

¿BULOS EN SANIDAD? VERDADES, MEDIAS VERDADES Y PATRAÑAS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Félix Lobo (director)

José María Abellán, Mercedes Alfaro Latorre,
Patricia Barber, Enrique Bernal-Delgado,
Manel del Castillo, José Manuel Freire,
Beatriz González López-Valcárcel,
Guillem López-Casasnovas, José Jesús Martín Martín,
Jorge Mestre, Vicente Ortún y Marisol Rodríguez





¿BULOS EN SANIDAD? VERDADES, MEDIAS VERDADES Y PATRAÑAS SOBRE EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Félix Lobo (director)

José María Abellán, Mercedes Alfaro Latorre,
Patricia Barber, Enrique Bernal-Delgado,
Manel del Castillo, José Manuel Freire,
Beatriz González López-Valcárcel,
Guillem López-Casasnovas, José Jesús Martín Martín,
Jorge Mestre, Vicente Ortún y Marisol Rodríguez

Funcas

PATRONATO

ISIDRO FAINÉ CASAS
ANTONIO JESÚS ROMERO MORA
FERNANDO CONLLEDO LANTERO
ANTÓN JOSEBA ARRIOLA BONETA
MANUEL AZUAGA MORENO
CARLOS EGEA KRAUEL
MIGUEL ÁNGEL ESCOTET ÁLVAREZ
AMADO FRANCO LAHOZ
JOSÉ MARÍA MÉNDEZ ÁLVAREZ-CEDRÓN
PEDRO ANTONIO MERINO GARCÍA
ANTONIO PULIDO GUTIÉRREZ

DIRECTOR GENERAL

CARLOS OCAÑA PÉREZ DE TUDELA

Impreso en España

Edita: Funcas

Caballero de Gracia, 28, 28013 - Madrid

© Funcas

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación, así como la edición de su contenido por medio de cualquier proceso reprográfico o fónico, electrónico o mecánico, especialmente imprenta, fotocopia, microfilm, *offset* o mimeógrafo, sin la previa autorización escrita del editor.

ISBN impreso: 979-13-87770-12-9

ISBN digital: 979-13-87770-13-6

Depósito legal: M-2417-2026


Maquetación: Funcas

Prólogo	9
Resumen ejecutivo	13
Capítulo 1. “El Sistema Nacional de Salud español es uno de los mejores del mundo”, ¿es un bulo? <i>Vicente Ortún</i>	21
Capítulo 2. “¿Es un bulo que la financiación sanitaria en España es insuficiente?” <i>Guillem López-Casasnovas</i>	27
Capítulo 3. “Solo es público lo que gestiona directamente la administración”, ¿es un bulo? <i>Manel del Castillo</i>	35
Capítulo 4. “La sanidad privada siempre es más eficiente que la sanidad pública”, ¿es un bulo? <i>José Jesús Martín Martín</i>	43
Capítulo 5. “El sistema de mutuas de funcionarios es un privilegio”, ¿es un bulo? <i>Enrique Bernal-Delgado</i>	51
Capítulo 6. “Con nuestro sistema sanitario, financiado con impuestos y de acceso universal, ya resolvemos los problemas de equidad en salud”, ¿es un bulo? <i>Marisol Rodríguez</i>	59
Capítulo 7. “La atención primaria está destinada a tratar problemas leves o poco importantes de salud. Los problemas graves o importantes los deben resolver los hospitales”, ¿es un bulo? <i>José-Manuel Freire</i>	67
Capítulo 8. “Las listas de espera en sanidad solo se pueden resolver aumentando los recursos en médicos, enfermeras y otros medios”, ¿es un bulo? <i>José María Abellán Perpiñán</i>	75
Capítulo 9. “En España faltan médicos”, ¿es un bulo? ¿percepción o realidad? <i>Patricia Barber</i>	83

Capítulo 10. “En España faltan 100.000 enfermeras”, ¿es un bulo? <i>Mercedes Alfaro Latorre</i>	93
Capítulo 11. “Muchos médicos españoles se van a trabajar al extranjero”, ¿es un bulo? <i>Beatriz González López-Valcárcel</i>	101
Capítulo 12. En España la incorporación de los medicamentos innovadores, especialmente los oncológicos, a la cartera de servicios del SNS se retrasa demasiado, ¿es un bulo? <i>Jorge Mestre</i>	107
Sobre los autores	117



PRÓLOGO



Esta recopilación de pequeños capítulos trata de poner en cuestión y matizar algunos lugares comunes o tópicos muy difundidos sobre el Sistema Nacional de Salud español (SNS), que se repiten frecuentemente en las discusiones políticas y sociales, así como en los medios de comunicación. Suelen ser estereotipos simplistas, cuya formulación en términos absolutos en la mayor parte de los casos no tiene una base analítica ni empírica, o la tiene escasa, o está distorsionada. Algunas de estas proposiciones contienen elementos de verdad, pero exigen ser matizadas, condicionadas (la respuesta exigiría la forma verbal “depende”) o reformuladas en otros términos. En general, los problemas complejos a los que aluden estos tópicos comunes no tienen respuestas absolutas, ni fáciles, ni rápidas. En ocasiones, estos clichés son auténticos bulos, es decir, “noticias falsas propagadas con algún fin”, como los define la RAE, que, curiosamente, proporciona hasta quince sinónimos, pero únicamente un antónimo: verdad. Subrayo el importante matiz que introduce la RAE al final de su definición: “propagadas con algún fin”. Efectivamente, los bulos que aquí recogemos seguramente tienen un fin: servir a los intereses corporativos no alineados con el bien común de algunos de los actores que intervienen en el sistema sanitario público.

El *propósito* de esta recopilación va más allá de la clarificación o matización de estos tópicos tomados individualmente. En realidad, el gran inconveniente de su amplia circulación es que llegan a dificultar el correcto diagnóstico y la comprensión de los problemas de la sanidad y de las políticas de salud y, por tanto, la adopción de las soluciones o reformas pertinentes. Por consiguiente, nuestro propósito es contribuir a facilitar dicho diagnóstico y la corrección de los males que aquejan al SNS y que, en el 40 aniversario de la Ley General de Sanidad de Ernest LLuch, cabe calificar de extraordinariamente valioso, y que en sus características fundamentales debería pervivir para seguir contribuyendo de forma decisiva al bienestar y a la integración social de los españoles.

Esto es necesario porque actualmente existe una gran brecha entre lo que los buenos conocedores del sistema, por estudios, análisis y experiencias profesionales, concluyen de sus análisis y las opiniones que distintos ámbitos políticos, mediáticos y, sobre todo, grupos corporativos que obtienen rentas o beneficios de la sanidad pública propagan de sus dificultades y desafíos. La abundante literatura científica y profesional moderna sobre la reforma del SNS español coincide, en buena medida, en que ya está “sobrediagnosticado”, en la orientación de este diagnóstico y en las soluciones propuestas y en que lo que procede es actuar y desarrollar acciones de mejora, para superar su anquilosamiento y falta de adaptación a las circunstancias, especialmente en cuestiones organizativas y de política de personal.

El consenso sobre la necesidad de reformar el SNS en España es amplio en lógica respuesta a las dificultades que experimenta. Voces autorizadas alertan de “un mal pronóstico si no se llevan a cabo cambios profundos en su gestión” (Vicente Ortún) y de la necesidad de abordar su “reconstrucción” (Beatriz González). Pero también hay acuerdo en que ofrece indicadores positivos: el noveno lugar en 2019 en el grupo a la cabeza de todos los países del mundo, según el índice de acceso y calidad de la asistencia sanitaria (HCAQI, por sus siglas en inglés) y bajas tasas de mortalidad prevenible y tratable en comparación con la Unión Europea (UE). Aun así, otros no son tan buenos, como la esperanza de vida libre de discapacidad y la percepción del estado de salud.


La estructura de esta recopilación recoge, primero, lugares comunes acerca de ciertas características generales de nuestro SNS en comparación con otros sistemas extranjeros, tales como si es o no uno de los mejores; si el gasto sanitario es inferior o no al de los países de “nuestro entorno”; si es relevante para definir su carácter público o privado que su gestión la hagan directamente las administraciones públicas o son otros los determinantes de dicho carácter; si es verdad que la sanidad pública es sistemáticamente menos eficiente que la privada; el significado del subsistema discordante que son las mutualidades de funcionarios y el grado de equidad que alcanza el SNS. En los siguientes capítulos, se analiza el significado y objetivos de la atención primaria; la crisis actual de las listas de espera y aspectos dudosos de la importante política de personal, como es la falta y éxodo de médicos y enfermeras. El libro se cierra con otra cuestión muy controvertida: la incorporación de los medicamentos innovadores a las prestaciones públicas.

Los autores de los capítulos son auténticos especialistas en el análisis de la sanidad y las políticas de salud españolas y, en particular, en los tópicos cuya discusión y aclaración abordan. De ellos, cuatro son médicos especializados en política y gestión sanitaria y cinco son economistas, aunque todos comparten la visión social o poblacional y la perspectiva científica y cuantitativa.

Félix Lobo, profesor emérito de la Universidad Carlos III de Madrid
y director de Economía y Políticas de Salud de Funcas



RESUMEN EJECUTIVO



Esta recopilación cuestiona algunos lugares comunes sobre el Sistema Nacional de Salud español (SNS), muy difundidos en las discusiones políticas y sociales y en los medios de comunicación. Se trata de estereotipos simplistas que no tienen una base analítica ni empírica firme. Algunos contienen elementos de verdad, pero exigen ser matizados o reformulados. En general, los problemas complejos a los que aluden no tienen respuestas absolutas, ni fáciles, ni rápidas. En ocasiones, estos clichés son auténticos bulos, es decir, “noticias falsas propagadas con algún fin”. El gran inconveniente de estos tópicos es que dificultan el diagnóstico y la comprensión de los problemas que aquejan a nuestro SNS, que deben ser resueltos para que pervivan sus extraordinarios valores y contribuyan al bienestar y a la integración social de los españoles.

Los primeros de estos tópicos se refieren a ciertas características generales. *¿Es el SNS español uno de los mejores del mundo?* **Vicente Ortún** responde que España es el noveno país del mundo en la clasificación de mortalidad clínicamente evitable, aquella más sensible a la actuación de los servicios sanitarios, y que, por tanto, tenemos un buen sistema sanitario. Sin embargo, el pronóstico sobre su futuro es malo, dados los problemas presentes. Enderezarlo exige reformas organizativas y de gestión que no son imposibles en una estrategia de “radicalismo selectivo”. *¿Es un bulo que la financiación sanitaria en España es insuficiente?* **Guillem López-Casasnovas** contesta que, según los datos, el gasto público en España es, en buena medida, el que le corresponde por su renta en comparación internacional, sobre todo si lo cotejamos con servicios nacionales de salud y no incluimos los de aseguramiento social. El gasto sanitario total sigue creciendo, en una fase aún de valoración de “bien deseable”, pero con tasas más altas de financiación pública que privada, contrariamente a lo esperable. Estos incrementos de financiación no permiten entrever reformas estructurales del sistema, ni tampoco garantizar los cambios necesarios en cada coyuntura para garantizar una mejor gestión sanitaria.

Dice **Manel del Castillo** que en el debate sobre los servicios públicos persiste un bulo muy arraigado: la creencia de que *solo es “público” aquello que gestiona directamente una administración pública*. Pero un servicio público no se define por el tipo de gestión, sino por cuatro elementos: quién planifica el servicio, quién lo financia, quién asume la responsabilidad final ante la ciudadanía y para qué está concebido. Esta definición permite múltiples formas de organización del suministro de servicios (provisión): directa, indirecta y mixta. Hoy resulta imprescindible dotar al sector público de herramientas flexibles, capacidad de innovación, estructuras autónomas y, al mismo tiempo, mecanismos exigentes de rendición de cuentas y

orientación al valor social. En ese contexto, el modelo sanitario español constituye una anomalía europea, pues la mayoría de los hospitales de la red pública no tienen personalidad jurídica propia y, por tanto, operan como unidades administrativas sin autonomía. Lo público no es sinónimo de gestión directa. Es sinónimo de compromiso con el interés general, con la equidad, con la transparencia y con la rendición de cuentas.

La evidencia a nivel internacional sobre *la mayor eficiencia de la sanidad privada no es concluyente*, nos dice **José Martín Martín**. Los sistemas sanitarios públicos universales tienden a conseguir mejores resultados en salud para sus poblaciones, con un menor gasto sanitario que aquellos con sistemas más privatizados. Los estudios señalan el carácter poco concluyente de los resultados obtenidos y la importancia del marco institucional y organizativo de cada país y no de la propiedad pública o privada de los centros sanitarios. En España, un estudio sobre 230 hospitales generales del SNS español entre 2010 y 2012 concluyó que es el marco de regulación y gestión de los hospitales y no la propiedad pública o privada lo que explica el nivel de eficiencia técnica. Frente a los hospitales tradicionales sin personalidad jurídica, los hospitales públicos con personalidad jurídica aumentan su eficiencia en un 11 %. Los modelos de Iniciativa de Financiación Privada (PFI), que combinan propiedad pública y privada, se sitúan muy cerca de la frontera de eficiencia. No es la propiedad lo que marca la diferencia, sino la autonomía para gestionar recursos humanos, contratar bienes y servicios y diseñar políticas de retribuciones y motivación específicas.

Enrique Bernal-Delgado precisa que *las mutualidades de funcionarios* gestionan las necesidades sanitarias y sociales de los funcionarios, que no pueden elegir quién les asegura, sino quién les presta los servicios dentro del esquema del mutualismo (el SNS o las empresas prestadoras de servicios contratadas por las mutualidades). Además, a diferencia del resto de conciudadanos, pagan con su salario el 18 % del gasto, además de sus impuestos. Un estudio reciente de la AIReF ha permitido cuantificar que la distribución de recursos sanitarios —no basada en la equidad territorial de acceso y continuidad asistencial (como en el SNS), sino en criterios de mercado— se concentra en las capitales de provincia de mayor población. También el superior consumo de consultas al especialista en mutualistas con opción privada, o que entre el 60 % y el 70 % de los mutualistas con hospitalizaciones de gravedad, tratamientos oncológicos o servicios de nefrología y diálisis, eligen la modalidad pública. Esta cifra disminuye hasta el 27 % cuando no tienen este tipo de problemas de salud. Asimismo, se ha comprobado que las mutualidades son incapaces de controlar la selección de riesgos, es decir, la tendencia a transferir los pacientes de mayor riesgo al sistema público. Por todo ello, y en línea con la AIReF, propone plantear una transición suave hacia la desaparición del sistema de mutualismo.

Marisol Rodríguez discute si el sistema sanitario público, financiado con impuestos y de acceso universal, resuelve *los problemas de equidad* en salud. Considera que es razonablemente equitativo, pero con lagunas. Un trabajo clásico

que analizó el balance redistributivo entre financiación y prestación pública de los servicios comprobó que el SNS es redistributivo, sobre todo por el lado del gasto público. Esta fotografía general tiene lagunas. Los pobres visitan al médico general relativamente más, mientras que los ricos van más al especialista. La probabilidad de haberse realizado una prueba diagnóstica en el último año es mayor entre los que tienen educación superior, los empleados, de nacionalidad española y de clase alta. También existen inequidades de género y se sabe que los niveles de renta y educativo se asocian con menores esperas para consultar a un especialista. Igualmente, existe desigualdad geográfica en servicios, determinada por su oferta. Las mayores inequidades se dan donde la cobertura pública es inexistente, incompleta o tiene un coste para el usuario: salud dental, salud mental, salud visual y copagos. En todos ellos, la insuficiencia de capacidad de pago es determinante. No se puede olvidar que no es lo mismo desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios que desigualdades en salud. Estas obedecen a múltiples factores, entre los que el sistema de salud es solamente uno de los determinantes. Para reducirlas, se requiere de un amplio abanico de políticas, no únicamente sanitarias.

José-Manuel Freire defiende que es un bulo afirmar que *la atención primaria* está destinada a tratar problemas poco importantes de salud, mientras los problemas graves o relevantes los deben resolver los hospitales. La atención primaria tiene dos ventajas especialmente valiosas: (i) su enfoque generalista y (ii) la relación duradera a lo largo de la vida del paciente (longitudinalidad) de la atención que le presta su “médico personal”. Argumenta que la atención primaria está destinada a tratar el 90 % de los problemas frecuentes de salud, la mayoría de ellos leves, pero muchos importantes y crónicos. Además, acompaña y coordina la atención a la salud a lo largo de la vida de sus pacientes. Los hospitales deben tratar los problemas graves y agudos y aquellas cuestiones relevantes que no puedan ser atendidas en la atención primaria. Por supuesto, ambos han de trabajar coordinadamente en interés del paciente y del conjunto del sistema sanitario.

Que las *listas de espera* en sanidad no se pueden resolver aumentando los recursos en médicos, enfermeras y otros medios es el tema que aborda **José María Abellán**. En las listas de espera influyen factores de oferta y demanda de servicios. Entre los primeros hay que distinguir entre necesidades estructurales —que sin duda provocarán esperas— y necesidades coyunturales de recursos. Sin embargo, de igual o mayor relevancia es la productividad generada con esos recursos, que depende, entre otras cosas, del sistema de financiación de los hospitales y centros de atención primaria, así como de los mecanismos retributivos del personal sanitario. Es revelador que en España el aumento de profesionales sanitarios entre 2013 y 2023 no se haya asociado a una reducción de las demoras asistenciales para primera consulta especializada, sino al contrario. La evidencia comparada internacionalmente sugiere que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son la recepción por parte de centros y profesionales de incentivos y, por otro lado, aquellas que aumentan la diversidad de proveedores, fomentando la competencia.

Patricia Barber se pregunta si es un bulo que *en España faltan médicos*. Dice que pocas referencias avalan un déficit absoluto, pero que sí existen déficits en determinadas zonas y en ciertas especialidades. El mercado laboral médico está compuesto por mercados estrechos y rígidos, uno para cada una de las 47 especialidades reconocidas en España, lo que dificulta el logro de equilibrios a corto plazo. En la narrativa del déficit de médicos hay un error de diagnóstico. No es la falta de médicos la culpable de los problemas, sino las deficiencias en la organización y la gestión de los recursos humanos (falta de planificación, rigidez de los modelos de contratación, escasa autonomía de los centros...). Aumentar su número sin abordar las deficiencias estructurales existentes, con herramientas innovadoras de gestión, cambios organizativos modernos, con la digitalización imprescindible o los incentivos necesarios y, además, seguir sin implementar mecanismos efectivos para evaluar la productividad, seguirá sin proporcionar resultados satisfactorios.

La afirmación de que *en España se necesitan 100.000 enfermeras más*, carece del necesario sustento empírico, argumenta **Mercedes Alfaro Latorre**, aunque el propio Ministerio de Sanidad reconoce que existe un déficit. Los datos de Eurostat manifiestan que en la Unión Europea hay bastante variabilidad en la dotación de enfermeras. La aplicación de la media europea (no ponderada por población) a España da origen a la cifra de déficit mencionada. Hay que tener muy en cuenta que el número de profesionales de enfermería puede variar en cada país en función de su categorización dentro de su marco académico, lo cual no es ajeno al modelo que adopta cada sistema sanitario. Estas diferencias, junto con una división de tareas no homogénea entre perfiles profesionales y sistemas, pueden dar lugar a discrepancias en la contabilización de los efectivos de cada país. Las comparaciones internacionales deben hacerse con cautela, pues tiene su dificultad definir qué profesional puede contarse como enfermera. Además, hay que tener en cuenta el apoyo prestado por otros perfiles profesionales, concretamente en el caso de España y otros países del sur de Europa por el personal auxiliar de enfermería. Si bien los indicadores internacionales proporcionan una orientación, no deben tomarse como el único elemento de referencia para el cálculo de las necesidades de efectivos, sino acompañarse de otros datos y metadatos que los contextualicen y les den sentido. La necesidad de contar con más profesionales de enfermería en nuestro entorno está identificada, pero afirmar que en España se necesiten 100.000 enfermeras más carece de base.

Los datos dicen que es un bulo aseverar que *“muchos médicos españoles se van a trabajar al extranjero”* justifica **Beatriz González López-Valcárcel**. El bulo nace de utilizar una fuente de datos totalmente inapropiada: los certificados de idoneidad emitidos por los colegios de médicos que se cuentan como si fueran salidas efectivas de España para trabajar. Pero en 2023 solamente 395 médicos se dieron de baja, seguramente la mejor aproximación a la cifra de los que se fueron al extranjero. Por tanto, existe una cierta emigración de médicos, pero no parece un fenómeno masivo. Por el contrario, España destaca por ser país importador neto de médicos. Nuestra fuerza atractiva hacia América Latina es muy potente.

Muchos años, el número de títulos básicos (de grado) de medicina que se homologan en España es mayor que el de egresados en el país. Claro que no todos los que homologan el título vienen a España. Además, muchos médicos se trasladan desde aquí a otros países de Europa. Disponer de datos oficiales fiables es un antídoto muy efectivo contra los bulos. Lamentablemente, en España todavía no está completado el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Posiblemente, el tópico ha nacido de la insatisfacción de los médicos, en particular de los jóvenes, respecto a las condiciones laborales, retributivas y de desarrollo profesional en España. Sus altas expectativas chocan con la realidad de unas organizaciones sanitarias rígidas y uniformadoras, difícilmente compatibles con la heterogeneidad de preferencias y aspiraciones del colectivo.

Para cerrar el libro, **Jorge Mestre** recoge otra discusión muy popular sobre si es un bulo que en España la incorporación de los medicamentos innovadores, a la cartera de servicios del SNS se retrasa demasiado. Hay que tener en cuenta que la innovación no es una variable binaria “sí/no”, sino que puede presentarse con diferentes dimensiones. Tampoco es equivalente la incorporación a la cartera de servicios del SNS de los medicamentos a disponibilidad o acceso por los pacientes. La legislación prevé “situaciones especiales” o “acceso precoz” en las que se puede disponer de ellos de forma individualizada con controles administrativos. Además, si bien la decisión del precio y la financiación es nacional, las comunidades autónomas pueden introducir medidas adicionales. El acceso a los medicamentos se suele medir con dos métricas: (i) el porcentaje de medicamentos con autorización de comercialización europea que en un momento concreto ya se han incorporado a la cartera, y (ii) el tiempo que se tarda en tomar esta decisión. Hay que resaltar que para iniciar el proceso es necesaria la solicitud de la empresa titular (petición de código nacional/registro), que puede no llegar a producirse o retrasarse. A partir de esa solicitud, la Administración pone en marcha los procedimientos de precio y financiación. En 2020-2023, España sería el quinto país de la Unión Europea (UE) con más medicamentos incorporados a la cartera ($n=123$), siendo el promedio de la UE de 80 medicamentos. Ahora bien, con respecto a los tiempos desde la AC hasta la incorporación a la cartera (que incluye el tiempo que la compañía tarda en solicitar), España aparece en la posición 21 con 616 días. La evolución de estos indicadores es positiva, con más productos financiados y una disminución en los tiempos, avances que contrastan con la situación europea.

Para terminar, el autor observa que las compañías deben tener en cuenta, cuando diseñan sus estrategias de acceso al mercado, que los precios de los medicamentos están relacionados entre países —a través de los denominados precios de referencia internacionales—, lo que es, en muchas ocasiones, la causa de que retrasen o no lleven a cabo la comercialización en un país determinado.



1

“EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL ES UNO DE LOS MEJORES DEL MUNDO”, ¿ES UN BULO?

VICENTE ORTÚN*

* Profesor emérito, Universidad Pompeu Fabra, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES).

Para comparaciones internacionales sobre el estado de salud y los sistemas sanitarios, la esperanza de vida —al nacer y a diferentes edades—, la esperanza de vida saludable, las tasas de mortalidad y los indicadores compuestos que combinan mortalidad y discapacidad, son los indicadores objetivos más utilizados. Por otra parte, las autopercepciones de cada individuo sobre su estado de salud —buenos predictores de mortalidad— conforman los indicadores subjetivos. Los agregados de indicadores objetivos y subjetivos no necesariamente coinciden en todos los países. Las poblaciones más educadas y con mejor acceso a la atención médica están más capacitadas para reconocer y reportar su enfermedad. Los umbrales de sufrimiento, las expectativas, la alfabetización sanitaria, las capacidades diagnósticas difieren y hacen que la ordenación de países según indicadores objetivos de salud no siempre coincida con la ordenación según indicadores subjetivos de salud.

Para establecer políticas de salud racionales en cada territorio, conviene conocer la importancia y vulnerabilidad de (i) los determinantes de la salud (nivel educativo, empleo, renta, vivienda, barrio...); (ii) los hábitos de vida (dieta, ejercicio, adicciones...), y (iii) el contexto social (calidad de la gobernanza, funcionamiento del ascensor social...) y el contexto planetario, ya que las alteraciones del clima, el agua, la tierra y los ecosistemas están poniendo a prueba toda la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Eurostat conforman las fuentes de datos más adecuadas hasta el momento.

Finalmente, para responder a la pregunta sobre si el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el mejor del mundo, hay que fijarse en los resultados que dependen de la actuación de los servicios sanitarios, tanto los que se prestan a individuos como los servicios de salud pública que actúan sobre las poblaciones. En este sentido, la fuente más adecuada es la del Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME).

Desde la década de los setenta del siglo pasado se mide la calidad de un sistema sanitario de acuerdo con lo que en España llamábamos Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE) (Ortún y Gispert, 1988). En los últimos años es precisamente el IHME quien publica las mejores medidas tanto de mortalidad evitable —aquella que no debería producirse con los conocimientos y recursos disponibles, proporcionando una buena atención clínica— como de la carga de enfermedad evitable con programas de salud pública y actuaciones sobre los determinantes de la salud. Con datos de 2017 (Lancet, 2019),

España es el sexto país del mundo en la clasificación de mortalidad clínicamente evitable, aquella más sensible a la actuación de los servicios sanitarios. Lo hace, además, depurando datos y ajustando las tasas de mortalidad por los riesgos que no son clínicamente manejables. Así, en muertes por enfermedades diarreicas es necesario ajustar por diferencias en calidad del agua, para no atribuir resultados por actuaciones que queden fuera de la responsabilidad de los servicios sanitarios. En cambio, en muertes por ictus no es necesario ajustarse por diferencias en prevalencia de hipertensión porque son manejables por la clínica y, por tanto, se tiene responsabilidad sobre su control.

Sexta posición mundial, detrás de Suiza, Suecia, Noruega, Australia y Finlandia, decimonovena con datos de un año después (Lancet, 2018) y novena con datos de 2019, publicados en 2022 (GBD, 2019; Healthcare Access and Quality Collaborators, 2022). Ligeros cambios de método y, sobre todo, la ordenación por el valor del índice, sin considerar sus intervalos de confianza, explican la labilidad. En cualquier caso, con solo ocho países por delante, todos más pequeños (Suiza, Suecia, Noruega, Canadá, Holanda, Australia, Islandia e Irlanda), España obtiene una clasificación que solo consigue en algún deporte individual. En el cuadro 1 se presenta una comparativa de España respecto de Alemania, Francia, Estados Unidos, Holanda, Italia y Reino Unido, ordenada según MIPSE, y, por tanto, en segunda posición, tras la Holanda ya citada, y en primera posición europea en esperanza de vida al nacer.

Cuadro 1

CALIDAD DE LOS SISTEMAS SANITARIOS: COMPARATIVA INTERNACIONAL, 2022

Según el Health Access and Quality Index (HAQI)

País	HAQ Index 2022	Población (millones)	PIB per cápita (\$ ppa)	Años de vida esperados al nacer	Gasto sanitario (% PIB)	Financiación pública gasto sanitario (%)
Holanda	91,1	17,9	69.300	82,0	10,2	85
<i>España</i>	<i>89,7</i>	<i>48,6</i>	<i>46.200</i>	<i>83,4</i>	<i>10,4</i>	<i>75</i>
Italia	89,6	58,9	48.500	82,7	9,0	77
Francia	88,0	68,1	54.800	83,1	12,1	85
Alemania	87,0	83,3	60.400	81,2	12,7	86
Reino Unido	83,3	67,4	56.600	81,6	11,3	85
EE. UU.	80,6	339,0	85.000	78,2	16,6	54

Nota: Se ordenan las filas de mayor a menor según el valor del HAQI.

Fuentes: Eurostat, OCDE e Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) para el Health Access and Quality Index.

Tenemos, pues, un buen sistema sanitario, pero, como venimos diciendo, cada vez con mayor respaldo, con mal pronóstico. Disponemos de buenas instalaciones y profesionales (enfermeras, médicos...), pero con resultados ambivalentes: resolvemos bien lo complejo y no tan bien lo sencillo. Las listas de espera se ordenan con criterios contables, *first in first out*, pero no se priorizan con criterios clínicos que, junto a criterios sociales, prioricen a quien más se va a beneficiar de la intervención. Esas listas de espera hacen que el 30 % de la población española haya votado con los pies y suscrito, de forma individual, un seguro voluntario, que pese a representar únicamente un 7-8 % del gasto sanitario, constituye un torpedo a la sostenibilidad del sistema sanitario. La sostenibilidad no es nada más que la capacidad de resolver problemas de salud, de forma que la población vote a los partidos que respaldan el Estado del bienestar (EB). El EB podría ser un paréntesis de 50-60 años en la historia de España, si regresamos al sistema benéfico-privado del que no hace tanto partimos.

En los últimos 35 años se ha duplicado la población mayor de 65 años y cuadruplicado la mayor de 85 años. También, la población se ha vuelto más exigente y la cronicidad, con varias enfermedades y serias limitaciones para la vida cotidiana, exige integrar servicios sociales y sanitarios, de modo que se centre la atención en el domicilio, se fortalezca la atención intermedia en rehabilitación y convalecencia, se incluya tal vez la dependencia en el presupuesto sanitario, se afronten los crecientes problemas de salud mental, etc.... No dejan de ser problemas compartidos con otros países europeos, pero nuestro sistema organizativo —rígido, burocrático— hace poco productivos a los profesionales sanitarios (España, menos de 1.400 habitantes por médico de cabecera, frente a un promedio europeo de más de 2.000; intervenciones/año por quirófano muy por debajo de la media europea, etc.). Según el barómetro del CIS, en el año 2010, uno de cada cuatro españoles creía que el sistema sanitario debía ser reformado. En el año 2022, son uno de cada dos.

No podemos seguir siendo el único país europeo en el que los hospitales no tienen personalidad jurídica. Cabe competir en calidad por comparación. Cabe la gestión pública colaborativa. Conviene nivelar el terreno de juego. Los servicios públicos, como el sanitario, necesitan ser gestionados, no administrados. La gestión clínica y sanitaria se mide y es una actividad y una visión que claramente nos importa, pues su calidad explica una parte importante de las diferencias de productividad entre países. Solo hay una forma de gestionar: como los mejores.

Hay países que llevan tiempo intentando mejorar la gestión pública, que lejos de ser un oxímoron, constituye un requisito para el mejor Estado —no más Estado— que se precisa para conseguir los bienes públicos globales, dado un mercado competitivo y en colaboración con otros Estados: estabilidad climática, paz, conocimiento compartido... La orientación legal, atenta al procedimiento, es indispensable, pero sin un cambio organizativo que incorpore la orientación a resultados, podemos seguir consolándonos con la ausencia de *common law*, o la pertenencia

al *Mezzogiorno* europeo, como creadoras de dependencias de senda que marcan un destino ineluctable.

Las circunstancias actuales no permiten grandes cambios, pero no cabe cejar en la introducción de mejoras organizativas sobre las que existe consenso y no exigen ni mucho cambio regulatorio ni excesivo presupuesto. Para evitar la formación de coaliciones de bloqueo de los grupos de interés y corporativos ante los cambios organizativos, no hay alternativa al radicalismo selectivo, es decir, propulsar innovaciones en un frente reducido, que se ensayan y evalúan, para generalizarse —a petición de población y profesionales, si tienen éxito—. En ello están muchos profesionales, pues la sanidad, como princesa del EB, podría liderar las estrategias virtuosas de mejora de la gestión pública.

■ REFERENCIAS

- GBD. (2019). Healthcare Access and Quality Collaborators. 2022. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Global Health*, 10(12), e1715-43.
- ORTÚN, V. (2025). Calidad de las organizaciones y del sistema: no es lo mismo. *Journal of Healthcare Quality Research*, 40(2), 126-133.
- ORTÚN V., y GISPERT, R. (1988). Exploración de la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin*, 90, 399-403.

"¿ES UN BULO QUE LA FINANCIACIÓN SANITARIA EN ESPAÑA ES INSUFICIENTE?"

GUILLEM LÓPEZ-CASASNOVAS*

* Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona, Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF).

El texto que sigue se centra en la falta de gobernanza de nuestro sistema sanitario, provocada básicamente por la pretensión de las partes que intervienen en él de anteponer sus intereses y hacer prevalecer sus propios objetivos por encima de los colectivos. Esta es la clave para entender las barreras que impiden la reforma del sistema español de salud. El único acuerdo que genera consenso entre estos agentes es la denuncia de la insuficiencia de la financiación del sistema sanitario, dada la dificultad para alinear los incentivos individuales con los supuestamente compartidos. Sin embargo, es la gobernanza, más que la financiación, el problema real de nuestro sistema de salud. Al fin y al cabo, la sostenibilidad financiera del sector sanitario es un concepto político que depende de lo que sea la financiación puesta a disposición del sistema. En otras palabras, de cómo valoren nuestros parlamentarios los beneficios del gasto en salud y la presión fiscal aceptable para la ciudadanía y soportable para la competitividad de nuestra economía en un mundo global, en los diferentes contextos del ciclo económico. Es más relevante la idea de solvencia, es decir, la capacidad de adecuarse a contextos cambiantes y de afrontar, responder y solventar los múltiples retos que inciden en el sector de la salud (demográficos, tecnológicos y de valores), a partir de las restricciones presupuestarias vigentes.

2.1. LA DIFICULTAD DE ALINEAR INCENTIVOS PARA UNA BUENA GESTIÓN DEL GASTO

Instalados en la NO reforma sanitaria, el sistema sigue financiando lo que arrastran las inercias del pasado y acumulando coyunturalmente algunas nuevas prestaciones, de forma a menudo poco ordenada. Una parte de estas inercias, básicamente las tecnológicas de carácter transversal, avanza imparablemente bajo la consigna del “más siempre es mejor” para las posibilidades de tratamiento de las enfermedades antiguas y nuevas. La falta de una selección adecuada por prioridades de las nuevas tecnologías beneficia a los agentes corporativos que confluyen modelando las expectativas ciudadanas sobre el alcance de la atención sanitaria: la industria farmacéutica y tecnológica, los profesionales, los científicos y los grupos de pacientes. Otra parte de las inercias son específicas de la historia y la realidad inmediata de los agentes participantes en el sector sanitario español y entre ellas destaca el sentir de los profesionales sanitarios que se consideran mal retribuidos tras un duro proceso de formación o excesivamente presionados por las cargas asistenciales. Este estado de ánimo cada vez condiciona más su vocación médica

en favor de las especialidades más cómodas y mejor retribuidas, que permiten complementar fácilmente el ejercicio público y privado de la medicina y conciliar la vida laboral y personal.

Así pues, crece la financiación pública y privada del gasto sanitario. La primera, a menudo de forma tácita y casi extrapresupuestaria, a través del imperativo de las “necesidades” que se imponen en cada momento. Los deslizamientos del gasto ordinario y las partidas extraordinarias de crédito se financian con impuestos generales, que se mantienen ya sea gracias a la bonanza del ciclo económico, ya sea gracias a la capacidad de endeudamiento del Estado. La financiación privada, a su vez, crece como respuesta de los ciudadanos a la (mala) calidad percibida de las prestaciones públicas y en función de la capacidad de pago de las familias. Se ha consolidado la idea de que el sistema público, con colas incluidas, prevalece como derecho ciudadano en el ámbito de los tratamientos, y de que la función del sistema privado es acelerar los diagnósticos que permiten acceder a ellos. Ambos sistemas suman gasto, pero en términos relativos es el público el que lidera, por su tamaño y por la complejidad de sus componentes asistenciales, quizás *por encima de lo que da de sí nuestro nivel de renta y riqueza, en comparación con otros sistemas sanitarios* (véase López-Casasnovas *et al.*, 2015). El sistema privado sigue al público a la vista de diversos aspectos de funcionamiento que inciden en los costes de oportunidad para acceder a los servicios, para centrarse hoy en la tecnología diagnóstica para respuestas tempranas. Esta tecnología se ha abaratado con el tiempo, pero mantiene el *glamour* de un equipamiento sofisticado con capacidad resolutoria más inmediata. Esta capacidad resulta decisiva para eliminar incertidumbres y, en su caso, entrar directamente en las listas de espera de tratamientos públicos, obviando la lista de espera diagnóstica anterior. Se trata de una forma de inequidad sanitaria poco percibida por los analistas de las políticas públicas y con una trascendencia que va más allá de las desigualdades generadas por el copago farmacéutico o de un posible copago por uso de los servicios hoteleros que exigen las estancias hospitalarias.

E la nave va. Y va porque entre la ciudadanía prevalece el “que me quede como estoy” ante la desconfianza que generan los gestores sanitarios y la mala prensa de los políticos, capaces de usar como armas arrojadizas sus propuestas de cambio en el fragor de sus rencillas partidistas. Ante ello, la incertidumbre de los ciudadanos de perder con el cambio “algo” de la situación alcanzada, más los ritornelos de que en España tenemos “el mejor sistema sanitario del mundo”, atribuyéndole, con relación de causalidad aventurada, los éxitos de una buena esperanza de vida, y de que la sanidad pública resulta “barata”, desde el sentimiento de la comentada escasa retribución de los profesionales, hacen que el “virgencita que me quede como estoy” prevalezca.

El ecosistema tiene su paisaje y figuras: comisiones de reforma, patólogos de la sanidad pública, voceros de grupos de presión, sindicatos, asociaciones de gestores y de economistas de la salud... cada cual con sus razones de pervivencia. Todos ellos a menudo gritan al unísono que faltan recursos, que con más financia-

ción todo iría mejor, que lo bueno que tenemos es insostenible... olvidando que el problema no es tanto de sostenibilidad financiera como de solvencia, es decir, de capacidad de respuesta ante los nuevos envites que afronta el sector.

Ya hace algunos años expliqué la dificultad en los sistemas de salud de alinear incentivos para objetivos compartidos, a la vista de las contradicciones que se producen entre los comportamientos —todos ellos racionales— de unos y otros agentes participantes: ciudadanos, contribuyentes, pacientes/profesionales (en sus distintas subespecies)/ industria (innovadora o no, en cadenas de valor integradas o segmentadas)/ y políticos (de gasto, de hacienda, de economía) (véase López-Casasnovas, 1991).

Ante cada propuesta de reforma se plantea esta dificultad de instrumentar incentivos compatibles entre los distintos agentes que confluyen en el sistema sanitario, empoderados a partir de lo que cada uno interpreta que son sus derechos sobre la *res publica*, y que marcan los límites de lo aceptable, a falta de una verdadera gobernanza del sistema. En resumen, se detecta un más que probable desacuerdo sobre las motivaciones e intereses de las partes en nuestro sistema de salud, en cuya defensa cada una se siente legitimada.

■ 2.2. LA ENVOLVENTE DE UN ACUERDO: ¿MÁS RECURSOS PARA LA SALUD?

Como hemos visto, se aduce que el sistema está infrafinanciado, lo que justificaría aportaciones adicionales para satisfacer las restricciones presupuestarias que todos sienten padecer. Por ello, el mejor señuelo de cualquier posible consenso es el aumento de recursos (véase López-Casasnovas, 2004).

Pero los datos no apuntan en esta dirección. Veamos algunos referentes. La comparación del gasto sanitario total per cápita, o en términos de PIB, tiene el sesgo de confundir la fuente de financiación de dicho gasto, impuestos o tasas. La lógica de la financiación pública por impuestos es diferente de la que se basa en tasas. Es distinto el contribuyente que paga en función de su capacidad de pago y el usuario que paga en función del beneficio concreto que recibe por disfrutar de la prestación. Y la financiación privada incluye las primas de los seguros (una forma de prepago), que siempre son más solidarias que los precios, aunque a menudo se confundan. Por lo demás, la cualificación de cada componente de dicho gasto no señala suficientemente su destino (programas), ni los efectos en el bienestar individual (transferencias en el reembolso de la elección del paciente, o la prestación en especie, como forma de consumo público). En este último caso, la elección consiste en utilizar, o no, el servicio público, sin recuperación alguna de impuestos. La elección con reembolso, total o parcial del coste, por uso de un servicio sí contiene una percepción de calidad diferente: la queja se convierte aquí en un error de elección, no imputable a terceros.

En lo que respecta a la financiación privada del gasto, es fundamental determinar si se refiere a prestaciones que se superponen a las públicas o no, pues en cada caso, las valoraciones desde el punto de vista de la equidad difieren. Si el sistema público proporciona la prestación, aunque sea con una baja calidad, el juicio de equidad alude a cómo el responsable público, al definir el catálogo de prestaciones, valora su eficiencia objetivable. Un supuesto distinto es la exclusión de una prestación de la financiación pública por alto coste, lo que obliga a su financiación con recursos privados. Esta exclusión de un servicio efectivo tiene efectivamente otra naturaleza: se basa en la definición del máximo de la disposición social a pagar y, en definitiva, supone un copago del cien por cien, que puede no dejar rastro alguno para juzgar su inequidad. Así, que en España no existiera hasta ahora la prestación de gafas para problemas de salud visual, a diferencia de otros países, no ha suscitado reclamaciones por trato inequitativo de las familias de menor renta.

En cuanto a la financiación pública, el gasto sanitario muestra una elasticidad renta positiva y, según los tramos de renta, superior a la unidad, es decir, tendemos a gastar más en salud cuanto mayor es nuestra renta e incluso más que proporcionalmente. Por ello, una comparación de niveles de gasto que no ajuste por PIB resulta engañosa. Hace falta una valoración del ajuste que no dé por supuesta una elasticidad unitaria ni tampoco constante en el tiempo. Por lo demás, es cierto que hay componentes del gasto que se explican por el nivel de renta. Pero no todos. De hecho, los salarios forman parte de la identidad contable del PIB de un país. Sin embargo, los costes de los insumos no se corrigen con precios de referencia adaptados a la renta de cada país, lo que choca con las tendencias hacia un mercado único y la globalización, con precios que eviten el comercio paralelo o que puedan generar desabastecimientos. En este caso, el gasto capitativo sería un mejor denominador que el PIB.

Los estudios estadísticos con los ajustes necesarios, comparando comparables, señalan que no es cierto que, en general, el sistema sanitario público español esté infrafinanciado. Lo está, claro, en una perspectiva regional desde la observación de las desigualdades de renta que empujan de modo distinto las expectativas de gasto, a las que se suman las diferencias en contribuciones territoriales. La igualdad en gasto fuerza el resultado, pero no soporta el criterio de equidad, que se mueve más que en el gasto, en el saldo entre financiación y recursos puestos a disposición de las comunidades autónomas.

Desde una perspectiva más global, cabría esperar que, en las primeras fases de desarrollo económico y social, la participación del gasto público fuera mayor, ya que es en estas etapas cuando el gasto en salud tiene más potencial como inversión, con múltiples externalidades sobre el capital humano y la salud pública. Posteriormente, el gasto sanitario tiende a seguir la pauta de los “bienes de lujo” (es decir, una elasticidad-renta superior a la unidad, con lo que la demanda crece más que proporcionalmente), y esperaríamos que el gasto público en salud aumentase. Una vez superado un umbral, el ritmo de crecimiento de la financiación pública se desaceleraría (debido a la dificultad de aumentar la presión fiscal), y aumentaría la participación del gasto privado, en coherencia con un mayor deseo de libre elec-

ción de cuidados. Los bienes y servicios típicamente vinculados a la libre elección de prestaciones privadas concurrentes con las públicas son menos objetivables en su efectividad terapéutica, ya que entran en juego las utilidades, las preferencias, los valores culturales o la calidad percibida, y no se podrían cobrar de la misma manera. Por ello, para estos elementos, sería de esperar que se aplicara con mayor alcance el "principio del beneficio", es decir, pagar en función de lo que se recibe.

Sin embargo, esto no es lo que observamos en los datos del país: el gasto público en España es, en buena medida, el que le corresponde por su renta en comparación internacional, sobre todo si cotejamos sistemas con servicios nacionales de salud (15 países europeos) y no incluimos además los de aseguramiento social (27 países, con esta última comparación gastaríamos más y no menos). En todo caso, el gasto sanitario total sigue creciendo, en una fase aún de valoración de "bien deseable", pero con tasas más altas de financiación pública que privada, contrariamente a lo esperable. A ello no es ajeno el hecho de que la financiación pública procede de transferencias estatales a comunidades que emulan el gasto de las demás, independientemente de su renta y contribución fiscal. Este comportamiento viene "protegido" por un determinado concepto de equidad territorial. Todo ello hace que se ponga más énfasis en la insuficiencia financiera que en las restricciones de la oferta y que acabe habiendo déficits sanitarios públicos.

Por tanto, y en resumen, el gasto crece de forma poco ordenada, tanto en las fuentes de financiación como en el destino del gasto, en respuesta a las tensiones que sufre el sistema y que sus distintos agentes aprovechan para hacer de ellas "causa propia". De modo que estos incrementos de financiación no permiten entrever reformas estructurales del sistema, ni tampoco garantizar los cambios necesarios en cada coyuntura para garantizar una mejor gestión sanitaria. Y *en general se olvidan en el análisis las envolventes macro*: escenarios presupuestarios, reglas de gasto, control de déficit y deuda, compromisos en defensa, medioambiente, respuesta a situaciones de catástrofe naturales, que las transferencias entre administraciones públicas son gasto para unos e ingresos para otros, que los presupuestos, vistas sus inercias, tienen cada vez menos margen de discrecionalidad, que los ciclos altos de recaudación solo peligrosamente se han de utilizar para financiar gastos corrientes, que no debiera haber gestión del gasto sin responsabilidad fiscal, que déficit y deuda tienen sus reglas de oro, que la sanidad es un componente del gasto social, y este dentro del gasto público, que su financiación con impuestos resta bienestar a familias y distorsiona la eficiencia económica, y que los costes de oportunidad en alternativas de gasto en bienestar tiene otras áreas perentorias en educación, vivienda y salud mental, entre otras.

■ REFERENCIAS

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (1991). Incentives in Health Systems. *European Conference on Health Economics* (pp. 270). Springer.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (2004). Gasto sanitario en España: Análisis de los factores determinantes del nivel de gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE. En J. PUIG JUNOY, G. LÓPEZ, y V. ORTUN, *¿Más recursos para la salud?* (pp. 43- 92). Ed. Masson.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G., y MAYNOU, L., SAEZ, M. (2015). Another look at the comparisons of the health systems expenditure indicators. *Social Indicators Research*, 12(1), 149-175. Kluwer Academic Publisher. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0628-4>



3

**“SOLO ES PÚBLICO LO QUE GESTIONA
DIRECTAMENTE LA ADMINISTRACIÓN”,
¿ES UN BULO?**

MANEL DEL CASTILLO*

* Director gerente del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona.

Desmentido: Lo público no se define por quién gestiona el servicio, sino por quién lo financia, quién lo planifica y quién asume la responsabilidad ante la ciudadanía.

■ 3.1. UN DEBATE PERSISTENTE Y CON IMPLICACIONES PROFUNDAS

En el debate sobre los servicios públicos —especialmente en sectores clave como la sanidad, la educación o la atención a la dependencia— persiste un bulo muy arraigado: la creencia de que solo es “público” aquello que gestiona directamente una administración pública. Esta visión, además de ser inexacta, ignora el marco institucional y jurídico vigente en la mayoría de los países democráticos, que distingue con claridad entre titularidad pública y forma de gestión.

Desmentir este infundio no es una cuestión meramente técnica. Es crucial para el futuro de los servicios públicos, su calidad, su capacidad de adaptación y, en definitiva, su legitimidad social. Un sistema público fuerte no depende exclusivamente de cómo se gestionan sus servicios, sino de si estos responden a un mandato público, garantizan el acceso universal, rinden cuentas a la ciudadanía y son sostenibles en el tiempo.

■ 3.2. ¿QUÉ ES UN SERVICIO PÚBLICO?

Un servicio público es aquel cuya responsabilidad última recae sobre el poder público. No se define por el tipo de gestión, sino por una combinación de cuatro elementos: *quién planifica el servicio, quién lo financia, quién asume la responsabilidad final ante la ciudadanía y para qué está concebido*. Esta definición permite múltiples formas de provisión, todas compatibles con el interés público, siempre que conserve la titularidad, la financiación y la regulación del servicio. Entre las fórmulas más comunes encontramos:

- *Gestión directa:*

- Por la propia administración y sus funcionarios.
- A través de entes instrumentales públicos con personalidad jurídica (consorcios, fundaciones públicas, sociedades mercantiles públicas).

- *Gestión indirecta:*

- Concertación con entidades privadas, con o sin ánimo de lucro.

— Concesión administrativa de servicios públicos.

- *Gestión mixta:*

— Mediante alianzas público-privadas con distintos grados de implicación y control.

■ 3.3. EL MODELO ADMINISTRATIVO DIRECTO: VENTAJAS Y LÍMITES

El modelo de gestión administrativa directa, en el que la administración presta el servicio a través de sus propios funcionarios, es solo una de las múltiples fórmulas posibles. Es especialmente útil en contextos donde la seguridad jurídica y el cumplimiento normativo estricto son prioritarios, como un negociado de multas, un registro civil o un proceso selectivo. En estos ámbitos, se trata de evitar la arbitrariedad. Pero esto habitualmente conlleva la limitación de la discrecionalidad, lo cual puede resultar inadecuado cuando lo que se necesita es capacidad de adaptar la respuesta a las circunstancias concretas de las personas. Pensemos en un caso ilustrativo: un ciudadano llega tarde al registro de una oposición porque ha tenido un accidente o ha sufrido una tragedia familiar. El funcionario, aun comprendiendo la situación, no tiene margen para actuar. No porque no quiera, sino porque el modelo en que trabaja para evitar la arbitrariedad de que deje entrar a alguien que no corresponde, le impide actuar con discrecionalidad y adaptarse a las circunstancias de cada caso. Y esa restricción tiene sentido en un sistema que prioriza la seguridad jurídica sobre la adaptabilidad.

Sin embargo, en servicios dirigidos a las personas, como la sanidad, la educación o la atención a la dependencia, esa capacidad de discrecionalidad profesional —siempre sujeta a criterios éticos y de evaluación— es fundamental. Elegir entre varias opciones terapéuticas, adaptar un plan educativo, organizar un servicio domiciliario... todo ello requiere margen de maniobra. La rigidez del modelo administrativo puede convertirse, en estos casos, en un obstáculo para la calidad del servicio.

■ 3.4. HACIA UN NUEVO ENFOQUE: FLEXIBILIDAD CON CONTROL PÚBLICO

Por eso, en muchos países europeos se ha evolucionado hacia lo que se denominó “New Public Management (NPM)”. Esta corriente, desarrollada en los años noventa por Christopher Hood, planteaba la necesidad de introducir criterios de eficiencia, control de resultados y flexibilidad organizativa en la gestión pública. Hoy esa visión ha evolucionado. Autoras como Helen Margetts han subrayado que los gobiernos necesitan estructuras adaptativas y huir de las estructuras monolíticas, para responder a un entorno cada vez más dinámico, marcado por la complejidad y el cambio tecnológico. La clave está en dotar al sector público de herramientas flexibles, capacidad de innovación, estructuras autónomas y, al mismo tiempo, mecanismos exigentes de rendición de cuentas y orientación al valor social.

■ 3.5. EL MODELO SANITARIO ESPAÑOL: UNA ANOMALÍA EUROPEA

En España, existe una fuerte asimilación cultural e institucional entre lo público y lo administrativamente gestionado, hasta el punto de que la mayoría de los hospitales de la red pública no tienen personalidad jurídica propia y, por tanto, operan como unidades administrativas sin autonomía. Esto supone una anomalía en el contexto europeo. La gestión sanitaria pública en España se basa, en la mayoría de los casos, en una estructura rígida, administrativa y jerárquica, heredada del modelo funcional, y que limita la capacidad de adaptación, innovación o toma de decisiones en tiempo real. Aunque existen excepciones —como los consorcios sanitarios, las fundaciones públicas o los conciertos con entidades sin ánimo de lucro—, el grueso de la red asistencial pública no tiene margen operativo propio, a diferencia de lo que ocurre en muchos países europeos, incluso en aquellos que se inscriben en el modelo Beveridge (sistema sanitario de cobertura universal financiado con los impuestos generales).

■ 3.6. COMPARATIVA INTERNACIONAL

Alemania: lo público no siempre es estatal

Es un caso especialmente relevante. Aunque mantiene un modelo Bismarck (basado en aseguradoras sociales obligatorias), el sistema está fuertemente regulado y financiado por el Estado. La red hospitalaria incluye hospitales públicos, privados sin ánimo de lucro y privados con ánimo de lucro, todos integrados en el sistema nacional de salud y financiados por los seguros sociales. Lo destacable aquí es que la mayoría de los hospitales alemanes son de titularidad privada (sobre todo sin ánimo de lucro) y, sin embargo, nadie cuestiona el carácter público del sistema sanitario. El control público se ejerce a través de la financiación, la planificación y la regulación, no de la gestión directa.

Países Bajos: el valor de funcionar sin ánimo de lucro

En Países Bajos, el sistema también se basa en aseguradoras reguladas por el Estado. Los hospitales son entidades privadas sin ánimo de lucro, que no pueden repartir beneficios y deben reinvertir cualquier excedente en la mejora del servicio. Son financiados y regulados por el sistema público y forman parte del sistema nacional de salud. Los resultados en calidad, eficiencia y equidad son reconocidos internacionalmente.

Suecia y Reino Unido: gestión directa, pero con flexibilidad

En el modelo Beveridge, como es el caso de Suecia o el Reino Unido, el grueso de la red es de titularidad pública, pero la gestión no es puramente administrativa. En el National Health Service del Reino Unido, los centros hospitalarios tienen personalidad jurídica propia y, por otra parte, ha incorporado fundaciones, entidades

benéficas y proveedores privados, todos bajo planificación y financiación pública. Suecia, por su parte, permite que más del 20 % de los servicios estén gestionados por cooperativas o fundaciones.

El común denominador en todos estos países es el mismo: *flexibilidad organizativa sin perder el control público*, permitiendo adaptar los servicios a las necesidades reales de las personas.

■ 3.7. SERVICIOS PÚBLICOS EN ESPAÑA MÁS ALLÁ DE LA SANIDAD

La identificación entre lo público y la gestión directa se desmonta también en otros sectores esenciales:

- Recogida de residuos y limpieza viaria: en manos de concesionarias privadas, pero bajo control y planificación municipal.
- Suministro de agua y saneamiento: en muchos casos gestionado por operadores mixtos o privados (Aigües de Barcelona, EMASA...), con control tarifario público.
- Servicios sociales como ayuda a domicilio o centros de día: gestionados por fundaciones, cooperativas o empresas sociales, pero con financiación y control público.

En todos estos casos, la ciudadanía recibe un *servicio público garantizado, planificado y regulado por la administración*, con estándares de calidad y acceso universal, independientemente de quién lo gestione.

■ 3.8. UNA TRAMPA IDEOLÓGICA QUE EMPOBRECE EL DEBATE

Reducir lo público a la gestión directa es confundir los medios con los fines. Es una trampa ideológica que impide usar todas las herramientas disponibles para mejorar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad de los servicios.

Las preguntas clave no son “¿Quién gestiona?”, sino:

- ¿Se presta con calidad?
- ¿Está garantizado el acceso universal?
- ¿Se rinde cuentas ante la ciudadanía?
- ¿Se evalúan los resultados?
- ¿Existen mecanismos de control democrático?

■ 3.9. CONCLUSIÓN: REDEFINIR LO PÚBLICO PARA FORTALECERLO

Lo público no es sinónimo de gestión directa. Es sinónimo de compromiso con el interés general, con la equidad, con la transparencia y con la rendición de cuentas. Necesitamos una visión moderna, plural y exigente de lo público, que reconozca la diversidad de herramientas disponibles y que ponga siempre en el centro los derechos de las personas. Decir que “solo es público lo que gestiona directamente la administración” no solo es falso, sino perjudicial. Nos obliga a funcionar con una sola herramienta en un mundo que exige múltiples soluciones. *Lo verdaderamente público no es el instrumento, es la finalidad.*

■ REFERENCIAS

- HOOD, C. (1991). A Public Management for All Seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- MARGETTS, H. (2017). Governance and Digital Technology. In *The Oxford Handbook of Governance*.
- OCDE. (2023). *Government at a Glance*.
- OMS. (2022). *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond*.

“LA SANIDAD PRIVADA SIEMPRE ES MÁS EFICIENTE QUE LA SANIDAD PÚBLICA”, ¿ES UN BULO?

JOSÉ JESÚS MARTÍN MARTÍN*

* Catedrático de Economía de la Universidad de Granada.

■ 4.1. ¿DE QUÉ HABLAMOS?

La expresión “la sanidad privada es siempre más eficiente que la pública” es un lugar común en conversaciones, tertulias, medios de comunicación y redes sociales. Forma parte de una narrativa que enaltece las virtudes de las empresas privadas orientadas a maximizar el beneficio y el funcionamiento de los mercados para mejorar el bienestar social. El Estado, al no estar sujeto a la disciplina del mercado, es inherentemente menos eficiente. Coloquialmente, la sanidad pública malgasta tiempo y dinero.

Alternativamente, existe una afirmación especular que sostiene lo contrario: “la sanidad pública es siempre más eficiente (socialmente) que la sanidad privada”. La sanidad privada orientada exclusivamente por la búsqueda de beneficio solo contribuiría a la liquidación del Sistema Nacional de Salud (SNS) al disolver las garantías de universalidad, equidad y accesibilidad que constituye el núcleo de su razón de ser.

Según datos del Ministerio de Sanidad (2025), el gasto sanitario público supone el 7,4 % del PIB (99.300 millones de euros al año) y el gasto sanitario privado el 2,6 % del PIB (34.700 millones de euros al año), 2.079 y 726 euros por habitante, respectivamente. El 90 % del gasto sanitario privado son pagos directos de los hogares que se destinan a asistencia curativa y rehabilitadora (incluida la atención dental), medicamentos (incluido el copago farmacéutico del sistema público), lentes y audífonos. Algunos de estos servicios, como los odontológicos o los relativos a la salud mental, no forman parte de la oferta de la sanidad pública o su disponibilidad es limitada e insuficiente. Según datos de la Fundación IDIS (2025), el 26 % de la población española contaba en el año 2024 con un seguro sanitario privado, que en los últimos años mantiene un crecimiento sostenido. Este crecimiento del seguro sanitario privado tiene diversas causas, destacando, por un lado, los importantes beneficios fiscales de los que disfruta y, por otro, las considerables listas de espera de la sanidad pública que incentivan el doble aseguramiento público-privado para evitarlas. Según el Barómetro Sanitario (2024), esta es la principal razón para suscribir un seguro sanitario privado. Finalmente, es necesario señalar el alto pluriempleo de los médicos que combinan simultáneamente el trabajo en la sanidad pública y la privada, estimado en un 40 %.

Estos datos, aunque caracterizan de forma sumaria la sanidad española, en su composición pública-privada, no permiten valorar la supuesta mayor eficiencia

de la sanidad privada. Es necesario un escrutinio cuidadoso sobre el significado de los conceptos utilizados. ¿Qué significa eficiencia en el sector sanitario? La eficiencia es una palabra polisémica que admite diversas interpretaciones. Resulta interesante diferenciar entre eficiencia de gestión y eficiencia en salud. La primera mide la capacidad de transformar los *inputs* (gasto en bienes, personal y equipamiento) en actividad asistencial producida (consultas, intervenciones, casuística, etc.), la eficiencia en salud, por su parte, vincula los recursos empleados y los resultados en salud de la población (esperanza de vida, mortalidad prevenible, mortalidad tratable, años de vida ajustados por calidad, etc.).

No debe darse por sentado que los resultados obtenidos entre las dos métricas de eficiencia estén alineados, es decir, suponer que una mayor eficiencia en gestión debe traducirse en una mayor eficiencia en salud. Por ejemplo, un hospital privado que realice consultas, pruebas e intervenciones innecesarias o que realice reducciones temerarias de costes para aumentar el beneficio, mejora su cuenta de resultados, pero empeora los resultados en salud. Si una actuación sanitaria no aporta valor al paciente o incluso es perjudicial, da igual el coste unitario al que se produzca, es ineficiente.

Por otro lado, ¿cómo delimitamos y diferenciamos la sanidad pública de la sanidad privada? No existe una frontera nítida entre público y privado en la producción de servicios sanitarios, sino un *continuum* de modelos híbridos que tiene como formas polares los centros sanitarios públicos de gestión directa sin personalidad jurídica propia y un marco laboral de naturaleza funcionarial en un extremo y los hospitales y clínicas privadas lucrativas sin vínculos contractuales con las administraciones públicas en el otro. Entre estas dos formas organizativas, una diversa gama de modelos organizativos con estructuras de la propiedad diferentes, conviven en el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, como se refleja en el cuadro 1.

En sentido estricto, la sanidad privada incluiría exclusivamente los hospitales y clínicas privadas sin contratos o conciertos con los servicios de salud de las comunidades autónomas. El resto de los modelos de gestión indirecta, como los hospitales privados concertados o los modelos concesionales, formarían parte de la sanidad pública, dado que la financiación y el control siguen siendo responsabilidad pública. Aunque la propiedad sea privada, continúa siendo un servicio público. Comparar la eficiencia de la sanidad privada entendida de forma estricta con la sanidad pública, es poco informativo. Son dos sistemas que funcionan con marcos institucionales y reglas de juego diferentes. Los centros sanitarios privados lucrativos tienen como objetivo la rentabilidad; los no lucrativos, cumplir su finalidad social y los centros sanitarios públicos, garantizar la universalidad y accesibilidad con independencia de la renta y el estatus social. No pueden discriminar ni seleccionar pacientes.

En el debate político actual, la afirmación de que la sanidad privada es más eficiente se refiere específicamente al conjunto de modelos de gestión indirecta integrados en el SNS mediante diversos mecanismos contractuales, como los

Cuadro 1

MODELOS DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Propiedad y tipo de gestión		Descripción y principales características
1. Propiedad pública. Gestión directa	Sin personalidad jurídica	Hospitales públicos y centros de atención primaria sin personalidad jurídica integrados en los servicios de salud de cada región. Constituyen la mayor parte de la oferta sanitaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Su régimen de personal es estatutario. <i>Ejemplo:</i> Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla).
	Con personalidad jurídica	Hospital o centro sanitario público con personalidad jurídica propia. Contratación de derecho público o privado, según la forma adoptada por el centro sanitario (consorcio, empresa pública, fundación pública sanitaria). Personal laboral o estatutario, establecido caso por caso. <i>Ejemplo:</i> Hospital Universitario de Fuenlabrada.
2. Propiedad privada. Gestión indirecta	Hospitales no lucrativos	Centro privado de titularidad fundacional o religiosa que presta servicios sustitutorios al SNS. <i>Ejemplo:</i> Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona).
	Hospitales lucrativos	Hospital privado con ánimo de lucro que firma concierto sustitutorio total o parcial. <i>Ejemplo:</i> Hospital Universitario Quirónsalud (Madrid).
	Entidades de base asociativa (EBA)	Sociedad de profesionales que gestiona un centro de atención de atención primaria. <i>Ejemplo:</i> CAP Bages (Vic).
3. Propiedad público-privada. Gestión indirecta	Concesiones sanitarias (“Modelo Alzira”)	Concesión administrativa para la construcción y gestión del edificio y la prestación de servicios sanitarios y no sanitarios para una población definida. Se requiere la transferencia de riesgos del sector público al privado. <i>Ejemplo:</i> Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles).
	“Private Finance Initiative”	Entidad de derecho público con concesión de obra pública para la construcción y gestión del edificio sanitario y la prestación de servicios no sanitarios. Se requiere la transferencia de riesgos del sector público al privado. <i>Ejemplo:</i> Hospital Universitario de Burgos (Burgos).
4. Propiedad privada. Gestión privada.	Hospitales y clínicas privadas no lucrativas sin concierto	Centro privado de titularidad fundacional o religiosa. <i>Ejemplo:</i> Hospital San Rafael (Madrid).
	Hospitales y clínicas privadas lucrativas sin concierto	Hospital privado con ánimo de lucro. Financiación vía pago directo o seguro privado. Libre fijación de precios. Cartera selectiva de servicios. <i>Ejemplo:</i> Hospital Universitario Quirónsalud (Madrid).

conciertos, los modelos de iniciativa de financiación privada (PFI) o los modelos concesionales. Se supone que la propiedad privada de la producción genera una estructura de incentivos a la eficiencia imposible de replicar en los burocráticos y anquilosados centros sanitarios de propiedad pública. Desde el otro lado del espejo, son un caballo de Troya que amenaza con dismantelar el SNS.

■ 4.2. ¿QUÉ SABEMOS?

La evidencia a nivel internacional sobre la mayor eficiencia de la sanidad privada no es concluyente. Si se utiliza el concepto de eficiencia en resultados en salud, la mayoría de los estudios sugieren que los sistemas sanitarios públicos universales tienden a conseguir mejores resultados en salud para sus poblaciones, con un menor gasto sanitario que aquellos con sistemas más privatizados. El ejemplo paradigmático es Estados Unidos, que gasta casi un 18 % de su PIB en sanidad (España un 10 %) y, sin embargo, su esperanza de vida se mantiene de forma sostenida en el tiempo por debajo de la media de la OCDE. Un trabajo reciente (Goodair y Reeves, 2023) ha encontrado que la privatización y externalización de servicios sanitarios en Inglaterra durante el periodo 2013-2020 está asociada a un incremento de las tasas de mortalidad. No obstante, se debe ser muy cauteloso con estos resultados. No solo por la dificultad de generalizar los resultados de los estudios tanto espacial como territorialmente (de Inglaterra a España, por ejemplo), sino por la complejidad de atribuir relaciones causales a las asociaciones encontradas. Existe una sólida evidencia que identifica que, más allá del sector sanitario, la salud de las personas se juega principalmente en el terreno del nivel de renta, las desigualdades sociales y la calidad institucional de los países.

Cuando restringimos el análisis a la eficiencia en la gestión, relacionando recursos sanitarios utilizados con resultados asistenciales, ni la evidencia internacional ni la nacional avalan la idea de que la provisión privada sea más eficiente. Más bien señalan el carácter poco concluyente de los resultados obtenidos y la importancia del marco institucional y organizativo de cada país y no de la propiedad pública o privada de los centros sanitarios. Este carácter contingente dificulta la inferencia causal.

En España, un estudio sobre la eficiencia técnica de 230 hospitales generales del SNS español entre 2010 y 2012 concluyó que es el marco de regulación y gestión de los hospitales y no la propiedad pública o privada lo que explica el nivel de eficiencia técnica (Pérez Romero *et al.*, 2019). Frente a los hospitales tradicionales sin personalidad jurídica, mayoritarios en los distintos Servicios de Salud Regionales, los hospitales públicos con personalidad jurídica aumentan su eficiencia en un 11 % respecto a los hospitales tradicionales. Los modelos de Iniciativa de Financiación Privada (PFI) que combinan propiedad pública y privada se sitúan muy cerca de la frontera de eficiencia. No es la propiedad lo que marca la diferencia, sino la autonomía para gestionar recursos humanos, contratar bienes y servicios y diseñar políticas de retribuciones y motivación específicas.

En todo caso, y desgraciadamente, los estudios y la evidencia disponible no parecen haber tenido ningún valor en nuestro país para la toma de las erráticas decisiones políticas que sobre estos temas se han sucedido. En los últimos años, con el impulso de diversos partidos del arco parlamentario de signo político diferente, se han suprimido tanto fórmulas de gestión directa (empresas públicas hospitalarias) como fórmulas de gestión indirecta (concesiones sanitarias). La evidencia

disponible y la existencia de un debate reflexivo y transparente sobre su eficiencia relativa no han ocupado ningún papel en la toma de estas decisiones.

■ 4.3. ¿QUÉ PODEMOS SUGERIR?

La afirmación de que la sanidad privada es más eficiente que la pública, desencarnada de una realidad concreta y una definición precisa de sus términos, es en esencia un bulo, una afirmación ideológica carente de respaldo empírico. No aporta conocimiento. En su ensayo *Nexus* (2024), el escritor Yuval N. Harari distingue entre la versión ingenua de la información que conduce a la verdad (y acaso a la sabiduría) y la versión populista donde la “desinformación” está orientada al poder y al mantenimiento del orden. A esta última categoría pertenece el engaño sobre la eficiencia de lo privado en sanidad. Su antítesis, que afirma la superioridad de la sanidad pública constituida exclusivamente como centros sanitarios de gestión directa sin autonomía de gestión, también es un bulo opuesto al anterior, pero de naturaleza similar.

No es necesario, o no debería serlo, elegir entre Escila y Caribdis, entre una sanidad pública, gestionada como la dirección general de un ministerio, con graves problemas de buen gobierno, y una sanidad privada, con déficits reputacionales y una preocupante opacidad en sus relaciones contractuales con la Administración Pública. Es posible concebir un programa que articule coherentemente tanto la reforma de la sanidad pública como de la sanidad privada que forma parte del SNS. Existen importantes propuestas de reforma del SNS con un alto grado de coincidencia entre ellas, y aunque difieran en diversas cuestiones, todas coinciden en los aspectos esenciales (Lobo, 2025). El problema no es el mapa ni la brújula, sino la tormenta política perpetua instalada en el sistema político español. Bulos como que la sanidad privada es siempre más eficiente o su antítesis reducen el debate a opciones dicotómicas y maniqueas. Esta creciente polarización hace muy difícil fraguar los consensos políticos y sociales necesarios para enfrentar con posibilidades de éxito las reformas necesarias para la sostenibilidad y mejora del SNS.

■ REFERENCIAS

- GOODAIR, B., & REEVES, A. (2022). Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–2020: An observational study of NHS privatisation. *The Lancet Public Health*, 7(7), e638–e646. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00133-5)
- HARARI, Y. N. (2024). *Nexus, una breve historia de las redes de información desde la Edad de Piedra hasta la IA*. Debate.
- LOBO, F. (2025). *El dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de 2020: ¿Una hoja de ruta para la sanidad española?* (Investigaciones de Funcas, 4/2025) [Informe]. Funcas. <https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2025/05/EL-DICTAMEN-DE-LA-COMISION->

[PARLAMENTARIA-DE-RECONSTRUCCION-SOCIAL-Y-ECONOMICA-DE-2020_5.pdf](#)
([funcas.es](#))

PÉREZ-ROMERO, C., ORTEGA-DÍAZ, M. I., OCAÑA-RIOLA, R., & MARTÍN-MARTÍN, J. J. (2019). Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>

“EL SISTEMA DE MUTUAS DE FUNCIONARIOS ES UN PRIVILEGIO”, ¿ES UN BULO?

ENRIQUE BERNAL-DELGADO*

* Ciencia de datos para la investigación de servicios sanitarios y políticas, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Los medios de comunicación se llenaron de noticias a finales de 2024 a cuenta de la renovación (o no) del concierto para el aseguramiento y prestación de asistencia sanitaria, mediante entidades de prestación de servicios, a funcionarios del Estado (MUFACE), Fuerzas Armadas (ISFAS) y funcionarios del sistema de Justicia (MUGEJU). Algunos titulares de artículos de opinión de aquellos días, normalmente referidos a MUFACE por ser la mutualidad de funcionarios con más penetración —cerca del 80 %— decían: “MUFACE, un privilegio de algunos funcionarios que no se debe mantener” (*Diario.es*); “MUFACE: Privilegios de minorías y negocios privados subordinan la coherencia y la ideología” (*Infolibre*); “MUFACE y los privilegios de los funcionarios: un agujero de la izquierda” (*El Confidencial*); “MUFACE no puede obligarnos a pasar dos años en la sanidad pública” (*Redacción Médica*); “Los funcionarios ‘machacan’ la doble cobertura en MUFACE: ‘Es insolidario’” (*Redacción Médica*); “MUFACE o la resistencia de un privilegio privado financiado con dinero público” (*Cinco Días*); “MUFACE, ¿un privilegio?” (*La Razón*).

Lo enconado del debate (no he seleccionado los titulares por los vocablos, sino por orden de aparición en la búsqueda en Google) advierte de la existencia de fuertes intereses. Me ha interesado particularmente el subtítulo de la última entrada firmada por Mikel Buesa en *La Razón* que se responde en el subtítulo: “MUFACE, ¿un privilegio? El nivel de eficiencia del sistema mutual es superior al público, tanto por lo que concierne a la atención médica, como especialmente en lo que alude al gasto farmacéutico”. Me interesa porque lo leído y oído estos meses está plagado de omisiones. En este caso, el señor Buesa omite que para hablar de eficiencia tiene que hablar no solo del gasto, sino también de la equivalencia en la complejidad de los pacientes atendidos, la equivalencia en la calidad de la asistencia prestada y la equivalencia en los resultados de salud obtenidos.

Personalmente, no me gusta plantear el debate sobre el mutualismo tratando de refutar bulos; honestamente, no sé si los hay. En las declaraciones públicas veo intereses, claro está: los funcionarios afectados pretenden mantener el *statu quo*; los defensores de la convivencia entre la sanidad pública y la privada tratan de poner el acento en las bondades de esta última; y algunas aseguradoras privadas se esfuerzan en denunciar hiperbólicamente una prima per cápita insuficiente y así negociar al alza utilizando el poder del oligopolio asegurador en España, con proveedores privados cada vez más concentrados, y nula capacidad de negociación y supervisión de unos ministerios (y sus agencias) cuyo “negocio” principal no es el sanitario.

Intereses e incentivos están claros, pero, más claro, en mi opinión, es el desconocimiento y la escasez de información veraz, no por maliciosa, sino por ausente. El reciente informe de la Agencia Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), fundamentado en un profundo análisis documental y centenas de millones de microdatos, arroja luz y cierra parte del debate (AIReF, 2025).

■ 5.1. ¿EL MUTUALISMO SUPONE UN PRIVILEGIO?

Tratemos de responder a la pregunta desde la perspectiva del mutualista. El Estado, como empleador de los funcionarios de la Administración Civil del Estado, personal de la Administración de Justicia y Fuerzas Armadas, obliga a estos trabajadores a estar registrados en MUFACE, MUGEJU e ISFAS, respectivamente. Son estas las agencias encargadas de gestionar sus necesidades sanitarias y sociales. En consecuencia, estos funcionarios no tienen posibilidad de ejercer su derecho de estar registrados en el sistema público de salud, como el resto de los ciudadanos de este país. Es decir, no pueden elegir quién les asegura sus necesidades sanitarias y de salud, sino quién les presta los servicios dentro del esquema del mutualismo (el Sistema Nacional de Salud o las entidades prestadoras de servicios contratadas por las mutualidades).

De este modo, los funcionarios afectados por el mutualismo renuncian (por obligación) a que, en el marco de la Atención Primaria, dos profesionales sanitarios, de medicina y enfermería (y algunos otros disponibles en el centro de salud), traten la mayor parte de sus problemas agudos y den continuidad a sus necesidades de salud, mitigando los efectos negativos de la fragmentación del proceso asistencial, cuestión de extrema relevancia cuando un paciente sufre problemas crónicos o complejos.

Por otra parte, los funcionarios incluidos en el mutualismo tienen que asumir que, a diferencia del resto de conciudadanos, pagarán con su salario el 18 % de las necesidades de gasto del sistema mutualista al que pertenecen, además de sus impuestos. Para hacernos una idea, la cotización mensual de cada asegurado, que depende del grupo de funcionarios al que pertenezca y de la entidad, alcanzó en 2024 en MUFACE entre 21 y 52 euros mensuales. El funcionario asegurado en las mutualidades está obligado, además, a un copago farmacéutico tipo del 30 % no modulado con exenciones, ni por niveles de renta, ni con topes mensuales, de los que se benefician el resto de los ciudadanos en nuestro país (aunque es verdad que algunos funcionarios, jubilados, personas viudas o huérfanas con ingresos menores a 18.000 euros anuales, pueden pedir ayudas para mitigar los efectos negativos del copago).

En cuanto al acceso efectivo a servicios sanitarios, los funcionarios adscritos al régimen de mutualismo con elección privada se encuentran con una distribución de recursos sanitarios no basada en equidad territorial de acceso y continuidad asistencial (como es el caso de la planificación en zonas básicas y áreas de salud del

SNS), sino en la distribución de recursos privados, que viene marcada por criterios de mercado. Así, la concentración de servicios privados es mayor en las capitales de provincia y, entre estas, en las capitales de provincia con más población. Eso se refleja bien en la distribución territorial de algunos servicios críticos, como diálisis, oncología, radioterapia y cuidados paliativos. En la figura 1 representamos el nivel de accesibilidad (áreas de influencia o mercado) a estos recursos comparando los prestadores públicos (en verde) y los prestadores privados (en rojo). En definitiva, aunque en la cartera de servicios aparece la prestación, no necesariamente es “accesible” dado el criterio de distribución de recursos seguido.

Figura 1

ACCESO A RECURSOS DE TITULARIDAD PRIVADA (ROJO) Y TITULARIDAD PÚBLICA (VERDE). CADA PUNTO REPRESENTA UN RECURSO SANITARIO GEOLOCALIZADO; LAS ÁREAS REPRESENTAN ZONA DE INFLUENCIA (ACCESO O MERCADO POTENCIAL) DE CADA RECURSO, 2024

Dispositivos de titularidad privada

Dispositivos de titularidad pública

a. Diálisis



b. Oncología



Figura 1 (continuación)

ACCESO A RECURSOS DE TITULARIDAD PRIVADA (ROJO) Y TITULARIDAD PÚBLICA (VERDE). CADA PUNTO REPRESENTA UN RECURSO SANITARIO GEOLOCALIZADO; LAS ÁREAS REPRESENTAN ZONA DE INFLUENCIA (ACCESO O MERCADO POTENCIAL) DE CADA RECURSO, 2024

Dispositivos de titularidad privada

Dispositivos de titularidad pública

c. Radioterapia



d. Cuidados paliativos



Fuente: Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios —REGCESS— (Ministerio de Sanidad, 2025).

También con referencia al acceso a los servicios sanitarios, y desde la perspectiva del epidemiólogo, hay que destacar que tampoco se entiende bien cómo poblaciones con problemas de salud similares (funcionarios que eligen pública y funcionarios que eligen privada) tienen un consumo de consultas al especialista tan distintas. El reciente estudio de la AIReF revela una utilización sistemáticamente mayor en mutualistas de MUFACE con opción privada, superior en todas las especialidades. Llama la atención diferencias de cuatro veces más en consultas en

traumatología y entre tres y cinco veces más en dermatología, ginecología, cardiología y otorrinolaringología. Es el acceso y no la necesidad lo que determina estas diferencias, y los mutualistas deberían preguntarse por el valor real (para su salud) de esa accesibilidad. Nosotros nos preguntamos por el coste innecesario incurrido y la prima al alza acordada en el último convenio.

Los mutualistas pueden elegir cambiar de prestador, antes una vez al año, y ahora, extraordinariamente, una vez más durante el año. Y, efectivamente, así lo hacen. Entre el 60 % y el 70 % de los mutualistas con episodios hospitalarios de gravedad mayor y extrema o con patologías que requieren tratamientos oncológicos, como quimioterapia o servicios de nefrología y diálisis, eligen la modalidad pública. Esta cifra disminuye hasta el 27 % cuando no tienen este tipo de problemas de salud. Estas cifras, que resuenan sobre lo ya comentado anteriormente acerca de la distribución de recursos, hacen albergar alguna duda sobre si elegir es una opción, o más bien la obligación derivada de un problema de acceso, o de la percepción de calidad que los mutualistas tienen de los proveedores privados. El 75 % de los mutualistas entrevistados por la AIReF consideraba que sería mejor atendido en los servicios públicos en situaciones de gravedad y complejidad de su problema de salud.

Un último dato: un 30 % de los mutualistas, particularmente aquellos pertenecientes a quintiles altos de renta, compran un seguro de asistencia sanitaria adicional, una indicación quizás de insatisfacción con las coberturas que ofrece el mutualismo, o las entidades prestadoras.

En resumen, en mi opinión, el único elemento diferencial claro entre los mutualistas y el resto de los ciudadanos está en la posibilidad de que aquellos puedan elegir prestador público cuando les interese. No obstante, para darle a esta facultad la connotación de privilegio, será necesario saber si es una decisión informada o si es una decisión tomada por necesidad. Lo digo porque, pese a la prohibición expresa en el concierto de promover el cambio de adscripción a entidad distinta del mutualista por causas debidas a su patología¹, las mutualidades son incapaces de controlar la selección de riesgos, es decir, la tendencia a transferir los pacientes de mayor riesgo al sistema público y quedarse sólo con los “riesgos buenos” — menos costosos—, pese a que existe evidencia sobre su existencia (Pinilla *et al.*, 2024).

Algunas reflexiones finales. No seguiría dedicando mucho más esfuerzo a discutir sobre privilegios, sino a resolver el anacronismo que supone mantener en 2024

¹ El concierto vigente para la relación entre MUFACE y las entidades prestadoras, (Normas Generales, punto 3.1.10), señala que “La Entidad no realizará acciones encaminadas a promover el cambio de adscripción a entidad distinta del mutualista por causas debidas a su patología”. Resolución de 30 de abril de 2025, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se publica el Concierto con entidades de seguro para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de esta durante los años 2025, 2026 y 2027, y se establece el mes de mayo de 2025 como periodo de elección de entidad a diversos efectos. Ministerio para la transformación digital y de la función pública. BOE nº 105, de 1 de Mayo de 2025. <http://www.boe.es/boe/dias/2025/05/01/pdfs/BOE-A-2025-8730.pdf>

un sistema de seguridad social cuyo empleador es el Estado, cuando la Ley General de Sanidad en 1986, ley básica, optó, para el conjunto de la ciudadanía, por un modelo de Sistema Nacional de Salud, antagónico al modelo de mutualismo. Tampoco dedicaría más esfuerzo a implementar mejoras en el convenio para controlar los errores del mercado en la prestación de servicios sanitarios, entre otras cosas porque la capacidad de negociación y supervisión de los ministerios afectados (a través de las mutualidades) es mínima; ni profundizaría en ajustar una prima per cápita para un número cada vez más pequeño de asegurados y con tendencia a elegir el servicio público cuando los problemas son graves y cuando los operadores privados tienen más interés en el mercado, al alza, de seguros privados.

Es momento de plantear una transición suave hacia la desaparición del sistema de mutualismo. En ese sentido, dos propuestas de la AIREF parecen albergar una solución razonable. Primera, permitamos la adscripción *voluntaria* al mutualismo, lo que mitigaría la incongruencia de que ciudadanos con los mismos derechos naveguen por sistemas sanitarios antagónicos. Segunda, realicemos una incorporación progresiva de los mutualistas al sistema público, particularmente en lugares donde el peso de la provisión privada es mayor y, en todo caso, empecemos por los pacientes más complejos.

Como corolario final, recordemos lo que señalan las profesoras Urbanos Garrido y González López-Valcarcel (2025): “las razones que se alegaron para crear MUFACE [y por extensión las otras mutualidades] en la Ley 29/1975 son, en esencia, las mismas que justificarían hoy su desaparición”.


■ REFERENCIAS

- AIREF. (2025). *Estudio sobre el Mutualismo Administrativo*. https://www.airef.es/wp-content/uploads/2025/03/Spending_Review_2022-2026_Fase_1_Mutualismo_administrativo/Estudio.pdf
- PINILLA, J., LÓPEZ-VALCÁRCEL, BG., y BERNAL-DELGADO, E. (2024). Unravelling risk selection in Spanish general government employee mutual funds: Evidence from cancer hospitalizations in the public health network. *Eur J Health Econ. Nov, 25(8)*, 1371-1381. Doi: 10.1007/s10198-024-01671-5
- URBANOS-GARRIDO, R., y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2025). El modelo MUFACE: un anacronismo contrario a la equidad ciudadana y la congruencia normativa del Sistema Nacional de Salud. *Journal of Healthcare Quality Research*, 40(2). Doi: 10.1016/j.jhqr.2025.101127

**“CON NUESTRO SISTEMA SANITARIO,
FINANCIADO CON IMPUESTOS Y DE ACCESO
UNIVERSAL, YA RESOLVEMOS LOS PROBLEMAS
DE EQUIDAD EN SALUD”, ¿ES UN BULO?**

MARISOL RODRÍGUEZ*

* Catedrática emérita de la Universidad de Barcelona.



La frase anterior se podría reescribir a modo de dos preguntas: ¿Es realmente equitativo nuestro sistema sanitario, financiado con impuestos y de acceso universal? ¿Y es eso suficiente para corregir las desigualdades en salud? La respuesta es que nuestro sistema sanitario es razonablemente equitativo en términos generales, pero si se desciende al detalle, aparecen muchas desviaciones y lagunas que oscurecen ese diagnóstico positivo. Además, eso dista mucho de ser suficiente para subsanar las desigualdades en salud, porque estas obedecen a múltiples factores que requieren de un amplio abanico de políticas que van más allá del sistema sanitario. Avanzadas así las conclusiones, recapitulemos.

Los sistemas públicos de salud son uno de los pilares del Estado del bienestar. Como tales, su instauración es relativamente reciente y aún no están generalizados en todos los países del mundo. Previamente, y aún hoy en día en muchos lugares, la enfermedad y la búsqueda de tratamiento médico eran una responsabilidad individual, rodeada de gran incertidumbre clínica y financiera. La respuesta a la incertidumbre sobre el riesgo financiero —en este y en otros muchos campos— es la figura del seguro. El objetivo de los mecanismos de aseguramiento es siempre, mediante el pago de una determinada cuota, convertir una pérdida grande incierta en una pérdida pequeña cierta. En efecto, la noción del seguro de salud lleva implícita la mutualización de riesgos y la transferencia de fondos entre personas sanas y personas enfermas, entre las que apenas utilizan el seguro y las que gastan mucho porque tienen peor salud.

Este es el sustrato común de los sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados. A partir de ahí, las diferencias son muy notables. Los seguros privados tienen carácter voluntario y, por tanto, solo participan aquellos individuos que quieren y pueden pagar la prima del seguro; sin embargo, en los sistemas públicos estamos incluidos, obligatoriamente, todos los ciudadanos. Por consiguiente, en los sistemas públicos, y dependiendo del grado de progresividad del modo de financiación, a las transferencias entre enfermos y sanos se añade un crucial componente de solidaridad entre ricos y pobres. Entre los que más tienen y pagan más, y los que contribuyen menos porque tienen menos. La responsabilidad individual de la salud deviene en una responsabilidad colectiva, elegida mediante el voto.

Los juicios morales sobre cómo se ejerce esa responsabilidad colectiva, sobre lo que es justo o injusto, tienen que ver con la idea de equidad, noción que no es en absoluto fácil ni tiene una definición única y comúnmente aceptada. Aquí, baste con decir que el grado de equidad de un sistema sanitario se debe evaluar desde el

punto de vista de cómo se financia y desde el punto de vista de cómo se distribuyen las prestaciones sanitarias. Desde la perspectiva de la financiación, la regla es que el sistema se debe financiar de acuerdo con la capacidad de pago de los individuos, y no según el uso que hagan de los servicios. Por el lado de la prestación de los servicios, el principio rector es la igualdad de tratamiento —o de acceso— para igual necesidad, independientemente de la capacidad de pago o cualquier otra característica socioeconómica (edad, sexo, renta, raza, nacionalidad, etc.) del individuo.

■ 6.1. EVIDENCIA EMPÍRICA

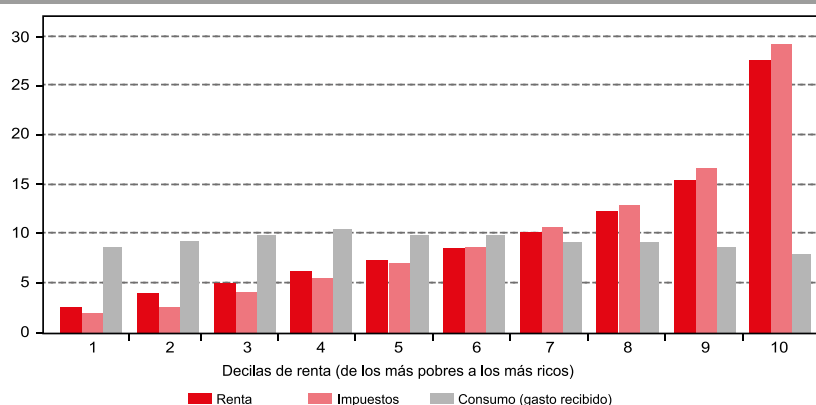
Hace ya más de treinta años que se sentaron las bases metodológicas para acometer el estudio empírico de ambos tipos de vertientes de la equidad de los sistemas sanitarios. Los trabajos del grupo ECuity (así llamado porque los investigadores principales y la mayoría de los equipos de investigación pertenecían a la Comunidad Europea) arrojaron una imagen bastante favorable del sistema sanitario español: su financiación era prácticamente proporcional a la renta y la provisión de los servicios, en su conjunto, era solo ligeramente inequitativa a favor de los ricos (Wagstaff y van Doorslaer, 2000). La razón era que, a pesar de que los ricos tendían a utilizar menos algunos servicios médicos (sobre todo las visitas al médico general), también tenían menos necesidad y además utilizaban más los servicios de médicos especialistas. Este patrón se repetía en bastantes otros países. Los servicios hospitalarios se comportaban, en general, de manera equitativa.

Por la misma época, Calonge y Rodríguez (1988), miembros del grupo ECuity, publicaron un trabajo donde la cuestión analizada era similar, pero poniendo énfasis en el balance redistributivo que suponía la política de financiación y prestación pública de los servicios sanitarios en España. Lo que se comparaba era el porcentaje de renta correspondiente a cada hogar o grupo (los hogares estaban ordenados por deciles de renta) con, por un lado, el porcentaje de impuestos pagados, y por el otro, con el porcentaje de gasto recibido, calculado a partir de la utilización de servicios realizada por cada grupo.

La figura 1 resume los resultados de ese trabajo. Comparando las columnas de renta e impuestos, se observa que los pagos destinados a financiar la sanidad son prácticamente proporcionales a la renta (de hecho, ligeramente progresivos). El 10 % más pobre de los hogares poseía el 2,6 % de la renta y el total de sus contribuciones (contando impuestos directos, indirectos y cotizaciones sociales) suponía el 2,0 % de los pagos. En el otro extremo, el 10 % más rico poseía el 27,7 % de la renta y aportaba el 29,2 % del total de pagos públicos. El decil sexto poseía el 8,7 % de la renta y financiaba el 8,8 % del gasto. Por su parte, la columna que representa el consumo o gasto recibido muestra una distribución casi *uniforme* para todos los deciles de renta, oscilando entre un 9,2 % del décimo decil (la más rica) y un 10,6 % del cuarto decil.

Figura 1

¿QUIÉN PAGA Y QUIÉN SE BENEFICIA DE LA ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA EN ESPAÑA? (En porcentaje)



Fuente: Calonge y Rodríguez (1988).

A pesar de que los datos no han sido actualizados, dado que ni la distribución de la renta, ni el sistema impositivo, ni las características del sistema de acceso a la sanidad han cambiado *dramáticamente* en las tres últimas décadas, la fotografía general que arroja esta figura seguramente sigue estando vigente. Lo que nos dice es que el sistema sanitario español es redistributivo. No por el lado de la financiación, sino por el lado del gasto público. El 20 % más rico de la población aporta mucho más de lo que recibe, mientras que los hogares con menor renta —especialmente los cuatro primeros deciles— reciben mucho más de lo que aportan. Para los deciles seis y siete, el saldo neto es cercano a cero.

6.2. LAGUNAS

La conclusión anterior acerca de nuestro sistema sanitario es un motivo de orgullo. Sin embargo, como toda fotografía general, omite detalles y tiene lagunas. Alguno de los detalles que evidencian que el sistema no trata a todos por igual ya ha sido mencionado antes: el patrón de utilización del médico general exhibe inequidad propobres, mientras que la utilización de visitas al especialista muestra inequidad prorricos. Pero hay muchos otros puntos débiles reconocidos en la literatura (Urbanos, 2023). Por ejemplo, según la *Encuesta Nacional de Salud*, la probabilidad de haberse realizado una prueba diagnóstica (radiografía, TAC o escáner, ecografía y resonancia magnética) en los últimos doce meses es más elevada entre los que tienen educación superior, están empleados, son de nacionalidad española y pertenecen a la clase alta (European Anti-Poverty Network-España, 2019). En el

ámbito de la equidad de género, existen desigualdades en la financiación destinada a la investigación de enfermedades más prevalentes en mujeres —de hecho, las mujeres suelen estar infrarrepresentadas en los ensayos clínicos— en la manera en que se transmite el conocimiento a los profesionales, o en cómo son apreciados sus síntomas cuando ellas acuden a la consulta, con tendencia a minusvalorar esos síntomas o a achacarlos a causas difusas, como “los nervios”.

La pobreza potencia estas desigualdades; así, la tasa de cribado de cáncer de cérvix es más baja entre las mujeres más vulnerables: mujeres pobres, con bajo nivel educativo o extranjeras. Y en cuanto a las listas de espera, se sabe que el nivel de renta y/o el nivel educativo se asocian significativamente a menores esperas para consultar a un especialista en la sanidad pública. Estos sesgos obedecen a múltiples factores, en general asociados a que un mejor nivel educativo permite conocer mejor el sistema y ser más asertivo a la hora de utilizarlo; aparte de un posible sesgo terapéutico inconsciente por parte del médico, para quien la comunicación con un paciente que articula bien sus demandas y se expresa en un lenguaje más cercano al del propio médico es más fácil.

Por último, hay que señalar que existe un grado elevado de variabilidad geográfica en la prestación y utilización de todo tipo de servicios en España, desde prácticas preventivas a pruebas diagnósticas o procedimientos quirúrgicos. Variabilidades ampliamente estudiadas y documentadas en el *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*, del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. La mayor parte de esa variabilidad —que se traduce en inequidad geográfica; la famosa referencia al código postal— tiene que ver con la oferta de servicios, y no con la demanda de la población.

Con ser todo lo anterior importante, donde el sistema muestra más a las claras sus carencias y que no todos somos iguales a la hora de obtener tratamientos médicos necesarios, es en ámbitos donde la cobertura pública es inexistente, es incompleta o tiene un coste para el usuario. Salud dental, salud mental, salud visual y copagos son los principales epígrafes en este terreno. En todos ellos, la insuficiencia de capacidad de pago es determinante.

Teniendo en cuenta la escasa cobertura en materia de salud bucal, no es de extrañar que, según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*, aproximadamente un 11 % de la población mayor de 15 años (más de 4,5 millones de las personas) aseguren que no pueden acceder a la atención dental por problemas económicos. El porcentaje que afirma no poder obtener atención a la salud mental es inferior, pero dada la escasez de oferta de estos profesionales en el sistema público, la atención que se recibe es, en general, discontinua e insuficiente, por lo que muchas familias acaban recurriendo al sector privado. También forma parte sustancial del gasto privado la compra de gafas y lentillas, lo cual, tal y como ha reconocido el Ministerio de Sanidad en una declaración reciente, merma el carácter universalista y mitigador de la desigualdad en salud del SNS, especialmente en el caso de la población infantil.

Finalmente, el deficiente diseño de nuestro régimen de copago farmacéutico hace que más de dos millones de personas (4,2 % de los mayores de 15 años) declaren que han tenido que dejar de tomar algún medicamento por no poder pagarlo. La ONG Banco Farmacéutico, a través de su Fondo Social de Medicamentos, intenta paliar esta situación y lleva financiados 334.795 medicamentos en siete años. Resulta revelador que el 94,7 % de sus beneficiarios sean personas con trabajo, que tienen que hacer frente a un copago farmacéutico del 40 %.

En definitiva, garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud abarca muchos frentes, por lo que no nos podemos quedar tranquilos solamente pagando nuestros impuestos. Reducir las desigualdades éticamente inaceptables puede exigir desarrollar programas específicos dirigidos a los grupos de población más vulnerable.

Para finalizar este capítulo, es preciso señalar que no son lo mismo desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios que desigualdades en salud. El sistema de salud es solamente uno de los determinantes de la salud de los individuos. Incluso si se alcanzara una equidad total en el acceso a los servicios sanitarios, eso no garantizaría la igualdad de oportunidad de salud en el sentido que le da Amartya Sen, quien no habla de igualdad en salud, porque eso es imposible, sino de lograr que todos los individuos tengan *la misma oportunidad* de alcanzar su máximo potencial de salud.

Este objetivo comportaría cambios decisivos en muchas otras políticas que afectan a la esperanza y la calidad de vida de las personas, más allá de los factores genéticos. El lugar en el que se vive, la comunidad a la que se pertenece, el nivel de educación, la raza, el sexo, el nivel de renta y si tienes o no una discapacidad, todo ello comporta grandes diferencias en la cantidad de tiempo de vida sana que se puede esperar llegar a tener (World Health Organization, 2025). De ahí que las principales políticas recomendadas sean combatir la desigualdad económica mediante la redistribución de los ingresos, invertir en infraestructuras sociales y servicios públicos para mejorar las condiciones medioambientales (calidad de la vivienda, saneamiento urbano, exposición a la contaminación atmosférica, etc.) y corregir la discriminación estructural.

En España, sabemos que la diferencia de esperanza de vida entre barrios pobres y barrios ricos de las grandes ciudades (Madrid y Barcelona) llega a ser de más de diez años. También, sabemos que casi el doble de las personas con un nivel educativo bajo manifiestan un estado de salud regular, malo o muy malo, con respecto a aquellas personas con estudios superiores; y que las diferencias en salud percibida se incrementan con intensidad mientras más baja es la clase social. También son mayores las restricciones y limitaciones para la vida diaria cuanto menor es el nivel socioeconómico. Dichas limitaciones y restricciones muchas veces son consecuencia de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas entre los más pobres, al tiempo que tienen una menor capacidad para hacerles frente y suplir las ayudas públicas mediante la contratación de ayuda privada, la adaptación del

hogar, el acceso a tratamientos de fisioterapia o a actividades de rehabilitación y mantenimiento.

En conclusión, el sistema sanitario no es el único responsable de las desigualdades en salud, pero hemos de intentar que contribuya a mitigarlas, y no a aumentarlas.

■ REFERENCIAS

- CALONGE, S., y RODRÍGUEZ, M. (1998). Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad. *Papeles de Economía Española*, 76, 259- 272.
- EUROPEAN ANTI-POVERTY NETWORK-ESPAÑA. (2019). *La desigualdad en la salud*. EAPN-ES.
- URBANOS, R. (2024). Equidad en el acceso al Sistema Nacional de Salud: algunos puntos débiles y propuestas para la acción. *Journal of Healthcare Quality Research*, 39(2), 63-64.
- WAGSTAFF A., y VAN DOORSLAER, E. (2000). Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*, Chapter 34, Volume 1, Part B, 1803-1862. North Holland 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2025). *World report on social determinants of health equity: Executive summary*. Geneva.

**"LA ATENCIÓN PRIMARIA ESTÁ DESTINADA
A TRATAR PROBLEMAS LEVES O POCO
IMPORTANTES DE SALUD. LOS PROBLEMAS
GRAVES O IMPORTANTES LOS DEBEN RESOLVER
LOS HOSPITALES", ¿ES UN BULO?**

JOSÉ-MANUEL FREIRE*

* Profesor emérito, Escuela Nacional de Sanidad.

Sin duda alguna, podemos decir que es bulo o, más caritativamente, una gran simplificación que desconoce el papel real de la atención primaria en un buen sistema sanitario. Para razonar la respuesta, en primer lugar, comentaremos sobre los problemas de salud; en segundo lugar, analizaremos cada una de las dos afirmaciones que dan lugar a la pregunta para terminar con una respuesta–conclusión.

■ 7.1. SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD LEVES/GRAVES, IMPORTANTES/POCO IMPORTANTES

Interesa empezar por precisar cuáles y cuándo los problemas de salud son leves o graves, importantes o poco relevantes. Aparentemente, y en la mayoría de los casos, es muy intuitivo y fácil hacerlo, pero la clasificación de un problema de salud como “leve” o “grave” no es simple, ya que depende de varios factores, como la persona afectada (edad, enfermedades preexistentes), la evolución de la enfermedad y el riesgo de complicaciones.

Podemos asumir que un problema es *leve* si no compromete la vida ni una funcionalidad importante de la persona. Conlleva una limitación funcional mínima o transitoria, puede producir molestias, pero no impide las actividades básicas de la vida diaria, ni la autonomía personal. Suele ser de corta duración, autolimitado y con buen pronóstico. No requiere intervención médica urgente ni medios especializados y se puede manejar en casa o con atención ambulatoria. En general, casi todos los problemas frecuentes de salud son problemas leves, por ejemplo: resfriado, dolor de garganta, fiebre, diarrea, etc. Pero importa saber que algunos “problemas leves” pueden evolucionar a graves si no se tratan adecuadamente o si afectan a pacientes vulnerables. Por ello, ante cualquier síntoma preocupante, lo recomendable es acudir al Centro de Salud, a la atención primaria.

Por el contrario, consideramos como *grave* un problema que pone en riesgo la vida, la integridad física o una funcionalidad importante del paciente; presenta síntomas severos, incapacitantes que pueden progresar rápidamente; tiene un pronóstico incierto o desfavorable si no se actúa a tiempo, como por ejemplo: cáncer, infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular (ictus), fractura de cadera, apendicitis, neumonía grave, etc. Los problemas graves de salud generalmente requieren atención médica urgente y especializada, frecuentemente con diagnósticos y tratamiento complejos propios de un hospital.

Por otro lado, todos los problemas de salud, leves y graves, según cómo se presenten y evolucionen en el tiempo, pueden ser *agudos* o *crónicos*. Un problema es agudo cuando su comienzo y evolución son rápidos; en cambio, consideramos crónicos a los problemas de salud de larga duración (varios meses) que suelen ser de comienzo gradual y lenta progresión; frecuentemente no tienen curación, pero generalmente responden bien al tratamiento y control médico, aunque pueden presentar crisis o agudizaciones. El seguimiento y control de las enfermedades crónicas (hipertensión, asma, diabetes, bronquitis, etc.) corresponde al médico de familia y a su equipo en la atención primaria.

La pregunta inicial habla de problemas de salud importantes; ¿qué consideramos un problema *relevante* de salud? ¿Es lo mismo aquí “importante” que “grave”? Aunque frecuentemente “importante” se use como sinónimo de “grave”, ambos no son lo mismo. Consideramos que un problema de salud es “relevante” cuando, aun no siendo una urgencia vital, tiene un impacto serio en la calidad de vida del paciente, en su autonomía o en su bienestar físico y emocional a medio-largo plazo; es persistente, aunque sea de intensidad leve; impide o dificulta tareas cotidianas; existe riesgo de que evolucione a algo más serio y requiere de una atención médica activa y continuada. Ejemplos de problemas considerables son: hipertensión arterial, bronquitis crónica, incontinencia urinaria, diabetes tipo 2, depresión crónica, tabaquismo, alcoholismo, etc. Todos los problemas de salud importantes requieren atención médica activa y continuada. Una atención casi siempre iniciada y también coordinada por el médico de familia en la atención primaria, porque frecuentemente estos problemas suelen requerir colaboración y cooperación entre el hospital y la atención primaria. En resumen: los problemas “importantes” no son necesariamente graves, pero requieren atención médica prioritaria que generalmente corresponde al médico de familia. Además, muchos de estos problemas relevantes no son solo problemas individuales; afectan a tantas personas (son de alta prevalencia) que constituyen problemas de salud pública (tabaquismo, alcoholismo, obesidad, hipertensión, etc.), un campo en el que el componente “comunitario” de la atención primaria tiene un papel crucial.

7.2. SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA (EL MÉDICO DE FAMILIA) Y LOS PROBLEMAS QUE TRATA

Abordemos ahora la primera frase: “la atención primaria está destinada a tratar problemas leves o poco importantes de salud”. Analizar esta afirmación nos lleva a preguntarnos qué entendemos por *atención primaria*. En la sanidad pública española, la atención primaria son los servicios de los centros de salud y los consultorios. Es la base, centro y puerta de entrada de nuestro sistema de salud y todos los buenos sistemas de salud del mundo (González López-Valcárcel, 2025). Su núcleo es el médico general o de familia que forma equipo con la enfermera; ambos nombres figuran en nuestra tarjeta individual sanitaria como nuestros profesionales sanitarios de referencia. El médico de familia es tan central a la “atención primaria” que en el

NHS (Servicio Nacional de Salud británico), la medicina general (*General Practice*) es casi sinónimo de atención primaria.

Una característica clave de la atención primaria es la *accesibilidad*, es decir, acceso directo ante cualquier problema de salud, fiebre, tos, diarrea, dolor, etc. La mayor parte de las veces, estos problemas de salud frecuentes son episodios leves, puede que agudos, pero limitados, sin consecuencias, pero no siempre son leves, ni poco importantes. En ocasiones, detrás de una tos persistente, de un dolor articular o de una fiebre de origen desconocido puede haber un problema importante. El médico de familia está preparado para distinguir y atender lo leve y lo significativo, así como para atender a los pacientes crónicos, evitando agudizaciones y recaídas.

Es fundamental insistir en la excelente preparación científico-profesional de los médicos de familia. Son especialistas en los problemas frecuentes de salud y en gestionar la incertidumbre que pudiera existir ante la sospecha de una patología grave o importante. Desde 1978, cuando se creó la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España, los médicos de familia tienen una formación, avalada por el sistema MIR de "residencia", con los mismos requisitos y duración que otros médicos especialistas en órganos concretos (corazón, pulmón, etc.).

El médico de familia hoy en día es también muy *resolutivo*, ya que en todas las comunidades autónomas tiene a su disposición casi todos los medios diagnósticos existentes en el hospital (análisis, radiología, etc.), incluso puede pedir directamente pruebas a los especialistas de órganos concretos, como por ejemplo, colonoscopias al servicio de aparato digestivo de su hospital de referencia. Además, cuenta con dos ventajas especialmente valiosas: (i) su enfoque generalista centrado en la persona, que tiene en cuenta todo su historial médico y sus circunstancias personales, partiendo de que es más importante saber "qué paciente tiene una enfermedad que conocer cuál es la enfermedad que tiene un paciente" en frase de William Osler y (ii) la continuidad temporal a lo largo de la vida del paciente en la atención a su lista o cupo de población (*longitudinalidad*), cuyo historial médico y circunstancias conoce por la confianza de la relación médico-paciente y por ser su "médico personal".

La literatura científica afirma que el médico de familia, la atención primaria, puede tratar con calidad y eficiencia un 90 % de los problemas de salud. En ellos se incluyen una serie de problemas de salud graves y agudos como, por ejemplo, reacción anafiláctica, hipoglucemia severa, atragantamientos, etc. En estos casos, que no requieren tecnología sofisticada y donde el tiempo cuenta, la proximidad de un centro de salud es una ventaja comparativa. Igualmente, como hemos visto, el médico de familia puede perfectamente tratar problemas importantes como diabetes, bronquitis crónica, insuficiencia cardíaca, etc. Las ventajas de una buena medicina general (accesible, resolutiva, con continuidad y longitudinalidad) para el paciente individual se traducen también en beneficios muy considerables para el conjunto de la sociedad y para el sistema sanitario. Las publicaciones científicas aportan pruebas rotundas sobre cómo tener un médico de cabecera estable mejora la salud, incrementa la esperanza de vida, disminuye urgencias e ingresos hospitalarios, etc. (Añel-Rodríguez *et al.*, 2022) (Palmer *et al.*, 2018).

■ 7.3. LOS PROBLEMAS GRAVES O IMPORTANTES LOS DEBEN RESOLVER LOS HOSPITALES

Analicemos ahora la segunda frase: “los problemas graves o importantes los deben resolver los hospitales”. Esta afirmación es en general correcta, especialmente para casi todos los problemas graves, especialmente si son agudos y requieren intervención rápida y resolutive con medios solo disponibles en un hospital, como los ictus, infartos, traumatismos graves, etc. Igualmente, corresponde al hospital atender problemas no agudos, pero graves e importantes, como el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Los hospitales generales de problemas agudos son las catedrales de la medicina moderna y la joya científico-tecnológica de los sistemas sanitarios. Sus profesionales, altamente cualificados, disponen de los conocimientos y las tecnologías de diagnóstico y tratamiento más avanzadas para tratar problemas más complejos, graves y agudos de salud. Los hospitales son parte esencial de los sistemas de salud porque solo en ellos se pueden atender casos que requieren equipos técnicos y conocimientos especializados para cirugías, enfermedades complejas o graves como tumores o para problemas agudos y emergencias vitales como accidentes, infartos, ictus, etc.

La atención hospitalaria, por su propia naturaleza, es puntual y limitada en el tiempo, tanto cuando atiende problemas agudos a través de sus servicios de urgencias, como cuando trata episodios de ingreso hospitalario o procesos de diagnóstico y tratamiento ambulatorio. Tras el alta por un episodio agudo por un ingreso hospitalario o una vez hecho el diagnóstico de un caso complejo e indicado el tratamiento, el paciente pasa a ser seguido y atendido por su médico de familia y los demás servicios de la atención primaria.

Además de su actividad clínica propia, el hospital concentra casi todos los medios diagnósticos (laboratorio, rayos X, etc.) de su área, que están abiertos a las peticiones de los médicos de familia, aportando gran resolución a su trabajo en problemas de todo tipo. Con esos resultados, el médico de familia puede indicar un tratamiento o remitir al paciente para cirugía o a algún especialista concreto para afinar el diagnóstico o para tratamiento especializado. Gracias a ello, la atención primaria está capacitada para atender problemas de salud complejos e importantes.

■ 7.4. EN RESUMEN

Podemos reformular la frase que motiva la pregunta de una de esta manera: *La atención primaria está destinada a tratar el 90 % de los problemas frecuentes de salud, la mayoría de ellos leves, pero muchos importantes y crónicos; además, acompaña y coordina la atención a la salud a lo largo de la vida de sus pacientes. Los hospitales deben tratar los problemas graves y agudos y aquellos problemas*

relevantes que no puedan ser atendidos en la atención primaria. Por supuesto, en todo buen sistema sanitario, atención primaria y hospitales han de trabajar coordinadamente en interés del paciente y del conjunto del sistema sanitario. La atención primaria y el hospital se complementan y son mejores cuando trabajan coordinadamente.

■ REFERENCIAS

- AÑEL-RODRÍGUEZ, R. M., y ASTIER-PEÑA, P. (2022). Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam.*,15(2),75-6. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v15n2/1699-695X-albacete-15-02-75.pdf>
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2025). La paradójica fuerza de la atención primaria y el rumbo del Sistema Nacional de Salud. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 19 de marzo, 54-61. <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/8794>
- PALMER, W. ET AL. (2018). Improving access and continuity in general practice. Research Summary. *Nuffield Trust Report* (pp. 21, fig.10). <https://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/default/files/2019-01/continuing-care-summary-final-.pdf>

**“LAS LISTAS DE ESPERA EN SANIDAD SOLO SE
PUEDEN RESOLVER AUMENTANDO LOS RECURSOS
EN MÉDICOS, ENFERMERAS Y OTROS MEDIOS”,
¿ES UN BULO?**

JOSÉ MARÍA ABELLÁN PERPIÑÁN*

* Catedrático de Economía de la Universidad de Murcia, Grupo de Trabajo de Economía de la Salud (GTES) de la Universidad de Murcia.

Es un lugar común en los medios de comunicación, las conversaciones cotidianas de los ciudadanos e, incluso, en las declaraciones de los propios profesionales sanitarios, atribuir el acrecentamiento de las listas de espera en sanidad a “la falta de médicos” o, más generalmente, a “la falta de recursos”, pero ¿es esto cierto?

Para responder cabalmente a este interrogante es preciso, primeramente, comprender la naturaleza del fenómeno de las listas de espera. En una primera aproximación, una lista de espera puede concebirse como una cola de pacientes pendientes de recibir un servicio o prestación sanitaria. El tamaño medio del *stock* de pacientes en espera depende, tal como enuncia la llamada “Ley de Little” (postulada en 1961 por el profesor estadounidense John D. C. Little), del tiempo medio de espera y de la tasa de entrada de pacientes a la lista (número de pacientes por día).

En un sistema sanitario público como el español, donde la cobertura es universal y gratuita en el punto de acceso a los servicios, el mecanismo de racionamiento de la demanda ejercida por los usuarios no es el precio de mercado (inexistente), sino el tiempo de espera. Dicho de otro modo, el coste de no tener que pagar por acceder a los servicios sanitarios —lo que los economistas denominamos, más exactamente, “coste de oportunidad”— es afrontar una mayor demora en ser atendido. De ahí que la variable más relevante para calibrar el problema que pueden representar las listas de espera sea el tiempo y no tanto el tamaño. Reparemos, a propósito de esto, que para que el sistema sanitario funcione eficientemente, es preciso mantener un cierto *stock* de pacientes en espera, a fin de planificar adecuadamente los diagnósticos y tratamientos (como, de hecho, ocurre también en el mercado de trabajo; aun cuando la tasa de paro se redujese mucho, nunca llegaría a ser nula, ya que para cubrir adecuadamente las vacantes es necesario un cierto desempleo “friccional”).

Una vez centrado convenientemente el auténtico problema, veamos de qué depende que el tiempo de espera sea mayor o menor. En este sentido, cabe señalar, tal y como se hace en un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Siciallini *et al.*, 2013), que las listas de espera son un fenómeno dinámico; crecen o menguan conforme lo hacen oferta y demanda. Con seguridad, el determinante más evidente de la oferta asistencial a los ojos de los lectores sea la capacidad o volumen de recursos del sistema público y, cabría añadir, también del privado (que en España absorbe, en forma de conciertos, alrededor del 10 % del gasto sanitario de financiación pública). Sin embargo, de igual

o mayor relevancia, si cabe, es la productividad generada con esos recursos. Así, cuanto mayor sea la productividad del personal sanitario, menor será *a priori* el tiempo medio de espera. Y la productividad depende, entre otras cosas, del sistema de financiación de los hospitales y centros de atención primaria, así como de los mecanismos retributivos del personal sanitario. En el primer caso, no es lo mismo un presupuesto global, de base histórica, carente de incentivos para reducir la lista de espera, que un presupuesto de base capitativa ajustado por riesgo de morbilidad, que estimula una mayor coordinación entre los niveles asistenciales, lo que puede redundar en una mejor gestión de la lista de espera. De igual forma, no es lo mismo que las retribuciones del personal sanitario sean lineales (salario) a que incorporen elementos que incentiven la productividad (pago por desempeño), o que se basen en algún tipo de pago per cápita (función de la población atendida). Como vemos, por tanto, no todo en el lado de la oferta depende exclusivamente de “médicos, enfermeras y otros medios”, ya que su desempeño está mediado por el marco organizativo en el que trabajan y, más ampliamente, por la calidad institucional o buen gobierno con que se gestionen los recursos.

Por su parte, la demanda asistencial depende obviamente del estado de salud de la población cubierta, pero no únicamente. La innovación biomédica influye determinantemente en la presión asistencial, al incrementar el espectro de condiciones clínicas tratables. De hecho, como demuestran muchos estudios, el cambio o progreso tecnológico es el principal propulsor del crecimiento del gasto sanitario, por delante del envejecimiento poblacional (Abellán *et al.*, 2013). Influye, asimismo, en las listas de espera la “generosidad” de los umbrales de gravedad manejados por los profesionales para determinar cuándo está indicado que un paciente acceda a una prueba técnica, una intervención quirúrgica o una consulta con el especialista. Finalmente, la existencia o no de copagos, la cobertura del seguro sanitario y el precio de los tratamientos privados también repercuten en la demanda.

Ahora que ya sabemos cuáles son los factores determinantes —tanto del lado de la oferta como de la demanda— de los tiempos de espera, estamos en condiciones de abordar fundadamente la respuesta a la pregunta inicial: ¿es cierto que las listas de espera en sanidad solo pueden resolverse aumentando los recursos?

Para empezar, hay que distinguir entre necesidades estructurales (esto es, permanentes) de recursos y necesidades coyunturales (es decir, circunstanciales) de recursos. Por ejemplo, hay quienes afirman categóricamente que en España hay un déficit estructural de médicos¹. De ser esto cierto, dicho déficit podría tener una influencia indudable en las listas de espera. Sin embargo, al menos en términos comparados con el promedio de la Unión Europea (UE), el número de médicos estimado en España es superior (4,5 médicos por cada 1.000 habitantes frente al 4,1 en la UE). En todo caso, podríamos hablar de un déficit relativo de enfermeras, puesto que ahí la ratio es claramente inferior a la media de la UE (6,3 enfermeras por 1.000 habitantes vs. 8,5 en la UE). Sin embargo, esa diferencia segura-

¹ Véase el capítulo 9 de esta publicación.

mente se atenuaría de incluir a los auxiliares de enfermería que en otros países europeos realizan tareas semejantes a los enfermeros².

Más preciso sería decir que, de acuerdo con las proyecciones actuales (Barber y González, 2024), hay un reducido déficit global de médicos (3 % en 2023), con una incidencia dispar por especialidades que, además, evolucionará de forma heterogénea hasta 2031, año a partir del cual se prevé que la oferta global de médicos crezca a mayor ritmo que la demanda. De hecho, la evolución prevista hasta 2029 es de un déficit moderado para siete especialidades, siendo la más afectada la especialidad de medicina de familia y comunitaria. Sin embargo, se prevé que el déficit en esta especialidad desaparezca en 2035. Por tanto, habida cuenta de las proyecciones demográficas y la situación de las plantillas por especialidades, habrá necesidad de más médicos en determinadas especialidades a lo largo de los próximos cinco años. Para abordar este problema, seguramente haya que continuar con las medidas que se han empezado a tomar desde hace un tiempo: ampliación del *numerus clausus* en el grado en Medicina, ampliación del número de plazas MIR, flexibilización de la edad de jubilación, promoción de la inmigración de médicos, etc. Pero todas estas medidas han de ser flexibles, de forma que, cuando la tendencia cambie a partir de 2031–2035, puedan relajarse.

Así pues, aun cuando pueda existir un cierto déficit de médicos en algunas especialidades, lo cual puede repercutir negativamente en las listas de espera, no parece existir un déficit estructural a escala global. Por esta razón es preciso planificar la oferta de profesionales teniendo presente la probable evolución de las necesidades a medio plazo y no solo atendiendo a los estrangulamientos que sufren determinadas especialidades en el presente. No obstante, ante el deterioro que experimentan las listas de espera desde incluso antes de la pandemia (por ejemplo, el tiempo medio de espera para primera consulta con el especialista aumentó en 13 días entre 2019 y 2024), son muchos los sistemas regionales de salud que han recurrido en estos últimos años a planes de choque, incrementando temporalmente su capacidad vía ampliación de jornadas, las célebres “peonadas”. Sin embargo, atendiendo a la evidencia internacional, no parece que esta sea una buena forma de encarar la reducción de las listas de espera. El estudio mencionado de la OCDE concluye inequívocamente que estas medidas no son capaces de lograr reducciones sostenidas en el tiempo de las listas (Siciliani *et al.*, 2013), generando además incentivos perversos para que la actividad se concentre en el horario mejor retribuido (apertura de quirófanos por la tarde).

Apuntemos como último dato acerca de la compleja relación que existe entre recursos humanos y listas de espera, el resultado de hacer un simple ejercicio de correlación entre el tiempo medio de espera en las listas de espera de cirugía no urgente y primera consulta con especialista y la dotación de personal sanitario (por cada 1.000 habitantes) en atención primaria y especializada entre 2013 y 2023, para el conjunto nacional. Sin duda, los lectores esperarían que en todos los casos esa

² Véase el capítulo 10 de esta publicación.

correlación fuese negativa y significativa. Es decir, que los incrementos en las plantillas siempre se tradujeran en una reducción en los tiempos medios de espera en las listas. Sin embargo, la correlación esperada solo se verifica para el tiempo medio de espera para cirugía no urgente y dos perfiles profesionales concretos: médicos de atención primaria y personal de enfermería especializada. En el caso del tiempo medio de espera para primera consulta especializada, se observa, por el contrario, una estrecha correlación positiva con todas las categorías de personal sanitario. Estos resultados sugieren que el aumento de la dotación de profesionales sanitarios durante el periodo analizado no se ha asociado a una reducción de las demoras asistenciales, sino, en todo caso, al contrario.

El corolario de nuestro análisis es que, si se quiere atajar realmente el problema de accesibilidad que representan los tiempos de demora dilatados, su solución no puede fiarse en exclusiva a la ampliación de los recursos humanos y materiales disponibles. Ese abordaje, de hecho, puede ser completamente ineficaz (o incluso contraproducente) de no ir acompañado de reformas organizativas y de gestión que cambien las formas de hacer. Así, siguiendo nuevamente a Siciliani *et al.* (2013), la evidencia comparada internacional sugiere que las estrategias más efectivas para reducir los tiempos de espera son aquellas que ligan el cumplimiento/incumplimiento de los tiempos máximos de espera garantizados por ley a la recepción por parte de los centros y profesionales de incentivos (premios o sanciones, según corresponda) y, por otro lado, aquellas que aumentan la diversidad de proveedores, fomentando la competencia entre ellos mediante financiación basada en actividad y la ampliación de la capacidad de elección de los usuarios. Otras medidas que también pueden contribuir, aunque en menor medida, a la reducción de los tiempos de espera, son las mejoras en la gestión de las listas, mediante depuraciones administrativas periódicas y el establecimiento de pautas explícitas de ordenación de los pacientes en las listas (Sánchez *et al.*, 2025).

En resumen, si bien allí donde haya un déficit auténticamente estructural de recursos, sin duda habrá un problema de listas de espera, este no va a desaparecer, en cualquier caso, incrementando meramente la dotación de recursos. Hay, como hemos visto, otros factores, varios de ellos relacionados con el buen gobierno sanitario, que son tanto o más determinantes para explicar la dinámica de las listas de espera.

■ REFERENCIAS

- ABELLÁN, J. M., SÁNCHEZ, F. I., MÉNDEZ, I., y MARTÍNEZ, J. E. (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: sostenibilidad y reformas*. Bilbao: Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2013_IVIE_sistema_sanitario.pdf
- BARBER, P., GONZÁLEZ, B. (2024). *Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035*. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Ministerio de Sanidad.

https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, F. I., ABELLÁN-PERPIÑÁN, J. M., y MARTÍNEZ-PÉREZ, J. E. (2025). Sistema lineal de puntos para priorizar la lista de espera de un servicio de cirugía general. *Gaceta Sanitaria*, Volume 39, Supplement 1, 2025, 102483 <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102483>

SICILIANI, L., BOROWITZ, M., y MORAN, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2013/02/waiting-time-policies-in-the-health-sector_g1g1ed26/9789264179080-en.pdf

“EN ESPAÑA FALTAN MÉDICOS”, ¿ES UN BULO? ¿PERCEPCIÓN O REALIDAD?

PATRICIA BARBER*

* Profesora titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Investigadora en el grupo de Economía de la Salud y Políticas Públicas.

Con relativa frecuencia, los titulares de prensa se hacen eco de noticias relacionadas con la falta de médicos en España: “En 2025 el sistema sanitario español necesitará unos 25.000 médicos”, “El Ministerio de Sanidad estima que faltan unos 6.000 médicos en España”, “España tendrá un déficit creciente hasta 2027, llegando ese año a los 9.000 médicos”. Esta narrativa genera alarma en una sociedad que, paralelamente, sufre demoras cada vez mayores para recibir atención sanitaria: en promedio, seis días para una cita en atención primaria, incluso telefónica, y tiempos de espera para pruebas diagnósticas, intervenciones o rehabilitación muy superiores a los números oficiales (con sistemas de contabilización que maquillan los tiempos de espera reales).

■ 9.1. EL CONCEPTO: ¿QUÉ ES LA FALTA DE MÉDICOS?

Hay tres formas de definir la falta de médicos: (i) Enfoque de mercado: el mercado pone en evidencia que hay desajuste; la demanda de médicos es superior a la oferta y se manifiesta en que no se cubren todas las plazas vacantes y no se encuentran médicos dispuestos a trabajar en determinados puestos, (ii) Enfoque de necesidad: si hubiera más médicos, podrían salvarse más vidas, ganar calidad de vida, mejorar la salud de la población. Este enfoque está fuertemente condicionado por la tecnología, la organización de la sanidad y la distribución de roles entre profesiones; (iii) Enfoque inercial: faltan médicos si las entradas de médicos jóvenes no son suficientes para cubrir los puestos que dejan quienes se retiran.

■ 9.2. ¿ESTAMOS ANTE UN DÉFICIT OBJETIVO DE MÉDICOS O ANTE UN BULO AMPLIFICADO POR LA PERCEPCIÓN PÚBLICA Y ALIMENTADO POR INTERESES?

La falta de un registro de médicos impide contar con un instrumento imprescindible para responder objetivamente a esta cuestión. El Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) se creó en 2012 (Ley 33/2011), pero hoy en día no está plenamente implementado ni operativo para la planificación y toma de decisiones. Su historia ilustra un fracaso más en las acciones conjuntas en el sector sanitario, consecuencia de la falta de colaboración e interés real de los gobiernos autonómicos. Bélgica (Service Public Federal Belgique, 2025) o Reino Unido (NHS England. NHS Digital, 2025) son ejemplos que imitar de registros públicos de todos sus profesionales sanitarios.

Lo cierto es que pocas referencias avalan un déficit absoluto de médicos en España. Por el contrario, existe un consenso generalizado de que faltan, aunque este déficit es selectivo: afecta principalmente a determinadas zonas y a ciertas especialidades. Incluso aunque globalmente se estuviera en equilibrio, la demanda de médicos es muy heterogénea por especialidades, responde a características epidemiológicas, a la estructura demográfica o a los propios determinantes de la oferta.

Uno de los principales argumentos de quienes defienden que en España no faltan médicos es que, comparándonos con los países del entorno, la ratio de médicos por población está en el rango medio-alto. Según cifras de Eurostat, nuestro país está en el grupo de cabeza en número de galenos por habitante, con 448 médicos por 100.000 habitantes en 2022, solamente por detrás de Grecia, Portugal, Austria, Chipre y Alemania. Según el INE, en 2024, son 250.754 los médicos colegiados activos en el país. Esto implica una ratio de 510 por cada 100.000 habitantes, desde los 626 en la Comunidad de Madrid a los 401 en Castilla-La Mancha (los médicos que desarrollan su actividad profesional en más de una comunidad autónoma deben colegiarse en aquella en la que trabajan mayor número de horas).

Aun asumiendo que tenga sentido “sumar peras con manzanas” (puede que nos falten anestesistas, pero que nos sobren cirujanos vasculares), esta paradoja de salir airosos en las comparaciones internacionales junto a la percepción interna de la existencia de déficit puede matizarse ahondando en el origen de los datos. Ambas fuentes, INE y Eurostat, se alimentan de registros de médicos colegiados, que aportan cifras muy por encima de las “reales” de médicos asistenciales. En primer lugar, incluyen a los médicos en formación MIR (en 2024 unos 34.000). También contabilizan médicos que no ejercen, que se dedican a otras actividades o están en gestión o investigación (entre un 5 % y el 8 %). Asimismo, se computan médicos sin especialidad, que en principio no podrían ejercer en el sistema público, “aunque contratar a profesionales sin especialidad se ha convertido en una práctica extendida entre muchas CCAA...” (Padilla, 2024).

En cualquier caso, el mercado laboral médico es muy sensible a diversos factores capaces de desencadenar desequilibrios. Hay un mercado para cada tipo de profesional correspondiente a cada una de las 47 especialidades reconocidas en España, mercados estrechos y rígidos, que dificultan el logro de equilibrios a corto plazo. Esto recuerda otro plan fracasado, el *modelo troncal* de especialización, similar al que impera en otros países de la Unión Europea, en búsqueda de flexibilidad y capacidad de adaptación de los perfiles profesionales.

■ 9.3. ¿SOBRAN MÉDICOS RECIÉN GRADUADOS?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala como orientación (dirigida sobre todo a los países menos desarrollados) que la tasa de estudiantes de medicina debe ser de 1 por cada 10.000 habitantes, cifra que habría que adaptar a fac-

tores como la distribución geográfica o las necesidades de cada región. Sin dichas correcciones, la ratio mencionada en España equivaldría a 4.880 nuevos estudiantes de grado anuales. En el curso 2024-2025 iniciaron su grado 8.749 jóvenes en España, casi el doble. El Gobierno estatal inició en 2023, como medida correctora para enfrentar el déficit de médicos, un plan financiado de incremento de plazas en las universidades públicas. En 2023, fueron 706 plazas; en 2024, 1.548 plazas; y en 2025, 922 plazas de primer curso. En cuanto al número de facultades, la tasa que recomienda la OMS es de 0,5 por millón de habitantes. En España, si se cumpliera esa ratio, nos situaríamos en torno a 24 facultades. En el curso 2024-2025, las realmente existentes ascendieron, sin embargo, a 55.

La universidad privada y su expansión tienen mucho que ver con este incremento de facultades y plazas de medicina. En el curso 2007-2008, el 7 % de las facultades y el 5,5 % de las plazas de grado de medicina pertenecían al sector privado. En el curso 2024-2025 gobiernan ya el 31 % de los centros y casi el 25 % de las plazas. En un contexto en el que la formación en medicina está entre los grados universitarios más demandados, en 2024 las universidades públicas recibieron más de 70.000 preinscripciones, una media de 10,7 peticiones por plaza disponible. Así, el acceso a la carrera de medicina se va convirtiendo en un privilegio para aquellos con mayores recursos económicos que pueden acceder a la universidad privada, que en esta amplia demanda solvente ha encontrado una mina para su expansión.

9.4. ¿ES EL MIR EL CUELLO DE BOTELLA?

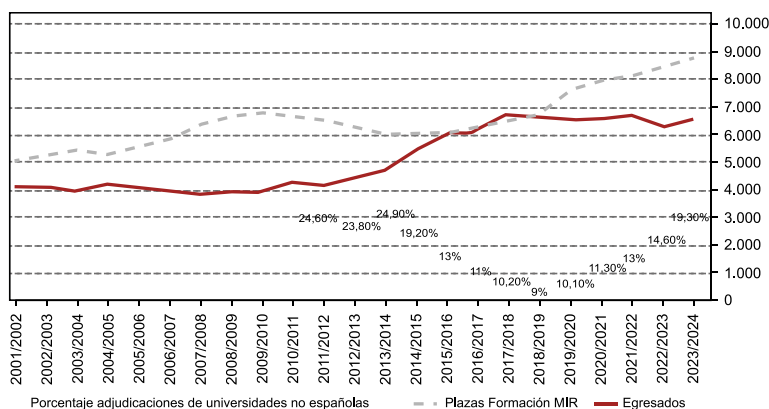
La falta de plazas MIR suficientes para la formación especializada de los nuevos graduados puede originar tensiones, generando una bolsa de graduados sin acceso a la especialización que conviviría con una demanda de especialistas no cubierta. Por tanto, la oferta MIR es un elemento clave en la planificación del mercado laboral médico, al que a veces se acusa de ser un cuello de botella. Incluso en una oferta MIR de mínimos (1:1 de plazas MIR por nuevos graduados), la ecuación debe incluir a los médicos extranjeros que se presentan y obtienen una plaza de formación MIR en España y cuya evolución a lo largo del tiempo ha respondido casi como un resorte a las señales del mercado. Cuando la ratio entre plazas MIR y egresados de medicina es holgada, superando las primeras a los segundos, como ocurrió entre 2000 y 2013, los adjudicatarios procedentes de facultades no españolas llegaron a ser uno de cada cuatro. Pero entre 2014 y 2018, cuando la situación cambió y la ratio fue prácticamente inferior a la unidad, los llegados del exterior descendieron hasta el 10 %. De nuevo, a partir del curso 2018-2019 se revierte la tendencia; cada vez es mayor la holgura de plazas de formación respecto a los egresados y entran más graduados extranjeros (figura 1). Por tanto, dada la historia de la oferta de plazas y su relación con los nuevos graduados, no estaría justificado calificar al MIR de cuello de botella. Y más si tenemos en cuenta que en algunas convocatorias recientes han quedado plazas sin cubrir. En 2023 ascendieron a 131

las plazas vacantes y en 2024 fueron 246, en ambos casos tras un proceso *in extremis* de repesca de adjudicatarios¹.

En la última adjudicación en 2025 se incrementó la oferta MIR en un 2,6 %, hasta alcanzar 9.007 plazas. No quedaron plazas vacantes, pero ha sido a costa de eliminar la nota mínima del examen. Hasta el año anterior, la nota de corte mínima se fijaba en el 35 % del promedio de la nota de los diez primeros exámenes. Aunque no es directamente comparable, más de 500 electores de una plaza este año obtuvieron una nota inferior a la exigida el año anterior.

Figura 1

PLAZAS DE FORMACIÓN MIR, EGRESADOS DE FACULTADES DE MEDICINA Y PORCENTAJE DE GRADUADOS EXTRANJEROS, ESPAÑA (2001-2024)



Fuente: Barber y González López-Valcárcel (2024).

9.5. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (MFYC): ¿TOCATA Y FUGA?

Cuando se habla de un déficit selectivo de médicos, que afecta a algunas especialidades y a algunas zonas, MFYC está siempre en la lista. El último informe del Ministerio de Sanidad sobre necesidad de médicos especialistas en España estimaba un déficit de unos 5.000 médicos de familia en 2023, que seguirá aumentando a medio plazo, aunque se prevé que mejore a partir de 2030, como resultado del proceso de rejuvenecimiento de la especialidad por el relevo generacional.

En 2024 se ha batido un récord histórico con 9.007 plazas MIR, de las cuales 2.508 eran de MFYC. Algunos sectores celebran los mejores resultados obtenidos

¹ Se realizó un segundo llamamiento extraordinario mediante la ampliación del cupo de extranjeros extracomunitarios y permitiendo una nueva elección a los aspirantes que decidieron no elegir en su llamamiento por el turno ordinario.

por esta especialidad en la última convocatoria: “Todas las vacantes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria han sido asignadas en 2025. Es un dato bastante significativo, ya que desde la época de la pandemia de la COVID-19 no conseguían adjudicar todas las plazas”. Lo que no dicen es que, con seguridad, esto se debe directamente a la eliminación de la nota mínima. O, como otros: “El goteo de adjudicación fue lento hasta el ‘sprint’ final del proceso cuando Medicina de Familia cogió carrerilla”. Este año, en la última jornada de asignación de plazas, solo el 66 % de MFyC había sido cubierto, mientras que, en 2023, en esa misma última jornada, se había cubierto el 78 % del total de su oferta.

A esto se añade un proceso de fuga en múltiples direcciones. Aunque no hay cifras oficiales, algunas fuentes apuntan a un número importante de médicos que renuncian a su plaza de formación antes de incorporarse, la mayoría de MFyC. En torno a un 3 % de quienes inician la formación cada año la abandonan durante el proceso (un porcentaje no demasiado alto y que ha mejorado en los últimos años). Y, ya terminada la especialización, muchos no ejercen en atención primaria y derivan su actividad al sector privado, a la atención hospitalaria, a la gestión, a la investigación, a urgencias y emergencias y al ejercicio en el extranjero, entre otras salidas. No es un problema exclusivo de España. Muchos países han tomado medidas. Atraer un número suficiente de graduados para cubrir las plazas de formación en esta especialidad y fidelizarlos sigue siendo un desafío. Algunas acciones adoptadas en nuestro país van en esta dirección: la jubilación activa en atención primaria, la definición de plazas de difícil cobertura o la oferta de incentivos (económicos y no económicos) para atraer y retener profesionales en esas plazas.

■ 9.6. SALDO MIGRATORIO. ¿ES CIERTO QUE VIENEN? ¿ES CIERTO QUE SE VAN?

Aunque en otro capítulo de este volumen se aborda en profundidad la realidad de la migración de médicos en España, como elemento que afecta directamente a la oferta laboral y a su posible déficit, aportamos un par de datos para la reflexión. Frente a los titulares sensacionalistas, como “fuga de médicos” o “médicos que huyen de España”, las cifras sitúan la emigración como un fenómeno bastante residual. En 2024, la Organización Médica Colegial tramitó un total de 5.995 certificados (imprescindibles para poder ejercer en el extranjero) solicitados por un total de 3.582 profesionales. Pero de ellos, solamente 395 (un 11 %) causaron baja realmente en la profesión médica de nuestro país.

Por otro lado, en 2024 se emitieron un total de 9.604 certificados de homologación de títulos de grado en medicina (no de médicos especialistas) procedentes de países extracomunitarios. ¿Se incorporaron un 25 % más de profesionales extranjeros al sistema de salud que médicos formados en España? Si el destino de la gran cantidad de títulos anuales homologados fuera ejercer en nuestro país, podríamos estar hablando, incluso, de inmigración descontrolada. Es imprescindible que se

articulen mecanismos de trazabilidad para conocer el destino laboral de estos títulos. Este vacío informativo limita la eficacia de las decisiones que se toman en el marco de las políticas de planificación de médicos.

■ 9.7. MÁS NO SIEMPRE ES LA SOLUCIÓN

La narrativa del déficit de médicos se confunde con frecuencia con las deficiencias en la organización y la gestión de los recursos humanos. Las consecuencias de la falta de planificación de las plantillas, de la rigidez de los modelos de contratación, de la escasa autonomía de los centros, etc., se atribuyen erróneamente a una falta de médicos. Aumentar el número de profesionales sin abordar las deficiencias estructurales existentes, con herramientas innovadoras de gestión, cambios organizativos modernos, con la digitalización imprescindible o los incentivos necesarios y, además, seguir sin implementar mecanismos efectivos para evaluar la productividad, seguirá sin proporcionar resultados satisfactorios.

■ 9.8. CONCLUSIÓN

Saber si faltan médicos o no pasa por saber cuántos son y dónde están. La narrativa de déficit sin contexto, sin evidencia y sin análisis se convierte en un bulo alimentado tanto por quienes defienden su existencia como por quienes apoyan la posición contraria. Aunque siempre surgen voces que tratan de resolver el problema de la falta de médicos con más médicos, hay que razonar que no es únicamente un problema de números. Más allá de las cifras, es necesario alinear de forma planificada los elementos mutuamente interdependientes que afectan a la oferta, tales como las decisiones sobre *numerus clausus*, plazas MIR o la política migratoria. Además, hay que imprimir agilidad a la organización y gestión sanitaria para generar mecanismos eficaces con los que atraer y fidelizar médicos a los puestos de trabajo menos deseados o con mayores dificultades de cobertura.

■ REFERENCIAS

- BARBER, P., y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2024). Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionalesSanitarias/profesionales/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf
- NHS ENGLAND. NHS DIGITAL. (2025). NHS Workforce Statistics – December 2024 (Including selected preliminary statistics for January 2025). March. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics>

- PADILLA, J. SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD, DECLARACIONES A J. PORRAS. (2024). Sanidad y las CCAA trabajan en un plan para obligar a hacer el MIR a médicos fichados sin especialidad. *Gaceta Médica*, 15 noviembre. <https://gacetamedica.com/profesion/sanidad-ccaa-planean-obligar-mir-medicos-sin-especialidad-contratados/>
- SERVICE PUBLIC FEDERAL BELGIQUE. (2025). Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement HWF STATAN 2024 (statistiques détaillées)- <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/hwf-statan-2024-statistiques-detaillees>
- VAQUERO REINA, C. y ALBERCA LAMAS, J. (2025). La evolución en la elección de Medicina de Familia por los MIR: casi el doble de plazas que en 2004. *Gaceta Médica*, 2 junio. <https://gacetamedica.com/profesion/la-evolucion-en-la-eleccion-de-medicina-de-familia-por-los-mir-casi>



10

“EN ESPAÑA FALTAN 100.000 ENFERMERAS”, ¿ES UN BULO?

MERCEDES ALFARO LATORRE*

* Licenciada en Medicina y Cirugía, especialista en sistemas de información sanitaria.

Un reciente informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) alerta sobre la crisis que afronta el personal sanitario europeo, tanto en perfiles médicos como de enfermería (OCDE, 2024). Veinte países de la Unión Europea (UE) informaron de una escasez de médicos en 2022 y 2023, mientras que quince países comunicaron un déficit de enfermeras en su ámbito. Otro informe también actual del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2025) describe la situación de la enfermería en España y corrobora la existencia de dicho déficit en nuestro entorno.

Es bien conocido que los cambios que se vienen produciendo desde hace algunas décadas en el patrón epidemiológico, junto con los avances científicos y tecnológicos, sitúan a los servicios sanitarios frente al reto de una sociedad que vive más años, con más carga de morbilidad y mayor demanda de asistencia, de actividades preventivas y de respuesta precoz. Es el precio de poder evitar o superar enfermedades anteriormente de curso infausto, que pasan a controlarse y, frecuentemente, a cronificarse por muchos años. La demanda se ve igualmente acelerada por el aumento de las expectativas personales y sociales sobre la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios ante las necesidades sentidas.

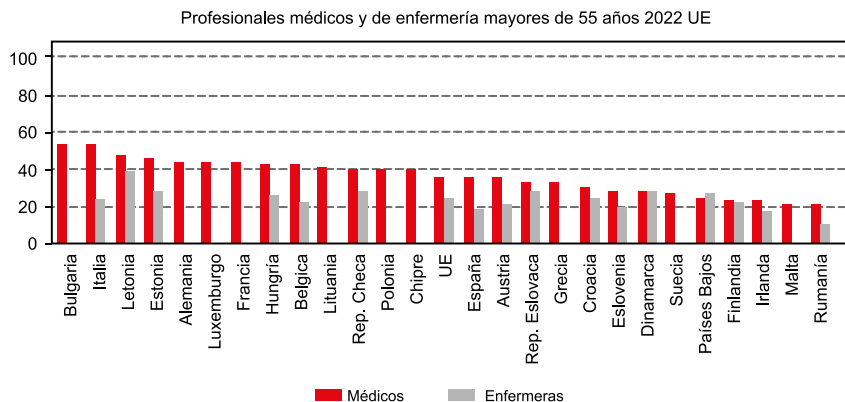
Todo lo anterior conlleva ineludiblemente un mayor gasto sanitario, tanto por la intensidad de la demanda como por los mayores costes de una gran parte de los procedimientos y tratamientos emergentes. La sostenibilidad económica de una sanidad de carácter universal como es —con sus peculiaridades— la de los países de la UE exige, en este marco, una adecuación continua de las políticas públicas y de las estrategias de provisión de los servicios sanitarios que pasa, necesariamente, por una planificación equilibrada de los recursos humanos, materiales, estructurales y tecnológicos.

Algo menos conocido es el grado de envejecimiento del propio personal sanitario: más de un tercio de los médicos y una cuarta parte de las enfermeras de la UE tienen más de 55 años y deberán ser relevados próximamente a medida que se jubilen, como se ve en la figura 1.

Pero la OCDE también advierte sobre la disminución del interés de los jóvenes por las carreras sanitarias (OCDE, 2025) y, concretamente, del interés por la enfermería, que ha caído en más de la mitad de los países de la UE entre 2018 y 2022, tras percibirse, desde 2012, una lenta tasa de crecimiento medio (0,5 % anual) del número de nuevos egresados. Hay que señalar, no obstante, que España no es uno de los países en los que el envejecimiento es mayor y sí es uno donde se man-

Figura 1

ENVEJECIMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS



Fuentes: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_rs_phys).

tiene más el interés por las profesiones sanitarias, ya empatado con las carreras de tecnología digital que, en la mitad de los Estados miembros, se sitúan claramente como las más demandadas.

De acuerdo con los datos proporcionados por los países de la UE a los organismos internacionales, existe bastante variabilidad en la dotación de enfermeras: según datos de Eurostat de 2022, Finlandia (14 profesionales/1.000h) o Irlanda (13) se sitúan a la cabeza; Bélgica, Luxemburgo, Holanda y Alemania (alrededor de 12) y Dinamarca, Austria y Suecia (en torno a 11) se encuentran en posiciones medias, mientras que las tasas son menores en Francia (8,8), Portugal (7,5) Italia (6,5), España (6,2), Polonia (5,7), Hungría (5,5) o Grecia (3,9). La media de los Estados miembros se sitúa en 8,4 enfermeras/1.000 habitantes. Basándose simplemente en estas cifras, se puede calcular que, en España, para llegar a la media de la UE, faltarían actualmente unos 100.000 profesionales de enfermería.

Sin embargo, es necesario reconocer los límites de esta afirmación que, a menudo, se maneja con rotundidad. El número de profesionales de enfermería puede variar en cada país en función de la categorización de los propios profesionales dentro de su marco académico, lo cual no es ajeno al modelo que adopta cada sistema sanitario para el desempeño de sus funciones. Estas diferencias, junto con una división de tareas no homogénea entre perfiles profesionales y sistemas, pueden dar lugar a discrepancias en la contabilización de los efectivos de cada país, además de suponer obstáculos para la movilidad laboral internacional de los enfermeros titulados.

El debate de la comparabilidad de las cifras oficiales de profesionales se plantea siempre que se necesita trabajar con información normalizada sobre situaciones que no lo son. En el ámbito de la UE se ha avanzado sensiblemente en la homo-

logación de profesionales sanitarios, de cara fundamentalmente a su movilidad laboral, lo que igualmente redundaría en un mejor conocimiento y dimensionamiento estadístico de los diferentes colectivos. Pero, todavía hoy, los datos se presentan acompañados de un repertorio de asteriscos, notas al pie de página, advertencias de roturas de serie y documentos de metadatos de sorprendente extensión, que tratan de contextualizar el dato que proporciona cada país y de advertir que las comparaciones deben hacerse con cautela. Cuando se deben dar tantas explicaciones, es que la cosa no debe ser fácil. Y es que, efectivamente, tiene su dificultad definir qué profesional puede contabilizarse como *enfermera* a efectos de la recopilación de datos internacionales comparables.

El *Joint Questionnaire (JQ)*, es el instrumento conjunto de la OCDE, Eurostat y la OMS-Europa que anualmente complimentan los Estados miembros, aportando los datos con los que construir los indicadores que luego se publican. El JQ recaba datos sobre dos grandes categorías de enfermeras: “enfermeras profesionales” y “enfermeras profesionales asociadas”, siguiendo la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08 o ISCO-08, por sus siglas en inglés).

La categoría de “enfermeras profesionales” (código 2221-CIUO-08) se delimita para aquellas que tienen un nivel de cualificación acorde con la Directiva 2013/55/UE sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales de las enfermeras, que precisan un mínimo de tres años de educación postsecundaria para las enfermeras generales. La Directiva no armoniza la duración de los programas de posgrado o especialización enfermera, siendo cada Estado miembro quien determina la formación oficial en sus propias regulaciones nacionales. Por ejemplo, en España, la duración de la formación de grado es actualmente de cuatro años para las enfermeras profesionales generales y el posgrado supone habitualmente dos años de formación (EIR). En otros países esa formación generalista equivalente es de 3 o 3,5 años y los posgrados son variables.

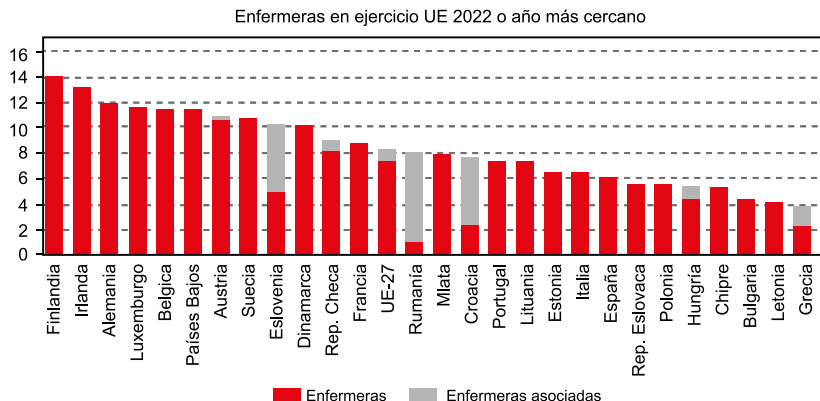
A su vez, la categoría de “enfermeras profesionales asociadas” incluye todas las demás tipologías de enfermeras reconocidas como tales *en cada país*. La figura de la enfermera asociada se refiere a profesionales con formación intermedia, no universitaria, que realizan cuidados básicos, administración de medicamentos bajo supervisión y apoyo en procedimientos clínicos. Actualmente, solo siete países de la UE aportan datos específicos sobre este colectivo; algunos países no lo contemplan y otros no informan porque no pueden establecer una distinción clara entre estas dos amplias categorías y solo comunican el total de enfermeras. En España no existe esta figura (código 3221 CIUO-08), que trabaja con mayor autonomía que un auxiliar y que recuerda en parte a la figura de los antiguos practicantes (OIT, 2024).

La figura 2 muestra las tasas de enfermeras por 1.000 habitantes así resultantes con los datos reportados por cada país en el cuestionario conjunto.

La UE cuenta, de este modo, con una media de 7,5 enfermeras profesionales y casi una enfermera asociada por cada 1.000 habitantes, componiendo el total de

Figura 2

ENFERMERAS PROFESIONALES Y ENFERMERAS ASOCIADAS EN LA UE



Fuentes: OECD Health Statistics 2024; Eurostat (hlth_rs_prs2).

la conocida tasa de 8,4 enfermeras por cada 1.000 habitantes. Si mantenemos el cálculo fácil, ¿debería hacerse sobre la tasa de 7,5/1.000 habitantes y no sobre 8,4? Y aun así, ¿debería tenerse en cuenta que, dado que algunos países no pueden distinguir en sus datos una separación neta de estos perfiles profesionales, es posible que el peso del personal de enfermería *comparable* con el de España sea, incluso, menor? Además, otra aclaración realmente relevante sobre este indicador: la tasa media calculada para la UE no está ponderada, como la propia OCDE advierte, por lo que países pequeños con tasas altas de enfermeras pueden estar elevando artificialmente este valor de referencia.

Otro aspecto para tener en cuenta en una evaluación comparativa de la dotación de enfermeras es el papel y el apoyo prestado por otros perfiles profesionales, concretamente en el caso de España por el personal auxiliar de enfermería (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería-TCAE). La propia OCDE señala continuamente que, en algunos países que tienen un número de enfermeras profesionales por debajo de la media, como Italia, Francia y España, un gran número de auxiliares de enfermería titulados prestan apoyo a las enfermeras y cuidados a los pacientes (en torno a 12 auxiliares/1.000 habitantes en los tres casos). Si bien en las tablas de datos la figura del auxiliar está presente en muchos países, hay que señalar que existe también una considerable variabilidad a la hora de especificar los perfiles y cometidos que componen los datos que cada uno remite. La categoría que se contabiliza incluye auxiliares de enfermería en instituciones (CIUO-08 5321), que brindan cuidados personales y apoyo en actividades diarias, bajo supervisión, en hospitales y clínicas, e incluye roles como auxiliar psiquiátrico y asistentes de atención al paciente; y cuidadores personales a domicilio (ISCO-08 5322), que ofrecen cuidados rutinarios a personas con necesidades por envejecimiento o enfermedad en hogares particulares, incluyendo asistentes de cuidados a domicilio y provee-

dores de cuidados personales. Los datos de España se refieren solamente a las primeras.

Por último, la naturaleza de las fuentes de los datos también influye en la estimación o en el recuento de los datos: registros de profesionales sanitarios (de las administraciones o de los colegios profesionales), registros generales de empleo, operaciones estadísticas sectoriales o encuestas poblacionales (en España, la *Encuesta de Población Activa*) forman parte del abanico de orígenes del dato primario.

Cada país busca continuamente mejorar la bondad y fiabilidad de sus datos y su adaptación a las definiciones internacionales, lo que repercute, sin duda, en la mejora de las bases de datos y comparabilidad estadística de Eurostat, Organización Mundial de la Salud (OMS) y OCDE. Posiblemente, la homologación formativa y el desarrollo generalizado de registros de profesionales sanitarios van a proporcionar una información cada vez más fiable y comparable que ayude a caracterizar mejor a los profesionales laboral, demográfica y geográficamente. En España, el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) del Ministerio de Sanidad va a constituir, a muy corto plazo, una fuente de datos de gran calidad.

Como conclusión, si bien los indicadores internacionales de recursos de enfermería proporcionan una orientación sobre la situación del sector en los diferentes países, no deben tomarse como el único elemento de referencia para el cálculo de las necesidades de efectivos, sino acompañarse de otros datos y metadatos que los contextualicen y les den un mayor sentido y explicación. La necesidad de contar con más profesionales de enfermería en nuestro entorno está identificada, pero afirmar que en España se necesiten 100.000 enfermeras más carece, en mi opinión, del necesario sustento empírico.

■ REFERENCIAS

MINISTERIO DE SANIDAD. (2025). *Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España*, 2024. 13 de enero. <https://www.sanidad.gob.es/areas/cuidadosEnSalud/investigacionDatos/informe.htm>

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). (2024). *Health at a Glance: Europe* 2024. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO (OCDE). (2025). *The State of Global Teenage Career Preparation*. https://www.oecd.org/en/publications/the-state-of-global-teenage-career-preparation_d5f8e3f2-en.html

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). (2004). Clasificación internacional uniforme de ocupaciones (CIUO). Bureau of Statistics, work unit of the Policy Integration Department. <https://webapps.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/isco/isco88/3221.htm>

“MUCHOS MÉDICOS ESPAÑOLES SE VAN A TRABAJAR AL EXTRANJERO”, ¿ES UN BULO?

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL*

* Catedrática emérita de Economía de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Grupo de Economía de la Salud y Políticas Públicas.

Por escrito y en tertulias de radio y TV, en ambientes estudiantiles y académicos, se repite como un mantra el problema de la huida de los médicos españoles al extranjero por causa del maltrato que sufren en España. Como reivindicación de mejoras en las condiciones laborales y retributivas podría ser una buena estrategia. Pero es falso.

Todo movimiento migratorio responde a dos fuerzas, una que empuja fuera del país (*push*) y otra que atrae al país de destino (*pull*). Lo que afirma el bulo es que los médicos españoles sufren una fuerza expulsora muy potente que resulta en emigraciones masivas.

■ 11.1. LOS DATOS DICEN QUE ES UN BULO

Para poder colegiarse en el extranjero como médico, pero también para una estancia corta como cooperante, o en formación, para solicitar la acreditación del título español y para realizar tareas de telemedicina, hace falta conseguir un certificado de idoneidad profesional o *Good Standing Certificate*. Se solicita por Internet¹ al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, tiene validez de tres meses y solo sirve para el país que figura en el impreso. Por tanto, es condición necesaria pero no suficiente para trabajar en el extranjero como médico.

El bulo nace de contar el número de certificados de idoneidad emitidos como si fueran salidas efectivas de España para trabajar. El número de certificados emitidos es ingente: en 2024, 5.995 certificados, correspondientes a 3.582 médicos. De ellos, solo el 11 % (395) se dieron de baja en el colegio de médicos. Esta cifra (395) es la mejor aproximación a la cifra real de médicos que se van al extranjero. Así pues, el “enorme” número de médicos que emigra fuera de España, según reza el bulo, representa apenas el 0,2 % de los médicos colegiados no jubilados en España en 2024 (INE, 2025), el 6 % del número de nuevos egresados en España y en torno al 4,6 % del número de médicos que accedieron a una plaza MIR en 2024. Por tanto, existe cierto movimiento de médicos españoles que salen al extranjero a trabajar, pero no parece un fenómeno masivo.

¹ https://www.icomem.es/documentos/solicitud_certificado_idoneidad.pdf

■ 11.2. ESPAÑA ES UN GRAN IMPORTADOR DE MÉDICOS

Por el contrario, España destaca por ser país importador neto de médicos. Nuestra fuerza atractiva (el *pull*) hacia Latinoamérica es muy potente. Así, de los nuevos colegiados en el Colegio de Médicos de Barcelona en 2023, el 53 % se había formado en una universidad extranjera (Collegi de Metges de Barcelona, 2023a) y en diciembre de 2024, el 27,6 % habían nacido fuera de España, sobre todo en América Latina (Collegi de Metges de Barcelona, 2023b). Muchos años, el número de títulos básicos (de grado) de medicina que se homologan en España es mayor que el de egresados en el país. En 2023 se homologaron en España unos 9.000 títulos extracomunitarios (Urrutia, 2024), 1,4 por cada egresado en la universidad española. Claro que no todos los que homologan el título vienen a España, de la misma forma que no todos los médicos que piden el certificado de idoneidad se van. Además, muchos de los que vienen saltan desde aquí a otros países de Europa. Esto significa que una parte de los 395 médicos descolegiados en 2024 para trabajar fuera podrían ser médicos extracomunitarios que parten de España hacia Europa. En noviembre de 2023 había en España 15.153 médicos extranjeros afiliados a la Seguridad Social, de los que aproximadamente dos tercios eran extracomunitarios.

La inmigración de médicos no especialistas es un fenómeno procíclico; aumenta con el PIB, con el gasto sanitario público y con el número de plazas MIR convocadas (Barber y González López-Valcárcel, 2024). Así, en la convocatoria MIR 2023-2024, el 18,0 % de los adjudicatarios de plaza MIR son de nacionalidad extranjera (1.538), y el 22,6 % estudiaron el grado en una universidad extranjera (1.923). Esta última cifra incluye un número indeterminado de jóvenes médicos, sobre todo de América Latina, con antecedentes familiares españoles que se nacionalizan y vienen a especializarse vía MIR y/o a ejercer.

■ 11.3. LA OTRA EMIGRACIÓN: ESPAÑOLES QUE SE FORMAN COMO MÉDICOS EN EL EXTRANJERO

Por otra parte, algunos jóvenes españoles salen a estudiar el grado en una universidad extranjera. En la convocatoria MIR 2023-2024, hubo 500 adjudicatarios de nacionalidad española que habían estudiado fuera, 59 de ellos en una universidad de la Unión Europea (UE). Este fenómeno de emigración de premédicos es de momento muy minoritario y refleja los desajustes entre oferta y demanda de plazas de grado en Medicina en España.

■ 11.4. CONCLUSIÓN Y COROLARIO

La frase “muchos médicos españoles se van a trabajar al extranjero” es un bulo. Los datos disponibles, particularmente las altas y bajas anuales de colegia

ción, lo demuestran con claridad. Por el contrario, muchos médicos extracomunitarios llegan cada año a trabajar a España, actuando de estabilizador del mercado y paliando el desajuste entre demanda y oferta de médicos.

El disponer de datos oficiales fiables es un antídoto muy efectivo contra los bulos. Lamentablemente, en España todavía no está completado el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios², y en Europa faltan datos de migraciones internacionales de profesionales, aunque se está en proceso de mejora. Ese es uno de los problemas que ha detectado el proyecto europeo HEROES (HEROES, 2025). Hay cuestiones elementales como diferenciar en las estadísticas de migraciones según nacionalidad, lugar de nacimiento o de formación, que no están todavía resueltas.

Posiblemente, el bulo ha nacido de la insatisfacción de los médicos, en particular de los jóvenes, respecto a las condiciones laborales y retributivas y a las perspectivas de desarrollo profesional en España. Sus altas expectativas, formadas cuando consiguieron acceder a uno de los grados más demandados y selectos, chocan con la realidad de unas organizaciones sanitarias rígidas y uniformadoras, difícilmente compatibles con la heterogeneidad de preferencias y aspiraciones del colectivo.

■ REFERENCIAS

- COLLEGI DE METGES DE BARCELONA. (2023a). *Informe anual 2023*. <https://www.comb.cat/pdf/demografia-informe2023.pdf>
- COLLEGI DE METGES DE BARCELONA. (2023b). *Informació dels col·legiats segons el país de naixement*. https://comb.cat/html/ocupacio/mapa_web.html
- HEROES. (2025). Joint Action on HEalth woRkfoRce to meet health challenges. Acceso el 2 de noviembre. <https://healthworkforce.eu/the-project/>
- INE. (2025). *Estadística de profesionales sanitarios colegiados 2024*. Acceso 25 de mayo.
- URRUTIA, P. (2024). Gestionamos homologaciones médicas con un sistema informático del 2003. José Manuel Pingarrón, exsecretario general de Universidades, hace un balance de sus seis años en el cargo. *Redacció Mèdica*. 4 de junio. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/-gestionamos-homologaciones-medicas-con-un-sistema-informatico-del-2003->

² <https://reps.sanidad.gob.es/reps-web/inicio.htm>

**"EN ESPAÑA LA INCORPORACIÓN DE LOS
MEDICAMENTOS INNOVADORES, ESPECIALMENTE
LOS ONCOLÓGICOS, A LA CARTERA DE SERVICIOS
DEL SNS SE RETRASA DEMASIADO", ¿ES UN BULO?**

JORGE MESTRE*

* Profesor asociado, Universidad Carlos III de Madrid. Investigador y consultor en Economía de la Salud.

12.1. INTRODUCCIÓN

El tema de si el acceso a los medicamentos en España por parte de los pacientes se retrasa demasiado, es complejo, y requiere especificar varios matices que son importantes para poder responder a la pregunta. En primer lugar, hay que aclarar que la incorporación a la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud de un medicamento o concesión de financiación pública no es estrictamente equivalente a disponibilidad o acceso por los pacientes, como luego argumentaré.

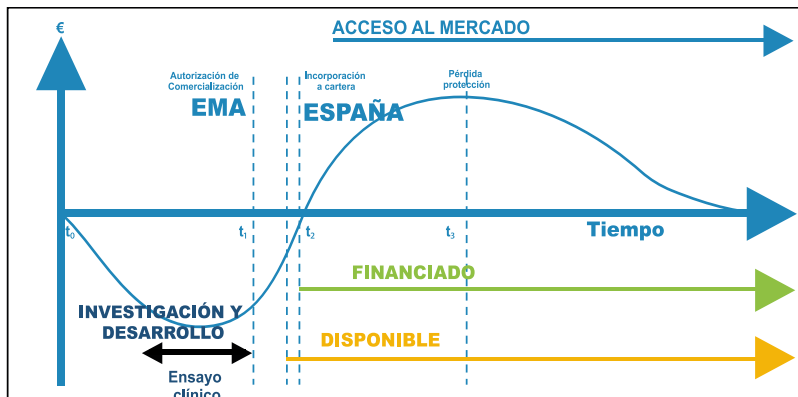
El ciclo de vida de un medicamento

Para empezar, y como base a esta respuesta, es importante resaltar lo que se denomina el “ciclo de vida” de un medicamento, ilustrado en la figura 1, que muestra los hitos más significativos, incluida la “incorporación a la cartera del SNS”, y que sirve para ilustrar la naturaleza de este mercado. En el eje horizontal, se muestra el “tiempo” y en el eje vertical, el “dinero”. Podemos distinguir los siguientes hitos y actividades:

- El proceso de *Investigación y Desarrollo (I+D)* – periodo entre t_0 y t_1 : durante este proceso se investiga si el medicamento es seguro y eficaz, generando una importante evidencia para las decisiones futuras que se tomen sobre su precio, financiación y uso. En la etapa clínica (representada por la D en I+D), el medicamento se prueba con pacientes en ensayos clínicos, en ambientes muy controlados y regulados. Es durante esta investigación clínica cuando los pacientes toman el fármaco por primera vez. Sin embargo, la compañía desarrolladora no recibe ninguna compensación económica por ese uso.
- *Autorización de Comercialización (AC) en Europa* – t_1 : la evidencia generada durante la I+D se utiliza para decidir si el medicamento es seguro y eficaz para el tratamiento de una enfermedad, y si se produce con calidad. En el caso europeo, es la Comisión Europea, en base a unas recomendaciones de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés), la que otorga esta AC a la compañía que lo solicita. Esta AC implica que los beneficios de utilizar el medicamento son mayores que sus riesgos, por lo que se permite comercializar en Europa. A partir de este momento, estaría disponible en la práctica clínica para los pacientes de la Unión Europea (UE) para la indicación autorizada, y más allá de los ensayos clínicos del periodo 1. Sin embargo, esto no significa que los pacientes tengan “acceso” al medicamento. Eso se decide en el paso siguiente con una primera decisión de

Figura 1

EL CICLO DE VIDA DE UN MEDICAMENTO – EUROPA Y ESPAÑA



Nota: EMA (Agencia Europea del Medicamento).

Fuente: Elaboración propia.

incorporación de los medicamentos a la cartera de servicios del SNS. Sin embargo, las compañías no están obligadas a comercializar estos medicamentos en todos los países de la UE ni, en caso de comercializar, a hacerlo al mismo tiempo en todos ellos. En España, el primer paso para su comercialización es la solicitud del código nacional (CN) a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) por parte de la compañía, cuya concesión inicia, de manera automática, el procedimiento de decisión de incorporación a la cartera de servicios del SNS (hito 3).

- *Decisión de incorporación a cartera de servicios del SNS* – t_2 : la sanidad es competencia nacional, por lo que son los Estados miembros los que deciden qué medicamentos se incorporan, a qué precio y para qué pacientes, a su respectiva cartera, por lo que el paciente no tendrá que cubrir “de su bolsillo” su coste (o gran parte). Ahora bien, existe una directiva a nivel europeo (Directiva 89/105/CEE y conocida como la Directiva de Transparencia) que establece que los Estados miembros de la UE deberán tomar una decisión de precio y financiación en un plazo máximo de 180 días (90 días para fijar el precio y 90 para la incorporación a la cartera).

La incorporación de un medicamento a la cartera del SNS requiere una decisión positiva de precio y financiación. El término “acceso al mercado” se suele asociar con el momento en el que se toma esta decisión (empezando en t_2 en figura 1). Los criterios utilizados para esta decisión son varios, pero uno muy relevante es su impacto económico, medido a través del impacto presupuestario (es decir, cuánto va a costar el uso de

este medicamento para el SNS durante los próximos años) y su eficiencia (si las mejoras en salud de las que se van a beneficiar los pacientes compensan el coste del medicamento, en términos absolutos y relativo a otras alternativas, en un contexto donde el presupuesto disponible para los medicamentos es limitado). El impacto presupuestario suele ser relativamente más fácil de estimar que la eficiencia. Además, los beneficios para el SNS se deben basar en el valor terapéutico y social del medicamento.

Sin embargo, en España, la incorporación a la cartera del SNS (hito 3) no implica que automáticamente los pacientes tengan acceso al medicamento. En España, la sanidad es una competencia transferida a las comunidades autónomas (CC. AA.) y, si bien la decisión de precio y financiación es a nivel nacional, las CC. AA. pueden introducir medidas adicionales que impactan en el acceso a los medicamentos.

Pero, además, existe la posibilidad de que algunos pacientes tengan acceso a los medicamentos antes de su autorización o antes de una decisión de financiación y precio. La legislación española lo permite en las condiciones marcadas en el Real Decreto 1015/2009 de acceso a medicamentos, en lo que se denomina "situaciones especiales", y que a veces también se designan como "acceso precoz". Sin embargo, es importante remarcar que este acceso precoz no implica un acceso generalizado de todos los pacientes candidatos a recibir ese medicamento, ya que son procesos individualizados para cada paciente, con una alta carga burocrática. No es habitual que se considere esta perspectiva cuando se analiza el "acceso a los medicamentos" en nuestro país.

- *Pérdida de patente/protección de mercado* – t_3 : a partir de este momento pueden entrar en el mercado medicamentos genéricos y biosimilares (a partir de t_3). Este hito quedaría fuera del alcance de esta respuesta, ya que el foco es en los medicamentos bajo patente/protección.

■ 12.2. ACCESO A NUEVOS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

El acceso a medicamentos en un determinado país se suele medir con dos métricas: (i) el porcentaje de medicamentos con AC que tienen una decisión de financiación positiva en un momento concreto y que, por lo tanto, se han incorporado a la cartera; (ii) el tiempo que se tarda en tomar esta decisión. Aquí incluyo información para España, en base a dos Informes: "Informe del MS" (Ministerio de Sanidad, 2025), e "Informe WAIT" (EFPIA, 2025). Sin embargo, existe una tercera métrica igual de importante: el uso del medicamento a lo largo del ciclo de su vida una vez está en el mercado. Esta métrica, sin embargo, queda fuera de mi análisis, que en España está influida por las diferentes políticas introducidas por cada una de las CC. AA.

Número de medicamentos con AC y financiados en España

Según los datos presentados por el Ministerio de Sanidad, de los 232 medicamentos que han recibido una AC en Europa entre 2020 y 2023, a fecha de abril de 2025, hay 195 de ellos registrados en España por parte del SNS y 28 no registrados porque las compañías titulares no lo han solicitado. De los registrados, el 75,9 % (148) están financiados por el SNS. El 24,1 % restante tiene una decisión definitiva de no financiación, están en fase de estudio, o han sido revocados o en suspensión temporal. Es importante remarcar que el medicamento puede estar financiado, pero solo para una subpoblación de pacientes candidatos a recibirlo según la indicación autorizada (ya que se considera por parte del ministerio que la población para la que recomienda el medicamento es aquella que se puede beneficiar con eficiencia); si bien el Informe del MS no incluye esta información, el Informe WAIT sí lo recoge (véase luego).

La figura 1 muestra la evolución en el tiempo del número de medicamentos con AC, con CN e incorporados a la cartera del SNS. El porcentaje de medicamentos financiados con respecto a los registrados ha sido del 91 %, 73 %, 73 % y un 66 %, respectivamente, para 2020, 2021, 2022 y 2023. Si tomamos como referencia los medicamentos con AC, estos porcentajes serían del 75 %, 64 %, 59 % y 57 %, lo que implica, entre otras cosas, que hay 37 medicamentos ($= 232 - 195 = 16$ % de los 232) que aún ni siquiera han comenzado el proceso de incorporación a la cartera de servicios del SNS, porque las empresas no lo han solicitado.

Tiempos de espera entre decisiones en España

Según lo ya expuesto, se debe distinguir entre dos periodos:

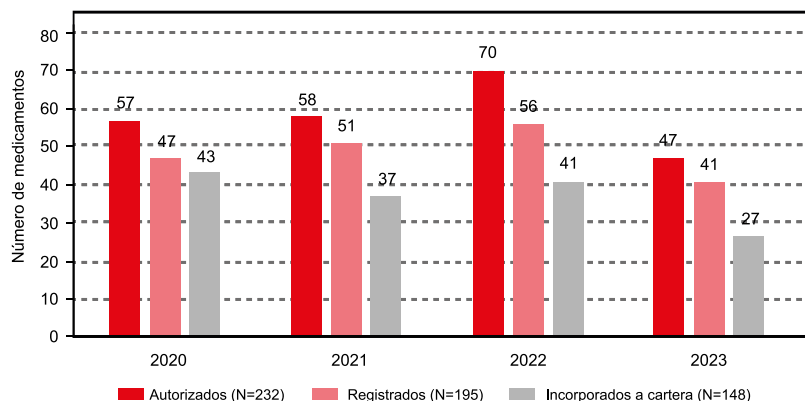
- **Entre AC y registro (solicitud de CN):** durante el periodo 2020-2023, el tiempo medio para el registro ha sido de 148,7 días, con una mediana de 45,8 días. La tendencia ha sido decreciente, siendo 2023 el año de la serie con unos tiempos más bajos hasta el registro en España.
- **Entre registro (solicitud de CN) y decisión de incorporación a la cartera del SNS:** en términos globales, para los medicamentos autorizados durante el periodo 2020-2023, el tiempo transcurrido desde el registro hasta la decisión de financiación y precio ha sido, de media, de 451,9 días (mediana 431 días). Aquí también se observa una tendencia descendiente durante los últimos años. Si tomamos como referencia el momento de la autorización por la EMA, la cifra sería de 583,2 días (mediana 543,8 días).

Comparativa con otros países

Una vez resumidos los resultados principales para España, es importante evaluar cómo se compara el “acceso a los medicamentos” con países de nuestro entorno. Para ello, utilizo el Informe WAIT —un estudio realizado por IQVIA por encargo de la patronal europea de medicamentos innovadores, EFPIA—, que se

Figura 2

NÚMERO DE MEDICAMENTOS CON AC, REGISTRADOS E INCORPORADOS A LA CARTERA DEL SNS (2020–2023)



Nota: Autorizados se refiere a la autorización de comercialización por la Comisión Europea/EMA.
Fuente: Ministerio de Sanidad.

ha convertido en un elemento de referencia tanto a nivel nacional como internacional y que tiene en cuenta, a grandes rasgos, dos dimensiones fundamentales: la disponibilidad y la espera en los países europeos. “Disponibilidad” se define como la incorporación del medicamento a la cartera de servicios, es decir, que tiene una decisión de precio y financiación positiva (nuestro t2 en la figura 1). Sin embargo, para algunos países como Francia y Reino Unido, el Informe WAIT recoge el acceso precoz antes mencionado, pero no para España. Una nota a pie de página dice, que, en España, “el análisis WAIT no identifica aquellos medicamentos que están accesibles antes en conformidad con el Real Decreto 1015/2009 relativo a medicamentos en situaciones especiales”. Además, como he comentado con anterioridad, y una vez obtenida la AC, la decisión de empezar el proceso de precio y financiación en España recae en la compañía, ya que es esta la que tiene que solicitar el CN. No obstante, el informe WAIT no diferencia entre aquellos medicamentos con CN y sin CN, mientras que el Informe del MS sí distingue los tiempos entre AC y CN (responsabilidad exclusiva de la empresa), y entre CN y decisión de incorporación a la cartera.

La última versión publicada del Informe WAIT (mayo 2025), contiene información sobre la disponibilidad de 173 medicamentos innovadores que recibieron la AC entre 2020 y 2023. Utilizo este informe para dos cosas: (i) comparar los datos de España con los del Informe del MS; (ii) comparar los datos de España frente a los otros países.

En primer lugar, el Informe WAIT muestra que el 71 % de los medicamentos con AC estarían “disponibles” en España (123 de los 173). El porcentaje análogo del Informe del Ministerio es un 64 % (148 de 232), si bien las diferencias entre estos

dos porcentajes se reducen considerablemente en los años 2022 y 2023, estando alrededor del 60 % en ambos años. Los resultados del informe también ofrecen una mayor disponibilidad de medicamentos a lo largo de los últimos años. Con respecto a los tiempos, el WAIT muestra un promedio de 616 días entre la AC europea y la “disponibilidad” en España. Nótese que este tiempo incluye los dos periodos antes mencionados (y que el Informe del MS cifraba en 583 días).

En segundo lugar, España sería el quinto país con mayor disponibilidad (n=123), por detrás de Alemania (n=156), Italia (n=143), Austria (n=142) y Suiza (n=126)—el promedio de la UE es de 80 medicamentos disponibles, representando el 46 % de los autorizados—. Ahora bien, con respecto a los tiempos desde la AC hasta la disponibilidad, España aparece en la posición 21 con los 616 días. Por delante, hay un país (Alemania) con 128 días, cuatro países entre 300 y 400 días, seis entre 400 y 500 días, ocho entre 500 y 600, y uno con 610 días. Por detrás de España, solo quedarían países con nivel de renta más baja.

También es importante analizar la evolución de estos indicadores. Respecto al Informe WAIT del 2023, se puede ver una evolución positiva en el acceso a medicamentos en España, con más productos financiados (del 62 % al 71 %) y una disminución en los tiempos de 45 días. Este doble avance contrasta con la situación europea, donde la media de disponibilidad de innovaciones en la UE apenas sube tres puntos, hasta el 46 %, mientras que los plazos de acceso se alargan 47 días, hasta los 578.

Como he comentado antes, el Informe WAIT de alguna manera recoge que la financiación de un medicamento puede ser “restringida”, definida como una financiación limitada a subpoblaciones de pacientes específicas (ya que el ministerio ha considerado que estas subpoblaciones se pueden beneficiar del medicamento de una forma eficiente) o durante el proceso de negociación de precio y financiación, o disponibilidad a través de un programa especial. Aquí es importante remarcar que más de la mitad de los medicamentos financiados en España (52 %) tienen esta restricción, un porcentaje que ha ido aumentando a lo largo de los últimos años y que es relativamente alto comparado con países de nuestro entorno y renta similar.

Para finalizar con las métricas, el Informe WAIT sí que desagrega el análisis para medicamentos oncológicos (56 en total), con resultados parecidos. Los tiempos en España hasta la financiación se han reducido en 109 días para situarse en 613 días, lo que supone una mejora del 15 %. Esto le ha permitido a nuestro país pasar del puesto 29 al 22 en cuanto a la posición relativa en el tiempo hasta la financiación. Por otra parte, el 68 % de los 56 medicamentos oncológicos estarían disponibles en España, una mejora del 12 % con respecto al informe anterior, y se despega de la media europea (50 %).

■ 12.3. REFLEXIONES FINALES

Varios, y complejos factores determinan finalmente si los pacientes en España tienen acceso a los medicamentos. Además de todo lo comentado, una complica-

ción adicional es que los precios de los medicamentos están relacionados entre países —a través de los denominados precios de referencia internacionales— por lo que las compañías tienen que tener en cuenta estas conexiones cuando diseñan sus estrategias de acceso al mercado, lo que en muchas ocasiones es la causa subyacente a que retrasen o no lleven a cabo la comercialización en un país determinado.

Para concluir, y volviendo a la pregunta inicial “En España la incorporación de los medicamentos innovadores, especialmente los oncológicos, a la cartera de servicios del SNS se retrasa demasiado, ¿Es un bulo?”, la respuesta a mi entender podría ser: “sí, se retrasa la incorporación de los medicamentos innovadores a la cartera de servicios del SNS, por múltiples razones complejas, incluido el impacto de otras decisiones en otros países. Ahora bien, si este retraso es excesivo, o no, depende de cómo se mida. Si lo comparamos con los 180 días, que marca la Directiva Europea de Transparencia, entonces sí, se retrasa demasiado. Si comparamos con otros países, tampoco somos los más rápidos, pero parece que en los últimos años estamos mejorando.

Dos reflexiones finales. Primero, la incorporación a la cartera del SNS no es automáticamente sinónimo de acceso, debido a que la sanidad es competencia de las CC. AA. Segunda, y en modo optimista, los últimos datos muestran buenas noticias. Con todo el desarrollo normativo programado para los próximos años, espero poder contar en una futura actualización de estos bulos que, efectivamente, no solo el acceso a los medicamentos en España no se retrasa demasiado, sino que estamos a la vanguardia y lideramos las métricas.

■ REFERENCIAS

EFPIA. (2025). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. Mayo. <https://efpia.eu/media/oeganukm/efpia-patients-wait-indicator-2024-final-110425.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. (2025). *Informe: Financiación de medicamentos innovadores en España*. Mayo. https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/docs/20250503_Informe_financiacion_medicamentos_innovadores.pdf



SOBRE LOS AUTORES

José María Abellán

Catedrático de Universidad, doctor en Ciencias Económicas y Empresariales. Es autor de numerosas publicaciones sobre evaluación económica de intervenciones sanitarias, el valor de la vida humana y la valoración de la calidad de vida relacionada con la salud. Ha sido presidente de la Asociación de Economía la Salud y vocal de la Asociación Libre de Economía. Actualmente forma parte del grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad en listas de espera y del Observatorio de Economía Conductual del Colegio de Economistas de Madrid.

Mercedes Alfaro Latorre

Es licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza y especialista en Análisis Clínicos, máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad y especialista en Información y Comunicación (INAP). Ha desarrollado toda su actividad profesional en el ámbito de la sanidad pública, en la Consejería de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, en la Dirección General del INSALUD y desde 2002 hasta 2025 en el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud en el Ministerio de Sanidad, donde fue subdirectora de Información Sanitaria y Evaluación (antes Instituto de Información Sanitaria) y presidenta la Subcomisión de Sistemas de Información del Consejo Interterritorial del SNS.

Patricia Barber

Investigadora perteneciente al Equipo de Economía de la Salud y Políticas Públicas de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Profesora titular del Departamento de Métodos Cuantitativos. Investigación en Economía de la Salud, con énfasis en la utilización de modelos dinámicos aplicados a la planificación y gestión de recursos sanitarios, principalmente de recursos humanos. Es coautora de los informes sobre necesidades de médicos especialistas para el Ministerio de Sanidad elaborados desde 2007. Cinco sexenios de investigación reconocidos por la CNEAI. Experiencia de trabajo internacional en Costa Rica, Ecuador, Brasil, Panamá o Perú.

Enrique Bernal-Delgado

Es científico de datos. Médico epidemiólogo y doctor en Medicina, también es máster en Salud Pública y en Economía de la Salud. Tras un periodo como profesor visitante en el The Dartmouth Institute (Facultad de Medicina de Dartmouth, Nuevo

Hampshire, EE. UU.), fundó el grupo de investigación en "Ciencias de los datos para los servicios y políticas sanitarias" en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), donde actualmente ocupa el cargo de científico sénior. Su carrera científica abarca la investigación en servicios y políticas sanitarias mediante la utilización de datos sanitarios y de salud, y el desarrollo de metodologías y técnicas de investigación federada. Sus proyectos más relevantes pueden encontrarse en <https://cienciadedatosysalud.org/>

Manel del Castillo Rey

Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona. Máster en Gestión de la Empresa Pública en ESADE Business & Law School. Diplomado en Gestión Hospitalaria por EADA - Escuela de Alta Dirección y Administración. Director provincial del Insalud, Baleares, director gerente de la Fundación Hospital, de Manacor, director gerente del Hospital municipal de Badalona y secretario general del Consorcio Asociación Patronal Sanitaria y Social. Es el Director gerente del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona desde abril de 2003. Es presidente de la European Children's Hospital Organization (ECHO) y del Comité para la Reforma del Sistema de Salud de Cataluña (CAIROS).

José Manuel Freire

Licenciado en Medicina y Cirugía (UCM), especialista en Neumología (Hospital 12 de Octubre), máster en Salud Pública (MPH) y Administración Sanitaria (MHSA) por la Harvard School of Public Health y MScComMed por la London School of Hygiene & Tropical Medicine. Es profesor emérito del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad. Entre otras responsabilidades ha sido médico inspector de la Seguridad Social, director general de atención primaria de la Junta de Andalucía (1982-1984), consejero de Sanidad del Gobierno Vasco (1987-1991), director general de la Escuela Nacional de Sanidad (1991-1994) y portavoz de sanidad del PSOE en la Asamblea de Madrid (2011-2021). Ha sido miembro del Alto Comité de Salud Pública y del grupo Chief Medical Officers de la UE, del Comité Permanente de la Oficina Europea de la OMS y presidente de la European Healthcare Management Association (EHMA) y del Comité de Expertos sobre Buen Gobierno de los Sistemas de Salud del Consejo de Europa. Ha publicado libros y numerosos artículos sobre políticas de salud. En la actualidad preside la Sección de Ciencias de la Salud del Ateneo de Madrid.

Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática emérita de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Investigación en Economía de la Salud en áreas como recursos humanos, tecnologías sanitarias, medicamentos y salud pública. Líder de proyectos de investigación del Plan Nacional de I+D y de programas de la UE. Seis sexenios de investigación reconocidos por la Comisión Nacional Evaluadora (1983-2018). Visiting scholar en el Departamento

de Economía del Massachusetts Institute of Technology (MIT), Cambridge, MA (USA) en 2008. Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (2004-2006); de la sección de Public Health Economics de la Asociación Europea de Salud Pública, EUPHA (2011-2012) y de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) entre 2015 y 2017. Vocal del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad de España, desde 2019 y del Consejo Asesor de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) desde 2021. Miembro del Grupo de Trabajo Interdisciplinar COVID del Ministerio de Ciencia e Innovación y de los comités científicos externos COVID de Canarias y Asturias. Condecorada con la Cruz de la Orden Civil de Sanidad.

Félix Lobo

Licenciado en Derecho y doctor en Ciencias Económicas con Premio Extraordinario por la Universidad Complutense de Madrid. Profesor emérito honorario de la Universidad Carlos III de Madrid. Fue catedrático de las universidades de Santiago de Compostela y de Oviedo. “Visiting Scholar” de las universidades de California en Berkeley y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Minnesota. Asesor académico del máster en Evaluación Sanitaria y Acceso al Mercado (Fármaco-Economía) UC3M, y director de Economía y Políticas de Salud de Funcas desde 2017. Autor de artículos científicos y profesionales, libros y monografías (entre ellos *La Economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*, publicado por Funcas en 2017; *Restructuring the Global Vaccine Industry* publicado por The South Centre en 2021; *El dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de 2020 ¿Una hoja de ruta para la sanidad española?* (Funcas 2025) y obras de divulgación. Director general de Farmacia y Productos Sanitarios (1982-1988); presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2005-2008) y del Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Ministerio de Sanidad (2019-2024). Fue miembro de las comisiones redactoras de los anteproyectos de Ley General de Sanidad de 1986 y de la Ley del Medicamento de 1990 e inició la elaboración de la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición de 2011. Miembro del Comité Asesor de Expertos en Políticas y Gestión del Medicamento de la Organización Mundial de la Salud (1988-2016) y consultor de otros organismos internacionales y empresas. Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad, diciembre de 2009.

Guillem López-Casasnovas

Licenciado en Ciencias Económicas (Premio Extraordinario, 1978) y en Derecho (1979) por la Universitat de Barcelona, doctor en Economía Pública por la Universidad de York (Reino Unido). “Visiting Scholar” en el Institute of Social and Economic Research (Reino Unido), en la Universidad de Sussex y en la Graduate School of Business en la Universidad de Stanford. Es catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona de la que ha sido vicerrector i decano. En 1996 funda, junto con Vicente Ortún, el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-

UPF), institución que dirige aún en la actualidad. Sus principales líneas de investigación se centran en las finanzas públicas incluyen la política fiscal, la medición de la eficiencia del sector público, la economía de la salud, el federalismo fiscal, la dependencia y los equilibrios intergeneracionales. Vocal del Consejo de Gobierno del Banco de España (2005-2017) y de diversos consejos asesores del ámbito económico, social y sanitario y de varios comités de reforma sanitaria, tributaria, y para la reforma de la financiación autonómica y modernización de las administraciones públicas. Presidente de la International Health Economics Association (IHEA) (2007-2011), del Consejo asesor de Ivalua y asesor experto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las desigualdades en salud en la Región Europea.

José Jesús Martín Martín

Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Málaga. Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de Granada, profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), director de la Cátedra de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias (Esalud2) y director del máster Europeo Erasmus de Salud Pública (EuropubHealth+). Ha sido director del máster de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias de la Universidad de Granada y la EASP. Ha sido profesor y director del Área de Gestión Sanitaria y Economía de la Salud de la EASP y consultor del Banco Mundial con amplia experiencia en proyectos de consultoría y formación de posgrado en América Latina. Es técnico de gestión del Servicio Andaluz de Salud (SAS) en excedencia. Ha ocupado distintos puestos de gestión en hospitales y atención primaria. Ha sido presidente de la Asociación de Economía de la salud (AES) y es miembro del Consejo Asesor de la Sociedad Española de Directivos de Salud (SEDISA). Ha dirigido y participado en proyectos de investigación en diferentes áreas de la economía de la salud y la política sanitaria. Es miembro del Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs Granada) y de la Unidad de Excelencia "Desigualdad, Derechos Humanos y Sostenibilidad" del Plan Propio de la Universidad de Granada. Su actividad investigadora se ha traducido en numerosas publicaciones en revistas científicas, libros y congresos nacionales e internacionales.

Jorge Mestre-Ferrándiz

Doctor en Economía por la Universidad Autónoma de Barcelona es, desde 2017, consultor e investigador independiente especializado en temas de Economía de la Salud, tras casi 15 años en la Office of Health Economics de Londres. También es profesor asociado de la Universidad Carlos III, y vocal de la Junta Directiva del Capítulo Español de ISPOR. Es autor de más de cien artículos y otras publicaciones en Economía de la Salud y es regularmente invitado a participar en conferencias y seminarios sobre diversos temas: la economía de la industria de las ciencias de la vida; la economía de la innovación y los incentivos para fomentar la I+D médica; los medicamentos huérfanos y enfermedades raras, los biosimilares; los retornos económicos de la investigación médica; sistemas de precio y financiación de los medicamentos; la evaluación de tecnología sanitarias. Visiting Fellow de la OHE,

Associate Senior Research Fellow del Science Policy Research Unit (SPRU) en la University of Sussex, miembro del Comité Editorial de *Applied Health Economics and Health Policy*, miembro del Comité Asesor de la Fundación Weber, y patrono de la Fundació HiTT. Ha sido asesor para el Comité Asesor para la financiación de la Prestación Farmacéutica del SNS.

Vicente Ortún

Doctor en Economía por la Universidad de Barcelona, MBA ESADE, estudios de doctorado en Salud Pública y Fulbright Scholar en la Johns Hopkins University y Visiting Scholar en el Departamento de Economía del Massachusetts Institute of Technology, (MIT). Es catedrático emérito del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra y Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF), del cual es investigador principal y vocal del Consejo de Gobierno y que cofundó con Guillem López Casanovas. Vocal de las Juntas de Gobierno del Hospital de Mar y de la UPF y del Advisory Board de EUTOPIA European University Alliance. Experiencia en consultoría y responsabilidades de gestión en el Hospital de Sant Pau de Barcelona. Jefe de Gabinete Técnico de la Generalitat de Cataluña, subdirector del Ministerio de Sanidad y consultor de organismos internacionales. Fue presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y de la Asociación de Economía de la Salud (AES); secretario de la Asociación Europea de Salud Pública. Miembro meritorio de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC), medalla Josep Trueta al Mérito Sanitario, académico de la Real Academia de Medicina de Cataluña y miembro de Honor de la Asociación de Economía de la Salud. Es autor de numerosos libros y artículos y dirige la colección de libros "Economía de la Salud y Gestión Sanitaria" con más de 30 títulos publicados desde 1999.

Marisol Rodríguez

Catedrática emérita de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona y máster en Economía por la London School of Economics (Reino Unido). Cursó estudios de posgrado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, USA) y ha realizado varias estancias como investigadora invitada en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California, Berkeley. Es socia fundadora de la Asociación de Economía de la Salud, y durante diez años fue directora del máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria organizado conjuntamente por las universidades de Barcelona y Pompeu Fabra. Le apasiona enseñar Economía de la Salud, que ha impartido en numerosas universidades nacionales e internacionales. Actualmente es también profesora colaboradora de la UPF-BSM en el máster en Farmacoeconomía y Economía de la Salud. Sus intereses de investigación incluyen el análisis del gasto sanitario, los sistemas sanitarios comparados, la demanda de seguro sanitario privado y, especialmente, las cuestiones de equidad. Fue miembro del grupo ECuity, compuesto por investigadores internacionales, que durante más de doce años trabajó en sucesivos proyectos de la UE dedicados a analizar

la equidad en la financiación y la provisión de servicios de salud en varios países europeos. Ha dirigido varias tesis doctorales y ha publicado en numerosas revistas de economía de la salud, nacionales e internacionales. Ha sido miembro consultor de distintas agencias públicas del ámbito sanitario catalán y en 2015 fue galardonada con la medalla Josep Trueta al mérito sanitario por el Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Últimos números publicados

- N.º 40. DOS ENSAYOS SOBRE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Carlos Monasterio Escudero e Ignacio Zubiri Oria.
- N.º 41. EFICIENCIA Y CONCENTRACIÓN DEL SISTEMA BANCARIO ESPAÑOL**
(*Serie ANÁLISIS*),
por Fernando Maravall, Silviu Glavan y Analistas Financieros Internacionales.
- N.º 42. ANÁLISIS DE REFORMAS DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA PERSONAL A PARTIR DE MICRODATOS TRIBUTARIOS** (*Serie ANÁLISIS*),
por José Félix Sanz Sanz, Juan Manuel Castañer Carrasco y Desiderio Romero Jordán.
- N.º 43. COMPORTAMIENTO ESTRATÉGICO DE LA BANCA AL POR MENOR EN ESPAÑA: FUSIONES Y ESPECIALIZACIÓN GEOGRÁFICA** (*Serie TESIS*),
por Cristina Bernad Morcate.
- N.º 44. LA VERTIENTE CUALITATIVA DE LA MATERIALIDAD EN AUDITORÍA: MARCO TEÓRICO Y ESTUDIO EMPÍRICO PARA EL CASO ESPAÑOL** (*Serie TESIS*),
por Javier Montoya del Corte.
- N.º 45. LA DECISIÓN DE INTERNACIONALIZACIÓN DE LAS EMPRESAS: UN MODELO TEÓRICO CON INVERSIÓN HORIZONTAL Y VERTICAL** (*Serie TESIS*),
por Jaime Turrión Sánchez.
- N.º 46. FINANCIACIÓN DE LA ENSEÑANZA OBLIGATORIA: LOS BONOS ESCOLARES EN LA TEORÍA Y EN LA PRÁCTICA** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Javier Díaz Malledo (coordinador), Clive R. Belfield, Henry M. Levin, Alejandra Mizala, Anders Böhlmark, Mikael Lindahl, Rafael Granell Pérez y María Jesús San Segundo.
- N.º 47. SERVICIOS Y REGIONES EN ESPAÑA** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Juan R. Cuadrado Roura y Andrés Maroto Sánchez.
- N.º 48. LAS EMPRESAS DEL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN E INMOBILIARIO EN ESPAÑA: DEL BOOM A LA RECESIÓN ECONÓMICA** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Belén Gill de Albornoz (Dir.), Juan Fernández de Guevara, Begoña Giner y Luis Martínez.
- N.º 49. INSTRUMENTOS PARA MEJORAR LA EQUIDAD, TRANSPARENCIA Y SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE PENSIONES DE REPARTO** (*Serie TESIS*),
por M.ª del Carmen Boado-Penas.
- N.º 50. EL IMPUESTO DE FLUJOS DE CAJA EMPRESARIAL: UNA ALTERNATIVA AL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE SOCIEDADES** (*Serie TESIS*),
por Lourdes Jerez Barroso.
- N.º 51. LA SUBCONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE I+D: EVIDENCIA DE EMPRESAS EUROPEAS Y DE EE.UU.** (*Serie TESIS*),
por Andrea Martínez Noya.
- N.º 52. IMPOSICIÓN EFECTIVA SOBRE LAS RENTAS DEL CAPITAL CORPORATIVO: MEDICIÓN E INTERPRETACIÓN. EL IMPUESTO SOBRE SOCIEDADES EN ESPAÑA Y EN LOS PAÍSES DE LA UNIÓN EUROPEA EN EL CAMBIO DE MILENIO** (*Serie ANÁLISIS*),
por José Félix Sanz Sanz, Desiderio Romero Jordán y Begoña Barruso Castillo.
- N.º 53. ¿ES RENTABLE EDUCARSE? MARCO CONCEPTUAL Y PRINCIPALES EXPERIENCIAS EN LOS CONTEXTOS ESPAÑOL, EUROPEO Y EN PAÍSES EMERGENTES** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por José Luis Raymond (coordinador).
- N.º 54. LA DINÁMICA EXTERIOR DE LAS REGIONES ESPAÑOLAS** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por José Villaverde Castro y Adolfo Maza Fernández.
- N.º 55. EFECTOS DEL STOCK DE CAPITAL EN LA PRODUCCIÓN Y EL EMPLEO DE LA ECONOMÍA** (*Serie TESIS*),
por Carolina Cosculluela Martínez.

- N.º 56. LA PROCICLICIDAD Y LA REGULACIÓN PRUDENCIAL DEL SISTEMA BANCARIO**
(*Serie TESIS*),
por Mario José Deprés Polo.
- N.º 57. ENSAYO SOBRE ACTIVOS INTANGIBLES Y PODER DE MERCADO DE LAS EMPRESAS. APLICACIÓN A LA BANCA ESPAÑOLA** (*Serie TESIS*),
por Alfredo Martín Oliver.
- N.º 58. LOS ATRACTIVOS DE LOCALIZACIÓN PARA LAS EMPRESAS ESPAÑOLAS. EXPLOTACIÓN DE LA ENCUESTA SOBRE ATRACTIVOS DE LOCALIZACIÓN** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Encarnación Cereijo, David Martín, Juan Andrés Núñez, Jaime Turrión y Francisco J. Velázquez.
- N.º 59. ESTUDIO ECONÓMICO DE LOS COSTES DE LA ENFERMEDAD: APLICACIÓN EMPÍRICA AL CASO DEL ALZHEIMER Y LOS CONSUMOS DE DROGAS ILEGALES** (*Serie TESIS*),
por Bruno Casal Rodríguez.
- N.º 60. BUBBLES, CURRENCY SPECULATION, AND TECHNOLOGY ADOPTION** (*Serie TESIS*),
por Carlos J. Pérez.
- N.º 61. DISCAPACIDAD Y MERCADO DE TRABAJO: TRES ANÁLISIS EMPÍRICOS CON LA MUESTRA CONTINUA DE VIDAS LABORALES** (*Serie TESIS*),
por Vanesa Rodríguez Álvarez.
- N.º 62. EL ANÁLISIS DE LOS IMPUESTOS INDIRECTOS A PARTIR DE LA ENCUESTA DE PRESUPUESTOS FAMILIARES** (*Serie ANÁLISIS*),
por José Félix Sanz Sanz, Desiderio Romero Jordán y Juan Manuel Castañer Carrasco.
- N.º 63. EUROPA, ALEMANIA Y ESPAÑA: IMÁGENES Y DEBATES EN TORNO A LA CRISIS** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz, Juan Carlos Rodríguez y Elisa Chuliá.
- N.º 64. INTEGRACIÓN, INMIGRANTES E INTERCULTURALIDAD: MODELOS FAMILIARES Y PATRONES CULTURALES A TRAVÉS DE LA PRENSA EN ESPAÑA (2010-11)** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Enrique Uldemolins, Alfonso Corral, Cayetano Fernández, Miguel Ángel Motis, Antonio Prieto y María Luisa Sierra.
- N.º 65. SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE PENSIONES DE REPARTO EN ESPAÑA Y MODELIZACIÓN DE LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS** (*Serie TESIS*),
por Clara Isabel González Martínez.
- N.º 66. EVOLUCIÓN DE LAS FUNDACIONES BANCARIAS ITALIANAS: DE HOLDING DE SOCIEDADES BANCARIAS A UN MODELO INNOVADOR DE "BENEFICIENCIA PRIVADA"** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Paolo Baroli, Claudia Imperatore, Rosella Locatelli y Marco Trombetta.
- N.º 67. LAS CLAVES DEL CRÉDITO BANCARIO TRAS LA CRISIS** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Santiago Carbó Valverde, José García Montalvo, Joaquín Maudos y Francisco Rodríguez Fernández.
- N.º 68. ENTRE DESEQUILIBRIOS Y REFORMAS. ECONOMÍA POLÍTICA, SOCIEDAD Y CULTURA ENTRE DOS SIGLOS** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz y Juan Carlos Rodríguez.
- N.º 69. REFORMA DEL MERCADO DE SERVICIOS PROFESIONALES EN ESPAÑA** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por María Paz Espinosa, Aitor Ciarreta y Aitor Zurimendi.
- N.º 71. BUILDING A EUROPEAN ENERGY MARKET: LEGISLATION, IMPLEMENTATION AND CHALLENGES** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Tomás Gómez y Rodrigo Escobar.

- N.º 72. ESSAYS IN TRADE, INNOVATION AND PRODUCTIVITY**
(*Serie TESIS*),
por Aránzazu Crespo Rodríguez.
- N.º 73. ENDEUDAMIENTO DE ESPAÑA: ¿QUIÉN DEBE A QUIÉN?**
(*SERIE ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Analistas Financieros Internacionales (AFI).
- N.º 74. AGENTES SOCIALES, CULTURA Y TEJIDO PRODUCTIVO EN LA ESPAÑA ACTUAL**
(*SERIE ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz, Juan Carlos Rodríguez, Joaquín Pedro López-Novo y Elisa Chuliá.
- N.º 75. EVOLUCIÓN RECIENTE DEL CRÉDITO Y LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN: ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO**
(*SERIE ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Joaquín Maudos.
- N.º 76. EFICIENCIA DE LOS SISTEMAS REGIONALES DE INNOVACIÓN EN ESPAÑA**
(*SERIE ANÁLISIS*),
por Mikel Buesa, Joost Heijs, Thomas Baumert y Cristian Gutiérrez.
- N.º 77. ENCOURAGING BLOOD AND LIVING ORGAN DONATIONS**
(*Serie TESIS*),
por María Errea y Juan M. Cabasés (director).
- N.º 78. EMPLEO Y MATERNIDAD: OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS A LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR** (*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Margarita León Borja (coordinadora).
- N.º 79. PEOPLE MANAGEMENT IN MICRO AND SMALL COMPANIES - A COMPARATIVE ANALYSIS. EMPLOYEE VOICE PRACTICES AND EMPLOYMENT RELATIONS,**
(*Serie ANÁLISIS*),
por Sylvia Rohlf, con la colaboración de Carlos Salvador Muñoz y Alesia Slocum.
- N.º 80. LA CRISIS, ¿UNA OPORTUNIDAD PARA LA ECONOMÍA SOCIAL ESPAÑOLA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Pierre Perard.
- N.º 81. UN TRIÁNGULO EUROPEO: ELITES POLÍTICAS, BANCOS CENTRALES Y POPULISMOS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez Díaz, Juan Carlos Rodríguez y Elisa Chuliá.
- N.º 82. EL MERCADO ESPAÑOL DE ELECTRICIDAD**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Aitor Ciarreta, María Paz Espinosa y Aitor Zurimendi.
- N.º 83. THREE ESSAYS IN LONG-TERM ECONOMIC PERSISTENCE**
(*Serie TESIS*),
por Felipe Valencia Caicedo.
- N.º 84. ROLE OF MICROPARTICLES IN ATHEROTHROMBOSIS**
(*Serie TESIS*),
por Rosa Suades Soler.
- N.º 85. IBERISMOS. EXPECTATIVAS PENINSULARES EN EL SIGLO XIX**
(*Serie TESIS*),
por César Rina Simón.
- N.º 86. MINING STRUCTURAL AND BEHAVIORAL PATTERNS IN SMART MALWARE**
(*Serie TESIS*),
por Guillermo Suárez-Tangil.
- N.º 87. LA VOZ DE LA SOCIEDAD ANTE LA CRISIS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz.

- N.º 88. ECONOMÍA SUMERGIDA Y FRAUDE FISCAL EN ESPAÑA: ¿QUÉ SABEMOS? ¿QUÉ PODEMOS HACER?**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Santiago Lago Peñas.
- N.º 89. CONSTRUCCIÓN EUROPEA, IDENTIDADES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz, Juan Carlos Rodríguez y Josu Mezo.
- N.º 90. LA INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN EUROPA Y EN ESPAÑA: MODELOS E INDICADORES PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Cayetano Fernández, Alfonso Corral, Antonio Prieto María Luisa Sierra y Enrique Uldemolins.
- N.º 91. SOLEDAD, DISCAPACIDAD Y MERCADO DE TRABAJO**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Miguel Ángel Malo y Ricardo Pagán.
- N.º 92. CRISIS ECONÓMICA Y DESIGUALDAD DE LA RENTA EN ESPAÑA. EFECTOS DISTRIBUTIVOS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Samuel Calonge Ramírez y Antonio Manresa Sánchez.
- N.º 93. LAS DESIGUALDADES ECONÓMICAS EN ESPAÑA: REALIDADES Y PERCEPCIONES**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz y Juan Carlos Rodríguez.
- N.º 94. INNOVACIÓN, CRECIMIENTO Y COMPETITIVIDAD: EL PAPEL DE LA POLÍTICA TECNOLÓGICA EN ESPAÑA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Joost Heijs, Mikel Buesa, Delia Margarita Vergara, Cristian Gutiérrez, Guillermo Arenas y Alex Javier Guerrero.
- N.º 95. 40 AÑOS DE DESCENTRALIZACIÓN EN ESPAÑA (1978-2018): BALANCE Y PERSPECTIVAS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Santiago Lago Peñas.
- N.º 96. EVALUACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD: VALOR Y SOSTENIBILIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Javier Soto, José Manuel Martínez Sesmero, Miguel Ángel Casado, Miguel Ángel Calleja y Félix Lobo (Directores).
- N.º 97. LA CULTURA ECOLÓGICA DE LOS EUROPEOS: PERCEPCIONES, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Juan Carlos Rodríguez.
- N.º 98. ENVEJECIMIENTO Y CAPITAL SOCIAL: LA IMPORTANCIA DE LAS REDES DE AMIGOS Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL BIENESTAR INDIVIDUAL**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Miguel Ángel Malo y Ricardo Pagán.
- N.º 99. CUARENTA AÑOS DESPUÉS: LA SOCIEDAD CIVIL ESPAÑOLA, DE UN PRIMER IMPULSO A UNA LARGA PAUSA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Víctor Pérez-Díaz y Juan Carlos Rodríguez.
- N.º 100. TRES APROXIMACIONES A LA IGUALDAD SOCIAL EN ESPAÑA: RENTAS DISPONIBLES, RENTAS AMPLIADAS Y OCUPACIONES**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Eduardo Bandrés, Juan Carlos Rodríguez y Julio Carabaña.

- N.º 101. LA INDUSTRIA DE LAS VACUNAS TRAS LA PANDEMIA DE LA COVID-19. LA PERSPECTIVA INTERNACIONAL**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Félix Lobo.
- N.º 102. EL SISTEMA YA NO FINANCIA BURBUJAS: ESCASEZ DE VIVIENDA Y CAÍDA DEL CRÉDITO. UN ANÁLISIS DEL PERIODO 1998-2023 QUE CUESTIONA EL MODELO RESIDENCIAL ESPAÑOL**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Ignacio Ezquiaga.
- N.º 103. UNA EVALUACIÓN DE LAS OPCIONES DE REFORMA DEL MERCADO ELÉCTRICO EUROPEO Y UNA PROPUESTA PRAGMÁTICA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por José Pablo Chaves Ávila, Rafael Cossent Arín, Tomás Gómez San Román, Pedro Linares Llamas, Paolo Mastropietro, Michel Rivier Abbad y Pablo Rodilla Rodríguez.
- N.º 104. MERCADO INMOBILIARIO Y POLÍTICA DE LA VIVIENDA EN ESPAÑA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Santiago Carbó Valverde (coordinador).
- N.º 105. LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN ESPAÑA: ACTIVIDAD, EMPLEO Y CALIDAD DE VIDA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Miguel Ángel Malo, Ricardo Pagán y Vanesa Rodríguez Álvarez
- N.º 106. DIVERGENCE AND UNCERTAINTY IN ESG MARKETS: METRICS, ECONOMIC POLICY, AND FINANCIAL IMPLICATIONS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Juan Ignacio Peña, Kurt A. Desender y Bing Guo
- N.º 107. LA POBREZA INFANTIL EN ESPAÑA: EVOLUCIÓN RECIENTE Y POLÍTICAS**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Miguel Ángel Malo y Fernando Pinto
- N.º 108. DIFUSIÓN DE LA INNOVACIÓN FARMACÉUTICA: ¿LLEGAN LOS MEDICAMENTOS INNOVADORES A LOS PACIENTES ESPAÑOLES?**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Félix Lobo
- N.º 109. EVALUACIÓN DE LAS DINÁMICAS DE TIEMPO Y COSTE EN EL TRANSPORTE METROPOLITANO EN ESPAÑA**
(*Serie ECONOMÍA Y SOCIEDAD*),
por Manuel Pérez Bravo, José Carlos Romero Mora, Antonio Francisco Rodríguez Matas y Pedro Linares Llamas

ESTUDIOS
DE LA FUNDACIÓN

SERIE ECONOMÍA Y SOCIEDAD

Pedidos e información:

Funcas

Caballero de Gracia, 28

28013 Madrid

Teléfono: 91 596 54 81

Fax: 91 596 57 96

publica@funcas.es

www.funcas.es

ISBN 979-13-87770-13-6

