dun sistema sanitario sostido en dous eixes estratéxicos herdados do modelo deseñado durante a ditadura de Franco: a atención hospitalaria e a prescrición de medicamentos. Nin a LXS nin as transferencias sanitarias ás comunidades autónomas modificaron este patrón de funcionamento. Isto traducíuse nunha sobrecarga ao redor da atención hospitalaria, nun elevado gasto farmacéutico e nunha atención primaria que adquiriu a condición de «cincenta», á espera dunha reforma profunda que non acaba de chegar. O papel de cada ámbito no sistema sanitario galego reflíctese na súa porcentaxe de financiamento, apenas sen variación entre 1991 e 2018: en torno ao 66 % do gasto sanitario público destínase a servizos hospitalarios e especializados; o 19 %

a servizos farmacéuticos, só o 13 % a atención primaria, e apenas o 2 % a saúde pública, tal e como revela o último informe do Consello de Contas.

A atención primaria debería ser a esencia do sistema sanitario para promover a saúde, previr a enfermidade, atender a enfermos crónicos e agudos e realizar un labor de coidado no máis amplo sentido da atención sanitaria á familia. Lonxe deste papel esencial, os servizos de atención primaria permanecen á espera dunha profunda reforma dentro dunha espiral de menoscabo de recursos e descontento profesional e social. Houbo un esforzo en dotación de infraestruturas, sobre todo dende 1993, cando se aprobou a primeira lexislación propia de ordenación da Atención Primaria de Saúde (Decreto 200/1993, 29 de xullo). Dous anos despois, en 1995, creáronse os Puntos de Atención Continuada (PAC) para atender as urxencias de atención primaria e reducir a presión sobre as urxencias hospitalarias. O número de centros de atención primaria modernos e mellor dotados de tecnoloxía —que substituíron os vellos ambulatorios e consultorios— aumentou a 200 en 1998 e roza os 400 dende o inicio do século XXI (Gráfico 1). Pero a Atención Primaria necesita máis recursos, sobre todo humanos, e necesita unha posta en valor das súas competencias e do seu rol esencial dentro do sistema sanitario (Cadro 2).

Gráfico 1. Número de centros de atención primaria



Fonte: IGE. Nos datos están incluídas as unidades de primaria, unidades de apoio e unidades de urxencias.

Os médicos de familia do Servizo Galego de Saúde atenden ao redor das catorce millóns de consultas cada ano, unha cifra bastante estable dende a década de 1990, ás que se suman máis de dous millóns de consultas anuais en pediatria. Con todo, o número de médicos en activo neste servizo reduciuse en case un centenar dende 2014 (2014: 2.615 e 2021: 2.519) nun marco de envellecemento do persoal e maior precariedade laboral e salarial. Isto supón que cada facultativo ten asignada unha media de 1.281 usuarios e atende a case seis mil pacientes por ano en consulta de atención primaria —cunha media de máis de trinta consultas diarias—, cifras dificilmente compatibles cunhas condicións de traballo dignas e unha atención sanitaria de calidade. O impacto desta estrutura resulta dramático nun territorio como o galego onde a 25 % da poboación supera os 65 anos. En paralelo,

Cadro 2. Recursos humanos en Atención Primaria en Galicia

	2004	2012	2018
Médico xeral	1996	2587	2602
Ats/due	1524	2157	2189
Auxiliar de enfermería	271	262	244
Celador	215	419	339
Función administrativa	1032	1055	1074
Asistente social	66	78	79
Farmacéutico	66	68	68
Fisioterapeuta	82	128	131
Matrona	158	158	149
Odontólogo	100	101	99
Pediatra	405	334	321
Psicólogo	27	0	0

Fonte: IGE. Nos datos están incluídas as unidades de primaria, unidades de apoio e unidades de urxencias. Os datos son relativos porque se refiren a días concretos de cada ano. Só 2012 refírese ao 31 de decembro e os datos dende este ano inclúen os MIR.

só en 2018 dispensáronse en Galicia 64,8 millóns de receitas para unha poboación de 2,7 millóns de habitantes, o que supón 24 receitas por habitante e ano.

Nos últimos trinta anos impulsáronse varios plans de reforma da atención primaria galega, o último o Plan Galego de Atención Primaria para 2019-2021, no que se expuña cambios organizativos no servizo e unha maior dotación de recursos materiais e humanos. Pero a COVID-19 puxo en evidencia o fracaso destas iniciativas. Os centros de atención primaria, que deberían actuar como porta de entrada no sistema, blindáronse durante a primeira fase da epidemia fronte aos pacientes e restrinxiron o seu labor basicamente a unha atención telefónica que elevou o estrés do persoal médico e deteriorou o coidado e atención dos seus pacientes. O desgaste da atención primaria resulta evidente só nunha cifra: en torno ao 50 % dos profesionais que finalizaron o MIR en Galicia dende 2017 rexeitaron traballar na atención primaria.

A situación da atención primaria non fixo máis que consolidar o sistema sanitario hospitalocéntrico recibido tras o traspaso de competencias sanitarias. Aos 12 hospitais transferidos dende o Insalud en 1992 (Figura 2), uníronse outros traspasados ao Sergas dende outras institucións como as deputacións provinciais (o Hospital de Conxo en 1992, o Hospital Sta M^a Nai de Ourense en 1993 ou o Hospital provincial de Pontevedra en 1996) ou incorporados dende o Ministerio de Defensa (Hospital Abente e Lago en 1996 ou o Hospital Naval de Ferrol en 2004).

En paralelo, iniciaron actividade durante a primeira década das competencias sanitarias o Hospital de Verín (1994), o Hospital Virxe da Xunqueira (1996), o Hospital de Barbanza (1997), o Novo Hospital de Santiago (1999) e o Hospital do Salnés (2001), entre outros. A consolidación dos complexos hospitalarios públicos permitiu a agrupación de servizos e a adquisición de funcións docentes

Figura 3. Hospitais transferidos nas competencias sanitarias en 1991



Fonte: memorias Sergas Fondo gráfico (Xunta de Galicia).

e formativas. A atención especializada viuse reforzada neste período polos centros de especialidades e de orientación familiar (Gráfico 2). Hoxe en día o Sergas conta con 7 complexos hospitalarios universitarios e un total de 27 hospitais de titularidade pública (Cadro 3). A pesar do incremento nas infraestruturas sanitarias dos centros hospitalarios, entre 2008 e 2019, perdéronse 700 camas instaladas nos hospitais do Sergas e, das instaladas, mantivéronse sen uso case mil (datos IGE). Como resultado, o 10 % das camas dispoñibles nos hospitais públicos galegos permaneceron baleiras, o que supón unha clara infrautilización de recursos difícil de entender.

Unha das experiencias máis destacadas na xestión dos hospitais públicos galegos dende o traspaso das competencias sanitarias en 1991 foi a creación das fundacións hospitalarias públicas, ao amparo inicial da Lei 30/94 sobre fundacións. A idea era que os hospitais do Sergas seguirían integrando a rede pública, pero rexidos por «técnicas de xestión empresarial» en materias como a contratación ou o pago de incentivos. O buque insignia desta iniciativa foi a Fundación Hospital de Verín (Ourense), constituída en 1993 cunha dotación inicial de 600.000 euros, pero a fórmula quedou estendida a outros tres hospitais comarcais de nova creación en Galicia (Virxe da Xunqueira, Barbanza e O Salnés). O proxecto resultou un fracaso cun gran custo para as arcas públicas. En 1998 o Consello de Contas fixo público un informe demoledor sobre Verín, onde advertía de que o hospital non era capaz de atender a demanda asistencial de pacientes da súa comarca, denunciaba unha certa opacidade na xestión dos recursos materiais e humanos e advertía da súa grave situación financeira con perdas acumuladas superiores a 1,2 millóns de euros. No ano 2000 o Consello da Xunta presidido por Manuel Fraga decidía que todas as fundacións hospitalarias constituídas ata entón en Galicia pasasen a ser públicas; pero o proceso resultou complexo. Ao final, en 2006, o goberno bipartito

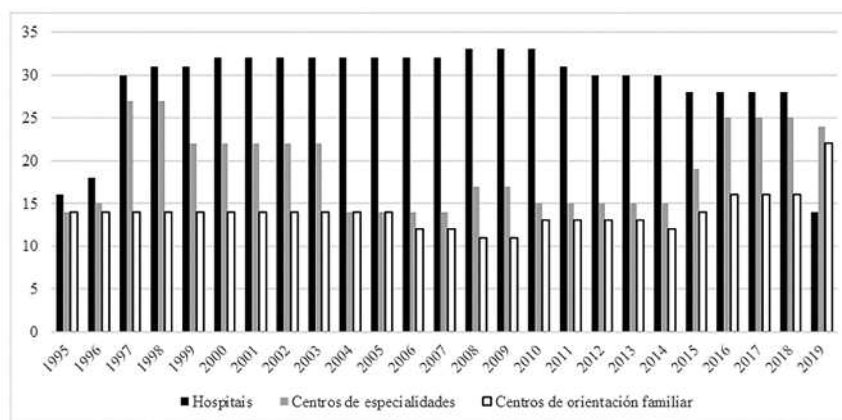
Cadro 3. Configuración do mapa hospitalario do Sergas en Galicia

	Area sanitaria	Distrito Sanitario	Hospital ou Complexo Hospitalario Universitario	Centro Hospitalario
A Coruña	A Coruña-Cee	Coruña	C.H.U da Coruña	Hospital A Coruña
		Cee		Hospital Virxe da Xunqueira
	Santiago de Compostela e do Barbanza	Santiago de Compostela	C.H.U. de Santiago	Hospital Clínico Universitario
		Barbanza		Hospital da Barbanza
	Ferrol	Ferrol	C.H.U de Ferrol	Hospital Arquitecto Marcide
	Lugo	Lugo, Mariña e Monforte de Lemos	Lugo	C.H.U de Lugo
Mariña			Hospital de Calde	
Monforte			Hospital de Monforte	
Ourense	Ourense, Verín e Barco de Valdeorras	Ourense	C.H.U. Ourense	Hospital Nosa Sra. Do Cristal
		Barco de Valdeorras		Hospital Santo Cristo do Piñor
		Verín		Hospital Santa María Nai
Pontevedra	Pontevedra e O Salnés	Pontevedra	C.H.U. Pontevedra	Hospital Comarcal de Valdeorras
		O Salnés		Hospital de Verín
				Hospital Montecelo
	Vigo	Vigo	C.H.U. Vigo	Hospital Provincial de Pontevedra
				Hospital Alvaro Cunqueiro
				Hospital Meixoeiro
				Hospital Nicolás Peña

Fonte: elaboración propia a partir dos datos do Sergas.

presidido por Pérez Touriño tivo que inxectar algo máis de dez millóns de euros nas fundacións para evitar o colapso e compensar os resultados negativos de varios exercicios, segundo un novo informe do Consello de Contas. Finalmente, en 2008, a Xunta dissolveu as fracasadas fundacións —que no exercicio de 2008 presentaban perdas de máis de catro millóns de euros— e os hospitais pasaron a funcionar como centros públicos en todos os seus aspectos.

Gráfico 2. Número de centros de atención especializada*



Fonte: IGE.

* En 2019 aparecen 14 hospitais porque se contabilizan como un único centro os dos complexos hospitalarios.

Á marxe destes procesos, os hospitais públicos galegos experimentaron unha profunda transformación en equipamento médico e tecnolóxico de diagnóstico e de tratamento nos últimos corenta anos. Neste ámbito destaca a incorporación do primeiro acelerador lineal ou as primeiras probas de resonancia magnética en 1997. Máis adiante, nos inicios do século XXI, os médicos xa utilizan a medicina nuclear para diagnosticar, avaliar, e tratar varias enfermidades. Aquí chegaron as tomografías por emisión de positrones (TEP), o diagnóstico por imaxes PET, e as resonancias magnéticas de alto campo e de TAC helicoidal, entre outros. Os hospitais galegos da rede pública alcanzaron tamén fitos como o primeiro transplante de corazón en 1991, de fígado en 1994 e de pulmón e páncreas en 1999. Neste campo Galicia alcanzou cifras históricas no ano 2019, con 136 doantes de órganos que permitiron 354 intervencións e a taxa máis baixa de negativas familiares á doazón (13,4 %). Son datos aínda susceptibles de mellora, pero dos que podemos sentir satisfacción como sociedade.



Fondo gráfico SERGAS (Xunta de Galicia)

b) Facendo contas, atando fíos

Na primeira década de autonomía sanitaria o modelo de financiamento mantívose vinculado ao fondo xeral do Insalud repartido baixo criterios de poboación protexida, corrixido polos acordos asinados ao redor da compensación da débeda histórica, e considerando outras variables como o PIB ou aspectos redistributivos (perda de poboación, docencia e desprazados). A partir de 2001, unha vez finalizado o proceso de traspaso de competencias sanitarias e desaparecido o Insalud, entrou en vigor un novo sistema de financiamento autonómico. Dentro deste novo marco, Galicia (e o resto de comunidades autónomas) contaron cun grao de autonomía máis elevado na súa financiación, así como un notable incremento da capacidade para variar os seus ingresos en función das súas ne-

cesidades. Dende entón producíronse diversas reformas neste sistema no marco do Consello de Política Fiscal e Financeira. Tras o acordo de transferencia asinado en 1991, Galicia logrou achegarse á media do gasto sanitario público per cápita dende a última posición do vagón de cola. A partir de 2001, baixo o novo sistema de financiamento, a súa posición relativa seguiu mellorando nun marco de maior dispersión do gasto entre comunidades autónomas. Como resultado deste proceso, pasou do posto 17 ao posto 9 en termos de gasto sanitario público por habitante, cunha considerable marxe de mellora. Se analizamos só a partida de gasto sanitario público per cápita en Atención Primaria Galicia ocupa as últimas posicións en 2019, só por diante de Asturias, Baleares e Madrid. Aquí queda moito camiño por percorrer.

Cadro 4. Gasto sanitario público total por comunidades autónomas (euros/habitante)

CCAA	1991	CCAA	2001	CCAA	2010	CCAA	2019
Navarra	501	Navarra	708	Navarra	754	País Vasco	1.873
País Vasco	465	País Vasco	654	País Vasco	680	Asturias	1.763
Aragón	451	Asturias	633	Asturias	650	Navarra	1.694
Asturias	435	Cantabria	614	Cantabria	645	Extremadura	1.682
Madrid	426	Aragón	607	Aragón	635	Aragón	1.677
Extremadura	418	Madrid	598	Cataluña	622	Castela e León	1.661
Cataluña	411	Cataluña	595	Extremadura	621	Murcia	1.638
C. Valenciana	410	Extremadura	589	Andalucía	612	Cantabria	1.621
Andalucía	409	17 CCAA	582	Galicia	611	Galicia	1.568
Cantabria	408	Galicia	580	17 CCAA	608	Rioxa	1.535
17 CCAA	406	Castela e León	578	Madrid	605	Cataluña	1.515
Castela e León	399	Andalucía	567	Castilla y León	603	Castela-Mancha	1.501
Rioxa	376	C. Valenciana	559	Rioxa	596	17 CCAA	1.486
Canarias	367	Canarias	552	Murcia	579	Canarias	1.477
Castela-Mancha	361	Rioxa	544	C. Valenciana	571	C. Valenciana	1.477
Murcia	361	Murcia	543	Canarias	558	Baleares	1.475
Baleares	347	Castela-Mancha	534	Castilla La Mancha	552	Madrid	1.340
Galicia	331	Baleares	492	Baleares	524	Andalucía	1.262

Fonte: elaboración propia a partir de Abellán Perpiñán (2013). Para 2019 utilízouse o dato do Gasto sanitario público consolidado por comunidades autónomas proporcionado polo Ministerio de Sanidade.

En conxunto, os recursos da sanidade pública galega aumentaron de maneira espectacular nas últimas décadas. En 2008 o orzamento inicial do Sergas ascendeu a pouco máis de 3.500 millóns de euros; en 2020, esta partida superou os 4.000 millóns de euros. A dotación creceu nun marco caracterizado pola crise económica e as medidas de austeridade do gasto, o que supón *a priori* unha boa nova. Vexamos como a comunidade galega xestionou este incremento da dotación orzamentaria dos recursos sanitarios públicos analizando as principais operacións de gasto do Sergas en 2020 (Cadro 5).

A simple vista máis do 95 % dos gastos do Sergas concéntranse en tres capítulos: gastos de persoal (44 %), gastos en bens correntes e servizos (31 %) e transferencias correntes (21 %). O elevado peso dos gastos en persoal esconde unha complexa realidade na xestión dos recursos humanos da sanidade pública galega. Como xa comentamos, a escaseza de persoal resulta básica para entender os elevados índices de asignación de pacientes na atención primaria, o atasco das urxencias e as listas de espera

Cadro 5. Resumo por artigos das operacións de gasto. Presuposto SERGAS en 2020 (euros)

	2020		2020
<i>1. Gastos de persoal</i>	<i>1.755.157.948</i>	<i>4. Transferencias correntes</i>	<i>849.158.562</i>
-Altos cargos e delegados	235.311	-A sociedades públicas e outros entes públicos da comunidade autónoma	82.642.382
-Funcionarios	1.104.062.768	-A corporacións locais	3.979.800
-Laborais	150.472.903	-A familias e institucións sen fins de lucro	762.536.380
Outro persoal	742.793	<i>5. Fondo de continxencia</i>	<i>31.917.175</i>
-Incentivos ao rendemento	165.510.762	<i>6. Investimentos reais</i>	<i>152.539.966</i>
-Cotas, prestacións e gastos sociais a cargo do empregador	296.351.150	-Investimento novo asociado ao funcionamento operativo dos servizos	144.790.451
Fondo Retributivo	37.782.261	-Investimento de reposición asociado ao funcionamento operativo dos servizos	4.056.817
<i>2. Gastos en bens correntes e servizos</i>	<i>1.236.277.452</i>	-Gastos en investimentos de carácter inmaterial	3.692.698
-Alugamentos e canons	47.691.203	<i>7. Transferencias de capital</i>	<i>2.670.450</i>
-Reparacións, mantemento e conservación	35.332.873	-A sociedades públicas e outros entes públicos da comunidade autónoma	2.270.450
-Material, subministracións e outros	923.128.903	-A corporacións locais	300.000
-Indemnizacións por razóns do servizo	1.820.066	-A familias e institucións sen fins de lucro	100.000
Encomendas de xestión	22.732.417	<i>8. Activos financeiros</i>	<i>650.000</i>
-Asistencia sanitaria con medios alleos	205.571.990	-Concesión de préstamos fóra do sector público	650.000
		<i>Total</i>	<i>4.028.371.553</i>

Fonte: orzamentos Sergas.

nas consultas, probas diagnósticas e intervencións. Segundo o último informe do Consello de Contas, o déficit de persoal do Sergas alcanza as 5.300 prazas que suple con reforzos diarios. Como consecuencia, a insuficiencia de recursos humanos foi acompañada dunha maior precariedade do cadro de persoal, o que se traduce tamén nunha menor calidade da atención e dos servizos prestados. O mesmo informe indica que a temporalidade na sanidade pública chegou a alcanzar o 41 % do persoal na atención especializada e o 31 % do persoal na atención primaria. Aínda que nos últimos se acadaron acordos para reducir estas porcentaxes, a situación continúa a ser preocupante.

Os «Gastos en bens correntes e servizos» representan a segunda partida máis importante. Aquí destaca, dun lado, o importe do material e subministracións, que absorbe 923 millóns de euros. Trátase dun caixón de xastre onde se inclúen os pagos por servizos de seguridade, limpeza, equipamento, moitos deles externalizados a empresas privadas. Doutro, están os gastos en asistencia sanitaria con medios alleos que alcanzan case os 206 millón de euros en 2020, cifra que representa en torno ao 5 % do orzamento total do Sergas. Esta partida concéntranse sobre todo en concertos con entidades privadas (65 %), seguido de programas de hemodiálisis (14 %), concertos con centros de diagnóstico e tratamento (9 %), programas especiais de transporte (9 %) e outros servizos de asistencia sanitaria (3 %).

En realidade, a posibilidade de incorporar á rede hospitalaria do Sergas hospitais de carácter privado a través de concertos con carácter complementario contemplouse xa como unha das funcións do Sergas dende 1992. A súa utilización veu xustificada basicamente na redución das listas de espera. Pero esta fórmula creceu de maneira espectacular na última década onde a derivación de pacientes á sanidade privada se triplicou, co consecuente incremento do gasto. O Consello de Contas advertiu nos seus informes anuais que a concertación resulta máis custosa que a atención realizada por medios propios. Pero estes acordos subscritos coas entidades públicas supuxeron un notable incremento dos ingresos para o sector hospitalario privado, chegando a representar máis do 50% dos seus ingresos totais. De feito, a maior parte dos hospitais privados galegos manteñen concertos asinados co Sergas,

aínda que non contamos con datos completos destes acordos, polo que resultan difíciles de analizar. A concentración en mans de grandes grupos hospitalarios como Grupo HM, Quirón, Vithas ou Ribera Salud dos principais hospitais privados galegos nos últimos anos dotounos dunha maior capacidade de negociación para asinar concertos coa sanidade pública. Neste apartado cabe destacar os concertos substitutorios mantidos con Povisa, propiedade do grupo hospitalario Ribera, e o Centro Oncolóxico de Galicia, xestionado por unha fundación pública. En particular, Povisa mantén un acordo para atender a 135.000 persoas por un valor que rolda os 75 millóns de euros ao ano que xerou moita polémica en calidade da atención e listas de espera.

Cadro 6. Principais hospitais privados con concertos públicos en Galicia (2019)

Hospital	Poboación	Nº Camas	Funcións	Tipo de concerto
Hospital Povisa	Vigo	573	H. G.	sustitutorio
Vithas Hospital Nosa Señora De Fatima	Vigo	200	H. G.	parcial
Hospital Juan Cardona	Ferrol	150	H. G.	parcial
Hm Modelo-Belen	Coruña, A	146	H. G.	parcial
Hospital Quirosalud A Coruña	Coruña, A	127	H. G.	parcial
Grupo Quirosalud Pontevedra	Pontevedra	127	H. G.	parcial
Hospital San Rafael	Coruña, A	120	H. G.	parcial
Hospital Hm Rosaleda - HM La Esperanza	Santiago Com.	119	H. G.	parcial
Hospital Polusa	Lugo	97	H. G.	parcial
Clinica Residencia El Pinar	Vigo	84	HSMYT	RUP
Hestia Santa Maria	Pontevedra	70	Otros	parcial
Sanatorio Nosa Señora dos Ollos Grandes	Lugo	69	H. G.	parcial
Centro Oncoloxico De Galicia	Coruña, A	56	H. E.	sustitutorio
Clinica Santa Teresa	Ourense	49	H. G.	parcial
Centro Medico El Carmen	Ourense	43	H. G.	parcial
Concheiro Centro Medico Quirurgico	Vigo	40	H. G.	parcial

Fonte: elaboración propia cos datos obtidos do BOE 31/12/2019, Catálogo Nacional de Hospitales 2020. Nota: COR (A Coruña); LUG (Lugo); OUR (Ourense); PON (Pontevedra). Notas: H. G.: Hospital Xeral; H.E.: Hospital Especializado; HSMYT: Hospital de Saúde Mental e Toxicomanías. RUP: Rede de utilización pública.

Doutra banda, os «Gastos en transferencias correntes», o terceiro capítulo de maior peso, inclúen axudas para a compra de medicamentos, próteses, material para inválidos, entre outros, de familias e institucións sen fin de lucro. Tamén se contabilizan nesta partida as transferencias para financiar as entidades dependentes ou relacionadas directamente coa organización do Sergas como ACIS, ADOS, Galaria, F. Ingo, FPSUG-061 ou FRPGMX; de todas elas xa falamos máis arriba.

Saúde e atención sanitaria: eixes básicos da sociedade do benestar

A medicina experimentou nas últimas catro décadas un avance histórico tanto na prevención, como no diagnóstico precoz e tratamento de enfermidades. A sanidade pública galega demostrou a súa capacidade para permanecer na vangarda destes cambios tanto en medios materiais como profesionais. Pero a cidadanía galega non quedou atrás neste avance. A elevada participación en programas de detección de enfermidades, campañas de vacinación ou doazón de sangue e órganos e o impulso a cambios legislativos para o coidado de pacientes en réxime de paliativos ou a regulación da eutanasia

evidencian a nosa madurez como sociedade. A pesar da elevada idade media da poboación galega aprendemos a utilizar a tarxeta sanitaria dixital, a plataforma telemática É-Saúde e os programas telemáticos como conecta-72 ou a plataforma TELEA.



Fondo gráfico SERGAS
(Xunta de Galicia)

Pero é a nosa obriga ser críticos coas moitas cousas que quedan por mellorar. A posta en valor da atención primaria resulta fundamental, pero tamén a atención psiquiátrica —maltratada historicamente— require de maiores recursos e visibilidade. A investigación é unha chave indispensable para seguir avanzando en prevención e tratamentos, para loitar contra enfermidades raras, para afrontar as necesidades sanitarias dunha poboación cunha esperanza de vida cada vez maior. Parece claro que a cidadanía galega entende que unha atención sanitaria pública de calidade e accesible para todas as persoas constitúe unha necesidade básica para aspirar a unha sociedade de benestar. Apenas o 15 % da poboación galega conta cunha póliza de seguro privado e, quen o subscribe, revela que o fixo polos tempos de espera en consultas non urxentes na sanidade pública. De feito, as listas de espera representan o principal descontento da cidadanía ante a sanidade pública galega. Atendendo a estas premisas necesitamos reflexionar sobre a xestión dos recursos sanitarios públicos e para iso resulta clave a transparencia dos datos. Non se trata só de gastar máis senón de investir en aras a mellorar a calidade da nosa atención sanitaria porque a sanidade pública non pode ser un negocio. A atención sanitaria é un dos servizos públicos máis prezados, unha ferramenta básica para reducir desigualdades e o noso principal paraugas ante os riscos que ameazan a nosa saúde.

Para saber máis

Abellán Perpián, J. M. (Dir.) (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas. Sostenibilidad y Reformas*. BBVA.

Consello de Contas de Galicia. (1997-2020). *Informes de fiscalización da Conta Xeral do Servizo Galego de Saúde*. Recuperado de <https://www.ccontasgalicia.es/gl/menu-consello/fiscalizacion/informes>

- Pons-Pons, J. e Vilar-Rodríguez, M. (2014). *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica (1880-2010)*. Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Pons-Pons, J. e Vilar-Rodríguez, M. (2018). *Un siglo de hospitales entre lo público y lo privado (1886-1986) [Financiación, gestión y construcción del sistema hospitalario español]*. Marcial Pons.