

**EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN
PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN
SOCIAL Y ECONÓMICA DE 2020**

¿UNA HOJA DE RUTA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA?

Félix Lobo

Abril 2025

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.

ISSN: 3045-8994



**EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN
PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN
SOCIAL Y ECONÓMICA DE 2020
¿UNA HOJA DE RUTA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA?**

Félix Lobo

Abril 2025

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
ABREVIATURAS UTILIZADAS	9
1. INTRODUCCIÓN	11
2. UN “GÉNERO LITERARIO”	11
3. EL SNS VISTO POR EL OBSERVATORIO EUROPEO DE SISTEMAS Y POLÍTICAS DE SALUD (OESPS) (2024)	13
4. UN SISTEMA SANITARIO NECESITADO DE REFORMAS	19
4.1. Consenso reformista versus buen desempeño del sistema	19
4.2. El impacto de la pandemia del SARS- COVID-19	20
4.3. La situación actual	21
4.3.1. Síntomas inquietantes: preocupación ciudadana, seguros y gasto privado y listas de espera	21
4.3.2. La arquitectura (des)organizativa y el mal gobierno del Sistema Nacional de Salud de España (SNS)	22
4.3.3. Organizar con mayor flexibilidad versus privatizar	23
4.3.4. La política de personal rígidamente burocrática	25
5. EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DE ESPAÑA DE 2020	30
5.1. Composición de la Comisión, participantes, funcionamiento, tramitación y aprobación del Dictamen por amplia mayoría	30
5.2. La importancia del Dictamen	31
5.3. Las conclusiones y recomendaciones de la CRSE sobre sanidad y salud pública. Tablas sinópticas	32
6. RESUMEN Y REFLEXIONES FINALES	42
Referencias bibliográficas	47
Legislación española y comunitaria citada	54
ANEXO	55

**EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL
Y ECONÓMICA DE ESPAÑA DE 2020
¿UNA HOJA DE RUTA PARA LA SANIDAD ESPAÑOLA?**

Félix Lobo

Catedrático emérito de la Universidad Carlos III de Madrid

Director de Economía y Políticas de Salud de Funcas

RESUMEN

Estas páginas contextualizan y resumen sistemáticamente el capítulo sobre sanidad y salud pública del Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de España de 2020 (CRSE). La CRSE y el Dictamen resultante fueron fruto de un amplio acuerdo político multipartido adoptado por gran mayoría en el Congreso de los Diputados, en condiciones de emergencia nacional por la pandemia de la COVID-19, que contó con destacados expertos y actores del sistema sanitario y la opinión ciudadana. Para ponerlo en perspectiva, se menciona la abundante literatura sobre la reforma del SNS español, éste se describe brevemente siguiendo el último Informe del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud y se apuntan los síntomas de deterioro que ofrece y los problemas agudos de estructura organizativa y de política personal que le aquejan. Finalmente, tras resumir las circunstancias de la elaboración y aprobación del Dictamen y su importancia, se ofrece una exposición seleccionada pero pormenorizada de su contenido en forma de tablas sinópticas, y con la sistemática elemental propia de un plan estratégico.

La conclusión es que la propia Comisión y las recomendaciones del Dictamen fueron un esfuerzo notable porque marcaron una hoja de ruta para la reforma del SNS bastante comprensiva, bien sustentada en análisis técnicos solventes y amparada en un amplio e infrecuente acuerdo de las fuerzas políticas, aunque con insuficiencias, ambigüedades e incongruencias, entre ellas no plantear una reforma de conjunto del Estatuto Marco del personal sanitario y la falta de un mecanismo de seguimiento y control de su ejecución. Cinco años después, en el ámbito de las responsabilidades del Estado (Gobierno central) algunas de las propuestas se han desarrollado o empezado a poner en marcha, aunque con carencias y retrasos. La situación política española en 2025 no permite ser muy optimista porque no parece que en la adopción de medidas concretas que enfrentan fuertes intereses y resistencias corporativas, pueda volverse a alcanzar el acuerdo político multipartido que logró el Dictamen.

ABSTRACT

The opinion of the Parliamentary Commission on Social and Economic Reconstruction in 2020. A roadmap for Spanish Health Care?

These pages systematically contextualise and summarise the chapter on health care and public health in the Report of the Parliamentary Commission for the Social and Economic Reconstruction of Spain in 2020 (CRSE). The CRSE and the resulting Report were the result of a broad multi-party political agreement adopted by a large majority in the Congress of Deputies, under conditions of national emergency due to the COVID-19 pandemic, involving leading experts and actors from the health system and public opinion. To put it into perspective, the abundant literature on the reform of the Spanish National Health System is mentioned, followed by a brief description of the system, based on the most recent report of the European Observatory on Health Systems and Policies, and by a summary of the symptoms of deterioration and the acute problems of organisational structure and human resources policy that affect it. Finally, after summarising the circumstances surrounding the drafting and adoption of the CRSE Report and its significance, a selected but detailed account of its contents is given in the form of synoptic tables and with the elementary systematics of a strategic plan.

The conclusion is that the Commission itself and the recommendations of the Report were a notable effort because they set out a fairly comprehensive roadmap for the reform of the Spanish National Health System, well supported by solvent technical analyses and a broad and infrequent agreement of the political forces, although with shortcomings, ambiguities and inconsistencies, including the failure to propose a comprehensive overhaul of the Framework Statute for health personnel and the lack of a mechanism for monitoring and control of its implementation. Five years later, in the sphere of central government, some of the proposals have been developed or started to be implemented, albeit with shortcomings and delays. The Spanish political situation in 2025 does not allow for much optimism because it does not seem that the multi-party political agreement that was achieved in the Commission can be reached again in the adoption of concrete measures that face strong corporate interests and resistances.

ABREVIATURAS UTILIZADAS

AGE Administración General del Estado

APS Atención Primaria a la Salud

CC. AA Comunidades Autónomas

CISNS Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CRSE Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de España de 2020

MS Ministerio de Sanidad de España

OECD Organización de Cooperación y Desarrollo Económico

OEPS Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas de Salud

PL Proyecto de ley

RDL Real Decreto-Ley

RR. HH. Recursos humanos

SESPAS Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria

SNS Sistema Nacional de Salud

1. INTRODUCCIÓN

El **objetivo** de este informe es presentar una descripción sistemática del capítulo sobre sanidad del Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de España de 2020 (CRSE) (Congreso de los Diputados. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, 2020a). Es un texto –de no fácil lectura– que conviene recuperar de forma ordenada, pues, si bien en ocasiones es citado, no ha merecido muchos análisis que faciliten su comprensión y su ejecución con medidas políticas efectivas. La Comisión fue una interesante iniciativa política desarrollada en momentos de emergencia nacional por la pandemia de la COVID-19 que en la primavera de 2020 asolaba el mundo y desde luego a nuestro país. El Dictamen, preparado con ayuda de gran número de destacados expertos y representantes de los principales actores del sistema sanitario, fue adoptado por una mayoría multipartido en el Congreso de los Diputados.

Para lograr este objetivo ponemos el Dictamen en contexto, relacionándolo primero, en el epígrafe 2, con la abundante literatura que a lo largo del tiempo se ha producido en nuestro país sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud (SNS). También encuadramos el Dictamen proporcionando una descripción sintética y sistemática del SNS español, tomando como guía el Informe más reciente del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (epígrafe 2) y formulando una serie de observaciones críticas acerca de las reformas que nos parecen más necesarias (epígrafe 3). El epígrafe 4, tras presentar las circunstancias de la elaboración y aprobación del Dictamen y su importancia, ofrece una exposición seleccionada pero pormenorizada de su contenido más relevante. Esta exposición se hace en forma de tablas sinópticas, ordenando las propuestas del Dictamen con la sistemática propia de un plan estratégico, distinguiendo objetivos, planes de acción y acciones concretas en los casos en que el Dictamen llega a este detalle.

2. UN “GÉNERO LITERARIO”

Se ha dicho con ironía que los informes que proponen medidas para la suficiencia y la sostenibilidad en los sistemas públicos de salud constituyen por sí mismos “un auténtico género literario” (Repullo, 2012). Lo mismo podría decirse de los informes que diagnostican y proponen reformas de nuestro SNS, cuya publicación ha sido una constante casi desde su creación en 1986 (Fusté y Fernández, 2023). Estos autores relacionan y sintetizan, en su interesante artículo, hasta 53 documentos de este tipo, como se puede observar en las tablas del Anexo 1, empezando por el hito que supuso el “Informe Abril”¹ de 1991 (Comisión Abril, 1991); (López Casanovas, 1991). Como cabía esperar, a esa cifra podrían añadirse más, algunos importantes documentos como los de la Asociación de Economía de la Salud –AES– (2012 y 2014) o la serie “Temas candentes de la sanidad española”².

También son lugares comunes señalar que en los análisis y propuestas de estos textos existen muchas coincidencias, que el sistema ya está “sobrediagnosticado” y que lo que procede es actuar y desarrollar las acciones de mejora. En efecto, la plasmación de las recomendaciones de todos ellos en la práctica, en la adopción de medidas concretas de reforma de nuestro sistema sanitario ha sido muy tímida. El anquilosamiento organizativo del SNS a lo largo de los años y su falta de adaptación a las circunstancias cambiantes ha sido puesta de manifiesto por muchos estudiosos y expertos (por ejemplo, Freire y Repullo, 2022).

Para complementar y actualizar la recopilación citada, que concluye en 2021, es necesario mencionar algunas contribuciones de gran importancia que han aparecido con posterioridad. Del campo académico merece ser

¹ El Informe Abril promovido por el economista Joan Artells, cuando desempeñaba la Dirección General de Planificación del Ministerio de Sanidad con el ministro García Vargas fue encargado por el Congreso de los Diputados a una comisión de expertos presidida por Fernando Abril Martorell. Es un documento importante que suscitó una reacción contraria desmesurada de los medios de comunicación y de algunos grupos de presión que se escandalizaron de alguna de sus propuestas. Esta reacción provocó que fuera guardado en un cajón por los responsables políticos de entonces. Sin embargo, ha tenido una influencia intelectual perdurable, dada su calidad técnica y la oportunidad de sus propuestas, aunque solamente algunas de ellas se han desarrollado posteriormente. La documentación de la Proposición no de Ley que creó la Comisión se encuentra en: https://www.congreso.es/busqueda-de-iniciativas?p_p_id=iniciativas&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&iniciativas_mode=mostrarDetalle&iniciativas_legislatura=IV&iniciativas_id=162/000031

² De esta serie Fusté y Fernández solamente consideran el informe de 2011. Se publicaron informes anuales entre 2010 y 2013 y 2017 y 2019. El último es (Vargas y Riesgo, 2019).

citado en primer lugar un libro reciente, excelente y muy completo que destila los conocimientos y la experiencia de gestión de sus autores en el sector sanitario y que se fundamenta en la literatura científica y profesional, dando prioridad a los estudios empíricos bien avalados por los datos. Es el libro de Meneu *et al.* (2023), *La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión*. En él se presta atención al contexto, a la imprescindible reconfiguración del marco institucional, a la reorganización de la compra y producción de servicios y la reforma de las organizaciones sanitarias que las desarrollan, a la colaboración público privada abordada sin dogmatismos en ningún sentido, a los recursos humanos tratados con rigor y realismo y a la reorientación del sistema hacia la calidad, seguridad, efectividad y pertinencia asistencial en un marco de información transparente. También ha aparecido en inglés, en un libro sobre Economía Política de los sistemas sanitarios, un capítulo referente a España debido a la prolífica y analítica pluma del profesor López Casanovas (2023), quien destaca los obstáculos a la reforma y la politización del sistema sanitario en nuestro país. Es muy relevante el estudio de evaluación del desempeño del SNS frente a la pandemia de la COVID-19 realizado por expertos independientes por encargo del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) (Hervada Vidal *et al.*, 2023), en el que destaca la orientación hacia el futuro pues trata de extraer lecciones que orienten la reforma del sistema, más que buscar errores o culpas en el pasado.

Entre las contribuciones desde las administraciones públicas, por supuesto no hay que olvidar los informes anuales sobre el SNS que elabora el Ministerio de Sanidad (MS) desde 2003, el último referido a 2023 (Ministerio de Sanidad, 2024), que contienen, sobre todo, datos e información, más que análisis, diagnósticos o propuestas de reforma. La serie de informes que produce el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud es básica para conocer la realidad y evolución de la sanidad española. Por ello vamos a utilizar y sintetizar muy brevemente el más reciente (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024), como hemos dicho, para proporcionar un marco de referencia al Dictamen de la CRSE. Recientemente se ha publicado por el Consejo Económico y Social (2024) un extenso informe de gran enjundia analítica y propositiva y que tiene el valor añadido propio de este organismo que reúne a los distintos agentes sociales que lo aprobaron en uno de sus plenos. Desde el punto de vista del gobierno de una comunidad autónoma es muy interesante el documento del Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad (2023). En Cataluña el intento de alcanzar un “Pacto Nacional de Salud” llevó a la formación de un “Comitè d’Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut” que dio a la luz por lo menos dos documentos relevantes. Uno muy sintético (Generalitat de Catalunya. Comissió per a l’elaboració del document de bases. Coordinador P. Ibern i Regàs, 2014) y otro muy concreto con 30 propuestas (Generalitat de Catalunya. Comitè d’Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut, 2020).

En la actualidad se están desarrollando dos iniciativas de análisis y proposición de reformas de la sanidad que tendrán implicaciones y enseñanzas para toda España. La Generalitat de Cataluña aprobó, el 25 de septiembre de 2024, la creación de un Comité de evaluación, innovación, reforma, operativa y sostenibilidad del sistema de salud (CAIROS), integrado en el Departamento de Salud, con la función de asesorar técnicamente, impulsar y coordinar el desarrollo de las actuaciones del Departamento para la reforma y la sostenibilidad del sistema de salud catalán. Es novedoso que CAIROS pretende implantar propuestas que ya se han formulado en el pasado y no elaborar nuevos documentos de diagnóstico, sino evaluar las propuestas ya asistentes para transformar el sistema de salud catalán. (Generalitat de Catalunya. Direcció General de Comunicació, 2024). El comité ya ha producido algunos documentos (Generalitat de Catalunya. Comitè d’Avaluació, Innovació i Reforma Operativa del Sistema de Salut, CAIROS, 2024). La iniciativa del Gobierno del País Vasco es completamente diferente. Se ha denominado Pacto Vasco de Salud, lo que denota su carácter de proyecto político más que técnico, que trata de llegar a acuerdos entre un amplísimo abanico de agentes sociales, políticos y sanitarios, incluidos colectivos profesionales, pacientes y mundo político, universitario, económico y sindical. El objetivo es articular las diferentes políticas y programas en torno a una visión integral del sistema de salud y su transformación. El trabajo, estructurado en sucesivas reuniones de los participantes incluye diagnóstico, definición de principios, valores y 24 líneas estratégicas. Se espera que a mediados de 2025 se formulen propuestas concretas de reforma (Gobierno Vasco. Irekia, 2024).

Del ámbito privado han surgido múltiples contribuciones, entre las que hay que destacar la investigación promovida por la Fundación BBVA y dirigida por González López-Valcárcel (2024). Analiza el valor del conocimiento en relación con la capacidad de respuesta a la pandemia de la COVID-19 con perspectiva global, pero con

especial foco en España. Se estudian tanto las aportaciones del conocimiento básico (los descubrimientos de la biomedicina), como aplicado (su uso para la producción de tratamientos y vacunas), en el contexto organizativo, dotacional e institucional de los sistemas de salud y de innovación. Para terminar, mencionemos la sobresaliente serie de informes de la Fundación IMAS (Instituto para la Mejora de la Asistencia Sanitaria) sobre “retos del SNS en la próxima legislatura”, con objetivos y propuestas de transformación, de los cuales el último abarca la actual 2023-2027 (IMAS, 2023) y que se fundamentan en el amplio conocimiento y experiencia que sus autores tienen de la realidad inmediata del SNS.

3. EL SNS VISTO POR EL OBSERVATORIO EUROPEO DE SISTEMAS Y POLÍTICAS DE SALUD (OESPS) (2024)

El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (OESPS) es una asociación, auspiciada por la Oficina Regional de la OMS para Europa, en la que participan la Comisión Europea, gobiernos europeos nacionales y regionales, entre ellos España, otras organizaciones del sistema sanitario y algunas instituciones académicas. Tiene su secretaría en Bruselas. El Observatorio fomenta políticas sanitarias basadas en pruebas científicas mediante el análisis de los sistemas sanitarios en Europa. Entre sus productos destaca la serie “Health Systems in Transition (HiT)” (Sistemas sanitarios en transición). Consiste en informes que ofrecen una descripción detallada del sistema sanitario de un país y de las iniciativas de reforma y políticas en desarrollo en un país concreto. Cada informe es elaborado por expertos nacionales en colaboración con el personal del Observatorio. Para facilitar las comparaciones entre países, las evaluaciones se basan en un modelo que se revisa periódicamente. El informe sobre España se publica desde 2000.

En este apartado resumimos de forma muy sintética y selectiva los aspectos fundamentales del último informe, que es de 2024 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024). La elección de temas destacados ha sido realizada según el criterio personal del autor del presente documento. Hay que tener en cuenta que estos estudios tienen un cierto carácter oficial y, por tanto, tienden a ser bastante neutros en sus valoraciones. Por ejemplo, el informe español se presenta en la portada bajo los nombres y logos del Gobierno de España, el Ministerio de Sanidad de España (MS) y el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (que depende del Gobierno de Aragón), aunque no se atribuye a estas instituciones ninguna autoría, sino que en la recomendación de cita únicamente se menciona al Observatorio y las personas redactoras, como figura en la lista de referencias bibliográficas de este texto. Por todo ello, hemos redactado el apartado 4 (“Un sistema sanitario necesitado de reformas”), para terminar de situar al lector en un contexto que le permita interpretar mejor las propuestas del Dictamen de la CRSE. Salvo otra indicación todos los datos del presente capítulo proceden del informe del Observatorio de 2024. A continuación se ofrecen, pues, sus aspectos fundamentales, casi siempre en forma de puntos y apartados muy brevemente redactados.

■ Características fundamentales del SNS español según el OESPS

- Resultados en salud positivos que comparan favorablemente con otros países.
- Cobertura universal y prestación gratuita en el punto de atención.
- Financiación casi total con los impuestos generales.
- Adicionalmente, la población puede contratar un seguro voluntario privado.
- El sector público es quien predominantemente produce los servicios (provisión) con personal propio, en régimen cuasifuncionario y activos productivos e instalaciones propias.
- Extensa red de atención primaria, que tiende a garantizar la continuidad y la longitudinalidad de la atención sanitaria.
- El médico de Atención Primaria a la Salud (APS) filtra el acceso al especialista (función de “guardabarrera”).

- Sistema muy descentralizado en las comunidades autónomas (CC. AA.) desde el punto de vista geográfico y de la macrogestión.
- Papel importante y creciente del sector privado en el aseguramiento y en la gestión, especialmente en el régimen de las mutualidades de funcionarios y en las de accidentes laborales y enfermedades profesionales.

■ Resultados del SNS

- España tiene la esperanza de vida al nacer más alta de la UE (83,2 años en 2022), bajas tasas de hospitalizaciones y mortalidad evitables (tanto por causas prevenibles como tratables), indicadores que reflejan el buen desempeño del sistema de salud.
- Solo una pequeña parte de la población tiene necesidades insatisfechas de atención médica, con diferencias mínimas entre quintiles de renta. Se trata, sobre todo, de necesidades insatisfechas en atención odontológica, óptica y salud mental.
- Gran éxito en la mejora de prescripción de antibióticos y cierta reducción del consumo de antidepresivos y fármacos hipnóticos (p. XX).
- La reducción sostenida de la mortalidad tratable (muy por debajo de la media europea 62,2 frente a 91,7 por 100.000 habitantes en 2020) se explica, en parte, por mejoras en el acceso a tratamientos eficaces para el ictus isquémico agudo y la cardiopatía isquémica aguda (en particular, el despliegue del «Código ictus» y “Código infarto de miocardio”); por los programas de detección y cribado del cáncer; las políticas destinadas a reducir las necesidades insatisfechas de exámenes médicos y la mejora de la continuidad asistencial de los pacientes mayores con enfermedades crónicas (p. 144 y ss.).
- Las bajas tasas de mortalidad prevenible, según el OESPS, pueden estar relacionadas con ciertas políticas públicas e iniciativas, como las siguientes:
 - a) Esfuerzos para reducir los accidentes de tráfico (por ejemplo, la modificación en 2021 de la Ley sobre Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad).
 - b) Aumento del IVA sobre las bebidas azucaradas en 2021.
 - c) Introducción del sistema de etiquetado de alimentos “Nutri-score” en 2021 (voluntario).
 - d) El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil 2022-2030.
 - e) La Estrategia de Salud Pública 2022.
 - f) El Marco Estratégico y el Plan de Acción para la Atención Primaria y Comunitaria.
- La opinión general sobre el SNS ha empeorado en los últimos tiempos. En 2019 el 72 % de los españoles pensaba que funcionaba bien o muy bien, mientras que en 2023 solamente tenían esta buena opinión el 56 % (p. 108).

■ Aseguramiento y financiación

- Cobertura prácticamente universal y gratuita en el punto de prestación del servicio (salvo limitada aportación de los usuarios para medicamentos con recetas y ortoprótesis).
- No se permite la autoexclusión voluntaria de la cobertura.
- Cartera de prestaciones muy completa.
- Financiación del gasto público sanitario casi totalmente con impuestos generales.
- Es posible contratar un seguro voluntario privado.

- Fuerte crecimiento de los seguros privados en los últimos años, cubriendo al 20,8 % de la población en 2021.

■ Gobierno y organización general

- Sistema altamente descentralizado en las CC. AA. desde el punto de vista geográfico y de la macrogestión.
- El Estado (Gobierno central) es responsable de la sanidad exterior (relaciones internacionales), bases (legislación básica) y coordinación general, legislación sobre productos farmacéuticos y alta inspección.
- Las CC. AA son responsables del desarrollo y ejecución de la legislación estatal, de los servicios de salud pública y de la organización y gestión de la asistencia sanitaria de modo que son responsables de la mayor parte de los recursos destinados a sanidad (del 92 % del gasto en 2020). También se encargan de la planificación, acreditación, garantía de calidad, financiación y fijación de precios (excepto productos farmacéuticos).
- El Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) es el órgano de coordinación entre el Estado (Gobierno central) y las CC. AA. al máximo nivel.
- El papel de terceros pagadores en el SNS lo asumen las consejerías de sanidad de las diecisiete CC. AA. y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)³. Actúan como aseguradores públicos (es decir, garantizando el acceso a la cesta de prestaciones cubiertas por el sistema público) y como financiadores de servicios, adquiriendo los servicios requeridos a proveedores públicos y privados.

■ Prestación/provisión/suministro de servicios

- El sector público es quien predominantemente produce los servicios (provisión). El personal –incluso el de atención primaria– es empleado suyo con estatus casi funcional. Los activos físicos (hospitales, centros de atención primaria y especialidades y sus instalaciones y equipos) son de propiedad pública en su mayoría.
- El sector privado –incluidas instituciones sin fines de lucro– presta también servicios sustanciales bajo contratos de distinta naturaleza con las administraciones públicas, sobre todo en Cataluña. En 2021 el 32,6 % de las intervenciones quirúrgicas se efectuaron por hospitales privados.
- Existen diversos modelos de propiedad y gobernanza de los hospitales (propiedad y gestión directa por las administraciones públicas según procedimientos administrativos; hospitales públicos gestionados por entidades con cierta autonomía; hospitales de empresas privadas y hospitales propiedad de instituciones privadas sin fines de lucro con contratos de prestación de servicios con el sistema público; hospitales y clínicas privadas que suministran servicios determinados al sistema público).
- Sistemas separados para funcionarios (mutualidades de funcionarios que conciertan servicios con empresas privadas) y mutuas privadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- La atención primaria está en el centro del SNS, con el médico de familia actuando como filtro selectivo hacia la atención especializada y el hospital.

Pruebas indirectas de la eficacia de la atención primaria son (p.103):

- √ La tasa relativamente baja de ingresos evitables por enfermedades crónicas.
- √ Los bajos niveles de necesidades insatisfechas de reconocimientos médicos.

³ Es un pequeño organismo que gestiona la asistencia sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla y ciertos programas de ámbito nacional en cooperación con las CC. AA., como adquisiciones centralizadas de ciertos medicamentos y vacunas. Con sus muy limitados medios, tuvo una muy destacada actuación durante la pandemia de la COVID-19.

- √ La satisfacción general con los servicios de APS (79 % declara haber recibido una asistencia buena o muy buena en APS según el Barómetro Sanitario 2022).

Como claves del éxito el informe del OESPS señala:

- √ El diseño institucional del SNS (división en áreas administrativas cuyos residentes están adscritos a un médico de familia acompañado de personal de enfermería).
- √ La interacción con los especialistas de referencia.
- √ El diseño fomenta la continuidad asistencial y una perspectiva longitudinal del ciclo vital de la salud de los pacientes.

Entre los puntos débiles están: (p. 103)

- √ El aumento de los tiempos de espera para obtener una cita (como detallamos en el epígrafe 4).
- √ Escasa dotación de personal de enfermería (la ratio enfermeras/médico en APS en 2022 era de solamente 0,9).
- √ La especialidad de medicina familiar y comunitaria no es una elección preferida entre los candidatos a programas de residencia (los que aprueban el examen MIR).
- La atención a la salud mental sigue, desde hace años, una clara estrategia de cuidados no en siquiátricos sino por el sistema sanitario ordinario (AP y hospitales) y por la comunidad. Recientemente se ha aprobado un Plan de Acción Salud Mental y COVID-19, 2021-2024 con dotación económica y una renovación de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026, que incluyen medidas de prevención del suicidio infantil y adolescente y una nueva especialidad médica de psiquiatría infantil y adolescente.
- Los esfuerzos por basar la prescripción en evidencia científica han tenido un gran éxito en la de anti-bióticos y reducido el consumo de antidepresivos y medicamentos hipnóticos (p. XX)⁴.

■ Recursos financieros. Gasto en sanidad

- Aumento del gasto sanitario tras la pandemia de la COVID-19. En 2021, el gasto nacional en sanidad llegó al 10,8 % del PIB, tras el importante repunte del gasto y disminución del producto causado por la pandemia de la COVID-19. Su peso sobre el PIB pasó del 9,3 % en 2019 al 11,0 % en 2020.
- Del gasto nacional total en sanidad el gasto público en 2021 representó el 71,7 % (7,7 del PIB). El 68,2 % es financiado con cargo al fondo general de impuestos y el 3,5 % con el seguro obligatorio de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- El gasto nacional privado asciende al 28,3 % restante. Una proporción relativamente más elevada que la de los países europeos próximos.
- Los pagos directos por la población (“del bolsillo”) (sobre todo atención dental, óptica, productos farmacéuticos de conveniencia...) no son catastróficos para los hogares, aunque suponen el 20,6 % del gasto total.
- El gasto en seguros sanitarios privados es el 6,9 % del gasto nacional en sanidad.
- La aportación del usuario (copagos) solo grava los medicamentos con receta y las ortoprótesis. En 2021 se reformó eximiendo a grupos vulnerables adicionales.

⁴ Precisemos que el consumo de medicamentos antidepresivos sigue una tendencia creciente, el de ansiolíticos tiende a volver a niveles pre-pandémicos y el de hipnóticos y sedantes permanece estable (Ministerio de Sanidad. SIS, 2024) y que en 2020 las tasas por habitante españolas de consumo lícito de benzodiazepinas (una clase de antidepresivos), la sustancia psicotrópica más prescrita y consumida, eran las más altas del mundo (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2022. p. 32).

- La financiación de los servicios sanitarios, cuya organización y gestión corresponde según el bloque constitucional a las CC. AA., está subsumida en su financiación general, según el complejo sistema de financiación de las CC. AA. que comprende asignaciones por población ajustada según diversos criterios y ciertos fondos reequilibradores.

■ Recursos humanos

- España tiene más médicos que la media de la UE y sigue la misma tendencia creciente.
- En relación con las medias de la Unión Europea, España tiene una menor densidad de enfermeras. A lo largo de los años, la proporción entre enfermeros y médicos se ha mantenido por debajo de la media de los países de la UE (1,41 frente a 1,97 en 2021 en todo el sistema) (p. 85).
- El número de profesionales de atención primaria se ha mantenido bastante estable en el periodo 2014-2022, mientras que los médicos y enfermeras de atención especializada han aumentado un 18 % y un 24 %, respectivamente.
- Escasez en algunas especialidades y zonas rurales (especialmente médicos de atención primaria).
- Plan del Ministerio de Sanidad para aumentar el número de licenciados y médicos internos con incentivos para cubrir puestos de difícil cobertura.
- Aumento sustancial del número de facultades de Medicina en España (de 28 en 2010 a 53 en 2023, públicas y privadas), pero el número de graduados en Medicina en 2023 fue el más bajo desde 2016, por debajo de la media regional europea.
- Gran aumento a lo largo de los años de los trabajadores temporales en el sector público (41,9 % en 2020 frente a 28,5 % en 2012). Desde 2022 se han adoptado medidas para aumentar la estabilidad.

■ Recursos de capital

- La inversión en capital productivo, tras desplomarse en la crisis 2008-2012, ha crecido desde el 1,5 % del gasto sanitario público total en 2013, al 2,3 % en 2022, todavía lejos del 4,4 de 2008. (p. XIX). Gracias al Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, desde 2021 se ha producido un esfuerzo de renovación de los equipos médicos, reduciéndose las desigualdades geográficas (p. 80).
- El número de camas hospitalarias se ha mantenido constante entre 2015-2022, y se situó en 296 camas por cada 100.000 habitantes, representando las camas públicas el 81,4 % del total en 2022.

■ Salud digital

El informe del OESPS destaca algunos progresos notables:

- Tarjeta sanitaria digital.
- Receta electrónica.
- Historia clínica que permite el intercambio de información entre regiones y transfronteriza.

■ Equidad

En el sistema de salud español existen inequidades en varias dimensiones. El Informe del Observatorio Europeo destaca:

- En relación con la equidad vertical en la financiación, como el SNS está financiado con impuestos, la progresividad correrá pareja a la del sistema fiscal. No hay mucha evidencia reciente sobre la progresividad general del sistema fiscal, pero deberíamos conjeturar que ha disminuido al haber aumentado la imposición indirecta (p. 55).

- En el acceso a los servicios también hay problemas de equidad. En cribado del cáncer, existen diferencias notables entre los grupos de renta alta y los de renta baja, además de que el SNS registra tasas inferiores a la media de la UE (p.136).
- Las desigualdades están igualmente presentes en el ámbito de los resultados en salud. Las personas con mayor educación tienen una esperanza de vida tres años más prolongada que las que únicamente tienen educación primaria (nuevamente hay que recordar que la esperanza de vida no solo se explica por el sistema sanitario). En salud autorreportada, obesidad, hábito tabáquico y episodios de consumo intenso de alcohol existen también importantes desigualdades. En 2019 en el grupo de edad 15-29 la obesidad alcanza en el quintil más pobre el 5,7 %, frente al 2,1 % en el quintil más rico (p. 148).

■ Reformas recientes⁵

Según el Informe del Observatorio Europeo las principales reformas recientes han sido:

- Iniciativas legislativas tendentes a mantener la universalidad (basada en la residencia), equidad y cohesión.
- Estrategia de Atención Primaria para impulsarla y adaptarla a las nuevas necesidades.
- Regulación de la eutanasia.
- Prescripción de medicamentos por las enfermeras en ciertas circunstancias.
- Colectivos adicionales de personas vulnerables eximidos de pagar la aportación de los usuarios al precio de los medicamentos con receta y ortoprótesis. Estas exenciones nuevas beneficiaron a 7,4 millones de personas en 2024 (p. 119) (fueron introducidas por la Ley 11/2020 de Presupuestos Generales del Estado para 2021).

■ Retos futuros

El Informe del OESPS que resumimos destaca (p. XVI, XXI, 157):

- Mejorar el acceso a la asistencia, reducción de listas de espera.
- Cobertura limitada de la atención dental y oftalmológica.
- Ciertos factores de riesgo como la obesidad y el sobrepeso (sumados afectaron al 39 % de los niños de 6 a 9 años en 2018-2020, 10 puntos porcentuales más que la región europea de la OMS), el tabaco (primera causa de mortalidad evitable) y el consumo de alcohol y drogas ilegales siguen siendo motivo de preocupación.
- Persisten las desigualdades socioeconómicas en materia de salud.
- Algunas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial y la diabetes, han seguido aumentando.
- Mejorar la eficiencia técnica. Reducir las intervenciones de escaso valor (procedimientos no apropiados o ineficaces) y mejorar el uso de tratamientos eficaces.
- Sostenibilidad del personal sanitario⁶.
- Aumentar la cobertura de programas preventivos eficientes (cribado colorrectal, mamografías, vacunación del personal sanitario...)⁷.

⁵ Podría añadirse la reforma de la temporalidad (contratos precarios) abordada por el RDL 12/2022.

⁶ Conviene precisar que es imprescindible reformar la política, organización y regulación de los recursos humanos como argumentamos en el epígrafe 4 y defendió en algunos aspectos la CRSE en su dictamen (véase el epígrafe 5 de este estudio).

⁷ Habría que añadir, además, como reto extender y mejorar la evaluación de tecnologías sanitarias, aunque se están desarrollando ya reformas legislativas y mejoras en los organismos responsables.

4. UN SISTEMA SANITARIO NECESITADO DE REFORMAS

4.1. Consenso reformista versus buen desempeño del sistema

Actualmente el **consenso acerca de la necesidad de reformar nuestro SNS** es muy amplio, en lógica respuesta a las dificultades que experimenta. Efectivamente, existe una gran preocupación por el futuro del SNS. El profesor Ortún, destacado estudioso y largamente curtido en la gestión, lo diagnosticó en 2013 como “buen sistema, pero con pronóstico reservado” (Ortún, 2013). Urbanos y Bernal (2024) han insistido en este pronóstico. Pero once años después, Ortún ha considerado que “se enfrenta a un mal pronóstico si no se llevan a cabo cambios profundos en su gestión” (Ortún, 2024) y Beatriz González que hay que abordar su reconstrucción (González López-Valcárcel, 2024). Hay que reparar en que no es el único sistema de salud con problemas. Según la OECD, Europa se enfrenta a un momento crucial de la evolución de los sistemas de salud del continente (OECD/European Commission, 2024). En Inglaterra que el National Health Service “se encuentra sumido en una crisis seria... y todo el mundo lo sabe...” es la primera conclusión del informe Darzi, encargado por el ministro de sanidad y publicado en 2024 (Darzi, 2024).

Sin embargo, es cierto que nuestro sistema ofrece ciertos **indicadores positivos**. Dejando aparte el muy buen dato de la esperanza de vida por recoger influencias muy diversas y su menor especificidad, podemos reflejar mejor el desempeño de la asistencia sanitaria con dos indicadores más finos. La “mortalidad prevenible” por 100.000 habitantes (tasa estandarizada menores de 75 años) en España era en 2021 de 134 fallecidos frente a 200 de media en la UE y la “mortalidad tratable” era el mismo año de 61 fallecidos frente a 93,3 por 100.000 (según datos de Eurostat, 2024a)⁸, una diferencia consistente en el tiempo (European Commission, 2023). En comparación internacional el sistema sanitario español se sitúa, pues, en muy buena posición. Según el Índice de Acceso y Calidad de la Asistencia Sanitaria –HCAQI, en inglés– seguramente el mejor instrumento para estas comparaciones⁹, en 2019 España estaría en **noveno lugar en el grupo a la cabeza de todos los países del mundo**, como se ve en la tabla 1 (en 2017 era el sexto). Obsérvese que es un grupo de países de muy alto nivel de bienestar y todos también de un nivel de renta superior al nuestro y todos con población muy inferior. En PIB per cápita (índices de volumen y ppp) España es el país 15 entre los de la UE, y Canadá y Australia también tienen renta bastante superior a la nuestra (Eurostat, 2024a y 2024b).

Tabla 1. ÍNDICE DE ACCESO Y CALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA (HCAQI) 2019

Año	País	Índice HCAQI
1	Islandia	93,1
2	Suiza	92,6
3	Holanda	91,1
4	Canadá	90,7
5	Noruega	90,4
6	Suecia	90,4
7	Australia	90,2
8	Irlanda	90,1
9	España	89,7

Fuente: GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators (2022).

⁸ La “mortalidad prevenible” es la mortalidad que puede evitarse principalmente mediante medidas de salud pública e intervenciones de prevención primaria efectivas. La “mortalidad tratable” se define como las muertes prematuras que podrían haberse evitado a través de una atención sanitaria oportuna y eficaz. Ambas sumadas son la mortalidad evitable.

⁹ El HCAQI cuantifica los niveles nacionales de acceso y calidad a la asistencia sanitaria. Utiliza los resultados del estudio de la Carga Global de las Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo (en inglés, *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study – GBD –*) para construir una medida sintética. Tiene cobertura universal y utiliza tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo (RSDRs) y ratios de mortalidad respecto de incidencia (MIRs), para excluir el efecto de factores ajenos al sistema sanitario (GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2022). El GBD es elaborado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) de la Universidad de Washington en Seattle.

Sin embargo, conviene tener en cuenta otros indicadores no tan favorables. Si bien la esperanza de vida general es tan prolongada, en España la esperanza de vida libre de discapacidad al nacer (años de vida saludable) en 2022 es ligeramente inferior a la media de la UE, aunque a los 65 años es más favorable en España (Eurostat, 2024)¹⁰. En España, el estado de salud general es bueno solo para el 62 % de los mayores de 15 años, por debajo de la media europea del 69 %, el sexto país con peor percepción. Los que perciben su salud general como mala llegan al 10 %, que supera la media europea del 7 %, y sitúan a España como el cuarto país peor (según la European Social Survey de 2024). (Funcas, 2025b). Hay que advertir que todos estos indicadores no solo se explican por el sistema sanitario, sino por diversos factores determinantes de la salud, individuales y sociales.

4.2. El impacto de la pandemia del SARS-COVID-19

La pandemia de la COVID-19 sometió a los **sistemas sanitarios** a una **presión** extrema. En su último informe epidemiológico sobre la pandemia, la OMS indica que desde su comienzo en enero de 2020 hasta el 10 de noviembre de 2024 se habían reportado 776,8 millones de casos; 28,1 millones de hospitalizaciones y más de 7 millones de muertes en 234 países. Pero estimados por el método de la mortalidad en exceso, los fallecimientos ascendieron a 14,91 millones solamente en 2020 y 2021. Desde la segunda mitad de 2022 los fallecimientos disminuyeron de forma significativa, debido a la creciente inmunidad adquirida por la propia infección o por la vacunación. Las personas mayores de 65 años son las que tuvieron y tienen mayores riesgos de enfermedad grave y fallecimiento. La COVID-19 continúa imponiendo una carga sustancial a los sistemas de salud, por el efecto de la COVID de larga duración y porque siguen apareciendo nuevos casos: entre el 14 de octubre y el 10 de noviembre de 2024 se informaron a la OMS 201.000 casos nuevos (cifra infraestimada porque los países no reportan o están integrando esta información en la general de enfermedades respiratorias) (WHO, 2024).

El informe de evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia del coronavirus (lanzado por el Consejo Interterritorial del SNS –CISNS– el 22 de septiembre de 2021 con el nombramiento del equipo de planificación y coordinación y presentado en el CISNS y hecho público el 21 de diciembre de 2023) proporciona datos básicos sobre su impacto. Durante las cinco primeras ondas, desde febrero de 2020 hasta octubre de 2021, los registros oficiales cifran en casi cinco millones los casos confirmados, 431.891 hospitalizaciones, 41.138 ingresos en UCI y 87.080 personas fallecidas (Hervada *et al.*, 2023). Estas cifras registradas infravaloran el impacto real. Según el método del exceso de mortalidad, hasta mediados de octubre del 2021 se produjeron 95.000 decesos, que cabe atribuir a la pandemia (Hervada *et al.*, 2023). A pesar de todo, España fue uno de los 17 países menos afectados en términos de mortalidad normalizada por edad atribuible a la COVID-19 (menos de 44 por 100.000) y uno de los seis menos afectados por mortalidad normalizada atribuible a otras causas relacionadas con la pandemia (GBD 2021 Causes of Death Collaborators, 2024).

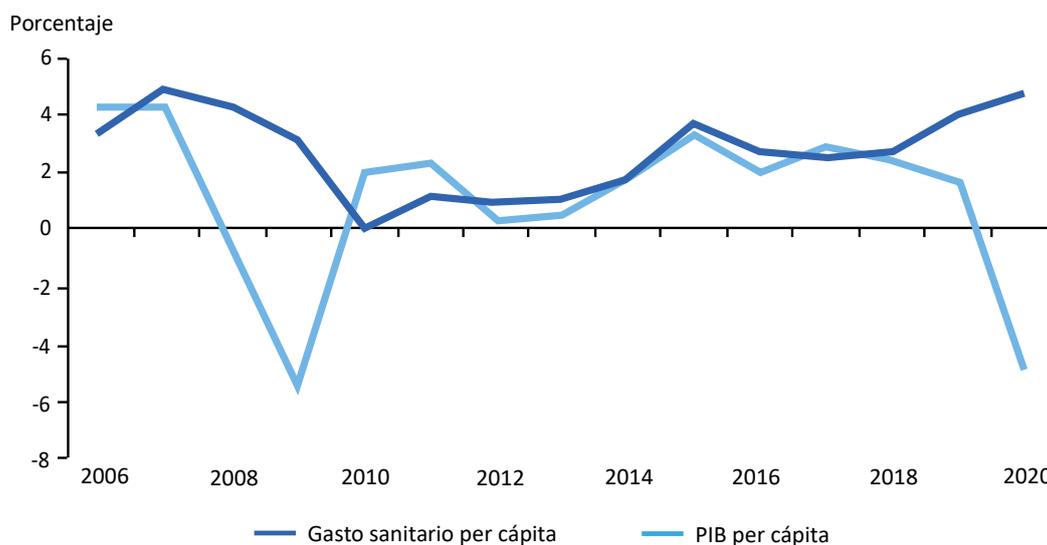
Las consecuencias de la COVID-19 en el sistema sanitario español han sido prolongadas y se siguen sufriendo. Hasta el 7 de octubre de 2021 se registraron 148.702 infecciones en el personal sanitario, de los cuales 12.367 se habían contagiado en un centro sanitario (Ministerio de Sanidad CCAES [2021], aunque es un dato difícil de afinar), y la Organización Médica Colegial estimó en 112 los médicos fallecidos hasta el 18 de marzo de 2021 (OMC, 2021). Además de las infecciones en la población general que siguen aflorando, hay que afrontar la COVID de larga duración, los importantes problemas de salud mental causados y la sobrecarga resultante de los retrasos en el diagnóstico y manejo del resto de patologías, así como en los programas de cribado (Hervada *et al.*, 2023).

La conmoción sufrida por los sistemas sanitarios se enmarca en una **crisis social y económica** a escala global sin precedentes en tiempos modernos (Banco de España, 2021). El impacto súbito y generalizado de la pandemia del coronavirus y las medidas de suspensión de las actividades ocasionaron una drástica contracción de la economía mundial, la peor recesión desde la Segunda Guerra Mundial, y la primera vez desde 1870 en que tantas economías experimentarían una disminución del producto interior per cápita (Banco Mundial, 2020). Es expresiva la figura 1. Aunque la contracción de la actividad en 2020 fue la mayor de la que se tiene memoria, las extraordinarias medidas de respaldo evitaron consecuencias económicas aún peores (FMI, 2021a). A mediados de 2021 el FMI proyectaba que la economía mundial crecería el 6,0 %, pero con una brecha entre países con

¹⁰ Esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en 2022: 61,7 hombres y 60,6 mujeres, frente a la media de la UE: 62,4 y 62,8, respectivamente. Esperanza de vida libre de discapacidad a los 65 años: 9,5 hombres y 9,8 mujeres, frente a la media de la UE: 8,9 y 9,2 (Eurostat, 2024).

acceso a vacunas que normalizarían su actividad a finales de año (casi todas las economías avanzadas) y países sin acceso a vacunas, con peores perspectivas y sin que la recuperación estuviera asegurada a nivel global (FMI, 2021b).

FIGURA 1. CRECIMIENTO ANUAL REAL DEL GASTO SANITARIO PER CÁPITA Y DEL PIB
OECD 2005-2020 (media de 22 países)



Fuentes: OECD 2021 Health at a Glance; 2021 OECD Indicators.

Nuestro país fue uno de los que sufrieron con mayor intensidad la **pandemia** en su **economía**. La contracción del PIB de un 10,8 % en 2020 fue una de las más desfavorables entre las economías avanzadas (Banco de España, 2021). Sucedieron luego nuevos choques externos, como la desorganización e interrupción de las cadenas de suministro globales, la guerra de Ucrania y un proceso inflacionario global agudo. A pesar de ello, la economía ha demostrado en 2022 resistencia en un contexto adverso e incierto (Banco de España, 2023); dinamismo y resiliencia en 2023 (Banco de España, 2024) y continuó mostrando un comportamiento positivo en 2024 (Funcas, 2025). En el segundo trimestre de 2024, el PIB en España se situó un 5,7 % por encima del nivel previo a la pandemia, una brecha positiva mayor que la del conjunto de la Unión Económica y Monetaria (UEM), que no pasó del 4,2 % (Fernández *et al.*, 2024).

Sin embargo, en las últimas décadas, el crecimiento de la economía española no ha sido suficiente para lograr la convergencia con el nivel de renta per cápita de la eurozona. Esta falta de convergencia ha venido determinada, fundamentalmente, por la persistencia en el tiempo de dos deficiencias bien conocidas: baja productividad y tasa de empleo reducida (Banco de España, 2023); (Gavilán, 2024). El crecimiento de la población y la atonía de la inversión son dos variables fundamentales explicativas de nuestra evolución reciente (Arnal, 2024). Estas tendencias tienen la mayor importancia para el SNS porque el crecimiento económico es la restricción fundamental que acota su progreso. Si la economía española sigue una senda de crecimiento continuada y estable la viabilidad del sistema sanitario puede garantizarse, siempre que las ventajas y posibilidades que abre el crecimiento no sean malogradas por políticas erróneas (Lobo, 2017).

4.3. La situación actual

4.3.1. Síntomas inquietantes: preocupación ciudadana, seguros y gasto privado y listas de espera

Cinco años después de la pandemia observamos **síntomas preocupantes** en el sistema sanitario español. Según el Barómetro Sanitario de octubre de 2024 la sanidad sería el **segundo problema que más afecta perso-**

nalmente a los españoles, tras las dificultades económicas, aunque la sanidad se coloca como octavo problema de España (Ministerio de Sanidad, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2024). La población cubierta por algún **seguro privado** (sin contar los mutualistas de MUFACE, MUGEJU o ISFAS que eligen proveedor privado) ha pasado de 7,3 millones de personas (el 15,8 % de la población) en 2015, a 10,3 millones (el 21,6 % de la población) en 2022 (Urbanos y Bernal, 2024). No se puede olvidar que una parte importante de los seguros privados son colectivos, contratados por las empresas como parte del paquete salarial. En 2021 la empresa asumía el coste en un 42,5 % de los casos (López Casanovas, 2022b). No solo hay gasto de las familias en seguros privados. La **financiación a cargo de la población (privada)** del gasto sanitario nacional es muy elevada en comparación con la Unión Europea. En 2022 el 25 %, frente al 19 % europeo, lo que se puede interpretar como que el sector público sanitario es más pequeño en España. La mayor parte es gasto directo de las familias (“del bolsillo”), en odontología, óptica y optometría, copagos de medicamentos, medicamentos no cubiertos... y en seguros privados (OECD/ European Commission, 2024). Esta realidad matiza el carácter universal del aseguramiento público.

Los **seguros privados gozan de beneficios fiscales importantes**. La deducción fiscal en el IRPF (15 %) del gasto sanitario y primas de seguros privados individuales de asistencia sanitaria, desapareció en 1999¹¹. Pero la misma ley del IRPF estableció que el empleado asegurado no tiene que tributar por rendimientos del trabajo por las primas o cuotas satisfechas directamente por su empresa a entidades aseguradoras (pago en especie) para la cobertura de enfermedad del empleado y sus familiares directos, cuando se cumplan ciertos requisitos y con un límite de 500 euros anuales. También, en caso de régimen de retribución flexible, la prima se reduce de la base imponible del empleado (art. 46 Reglamento IRPF). Este incentivo para contratar seguros privados colectivos es uno de los mayores en todo el impuesto de la renta (Ibern, 1999). Para los autónomos y las empresas con asalariados, el coste del seguro que contratan para sus empleados es fiscalmente un gasto deducible en el impuesto sobre sociedades por la misma cantidad que los trabajadores. El seguro de salud individual no desgrava. La misma ley del IRPF –en su DA 13– estableció que los seguros sanitarios quedan exentos del pago del impuesto sobre las primas de seguros de riesgo (Freire, 1999; Ibern, 1999). Tampoco se puede olvidar que la sanidad en general está ampliamente exenta de IVA, exención que tiene carácter regresivo, aunque hay argumentos en contra de su eliminación (López Casanovas, 2022a). En suma, el régimen fiscal de los seguros privados sanitarios es muy favorable, sin duda un factor decisivo de su expansión. Además, cabe pensar que la exención del IVA y la supresión de la deducción en IRPF favorecen la opacidad fiscal de la medicina privada, lo que elevaría mucho su rentabilidad relativa.

Pero, por otro lado, la expansión de los seguros privados también se explica por las **listas de espera**, en este caso una manifestación de “voto con los pies”, como resaltan muchos analistas. Según el Barómetro Sanitario son ellas la causa principal del doble aseguramiento, lo que no puede extrañar, pues los últimos datos son los peores de la historia registrada. En 2023 la espera media para acceder a una cirugía no urgente era de 112 días; 87 días para una primera consulta con el especialista; 9 días para atención primaria, quizás el dato más preocupante pues superar las 48 horas de demora en AP es un mal indicador (Urbanos y Bernal, 2024). Además, no se suele reparar en que las demoras tienen un cierto sesgo de clase social. Las más altas permanecen en lista de espera en menor proporción que las más bajas y cuando esperan, lo hacen durante menos tiempo (Bosque Mercader *et al.*, 2023 y la bibliografía que citan); (Simó, 2017); (Ministerio de Sanidad, s.f.).

Además de estos síntomas preocupantes, habría que añadir el retraso de España en generalizar la evaluación sistemática de **tecnologías sanitarias**, que es fundamental para orientar la incorporación de la innovación a los tratamientos de calidad y para controlar el gasto sanitario. Sigue siendo un reto aunque hay desarrollos parciales y se están desarrollando ya reformas legislativas y mejoras en los organismos responsables (Oliva *et al.*, 2023).

4.3.2. La arquitectura (des)organizativa y el mal gobierno del Sistema Nacional de Salud de España (SNS)

En la base de estas dificultades subyacen dos confusiones fundamentales acerca de la **arquitectura organizativa e institucional del SNS**. Primera, trasladar, sin modificaciones, el **modelo** organizativo y de personal de

¹¹ Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y otras normas tributarias.

los poderes y **administraciones públicas** (diseñado para ejercer las funciones tradicionales del Estado: regular, inspeccionar, juzgar, sancionar, recaudar, o tramitar derechos y obligaciones de los ciudadanos (actuaciones propias de la función pública), a la producción o provisión de servicios para los cuales no está adaptado. Cuando se trata de servicios complejos como los sanitarios esta confusión es particularmente grave. Otra frase lapidaria de B. González: “No se pueden gestionar los servicios sanitarios como si fuesen un negociado” de un ministerio o de la Seguridad Social. Se ha dicho también que “el SNS ha mostrado su fortaleza y su gran resiliencia en la crisis (de la pandemia de la COVID-19), pero también se ha visto la debilidad e inadecuación de su arquitectura institucional, de su marco legal, organizativo y funcional, en definitiva, del sistema de gobernanza sanitaria con el que las CC. AA. se relacionan entre sí y con el Ministerio de Sanidad” (Freire y Repullo, 2022).

Otros rasgos característicos de esta arquitectura institucional inadecuada son:

- No existe separación entre financiación, compra y provisión (suministro) de los servicios sanitarios, salvo en Cataluña. Esta separación se considera que es muy conveniente y está muy extendida en los países comparables al nuestro.
- Las decisiones de la meso y microgestión en general están muy centralizadas en los gobiernos regionales (poder político), pues se adoptan por órganos dependientes directamente de ellos.
- La escasa o nula autonomía de las unidades prestadoras de servicios (hospitales, centros de salud, áreas sanitarias), que carecen de personalidad jurídica y están sujetas a un presupuesto rígido.
- No existen órganos colegiados de gobierno (Repullo y Freire, 2024b).
- En general, la organización de los hospitales es la tradicional, basada en una estructura de servicios por especialidades médicas y no en procesos asistenciales.
- El personal sigue un régimen casi funcional según una legislación general (el “Estatuto Marco”) a la que nos referimos un poco más abajo.

Otro rasgo (des)organizativo muy importante es que hasta hace poco la legislación no atribuía claramente al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el carácter de “conferencia sectorial” con decisiones por mayoría obligatorias y vinculantes para todos, (Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, cuando la AGE ejerza funciones de coordinación), y que esta naturaleza no se acepta pacíficamente por algunos actores políticos.

A pesar de este modelo calcado de las administraciones públicas es **insuficiente la adecuación del SNS español a los principios de buen gobierno**, que en la literatura de sistemas sanitarios se resumen en cuatro dimensiones: transparencia, rendición de cuentas, participación, integridad o completitud de procedimientos y reglas y capacidad operativa¹². Por ejemplo, los directivos –excepto las jefaturas médicas de los servicios– son de nombramiento y cese discrecional por el poder político, salvo excepciones (Repullo y Freire, 2024b).

4.3.3. Organizar con mayor flexibilidad versus privatizar

La segunda confusión es defender que los servicios sanitarios dejan de ser públicos si no se producen por las administraciones directamente y según el modelo burocrático, en nuestro caso por las Consejerías de Sanidad y los Servicios de Salud de las CC. AA. Erróneamente se defiende que hay **privatización**, aunque la financiación sea pública y el ciudadano no pague nada en el punto de recepción del servicio y la Administración mantenga potestades de control sustanciales, en cuyas condiciones seguirá siendo un servicio público, como puede ocurrir con una empresa pública o una agencia con personalidad jurídica o con un contrato de prestación de servicios con una empresa privada. La confusión puede derivar de la falta de información o ignorancia, pero también de graves

¹² Es el “marco TAPIC”: T por Transparency / transparencia; A por Accountability / rendición de cuentas; P por Participation / participación; I por Integrity / integridad o completitud de procedimientos y reglas; C por Capacity/ capacidad operativa. (Greer *et al.*, 2016).

conflictos de intereses que no se suelen desvelar. En muchas provincias las instituciones sanitarias son las principales empresas. Mantener un férreo control de las mismas proporciona poder, influencia y quizás futuro profesional a los políticos. También las organizaciones corporativas implicadas prefieren la organización burocrática. Igualmente, algunos profesionales resultan beneficiados por este régimen.

En los **últimos tiempos las cosas han ido empeorando**. Por ejemplo, se han suprimido o recortado las organizaciones menos centralizadas y burocráticas que, entre otras oportunidades, permiten una gestión más flexible del personal. Los ejecutores han sido gobiernos de todo color, incluso autoproclamados liberales. Las concesiones que funcionaban en la Comunidad Valenciana, con el famoso modelo Alzira a la cabeza, comenzaron a revertirse a la Administración en 2018 (pueden verse evaluaciones bien fundamentadas de esta experiencia en Comendeiro-Maaløea *et al.*, 2019; Serra *et al.*, 2017). Las agencias públicas empresariales que había en Andalucía se suprimieron en 2021-2022 (Jiménez Fuente, 2022). Negrín y Ortún (2024) hablan del “aplantillamiento general que ha ido acabando con el ensayo de nuevas formas de gestión iniciado en la última década del siglo pasado... un proceso de uniformización y de retorno al derecho administrativo en prácticamente todas las CC. AA. y con independencia del partido gobernante”, con excepción de Cataluña donde perduran formas de gestión indirecta.

El artículo 1 del **Anteproyecto de Ley “para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del SNS”** que se publicó en trámite de audiencia e información pública el 16 de noviembre de 2021, reservaba la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios preferentemente a “la fórmula de gestión directa de carácter público” (Ministerio de Sanidad, 2021). El Proyecto enviado a las Cortes en junio de 2022, admitió la gestión por entidades del sector público institucional (como empresas públicas), pero siguió limitando la posibilidad de ciertos (contratos para la producción y gestión de servicios por entidades privadas) (Congreso de los Diputados, 2022). También derogaba la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que abrió posibilidades a las organizaciones y la gestión más plásticas, que fue objeto de un amplio consenso¹³. Afortunadamente, el Proyecto embarrancó por la oposición de ciertas CC. AA. y decayó con la convocatoria de elecciones.

En la actual XV Legislatura 2023-2027 el anterior proyecto legislativo del Ministerio de Sanidad cuando estas líneas se escriben (primavera 2025) se ha fragmentado en tres:

- Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del SNS. Hasta la fecha solamente se conocen sus líneas muy generales plasmadas en una convocatoria de consulta pública previa (Ministerio de Sanidad, 2024b). Incide, con una filosofía subyacente en la línea de los proyectos de 2021 y 2002 mencionados, en el tema de la titularidad de la gestión pública o privada, pero de una forma en principio menos radical. Critica, brevemente, el desarrollo de la normativa que permitiera la gestión de la sanidad pública por parte de empresas privadas y propone limitarla cuando tenga ánimo de lucro, mejorar la transparencia y rendición de cuentas y facilitar la reversión. Además, no se pronuncia a favor de la gestión directa administrativa, sino que, por el contrario, propone establecer “prácticas de gestión pública que hagan capaz, alinear la gestión del sistema sanitario público con los objetivos de salud de la sociedad española”. Es una formulación muy general e imprecisa, pero parece reconocer que las fórmulas de gestión pública actuales no son satisfactorias. Este proyecto, hasta la fecha no parece haber tenido ningún desarrollo ulterior.
- Proyecto de Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud (Congreso de los Diputados XV Legislatura [2019-2023] y 2024b). Amplía y aclara el ámbito de protección personal del SNS en relación con inmigrantes, extranjeros y españoles en el extranjero, define la cartera común de servicios suprimiendo la noción de cartera complementaria que introdujo el RDL 16/2012, actualiza y completa la extensión de la atención especializada y sociosanitaria y extiende la regulación de la aportación de los usuarios al precio de los medicamentos a los colectivos ahora incluidos en el sistema, medidas todas que parecen positivas.
- Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (Congreso de los Diputados XV Legislatura. [2019-2023] y 2024c). Este PL

¹³ Recibió los votos a favor del PP, PSOE, CiU, PNV y CC. Solo votaron en contra el BNG e IU.

parece muy positivo. Introduce con generalidad el informe de impacto en salud de los proyectos normativos, crea un Foro abierto de salud como órgano adicional de participación, regula el Fondo de Garantía Asistencial y aspectos de la prestación ortoprotésica, crea el Consorcio de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS y establece las condiciones generales de acceso y tratamiento de los datos en el ámbito sanitario.

Estos proyectos se enfrentan a dificultades derivadas de la situación política general y del problema competencial que se plantea con las CC. AA. al abordar la reorganización de la gestión de los servicios sanitarios, dada la regulación contenida en el bloque de la constitucionalidad. Sin embargo, las facultades que tiene el Estado para dictar legislación básica y ejercer la coordinación general del sistema, seguramente son suficientes para superar estas últimas dificultades.

Esta evolución se produce siendo así que hay algunas pruebas científicas de que **organizaciones más dúctiles –sean de titularidad pública o privada– pueden ser más eficientes** (Pérez Romero *et al.*, 2019) y de que no hay evidencia concluyente de que la titularidad pública o privada determine unívocamente mejores resultados en salud, siendo las concretas circunstancias locales, institucionales y del diseño de los contratos y comportamientos de los agentes las que pueden tener una influencia decisiva, más allá de la titularidad (Meneu *et al.*, 2023; López Casanovas, 2023b; Peiró Moreno, 2017).

Como vamos a ver en el epígrafe 5 el Dictamen de 2020 de la CRSE propone medidas para abordar estos problemas de estructura organizativa. Se basa en sugerencias que se han hecho muchas veces por los expertos y estudiosos del tema. Mencionemos aquí solamente algunas muy importantes propuestas en el Informe SESPAS 2024 (Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria):

- Dotar de autonomía a los centros productivos de servicios sanitarios.
- Someter a unas mismas “reglas del juego” a dichos centros y servicios sanitarios financiados públicamente, sean de gestión pública directa o indirecta: objetivos públicamente establecidos, incentivos y evaluación/rendición de cuentas; utilización de métricas comunes de evaluación del desempeño y disponer de una capacidad de gestión clínica comparable entre las diversas formas organizativas.
- Favorecer la estimulante competencia por comparación a partir de las condiciones anteriores (Negrín y Ortún, 2024).

4.3.4. La política de personal rígidamente burocrática

La **política de personal**, rígidamente burocrática, se considera uno de los nudos gordianos que tiene apesadado al SNS, a pesar de que la organización, el personal y los incentivos son la clave del arco en todos los sistemas sanitarios, mucho más que el volumen de los recursos disponibles. Ya el Informe Abril en 1991 decía que: “El marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantean las relaciones de personal en el ámbito sanitario, especialmente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia; por ello, algunos profesionales se encuentran lógicamente desmotivados” (Comisión Abril, 1991). Hoy, 34 años después, ese marco ha cambiado muy poco y sigue habiendo un consenso amplio entre los especialistas acerca de que esta política perjudica los resultados del sistema y que sus actuales condiciones no son ni necesarias ni suficientes para una buena y estable relación laboral, siendo así que “los recursos humanos son el determinante clave de la efectividad del Estado del bienestar” (Negrín y Ortún, 2024) y, desde luego, del sistema sanitario. Otra gran conocedora del SNS, Beatriz González López-Valcárcel, dice que la política de personal parece estar diseñada por su peor enemigo. En el mismo sentido, Hernández Pascual (2024) considera que uno de los principales retos del SNS son los desequilibrios recurrentes entre oferta, demanda y necesidades de personal. Además, en las últimas décadas no se han producido novedades dignas de mención en la gestión del personal sanitario del SNS (Repullo y Freire, 2024b)¹⁴. El último Informe bienal de la Sociedad Española de

¹⁴ Aunque sean pruebas impresionistas son un pésimo síntoma de las deficiencias de la política de personal la sentencia judicial e informaciones aparecidas en los medios de comunicación en 2024 sobre ciertos servicios de hospitales importantes de Madrid, en especial por la persistencia de los problemas durante largo tiempo. (Tribunal Superior de Justicia de Madrid, 2024; Olaizaola, 2024; Jiménez Segura y Peinado, 2024).

Salud pública y Administración Sanitaria (SESPAS) correspondiente a 2024 está monográficamente dedicado a este tema y los artículos de prestigiosos especialistas que lo componen constituyen una exposición muy completa y actualizada de los problemas principales en este campo y los vamos a utilizar ampliamente en lo que sigue (SESPAS, 2024). Conviene detenerse un poco en estas cuestiones dada su trascendencia, pues es imposible que el sistema aumente su eficiencia productiva y compita con el sector privado, sin una política y unos instrumentos de gestión de personal adecuados a la naturaleza compleja de los servicios que presta.

Lo primero que hay que decir es que **no son cuestiones fáciles**, pues están afectadas de lleno por el conflicto que para la organización del Estado moderno y, en particular, para el Estado del Bienestar, se plantea entre modelo burocrático –que busca seguridad jurídica– y el modelo gerencial, que busca eficacia. Conseguir que no compitan, sino que convivan de manera armónica, es un gran desafío de nuestro tiempo (Ramió, 2020). **Tampoco son cuestiones estrictamente idiosincráticas de España.** Según la OCDE y la Comisión Europea uno de los principales retos que los sistemas europeos de salud tienen que enfrentar en la próxima década es resolver los problemas relativos a los recursos humanos (OECD/European Commission, 2024).

El problema central no parece ser el **número de médicos** pues los activos por mil habitantes están por encima de la media de la Unión Europea (en 2022 la comparación era 4,3 frente a 4,2, es decir, la 13ª posición de la OCDE de 29 países). En cambio, es reducido el número de **enfermeras** ejercientes en términos absolutos y en relación con el de médicos¹⁵. En 2022 eran 6,1 por mil habitantes, inferior a la media del 7,5 en la UE-27, ocupando España la posición 22 de 29 (OECD/European Commission, 2024). También es escasa la incorporación e integración de personal técnico medio y superior, cada vez más exigido por las nuevas tecnologías. Por otro lado, se ha producido un incremento notable entre 2014 y 2023: del 30,8 % en el número de médicos en actividades hospitalarias y del 5,9 % en los encuadrados en actividades médicas y odontológicas¹⁶ (Hernández Pascual, 2024). El número de horas efectivas por trabajador en la sanidad pública desde 2014 a 2023 ha bajado un 12,6 %, debido a la reducción de la jornada media semanal (de 36,4 a 34,7 horas entre 2014 y 2023) y al crecimiento de las horas no trabajadas, que han pasado del 9,7 % al 17,2 %. En esta última variación influye la feminización, que ha pasado del 54 al 63 % (Hernández Pascual, 2024) y seguramente también el mayor absentismo, al menos en parte derivado del desgaste profesional causado por la pandemia de la COVID-19 de 2020-2021.

Frente al futuro, la estructura demográfica de los profesionales sanitarios se considera uno de los puntos débiles del SNS, pues presenta en el momento actual un **envejecimiento** intenso. Las cohortes del *baby-boom* de los años 60, incorporadas al SNS en su expansión de los 1980, se jubilan ahora y en los próximos años de modo que la expectativa es de **jubilaciones** numerosas, coincidentes y próximas. El 45 % de los médicos en actividades médicas y odontológicas públicas son mayores de 55 años, y el 26 % en actividades hospitalarias (Hernández Pascual, 2024). Esta situación favorece –en unión de la aguda temporalidad de los contratos– una excesiva rotación de las plantillas que socava el trabajo en equipos estables que es básico en los servicios sanitarios.

“Más que una escasez generalizada de médicos –o de enfermeros– existe un desajuste entre profesionales y puestos de trabajo que se hace muy patente en periodos de necesidad de cobertura de vacaciones” (Meneu, 2024). El problema más que los números absolutos son los desequilibrios en la disponibilidad de especialistas médicos, como ha puesto de manifiesto la estupenda serie de estudios de Patricia Barber y Beatriz González López-Valcárcel (2024), auspiciada por el Ministerio de Sanidad, que guían las convocatorias MIR y que suponen un instrumento de planificación imprescindible para poner remedio a dichos desajustes. Un problema conexo es la excesiva fragmentación de **especialidades médicas** y la consiguiente segmentación de servicios que dificultan la longitudinalidad de la asistencia y el trabajo en equipo.

¹⁵ Las comparaciones internacionales del número de enfermeras no son muy fiables porque la formación exigida y la definición de sus funciones varía y hay países que computan a las que aquí consideraríamos auxiliares de enfermería. El Tribunal de Cuentas Europeo (2024), la Directiva 2005/36/CE de la UE sobre el reconocimiento de calificaciones profesionales y la OMS (2020) destacan que las variaciones en la regulación y definición de las funciones de las enfermeras entre los Estados miembros pueden ser un obstáculo para la movilidad laboral y la comparabilidad de datos.

¹⁶ Estos datos son de la *Encuesta de población activa* del INE según la clasificación de la CNE, que incluye en actividades médicas y odontológicas no solo a los ocupados en atención primaria, sino también a los de instituciones de carácter ambulatorio, aunque sean de atención especializada, lo cual es un criterio diferente al de los sistemas de información sanitarios.

Las condiciones de **reclutamiento, selección y asignación de puestos de trabajo** son extraordinariamente deficientes. Destacan los concursos de cobertura de plazas multitudinarios, erráticos, prolongadísimos en el tiempo y conflictivos, con exámenes burocráticos y que se convocan para todo un servicio autónomo de salud y no son específicos de los centros concretos. Son “procesos burocráticos en los que al final son los profesionales los que seleccionan el puesto de trabajo, a despecho de los particulares requisitos o necesidades de éste” (Meneu, 2024). Los baremos priman circunstancias ajenas a la competencia profesional y adecuación al puesto –antigüedad, idioma local, doctorado, cursos...– (Meneu, 2024). Es conocido que dificultan la estabilidad de los equipos de trabajo establecidos, siendo así que su cohesión y experiencia compartida es condición de la calidad de la asistencia. Además, el personal no tiene un contrato referido a su puesto de trabajo, sino un nombramiento genérico de la categoría que corresponda y la especialidad (Repullo y Freire, 2024).

La rigidez para la **movilidad** y la adaptación a las circunstancias cambiantes, es un correlato necesario de todo lo anterior. Igualmente se constata la falta de una auténtica **carrera profesional**, es decir, del reconocimiento a una progresión en función de conocimientos, experiencia asistencial, docente y de investigación evaluados y con complementos retributivos. Las iniciativas para establecer la carrera profesional han tenido un “nulo impacto organizacional”, sus criterios no han abarcado todo el territorio nacional, no han respondido a parámetros reales de calidad y méritos y han sido heterogéneos, aunque sí ha producido algún efecto positivo al introducir, aunque fuera muy imperfectamente, evaluación del desempeño e incentivos (Pérez-García *et al.*, 2014). Repullo y Freire (2024) concluyen que el complemento de carrera profesional también se ha desnaturalizado y que su significación reputacional ha sido irrelevante.

La proliferación de la **temporalidad de los contratos** trata de compensar la rigidez de la contratación estable ordinaria y la imprevisibilidad de la financiación y del gasto sanitarios, pero es un expediente contraproducente y casi autolítico que contribuye decisivamente a la insatisfacción de los profesionales y a la excesiva rotación de las plantillas. Se considera otro de los puntos débiles del SNS (Hernández Pascual, 2024), uno de los más prominentes y denunciados. El personal temporal estatutario (interinos y sustitutos) pasó del 28,5 % en 2012, al 41,9 % en 2020 (INE) y alcanza el 42,2 % en 2023. La propia legislación general reconoce que “la tasa de temporalidad registrada en el empleo público de las instituciones sanitarias públicas alcanza tasas cercanas al cincuenta por ciento de su personal, habiendo sufrido una evolución muy desfavorable en el último decenio (47,3 en 2020) ... la temporalidad impide articular políticas de recursos humanos dirigidas a garantizar la calidad...” (Real Decreto-Ley 12/2022). Este fenómeno va a disminuir por efecto de la reforma de la temporalidad en 2022 (Real Decreto-Ley 12/2022) que empieza a mostrar sus efectos (Hernández Pascual, 2024).

No podemos entrar en las complejidades de concepto y diseño de los **incentivos** en el sector sanitario (Repullo y Freire, 2024a), pero admitamos que son un componente ineludible de la política de personal, que puede mejorar el desempeño y la retención de talento. Parece que las retribuciones de los médicos son bajas en España comparadas con las de Europa y otros países desarrollados (González López-Valcárcel y Barber, 2024; Lifschitz *et al.*, 2020). El gasto medio por ocupado en la sanidad pública está estancado desde 2014 en términos reales (Hernández Pascual, 2024), pues la perduración de las restricciones financieras derivadas de la crisis iniciada en 2008 y las elevadas tasas de inflación de 2022-2024 han absorbido las mejoras salariales del periodo intermedio. Sin embargo, también se destaca con datos de la OCDE que, en 2022, el salario de los médicos especialistas estaba en España 2,8 veces por encima del salario medio general y que los cálculos en paridad de poder de compra disminuyen las diferencias con otros países. En torno a 2018, los médicos ganaban más que ningún otro graduado universitario al cuarto año de haber obtenido su título, según datos del Ministerio de Ciencia e Innovación (García-Prado y González, 2024).

Las retribuciones en la red pública tienen un escaso componente variable según desempeño y cumplimiento de objetivos (González López-Valcárcel y Barber, 2024). El modelo retributivo del personal estatutario es complejo y orientado más a compensar actividades complementarias que a recompensar el buen desempeño. Las tentativas de incorporar complementos incentivadores han sido desnaturalizadas por una cultura igualitarista de la función pública. Los complementos de productividad y por carrera profesional se transmutan y se convierten en aumentos lineales o en función de la antigüedad. Las experiencias de discriminación entre profesionales

individuales han sido muy poco frecuentes y la conflictividad generada ha llevado a desistir de ellas. Dos componentes importantes de los ingresos son las guardias y la autoconcertación (coloquialmente “peonadas” que retribuyen actividades vespertinas para reducir listas de espera y que pueden interferir con el trabajo ordinario de las mañanas, creando conflictos de intereses). La permanencia de este modelo se explica por servir a los intereses de algunos de los agentes implicados –autoridades económicas y de función pública, para los médicos, los gestores, los políticos y los sindicatos—¹⁷ (Repullo y Freire, 2024b).

No solo se habría de tratar de incentivos monetarios, sino también de toda la variedad de dimensiones que abarca la compensación del trabajo de profesionales de alta especialización, singularmente las facilidades para la conciliación de la vida laboral y familiar dada la creciente feminización del SNS y especialmente para la medicina de familia (González López-Valcárcel y Barber, 2024). Están presentes, además, incentivos negativos, en particular la plaza “en propiedad”, que perjudican la productividad y el alineamiento con los objetivos del sistema de quien la consigue.

El ejercicio simultáneo en la sanidad pública y en la privada seguramente constituye un incentivo negativo perjudicial para la sanidad pública pues provoca conflictos de intereses y problemas de rendimiento. Según datos del Ministerio de Trabajo en 2017 la sanidad era uno de los sectores con mayor pluriempleo (104.354 trabajadores) y la tendencia es ascendente. Se ha estimado en un 40 % el número de médicos pluriempleados, con variaciones según especialidad y región. Además, suelen ser los médicos más calificados los que practican simultáneamente su profesión en los dos ámbitos (García Prado y González, 2024). La simultaneidad o compatibilidad está prohibida para los médicos de atención primaria, y también los concertos con proveedores privados han intentado desacoplarlos de la actividad pública (Repullo y Freire, 2024b). Para incentivar la dedicación exclusiva a la sanidad pública, las CC. AA. establecieron un complemento de exclusividad de alrededor de 800 euros. La incompatibilidad ha sido suprimida recientemente en casi todas las CC. AA. pero manteniendo el complemento y extendiéndolo a todos (García-Prado y González, 2024). Parece que el ejercicio simultáneo no está motivado solo por razones económicas, sino también por razones profesionales. Podría ser una respuesta a los fallos organizativos del sector público. Nuestros médicos estarían buscando en el sector privado el estatus y el reconocimiento que no alcanzan en el público. Pero el ejercicio simultáneo seguramente acarrea deterioro en la calidad, por menor esfuerzo, aumento del riesgo de negligencias médicas y de errores por trabajar demasiadas horas, comportamientos estratégicos y selección de pacientes, lo que determinaría más largas listas de espera e inequidades personales (García-Prado y González, 2024). “La muy prevalente práctica dual... existente en España supone un espacio de riesgo para el paciente-consumidor... Hay que ir hacia la extinción gradual de la concurrencia desleal que la práctica dual pueda suponer” (Negrín y Ortún, 2024). Sin embargo, la solución óptima parece difícil de alcanzar. Coincidimos en que no debemos temer al crecimiento de un sector privado bien regulado y en que el sector público no puede perder a los profesionales por falta de motivación (García-Prado y González, 2024).

Conectada a la falta de incentivos adecuados y a la presencia de los inadecuados está la **ausencia de evaluación** del rendimiento como herramienta de gestión para saber lo que funciona y lo que no y para que los profesionales sanitarios se sientan parte de un sistema efectivo que les motiva y reconoce (García Prado y González, 2024).

Las reformas necesarias para desarrollar una política **de personal** que permita al SNS alcanzar sus objetivos de calidad y sostenibilidad pueden no ser fáciles de implementar. González López-Valcárcel y Barber (2024) reconocen que para hacer política de RR. HH. con perspectiva de país y de largo plazo los cambios necesarios tienen que ser globales y radicales y su coste político puede ser muy alto. Repullo y Freire (2024b) indican que hay muy poco margen para la mejora en la gestión de personal y en la introducción de incentivos, pero que pueden abrir algunas oportunidades la presión contra la precariedad, la transformación digital y la posibilidad de que se establezcan islas de gestión clínica protegida que recluten al profesionalismo innovador. Todos estos autores se están refiriendo implícitamente a que las verdaderas **dificultades** que se oponen a estas reformas son **políticas** y no técnicas ni de escasez de recursos. Unas derivan de la situación política general del país estragada por la

¹⁷ Sobre el desempeño negativo de los sindicatos en el sector público véase (Ramió, 2016).

polarización e incapacidad de los partidos de llegar a acuerdos y su tendencia a tomar al SNS como un campo más de la contienda política. Otras consisten en las resistencias al cambio de políticos, funcionarios, sindicatos y colegios profesionales y grupos de interés, que consideran que tienen algo que perder con las reformas y se oponen acérrimamente a ellas. Sin embargo, es esperanzador que “los profesionales sanitarios, para atender a sus pacientes en extrema necesidad durante la pandemia de la COVID-19, hicieron saltar por los aires muchas de estas rigideces, con iniciativa, imaginación y superando las barreras burocráticas y de la costumbre. Nos dieron así además el contrafactual para la reforma organizativa. La pandemia mostró que una gestión ágil y resolutive es posible” (Negrín y Ortún, 2024).

Entre estas reformas la de la **legislación general**, a nivel nacional, contenida actualmente en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del **Estatuto Marco** del personal estatutario de los servicios de salud (que tiene raíces en tiempos de la Dictadura¹⁸), se considera –según muchas opiniones informadas– una de las reformas estructurales básicas del SNS. Se trataría de sustituir este modelo “estatutario” –desgraciadamente reforzado en tiempos recientes– y establecer un sistema moderno, flexible y eficiente de relaciones laborales, aunque sea por etapas prudentes y sucesivas. “Revisar a fondo el Estatuto Marco es la primera tarea regulatoria pendiente” (González López-Valcárcel y Barber, 2024). “Es este un instrumento inadecuado, tanto empíricamente, a la vista de los resultados cosechados (un 50 % de temporalidad entre los profesionales trabajando en el SNS), como conceptualmente, pues incumple las razones que normativamente justifican su existencia: «que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias, así como a las peculiaridades organizativas del SNS»” (La última frase es del RDL 12/2022, de 5 de julio) (Meneu, 2024). Esto supondría eliminar el régimen funcionarial, la “plaza en propiedad” y potenciar las dimensiones profesionales, como señalan González López-Valcárcel y Barber (2024) con una mejor definición de los perfiles y las funciones de las profesiones sanitarias.

Otras reformas concretas necesarias de la política de personal que se señalan en el Informe SESPAS 2024 son:

- Mejorar el conocimiento estadístico del personal empleado por el SNS con una única base de datos de los registros administrativos generados en la gestión de personal y de las nóminas. (Hernández Pascual, 2024).
- Armonizar los instrumentos de planificación y control del personal con los de la financiación autonómica –que necesita mayor certidumbre– y del gasto público –en el que las retribuciones de personal tienen un peso decisivo (la Comisión de RR. HH. del CISNS debería coordinarlos con el Ministerio de Hacienda) (Hernández Pascual, 2024).
- Un esfuerzo adicional en la planificación y la organización de los servicios exigida por la reforma de la temporalidad (Real Decreto-ley 12/2022) (Hernández Pascual, 2024).
- La enseñanza universitaria de las profesiones sanitarias debe adaptarse a las necesidades del sistema, aumentando el número de egresados universitarios de las universidades públicas y alineando los niveles de exigencia de las privadas (González López-Valcárcel y Barber, 2024), que tienen elevadas matrículas e inferiores requisitos de entrada.
- Flexibilizar la selección, el reclutamiento, la retención, la promoción, la evaluación y la incentivación del personal sanitario (defendido reiteradamente en el Informe SESPAS, 2024).
- Habría que buscar fórmulas que permitieran negociar individualmente y ofrecer a cada profesional condiciones ajustadas a sus heterogéneas preferencias (González López-Valcárcel y Barber, 2024).
- Evaluar el trabajo realizado, reconocer el mérito individual y colectivo con retribuciones variables y otros incentivos según resultados vinculados a los objetivos de salud del sistema. Habría de ser una

¹⁸ De conformidad con lo dispuesto en el art. 116.1 de la Ley de Seguridad Social de 21 de abril de 1966, el Decreto 3160/1966, de 23 de diciembre (BOE del 30), aprobó el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social, que entraría en vigor el 1 de enero de 1967, cuando la asistencia sanitaria de la Seguridad Social estaba encomendada al Instituto Nacional de Previsión (INP). Seguirían los estatutos de enfermeras, matronas y ayudantes técnico-sanitarios.

compensación laboral multidimensional abarcando una organización del trabajo favorecedora de un buen desempeño y calidad, conciliación familiar, rotación de puestos de trabajo, formación continua, años sabáticos, proyectos de investigación y publicaciones, etc.

- Para resolver la temporalidad de los contratos y la precariedad una opción de máximos sería encuadrar al personal en un régimen laboral y una opción realista sería configurar los nuevos centros, unidades o incluso servicios transversales como empresas públicas (Meneu, 2024). Con más generalidad, también podría encuadrarse en el nuevo régimen laboral al personal de nuevo ingreso.

5. EL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DE ESPAÑA DE 2020

En 2020, el mundo y España enfrentaron uno de los mayores retos sanitarios y sociales de la historia reciente con la irrupción de la pandemia de la COVID-19, como hemos visto en el apartado 4.2. En respuesta a esta crisis sin precedentes, el Congreso de los Diputados convocó en abril una comisión parlamentaria para elaborar propuestas destinadas a la reconstrucción social y económica del país, con un enfoque especial en la sanidad, la reactivación económica, la protección social y la Unión Europea. El nombre que se le dio fue “Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica” (en adelante CRSE). El Dictamen resultante y, en particular, su capítulo sobre la sanidad, emergió como un documento propositivo clave sobre las políticas necesarias para fortalecer a largo plazo una sanidad pública y de calidad para todos los ciudadanos. Recoge, en muchos aspectos, el consenso ya decantado de los expertos, técnicos y profesionales de la salud, un numeroso grupo de los cuales compareció y expuso sus puntos de vista ante la CRSE. El Dictamen y sus conclusiones y propuestas de resolución fueron aprobados por el pleno del Congreso sin modificaciones importantes. Aquí seguimos el Dictamen aprobado por la CRSE al cual nos atenemos en la numeración de dichas conclusiones y propuestas y en las citas (Congreso de los Diputados. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, CRSE, 2020).

5.1. Composición de la Comisión, participantes, funcionamiento, tramitación y aprobación del Dictamen por amplia mayoría

La Comisión, no permanente, fue creada por la Mesa del Congreso y por unanimidad, el 28 de abril de 2020, a propuesta de los grupos parlamentarios Socialista y Confederado de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia, con el objetivo de recibir propuestas, celebrar debates y elaborar las conclusiones sobre las medidas a adoptar para la reconstrucción social y económica como consecuencia de la crisis de la COVID-19. Presidida por el socialista Patxi López estuvo compuesta por 46 diputados. La Comisión celebró 12 sesiones con 25 comparecencias y constituyó cuatro grupos de trabajo: Sanidad y Salud Pública, Reactivación Económica y Políticas Sociales y Sistema de Cuidados y Unión Europea. Estos grupos mantuvieron más de 30 reuniones, en las que escucharon el testimonio de más de 100 personas entre eurodiputados, académicos, representantes de ONG, sindicatos y organizaciones profesionales. También hizo un llamamiento general a los ciudadanos a través de un buzón al que se presentaron más de 600 propuestas, presentadas por particulares, asociaciones profesionales, organizaciones sociales y colectivos de distintos ámbitos. En el ámbito de sanidad hubo aportaciones de asociaciones de médicos y de enfermería, plataformas de defensa de la sanidad pública, asociaciones de profesionales de atención temprana, etc. La Comisión aprobó sus conclusiones el 3 de julio de 2020. En el pleno de 22 de julio las medidas sanitarias y sobre la UE cosecharon amplias mayorías, pero la oposición tumbó las medidas sociales para los más vulnerables, y un error en la votación dejó las medidas económicas en el aire. Estas últimas fueron aprobadas en un pleno extraordinario del 29 de julio de 2020, no así las medidas sociales¹⁹.

En la web del Congreso pueden consultarse el Dictamen de la Comisión y las conclusiones aprobadas, después de enmiendas, por el Pleno del Congreso de 20 de julio de 2020 y otra documentación²⁰. También pueden

¹⁹ Sobre la tramitación por el Congreso de los Diputados del dictamen y conclusiones de la CRSE puede consultarse: (Congreso de los Diputados. Nota de prensa, 2020); (Congreso de los Diputados. XIV Legislatura [2019-2023]. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, 2020b); (Díez y Casqueiro, 2020); (EL DERECHO.COM. Noticias jurídicas y de actualidad, 2020a); (EL DERECHO.COM. Noticias jurídicas y de actualidad, 2020).

²⁰ Congreso de los Diputados. XIV Legislatura, (2020); Congreso de los Diputados. XIV Legislatura. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (2020b).

consultarse los vídeos de las sesiones y trámites parlamentarios. Las intervenciones y documentos presentados por los expertos intervinientes en sus comparecencias ante el grupo de trabajo de sanidad no son de fácil acceso, a pesar de tener el máximo interés²¹. Las referencias a las publicaciones oficiales de los principales documentos son las siguientes:

- Congreso de Los Diputados. Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. 2020. Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Palacio del Congreso de los Diputados. 3 de julio. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf. Publicado separadamente
- Congreso de los Diputados. XIV Legislatura (2019-2023), 2020. 153/000001. Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Dictamen de la Comisión. Enmiendas. Escritos de mantenimiento de enmiendas. Posiciones particulares. Voto particular. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie D: General. Nº 123. 21 de julio.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF
- Congreso de Los Diputados. XIV Legislatura (2019-2023). Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, 2020a. 153/000001. Aprobación con modificaciones por el Pleno del Dictamen de la Comisión. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie D: General. Nº 130. 4 de agosto.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF

5.2. La importancia del Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de España

El Dictamen es una guía para la actuación de las administraciones públicas en el abordaje de la crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia de la COVID-19. Se considera una “hoja de ruta”, en muchos aspectos muy acertada, para la reforma del SNS, que en realidad va más allá de una mera reacción a corto plazo a las dificultades de la pandemia y ataca problemas que vienen de antiguo y que habían sido diagnosticados muchas veces y diseña medidas para el futuro a largo plazo.

Para calibrar la importancia del texto del Congreso que estudiamos conviene tener en cuenta las siguientes consideraciones. En primer lugar, forma parte de las iniciativas políticas para que España superase el marasmo causado por la pandemia de la COVID-19. En primavera de 2020, en la fase más aguda de la pandemia, el Gobierno y sus integrantes (PSOE y Unidas Podemos) intentaron un pacto de todas las fuerzas políticas. El presidente del Gobierno anunció un “gran acuerdo para la reconstrucción social y económica de España. El jefe del Ejecutivo ha anunciado que convocará a todas las fuerzas políticas, los agentes sociales y al conjunto de las CC. AA. y los ayuntamientos con el objetivo de celebrar antes de que concluya la próxima semana la primera reunión para los “nuevos Pactos de la Moncloa” (La Moncloa, 2020)”²². El PP recondujo la idea y llevó el proyecto al Congreso con la creación de una comisión específica (Díez y Casqueiro, 2020). En segundo lugar, las conclusiones sobre sanidad y salud pública del Dictamen consiguieron un amplio apoyo político, pues fueron aprobadas con 255 votos a favor, 88 votos en contra y 3 abstenciones. Este acuerdo es de la mayor importancia por la materia a la que se refiere y porque es infrecuente en nuestro escenario político que los partidos logren acuerdos de altos vuelos, aunque hay que tener en cuenta que legalmente las conclusiones de la CRSE son recomendaciones sin fuerza de obligar. Se ha dicho que “la pandemia mostró la fortaleza del SNS, pero dejó al descubierto insuficiencias que vienen arrastrándose desde hace muchos años. Afortunadamente, existe una hoja de ruta en el Dictamen... Este texto contiene medidas de gran calado que abordan casi todos los nudos gordianos del SNS, con la gran ventaja del gran consenso que tuvo su aprobación por el Congreso” (Freire, 2021).

²¹ Congreso de los Diputados. XIV Legislatura (2019-2023). Comisión para la Reconstrucción Social y Económica (2020c).

²² Los Pactos de La Moncloa en 1977 sentaron las bases para la estabilización de la economía española y facilitaron la transición democrática y la elaboración de la Constitución (Sobre el contexto económico de los pactos puede consultarse *Papeles de Economía Española* nº 2, enero 1980. La superación de la crisis económica).

En tercer lugar, el Dictamen del área de sanidad es muy ambicioso, pues cubre un amplio espectro de temas y problemas de nuestra sanidad y salud pública. Incluye unas 70 propuestas de resolución en torno a cómo se debe abordar la gobernanza en materia sanitaria, a cómo reforzar y mejorar los recursos humanos y profesionales, el impulso que dar a la atención primaria y a las políticas de salud pública, cómo abordar la investigación en I+D+i, la distribución, fomento y acopio de fármacos y vacunas, la profundización en la transformación digital, cómo coordinar los servicios sanitarios y sociales, la política farmacéutica, la industria biosanitaria y la reserva estratégica, cómo adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales y qué modelo de atención sanitario establecer. En cuarto término, el texto fue producto de una amplia participación social y ciudadana en la que destaca el gran elenco de expertos convocados y que hicieron aportaciones muy destacadas.

González López-Valcárcel en una valoración general considera que el Dictamen contiene el germen de cambios importantes, pero renuncia a afrontar problemas crónicos graves. Ve positivo el protagonismo otorgado a la atención primaria y las menciones a su coordinación con el sector sociosanitario, al plan para su digitalización y la propuesta de nuevos incentivos. También considera avances el tratamiento de la investigación y de los sistemas de información. Pero le parece que el Dictamen fue una ocasión perdida para afrontar las insuficiencias en política de personal, gestión pública y evaluación de tecnologías sanitarias (González López-Valcárcel, 2020). Sus críticas en materia de recursos humanos están ampliamente recogidas en el anterior apartado 4.3.4. de este documento. También hay que anotar en el debe, ciertamente, que el Dictamen no ha tenido ningún seguimiento formal (González López-Valcárcel y Hernández Aguado, 2024), ni se han rendido cuentas sobre el cumplimiento de sus recomendaciones y su grado de ejecución. Algunas propuestas del Dictamen al cabo de cinco años sí se han desarrollado –total o parcialmente– o se han dado pasos para lograrlo, sin duda no en todas, y con más retraso de lo conveniente, como veremos en el apartado 6 de este estudio.

5.3. Las conclusiones y recomendaciones de la CRSE sobre sanidad y salud pública (aprobadas el 29 de julio de 2020). Tablas sinópticas

En este apartado presentamos las conclusiones y recomendaciones de la CRSE del Congreso de los Diputados, sobre sanidad y salud pública, aprobadas el 29 de julio de 2020. En el Dictamen aparecen agrupadas en diez “temas”:

Tema 1. Gobernanza

Tema 2. Recursos humanos y profesionales

Tema 3. Atención primaria y de salud

Tema 4. Salud pública

Tema 5. Investigación I+D+i, fármacos y vacunas

Tema 6. Transformación digital

Tema 7. Coordinación de los servicios sanitarios y sociales

Tema 8. Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica

Tema 9. Adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales

Tema 10. Modelo de atención sanitaria

Hay que destacar que, como ya hemos dicho, el Dictamen es un documento fundamentalmente propositivo, de modo que no desarrolla ampliamente el diagnóstico de los problemas del SNS ni de sus componentes, ni contiene datos concretos. Contiene, sobre todo, recomendaciones y medidas para la acción de las autoridades públicas. Estas propuestas las exponemos en forma simplificada de tablas sinópticas. Los criterios para su elaboración han sido los siguientes:

- Se han seleccionado con un criterio personal los objetivos, planes y acciones que nos han parecido más coherentes y sugestivos y con suficiente nivel de concreción.
- Las propuestas de la CRSE se han reordenado con un formato elemental de “Plan Estratégico para el SNS”, distinguiendo objetivos, planes de actuación y acciones, cuando ha sido posible.
- Hemos mantenido el orden del Dictamen que cabe pensar que expresa prioridades.
- Hemos excluido, por su carácter especializado y su amplio tratamiento en el Dictamen el tema 8, “Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica”, que merece ser tratado monográficamente con amplitud. Nos centramos así en las cuestiones que afectan a la organización del sistema sanitario en su conjunto.
- En algunas ocasiones se añaden observaciones complementarias o aclaratorias.
- En el Dictamen hay repeticiones, formulaciones demasiado generales o imprecisas y algunos párrafos o frases no muy coherentes o desordenados, lo cual es excusable dada la complejidad del trabajo parlamentario y la necesidad de atender a preferencias de distintos partidos y personas.
- A veces los textos han sido abreviados o corregidos por razones de estilo.
- El tema 10 “modelo de atención sanitaria” es un apartado con diversos elementos que no responden mucho a este título. Las aportaciones a los temas de organización y gestión son escasas. Algunas de las recomendaciones incluidas en este tema las hemos redistribuido en los demás por razones de sistemática.
- Se recoge la numeración del texto original de conclusiones y recomendaciones. para facilitar su localización.

A continuación, se ofrecen estas tablas sinópticas **ordenando** las propuestas del Dictamen con la sistemática propia de un **plan estratégico**, distinguiendo objetivos, planes de acción y acciones concretas, en los casos en que el Dictamen llega a este detalle.

TABLAS SINÓPTICAS

(Las cifras entre paréntesis indican el número de orden de la resolución en el texto original del Dictamen).

VALORES Y PRINCIPIOS (1.1.)

Universalidad
Igualdad y no discriminación
Accesibilidad
Equidad
Solidaridad
Calidad
<i>Comentario:</i> El Dictamen formula estos principios de forma muy escueta, lo cual es comprensible en tanto están ampliamente aceptados en nuestro país.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1 MOVILIZACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL EN PRO DE LA SANIDAD PÚBLICA

PLANES DE ACTUACIÓN
Pacto social/pacto de Estado, implicando a todas las fuerzas políticas y sectores de la sociedad (1.3.)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2 ACCESO UNIVERSAL

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Medidas legislativas: Derogar RD Ley 16/2012 y tramitar como ley el RDL 7/2018, de 27 de julio (1.2.)	Trabajar conjuntamente AGE y CC. AA. para garantizar acceso universal
	Extender a ascendientes de países extracomunitarios, reagrupados por hijos españoles, o de otro país comunitario
	Recuperar cobertura sanitaria a españoles residentes fuera de España
	Garantizar en todo caso la atención sanitaria a menores, mujeres embarazadas y solicitantes de protección internacional

OBJETIVO ESTRATÉGICO 3 INCORPORAR AL SNS LOS PRINCIPIOS E INSTRUMENTOS DE BUEN GOBIERNO (Transparencia, rendición de cuentas, participación democrática, integridad y competencia, eficiencia, calidad y sensibilidad ante los ciudadano) (2.1.)

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Promover una cultura de buenas prácticas y de ética profesional (2.8)	Obligaciones de transparencia y publicidad activa (2.8)
	Códigos éticos y de conducta (2.8)
	Sistemas de buenas prácticas (2.8)
	Reglas y procedimientos normalizados (2.8)
	Regulación de grupos de interés y de los conflictos de interés (2.8)
	Protección de denunciantes (2.8)
Basar las decisiones en datos y evidencias científicas (2.4)	
Reforzar la participación profesional en las decisiones (2.5)	
Reforzar la participación de los pacientes en las decisiones (2.5)	
Profesionalizar la gestión de acuerdo a los principios de igualdad, mérito y capacidad (2.3)	
Reforzar el compromiso ético y el profesionalismo de los profesionales sanitarios dando primacía al paciente, contribuyendo a una distribución justa de los recursos y del bienestar, impidiendo discriminaciones, conflictos de intereses y otros comportamientos inapropiados (8.5.)	
Estatus de independencia científico-profesional de las autoridades de salud pública (21.2.)	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

REDISEÑAR UNA NUEVA ARQUITECTURA INSTITUCIONAL

basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las CC. AA. entre sí y con el Ministerio de Sanidad

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Reforma del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) (3.2)	Modificación del Reglamento de funcionamiento del CISNS (3.3)
Reforzar al Ministerio de Sanidad para que lidere y coordine la política sanitaria española y participe en la de la Unión Europea y de las organizaciones internacionales (1.3)	Dotar al Ministerio de recursos adicionales, de personal, económicos y tecnológicos (4.1.) Incorporar talento científico-profesional especializado del SNS, universidad e instituciones de investigación (4.1)
Fortalecer funciones horizontales esenciales del SNS a cargo del MS (4.2)	Sistemas de información, ordenación profesional y organización y fomento de la calidad y la evaluación (4.2)
Actualizar la legislación sanitaria nacional y autonómica, adaptándola a las propuestas de la CRSE (5)	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

PROMOVER MAYOR AUTONOMÍA Y CAPACIDAD DE RESPUESTA PARA LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS A TODOS LOS NIVELES (2.6)

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Dotar a los servicios autonómicos de mayor autonomía en gestión económica y de personal (2.6)	Instrumentos para motivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir incumplimientos y evaluar los resultados Instrumentos para aumentar la capacidad para innovar (2.6)
A nivel "micro" dotar a las organizaciones (hospitales, áreas de salud, centros de especialidades y atención primaria...) de mayor autonomía en gestión económica y de personal (2.6) (15.2)	
Dotar a las organizaciones del SNS de órganos colegiados de gobierno (2.2)	
Fomentar la realización de funciones gestoras por parte de los profesionales (2.7)	
<i>Comentario:</i> Podría ser una formulación más ambiciosa que incluyese la personalidad jurídica de la que derivarían presupuesto propio y órganos colegiados de gobierno.	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES. POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL (2.8)

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Planificar las formaciones de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales sanitarios de forma integrada evitando desajustes y "cuellos de botella" entre la oferta y la demanda (2.8.1.)	
Planificar las necesidades de profesionales de los Centros de Salud según determinantes sociales de la salud (17.1)	
Revisar las plantillas de los establecimientos de salud y adecuarlas a los horizontes demográficos y las necesidades sanitarias de la sociedad (2.8.3)	Particular atención a las necesidades de personal de Salud Pública y de Atención Primaria (2.8.3)
<i>Comentario:</i> El Dictamen trata de los "Recursos humanos y profesionales" en segundo lugar, inmediatamente después de la Gobernanza del sistema, lo que parece ser una expresión de prioridad. El dictamen no propone la reforma de conjunto del Estatuto Marco de los profesionales sanitarios. Sí destaca algunos puntos críticos, aunque no menciona otros, como la plaza en propiedad o el ejercicio doble en la privada. Propone ciertas medidas que podrían ser muy eficaces.	
No llega a plantear un cambio de "modelo" de política de personal/relaciones laborales.	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES: SELECCIÓN, MOVILIDAD, INCENTIVOS, DESARROLLO PROFESIONAL, ACABAR CON LA TEMPORALIDAD Y PRECARIEDAD LABORAL

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Nuevo sistema de selección de profesionales sanitarios, en particular para las especialidades médicas (2.7.1)	Prueba nacional periódica de competencias (2.7.1)
	Selección local por concurso, de adaptación a perfil y puesto (2.7.1)
	Cobertura adelantada de las vacantes para que se repongan antes de producirse (2.7.1)
Fórmulas contractuales y retributivas atractivas para el ejercicio profesional en zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura (2.7.2) (16.4)	
Dotar plazas estables para la cobertura de bajas y sustituciones médicas y de enfermería (16.3)	
Facilitar la movilidad y la promoción de los profesionales sanitarios entre los distintos servicios autonómicos de salud (2.7.4)	
Aplicar fórmulas de incorporación similares a las de los clínicos para los especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública (2.7.5)	
Establecer instrumentos de gestión y modelos retributivos que incentiven adecuadamente, garanticen un nivel de vida digno, fomenten la participación en las decisiones y faciliten la identificación con los objetivos estratégicos de los servicios (2.7.3)	
Regular e incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional (2.8.2)	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

RECURSOS HUMANOS Y PROFESIONALES: OTROS ASPECTOS

PLANES DE ACTUACIÓN
Impulsar políticas activas en pro de la igualdad de género y de la conciliación de la vida laboral y personal (2.8.4)
Favorecer la permeabilidad entre especialidades médicas y de enfermería, evitando compartimentos estancos (2.8.6)
Plan de recuperación por síndrome de estrés postraumático de los profesionales sanitarios, tras la crisis de la COVID-19 (2.9)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: PLANIFICACIÓN

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Desarrollar e implementar el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobado por el CISNS (14)	
Elaborar un Plan Estratégico de Atención Primaria en todas las CC. AA. (15.2)	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. REFUERZO DE SUS RECURSOS

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Reforzar con carácter urgente a la APS para asumir funciones de vigilancia y epidemiología de campo frente al COVID-19 (13)	Inyección rápida e inteligente de recursos humanos y tecnológicos
Facilitar el acceso a pruebas y a consultas con otros médicos de primaria y especialistas para incrementar la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud	
Reforzar la oficina de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad (14.1)	
Impulso a la enfermería familiar/comunitaria para incrementar la atención domiciliaria (15.3)	
Optimizar el valor del Trabajo Social en salud y ampliar las ratios de trabajadores sociales por centro de salud (15.4 y 15.5)	
Aumentar el personal administrativo con formación sanitaria en los centros de salud (15.10)	
Reforzar la atención fuera de horas y urgente (15.6)	
Plan urgente de digitalización sanitaria en Atención Primaria (15.7)	Normalizar la telemedicina y la atención telefónica (15.7)
Incluir el objetivo de “un médico/un local de consulta” (15.9)	

Nota: Los temas de personal de APS se han incluido en el objetivo 6.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. SALUD MENTAL

PLANES DE ACTUACIÓN
Desarrollar adecuadamente la Salud Mental Comunitaria (17.4)
Impulsar la aprobación de una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental (68)
Aprobar un Plan Estratégico de Prevención del Suicidio (68.1)
Impulsar la detección precoz y la atención temprana de posibles trastornos cognitivos o de desarrollo en la población infantil (68.2)
Impulsar la asistencia social integral de las personas con problemas de salud mental y de sus familias (68.3)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12
ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD. RELACIÓN CON SERVICIOS SOCIALES

PLANES DE ACTUACIÓN
Diseñar e implementar protocolos de coordinación y planes de contingencia entre la APS y los servicios sociales generales (18.2)
Reordenar la Atención Primaria para atender los centros sociosanitarios (18.1)
Dotar a las residencias de mayores y de personas con discapacidad de unos servicios de APS adecuados (18.1)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13 ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ESPECIALIZADA

PLANES DE ACTUACIÓN
61.5. Incremento significativo de camas hospitalarias de gestión y titularidad pública, la mayoría de ellas de larga y media estancia
Elaborar planes de contingencia o emergencia para responder a futuras crisis (66.2)
<i>Comentario:</i> Llama la atención que la CRSE no haga apenas recomendaciones específicas sobre organización y gestión de hospitales y otros servicios de atención especializada.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14 DESARROLLAR LA SALUD PÚBLICA CUMPLIENDO EN SU INTEGRIDAD LA LEY 33/2011, GENERAL DE SALUD PÚBLICA

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Reforzar, en coordinación con las CC. AA. la Red de Vigilancia de Salud Pública (19.2)	
Plan de Emergencias de Salud Pública frente a epidemias y otras crisis sanitarias (20)	Elaborar la normativa necesaria (20.1)
	Organizar una red nacional de depósitos de reserva de material sanitario estratégico (20.3)
	Priorizar la compra a fabricantes españoles e impulsar la capacidad industrial local (20.3)
	Crear Equipos de Respuesta Rápida (20.4)
Fortalecer las estructuras y los servicios de Salud Pública (21)	Dotar al MS del personal altamente cualificado necesario (21.1)
	Desarrollar en las CC. AA. estructuras de salud pública en el nivel central y en las Áreas Sanitarias
Reforzar la presencia de la salud pública española en las organizaciones internacionales (22)	
Impulsar la formación de especialistas altamente cualificados en Salud Pública, así como la investigación (23)	Fortalecer la Escuela Nacional de Sanidad y las de las CC. AA. (23.1)
	Reintroducir el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo (23.2)
	Fórmulas de contratación y retribución para los profesionales de salud pública similares a los clínicos (23.3)
Promover la investigación aplicada a la Salud Pública en igualdad de condiciones con la básica y la clínica (23.4)	
Aprobar un Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 15
INVESTIGACIÓN: IMPULSAR LA I+D+I EN SALUD, INCREMENTANDO LOS RECURSOS Y FAVORECIENDO SU UTILIZACIÓN ÁGIL Y EFICAZ

PLANES DE ACTUACIÓN
Incrementar gradualmente la inversión en I+D+i (incluida la investigación en salud) en los próximos 5 años hasta el 2 % del PIB (28.1) (28.2)
Dotar de financiación estructural a los Institutos de Investigación (28.4)
El Instituto de Salud Carlos III coordinará el presupuesto de investigación biomédica y en general de la I+D+i en salud (28.1)
Facilitar, en cooperación con las CC. AA., la gestión de la investigación mediante fundaciones (28.6)
Reforzar los instrumentos de investigación traslacional (CIBER, RETICS) (28.3)
Promover la investigación en atención primaria y en cuidados de salud (investigación en enfermería), sin olvidar la investigación básica (28.2)
Consolidar la convocatoria de ensayos clínicos no comerciales (28.5)
Refuerzo del Plan para el Abordaje de las Terapias Avanzadas en el SNS y la Estrategia de Medicina Personalizada o de Precisión, la investigación pública y la fabricación de los nuevos medicamentos CART (28.7)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 16
INVESTIGACIÓN (I+D+I) REFORZAR LA COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADA CON LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA BIOTECNOLÓGICA

PLANES DE ACTUACIÓN
Crear a través del Instituto de Salud Carlos III una plataforma de vacunas que asocie a los principales actores (29.1)
Fomentar los ensayos clínicos en el Sistema Nacional de Salud (29.2)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 17
INVESTIGACIÓN (I+D+I) REFORZAR LAS CAPACIDADES CIENTÍFICAS Y DE INVESTIGACIÓN DE LOS CENTROS DEL SNS

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Incrementar los recursos humanos en investigación en salud (30.1)	A través de las convocatorias del Instituto de Salud Carlos III (30.1)
Establecer junto con las CC. AA. una carrera profesional para los investigadores en el SNS (30.2)	Promover el tiempo protegido para la investigación de los profesionales sanitarios (30.3)
	Establecer un programa de consolidación de los investigadores contratados a través de los programas Miguel Servet y Juan Rodés en el SNS, con las modificaciones legales necesarias (30.4)
	Extender la categoría estatutaria de "Facultativo Especialista Investigador" ya utilizada en el País Vasco, dotando y convocando las plazas estatutarias oportunas (30.5) (30.6)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 18

PONER EN MARCHA UNA ESTRATEGIA NACIONAL DE TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SNS PARA MEJORAR SU CAPACIDAD DE RESPUESTA

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Desarrollo de la Estrategia por el MS y las CC. AA. de manera abierta, transparente y participativa (32.1)	Priorizar soluciones de software libre y código abierto, garantizando la soberanía tecnológica desde el sector público y protegiendo al máximo los datos sanitarios de los ciudadanos y su privacidad (32.3)
	Crear una unidad directiva de alto nivel dependiente del Ministerio de Sanidad (34)
	Seguir la evolución de las Tecnologías de la Información y la Comunicación aplicadas al entorno sanitario (34.1)
	Inventariar y evaluar periódicamente los activos y capacidades en el ámbito de las TIC del SNS (34.2)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 19

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Elaborar planes de contingencia que garanticen el derecho a la salud de las personas institucionalizadas en centros residenciales (35)	Establecer como principio la derivación de los residentes al SNS, ante la necesidad de una atención más especializada (35)
Medidas para que los servicios de Atención Primaria, atiendan plenamente a todas las personas que viven en centros residenciales	Reforzar la enfermería de Atención Primaria para prestar en las residencias los cuidados domiciliarios que precisen
Reforzar los mecanismos de coordinación entre atención primaria, hospitalaria, urgencias, Salud Pública, servicios sociales de atención primaria y los centros residenciales	
Desarrollar en todas las CC. AA. una red de hospitales de media y larga estancia	
Revisar la normativa que regula los órganos de planificación y apoyo a la atención sociosanitaria	
Crear un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia	
Facilitar la permanencia en el hogar cuando así lo desee la persona con asistencia social y sanitaria a domicilio, teleasistencia y centros de día	

OBJETIVO ESTRATÉGICO 20

ADECUAR LA FINANCIACIÓN SANITARIA A LAS NECESIDADES REALES

PLANES DE ACTUACIÓN	ACCIONES
Aumentar el gasto público en sanidad hasta alcanzar al menos la media europea en porcentaje del PIB estabilizado al final de la legislatura. Todo el incremento se destinará a sanidad pública de gestión directa (61)	
Crear un Fondo de Reconstrucción Sanitaria plurianual, de carácter finalista y condicionado, limitado en el tiempo, dirigido a incentivar el logro de objetivos específicos. Entre las condiciones de este fondo, se incluirá el que se destine exclusivamente a la sanidad pública de gestión directa (61.1)	La distribución de este fondo a partir del segundo año se vinculará al cumplimiento de indicadores objetivos y evaluables
Dotar el Fondo de Cohesión Sanitaria con recursos específicos y significativos para financiar la red de Centros Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), así como para afrontar la reducción de las desigualdades en salud (61.2)	
Activar el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria entre CC. AA., para favorecer la equidad en el acceso a los servicios sanitarios (61.3)	
Actualizar el sistema de financiación autonómica ofreciendo un marco estable de suficiencia dinámica al Sistema Nacional de Salud (62.1)	Mejorar el cálculo de las necesidades relativas que se emplea en la distribución del Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales (FGSPF) (62.2)
	Realizar revisiones periódicas, preferentemente cada dos años, para ajustar los indicadores y ponderación
Crear un nuevo Fondo de Innovación Sanitaria, para financiar entre otras, terapias tuteladas y medicamentos de alto coste (63)	

Nota: El Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) fue creado en 2012 con el objetivo de compensar a las CC. AA. por los gastos derivados de la atención sanitaria a pacientes desplazados de otras regiones. El objetivo del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCH) es compensar económicamente a las CC. AA. que atienden a pacientes provenientes de otras regiones, especialmente en casos que requieren tratamientos en Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR). El Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales es una pieza fundamental del sistema de financiación de las CC. AA. Se nutre de los impuestos que las comunidades comparten con el Estado (50 % del IRPF, 50 % del IVA y 58 % de impuestos especiales), los cedidos (como sucesiones y donaciones) y aportaciones estatales. Esta cesta se reparte en función de la población ajustada por factores demográficos y geográficos.

Comentarios: Recomendación 61: señalar como objetivo de gasto público en sanidad la “media europea” es impreciso y arbitrario y no tiene justificación técnica. Como mucho comparar con un conjunto de países de características socioeconómicas próximas y de sistemas sanitarios similares es un ejercicio de “benchmarking”. Recomendaciones 61 y 61.1: La preferencia por la gestión administrativa directa no se basa en datos de mayor eficiencia y no tiene el apoyo generalizado ni de la literatura científica ni de los expertos. Recomendación 63: tampoco tiene apoyo técnico la financiación separada y finalista de terapias tuteladas o medicamentos de alto coste.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 21

CREAR UN MARCO DE GESTIÓN ADAPTADO A LA NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (64)

PLANES DE ACTUACIÓN
Promover, a criterio de las CC. AA., contratos de gestión armonizados con los presupuestos, plurianuales y transparentes (64.2)
Desarrollar de forma continuada una reingeniería de procesos primando el talento, desburocratizando y eliminando compartimentos estancos (64.3)
Repensar el modo de relación de los hospitales con los pacientes y sus familiares con base en criterios de humanización, respeto a los principios de la bioética, a los derechos humanos y a las obligaciones legales (66.1)

OBJETIVO ESTRATÉGICO 22

EQUIDAD

PLANES DE ACTUACIÓN
Actualizar la Estrategia Nacional de Equidad en Salud (25)
Contratos con incentivos para cubrir destinos de Atención Primaria poco atractivos, por equidad para con la población de estas localidades (16.4)
Refuerzo del Plan de Terapias Avanzadas y la Estrategia de Medicina Personalizada o de Precisión para garantizar la equidad en el acceso a la innovación (28.7)
Mejorar la equidad de los copagos entre grupos de rentas y necesidades sanitarias Similares (51.3)
Activar el Fondo de Garantía Asistencial (FOGA) como mecanismo de compensación entre CC.AA., para favorecer la equidad en el acceso a los servicios sanitarios (61.3)
Criterio de equidad en la reforma del sistema de financiación autonómica (62.1)
<i>Comentarios:</i> La equidad es poco y dispersamente tratada por el Dictamen. Está incluida como valor/principio, no como objetivo específico.

6. RESUMEN Y REFLEXIONES FINALES

Estas páginas contextualizan y resumen sistemáticamente el capítulo sobre sanidad y salud pública del Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica de España de 2020 (CRSE). La CRSE y el Dictamen resultante fueron fruto de un amplio acuerdo político multipartido adoptado por gran mayoría en el Congreso de los Diputados, en condiciones de emergencia nacional por la pandemia de la COVID-19, que contó con destacados expertos y actores del sistema sanitario y la opinión ciudadana. Para ponerlo en perspectiva, el epígrafe 2 de este informe brevísimamente cita y resume la abundante **literatura sobre la reforma del SNS español**, que coincide en que el sistema ya está “sobrediagnosticado” y que lo que procede es desarrollar acciones de mejora, para superar su anquilosamiento y falta de adaptación a las circunstancias, especialmente en cuestiones organizativas y de política de personal.

En el epígrafe siguiente **se describe brevemente el sistema español siguiendo el último Informe del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (OESP) de 2024**. Las características que destaca son sus resultados en salud positivos, que comparan favorablemente con otros países, por ejemplo, en bajas tasas de hospitalizaciones y mortalidad evitables; la cobertura universal y prestación gratuita en el punto de atención, financiadas casi totalmente con los impuestos generales; la limitada percepción de la población de tener necesidades insatisfechas de atención médica; la extensión con la que el sector público produce los servicios (provisión) con personal propio, en régimen cuasi-funcionario, y con activos productivos e instalaciones propias; la amplia red de atención primaria a la salud (APS), que tiende a garantizar la continuidad y la longitudinalidad de la atención sanitaria y que filtra el acceso al especialista (función de “guardabarrera”); la descentralización intensa en las comunidades autónomas (CC. AA.); la posibilidad de contratar un seguro voluntario privado y el papel importante y creciente del sector privado. A lo largo de sus páginas este informe del OESP desarrolla estas características ampliamente como esquematizamos en este epígrafe 3.

El consenso sobre **la necesidad de reformar el Sistema Nacional de Salud (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...” y de la obligación de abordar su “reconstrucción”. Es cierto que nuestro sistema 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, en inglés) y bajas tasas de mortalidad prevenible y tratable en comparación con la UE. Pero otros no son tan buenos, como la esperanza de vida libre de discapacidad y la percepción del estado de salud.

La pandemia de la COVID-19 sometió a una presión extrema a los sistemas sanitarios. El exceso de mortalidad mundial solo en 2020 y 2021 se ha estimado en 14,91 millones y en España en 95.000 muertes hasta octubre de 2021. Sin embargo, España fue uno de los países menos afectados en términos de mortalidad ajustada por edad, atribuible a la COVID-19. Las hipotecas sobre el sistema sanitario perduran: un número grande de personal sanitario infectado y fallecido, COVID de larga duración, afecciones de salud mental y sobrecarga por los retrasos en el diagnóstico y tratamiento de otras patologías. La crisis sanitaria se enmarcó en una crisis económica global sin precedentes, que provocó una recesión mundial profunda en 2020. La contracción del PIB español fue del 10,8 %, una de las más fuertes entre las economías avanzadas. Sin embargo, la economía española ha mostrado después resiliencia, superando en 2024 el PIB previo a la pandemia. No obstante, sigue enfrentando retos estructurales como baja productividad y tasa de empleo y atonía de la inversión. Estas tendencias tienen la mayor importancia para el SNS, pues el crecimiento económico sostenido es la restricción fundamental que acota su progreso.

Cinco años después de la pandemia observamos **síntomas preocupantes**. La sanidad es el segundo problema que más afecta personalmente a los españoles, tras las dificultades económicas (Barómetro sanitario de octubre 2024) y la población con seguro privado ha subido del 15,8 % en 2015, al 21,6 % en 2022. Hay que resaltar que estos seguros disfrutaban de ventajas fiscales importantes. Pero el síntoma más preocupante, que explica en parte los anteriores, es el alargamiento de las listas de espera con los peores datos en 2023 de la historia registrada. Además, perjudican más a los grupos sociales menos favorecidos. También es negativo el retraso en la generalización de la evaluación sistemática de tecnologías sanitarias.

En la base de estas dificultades subyacen dos confusiones fundamentales acerca de la arquitectura organizativa e institucional del SNS. La primera es aplicar a la **producción de servicios sanitarios un modelo burocrático**, típico de las administraciones públicas, incompatible con sus características y complejidad. De este enfoque deriva que no exista separación entre financiación, compra y provisión (suministro) de los servicios sanitarios, salvo en Cataluña; la centralización excesiva de las decisiones en los poderes políticos de las CC. AA. y la correlativa falta de autonomía de los centros sanitarios que carecen de personalidad jurídica y están sometidos a rígidas reglas presupuestarias; la ausencia de órganos colegiados de gobierno; la organización anticuada de los hospitales y el régimen funcionarial del personal.

Otro muy importante rasgo (des)organizativo es que hasta hace poco la legislación no atribuía claramente al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) el carácter de “conferencia sectorial”, con decisiones por mayoría obligatorias y vinculantes para todos, y que esta naturaleza no sea aceptada pacíficamente por algunos actores políticos.

La segunda confusión es **la idea errónea –y a veces interesada– de que los servicios sanitarios dejan de ser públicos si no son gestionados directamente por las administraciones**. Es la financiación pública la verdadera línea roja que separa un servicio público de uno privado, pues si con ella el ciudadano no paga nada en el punto de recepción del servicio y la Administración mantiene, como pagador, potestades de control sustanciales, seguirá siendo un servicio público, aunque se utilicen formas de gestión más flexibles, como agencias, empresas públicas o contratos con entidades privadas. En los últimos tiempos las cosas han ido empeorando, pues diversas CC. AA. de distintos colores políticos han suprimido o recortado las organizaciones más flexibles y el Gobierno ha manifestado en la Legislatura XIV (2018-2023) en proyectos legislativos una preferencia por la gestión administrativa directa. Este enfoque contradice las pruebas científicas de que organizaciones más dúctiles –sean de titularidad pública o privada– pueden ser más eficientes y de que no hay evidencia concluyente de que la titularidad pública o privada determine unívocamente mejores resultados en salud. El Dictamen de la CRSE, afortunadamente, propone acertadas medidas para abordar estos problemas de estructura organizativa.

La política de personal, rígidamente burocrática, se considera por los estudiosos y especialistas –desde el Informe Abril de 1991– uno de los nudos gordianos que tienen apresado al SNS, a pesar de que la organización, el personal y los incentivos son la clave del arco en todos los sistemas sanitarios, mucho más que los recursos disponibles. Además, en este ámbito en las últimas décadas no se han producido novedades. Se enfrentan aquí el modelo burocrático –que busca seguridad jurídica– y el modelo gerencial– que busca eficacia, entre los cuales habría que conseguir un equilibrio.

El problema central no parece ser el número de médicos (superior a la media de la UE y 13ª posición entre los países de la OCDE). En cambio, es reducido el número de enfermeras y escasa la incorporación de personal técnico exigido por las nuevas tecnologías. Por otro lado, entre 2014 y 2023 se han incrementado notablemente (30,8 %) los médicos de hospital y mucho menos (5,9 %) el resto dedicados a actividades médicas y odontológicas. El problema es el desajuste entre profesionales y puestos de trabajo y los desequilibrios en la disponibilidad de especialistas médicos. El número de horas efectivas por trabajador en la sanidad pública desde 2014 a 2023 ha bajado, debido a la reducción de la jornada media semanal y al crecimiento de las horas no trabajadas, seguramente por la feminización y el mayor absentismo, al menos en parte derivado del desgaste causado por la pandemia. Otro problema es el envejecimiento intenso de la plantilla del SNS, con la expectativa de jubilaciones numerosas, coincidentes y próximas. Un problema conexo es la excesiva fragmentación de especialidades médicas y la consiguiente segmentación de servicios que dificultan la longitudinalidad de la asistencia y el trabajo en equipo.

Las condiciones de reclutamiento, selección y asignación de puestos de trabajo son extraordinariamente deficientes y dificultan la estabilidad de los equipos de trabajo, siendo así que su cohesión y experiencia compartida es condición de la calidad de la asistencia. La rigidez para la movilidad y la adaptación a las circunstancias es un correlato necesario de todo lo anterior. Igualmente se constata la falta de una auténtica carrera profesional. El personal temporal estatutario (interinos y sustitutos) pasó del 28,5 % en 2012, al 42,2 % en 2023. Esta temporalidad de los contratos, un expediente contraproducente y casi autolítico para sortear la rigidez de la contratación estable y la imprevisibilidad de la financiación, contribuye decisivamente a la insatisfacción de los profesionales y a la excesiva rotación de las plantillas. Se considera otro de los puntos débiles del SNS, uno de los más prominentes y denunciados. Este fenómeno va a disminuir por efecto de la reforma de 2022. Los incentivos, muy complejos en el sector sanitario, son un componente ineludible de la política de personal. Las retribuciones de los médicos en términos reales no han crecido en tiempos recientes y parecen ser bajas en España comparadas con las de la UE y otros países desarrollados, aunque no tanto en paridad de poder de compra. En cambio, el salario de los médicos especialistas en 2022 estaba en España 2,8 veces por encima del salario medio. Las retribuciones en la red pública tienen un escaso componente variable y los complementos incentivadores han sido desnaturalizados por una cultura igualitarista. No solo se habría de tratar de incentivos monetarios, sino también de las variadas dimensiones de la compensación del trabajo de profesionales de alta especialización, singularmente la conciliación laboral y familiar, dada la creciente feminización del SNS y especialmente para la medicina de familia. Están presentes, además, incentivos negativos, en particular la plaza “en propiedad”. La dualidad entre el ejercicio de la medicina en el sector público y privado, en tendencia creciente, plantea conflictos de interés y puede afectar a la calidad del servicio. Finalmente, está ausente la evaluación del rendimiento como herramienta de gestión y para que los profesionales sanitarios sean motivados y reconocidos.

Las reformas de la política de personal son complicadas de implementar. Las verdaderas dificultades no son técnicas, ni de escasez de recursos, son políticas. Unas derivan de la situación política general. Otras consisten en las resistencias al cambio de políticos, funcionarios, sindicatos y colegios profesionales y grupos de interés. Sin embargo, es esperanzador que los profesionales sanitarios, durante la pandemia de la COVID-19, hicieran saltar por los aires muchas de estas rigideces. En el Informe SESPAS 2024 se hacen interesantes propuestas, que esquemizamos al final del epígrafe 4, y que muestran gran coincidencia con las del Dictamen de la CRSE.

El apartado 5 está dedicado, en concreto, al **Dictamen de la Comisión Parlamentaria de Reconstrucción Social y Económica** (CRSE) de 2020, constituida por el Congreso de los Diputados en respuesta a la pandemia de la COVID-19 para elaborar propuestas sobre sanidad, reactivación económica, protección social y la Unión Europea. La Comisión y sus cuatro grupos de trabajo correspondientes escucharon a numerosos expertos y entidades profesionales, científicas y ciudadanas y aprobó sus conclusiones sobre sanidad el 3 de julio de 2020 que en el pleno subsiguiente cosecharon amplias mayorías. Los documentos y vídeos de la Comisión pueden consultarse en la página web del Congreso, como detallamos en el cuerpo de este estudio.

El Dictamen, en su capítulo sobre sanidad, se considera una “hoja de ruta” que propone medidas para fortalecer a largo plazo una sanidad pública y de calidad, recogiendo, en muchos aspectos, el consenso ya decantado de los expertos, técnicos y profesionales de la salud. **El Dictamen es muy importante**, aunque carezca de fuerza de obligar, porque integra la panoplia de iniciativas de los poderes públicos para superar la pandemia; porque en sanidad y salud pública consiguió un amplio apoyo político y porque es muy ambicioso, con unas 70 propuestas o recomendaciones. Sin embargo, sus recomendaciones no ha tenido seguimiento formal, ni se han rendido cuentas sobre su grado de ejecución. Entre sus omisiones destaca no plantear una reforma de conjunto del Estatuto Marco del personal sanitario

El Dictamen contiene, sobre todo, recomendaciones y medidas para la acción de las autoridades públicas, pues no está dedicado a diagnosticar ni contiene datos concretos. Una selección estilizada de estas propuestas las presentamos más arriba en forma de **tablas sinópticas**, con la sistemática propia de un **plan estratégico**, distinguiendo objetivos, planes de acción y, en algunos casos, acciones concretas. Hemos excluido, por su especialización y amplitud, el tema 8, “Política farmacéutica, industria biosanitaria y reserva estratégica”. También en el cuerpo de este estudio se incluyen observaciones complementarias o aclaratorias. El Dictamen contiene primero una breve enumeración de los valores y principios del SNS y después desarrolla sus 70 propuestas de las que podemos extraer, en vista panorámica, los **objetivos estratégicos** que recoge el recuadro.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS PARA EL SNS DEL DICTAMEN DE LA COMISIÓN PARLAMENTARIA DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA

1. Movilización política y social en pro de la sanidad pública.
2. Acceso universal.
3. Incorporar al SNS los principios e instrumentos de buen gobierno.
4. Rediseñar una nueva arquitectura institucional basada en la cogobernanza, la cooperación y la coordinación de las CC. AA., entre sí y con el Ministerio de Sanidad.
5. Promover mayor autonomía y capacidad de respuesta para las organizaciones sanitarias, a todos los niveles.
6. Recursos humanos y profesionales: políticas de planificación y desarrollo profesional.
7. Recursos humanos y profesionales: selección, movilidad, incentivos, desarrollo profesional, acabar con la temporalidad y precariedad laboral.
8. Recursos humanos y profesionales: otros aspectos.
9. Atención primaria a la salud: planificación.
10. Atención primaria a la salud: refuerzo de sus recursos.
11. Atención primaria a la salud: salud mental.
12. Atención primaria a la salud: relación con servicios sociales.
13. Atención hospitalaria y especializada.
14. Desarrollar la salud pública cumpliendo en su integridad la Ley 33/2011, general de salud pública.
15. Investigación: impulsar la I+D+i en salud, incrementando los recursos y favoreciendo su utilización ágil y eficaz.
16. Investigación (I+D+i): reforzar la colaboración público-privada con la industria farmacéutica biotecnológica.
17. Investigación (I+D+i): reforzar las capacidades científicas y de investigación de los centros del SNS.
18. Poner en marcha una estrategia nacional de transformación digital del SNS para mejorar su capacidad de respuesta.
19. Coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
20. Adecuar la financiación sanitaria a las necesidades reales.
21. Crear un marco de gestión adaptado a la naturaleza de la prestación de servicios sanitarios.
22. Equidad.

Como reflexiones finales digamos que el Dictamen de 2020 de la CRSE efectivamente puede considerarse una “hoja de ruta” para la sanidad española. Es cierto que, como tantas veces se dice, nuestro SNS, público, universal y financiado con impuestos, es un componente fundamental de nuestro Estado del Bienestar y que algunos de sus datos comparan favorablemente con otros países desarrollados. Pero tanto la abundante literatura científica y profesional sobre su reforma, como la descripción canónica que proporciona el OEPS, así como un rápido recorrido por las carencias organizativas y de política de personal, ya suficientemente diagnosticadas, coinciden en la necesidad de disponer de adoptar medidas concretas que aborden y resuelvan los numerosos problemas existentes. También es cierto que el Dictamen no deja de ser un texto esquemático, con insuficiencias, ambigüedades e incongruencias, pero su naturaleza de acuerdo político relativiza sus defectos parciales. Entre las insuficiencias destaca que no se plantea una reforma de conjunto del Estatuto Marco del personal sanitario, o al menos un plan de transformación del modelo de la política de personal, así como la falta de un mecanismo de seguimiento y control de su ejecución.

Cinco años después, en el ámbito de las responsabilidades del Estado (Gobierno central) algunas de las propuestas se han desarrollado y otras han comenzado a ponerse en marcha, aunque con carencias y retrasos, como es el caso lamentable de la nueva Agencia de Salud Pública. En el epígrafe 3 ya hemos visto las reformas recientes que recoge el Observatorio Europeo (European Observatory on Health Systems and Policies, 2024). Además, centrándonos en las responsabilidades del Estado (Gobierno central) y sin pretensión de exhaustividad, podemos mencionar las siguientes:

- El gasto sanitario público, según los últimos datos publicados creció en términos corrientes un 5,2 % en 2021 y un 4,6 % en 2022, después de un crecimiento muy fuerte en 2020 sobre 2019 del 11,5 %, explicado por la pandemia de la COVID-19 (Ministerio de Sanidad, 2024c).
- Iniciativa para reformar el Estatuto Marco, incluso abordando temas tabú, como la incompatibilidad del ejercicio simultáneo en el sistema público y en la medicina privada de los jefes de servicio de hospital, lo que ya ha dado lugar a intensas protestas de los grupos de presión profesionales. En el Dictamen no se plantea la reforma del Estatuto Marco como tal, aunque sí de algunos de sus contenidos.
- Medidas para reducir la temporalidad contenidas el Real Decreto-Ley 12/2022. El Dictamen formula este objetivo estratégico muy enfáticamente (propuestas de resolución/recomendación del tema 2, nº 7 (sección con varios apartados) y 16.3 y 16.4).
- Creación de una Agencia nacional de Salud Pública. El Dictamen no la recomienda concreta y explícitamente, pero sus propuestas de resolución/recomendación nº 21 en el tema 4, propugnan fortalecer las estructuras y los servicios de salud pública, tanto a nivel central como las CC. AA. Con enorme retraso el correspondiente Proyecto de Ley, después de una larga tramitación, al parecer por dificultades con las CC. AA., está en el trámite final de aprobación por las Cortes cuando estas líneas se escriben.
- La puesta en marcha de desarrollos digitales y la creación de una Secretaría General de Salud Digital en el Ministerio de Sanidad (Propuestas de resolución/recomendación 32.1 y 34).
- El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, componente 18, dedicado a sanidad está centrado, sobre todo, en aspectos tecnológicos e inversión en equipos, con un esfuerzo importante desde 2021.
- La puesta en marcha de proyectos legislativos para desplegar la evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias, incluida su evaluación económica. El Dictamen es muy parco en lo que se refiere a este objetivo (tema 8, Propuestas de resolución/recomendación 48.2).

La **conclusión** es que la CRSE y el Dictamen que produjo, fueron un esfuerzo notable y positivo. Nacieron ambos de un amplio acuerdo político multipartido adoptado por gran mayoría en el Congreso de los Diputados, en condiciones de emergencia nacional por la pandemia de la COVID-19, y el Dictamen contó con el respaldo de destacados expertos y actores del sistema sanitario y la opinión ciudadana, en cuyas contribuciones en buena medida tiene fundamento. Su contenido, que hemos presentado en forma de tablas sinópticas y con la sistemá-

tica elemental propia de un plan estratégico, permite concluir que, aun sin fuerza de obligar, es una buena hoja de ruta para la reforma del SNS, bastante comprensiva, aunque con las insuficiencias señaladas, especialmente en política de personal. En los cinco años transcurridos algunas de las propuestas se han desarrollado o empezado a poner en marcha, aunque con carencias y retrasos. La situación política española en 2025 no permite ser muy optimista, porque no parece que en la adopción de medidas concretas que enfrentan fuertes intereses y resistencias corporativas, pueda volver a alcanzarse el acuerdo político multipartido que logró el Dictamen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARNAL, J. (2024). ¿Por encima de los niveles previos a la pandemia? No en todo: lecciones y análisis visual comparado de la zona euro. Real Instituto Elcano. 12 septiembre. <https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/por-encima-de-los-niveles-previos-a-la-pandemia-no-en-todo-lecciones-y-analisis-visual-comparado-de-la-zona-euro/>

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). GRUPO DE EXPERTOS. (2012). Documento de debate: La Sanidad Pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. https://www.aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf

ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD (AES). (2014). Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. <https://www.aes.es/sns-diagnostico-propuestas/>

BANCO DE ESPAÑA. (2021). Informe anual 2020. Informe anual en breve. https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/20/Fich/InfAnual_2020-IA.pdf

BANCO DE ESPAÑA. (2023). Informe anual 2022. Informe anual en breve. https://www.bde.es/f/webbe/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/22/Fich/InfAnual_2022_Breve.pdf

BANCO DE ESPAÑA. (2024). Informe anual 2023. Informe anual en breve. https://www.bde.es/f/webbe/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/23/Fich/InfAnual_2023_Breve.pdf

BANCO MUNDIAL. (2020). Perspectivas económicas mundiales. 8 de junio. <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2020/06/08/covid-19-to-plunge-global-economy-into-worst-recession-since-world-war-ii>

BARBER PÉREZ, P., y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. (2024). Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035. EcoSalud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Abril. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionSanitarias/profesion/necesidadEspecialistas/docs/Oferta_y_necesidad_de_medicos_especialistas_en_Espana_2023-2035.pdf

BOSQUE-MERCADER, L., CARRILERO, N., GARCÍA-ALTÉS, A., LÓPEZ-CASASNOVAS, G. y SICILIANI, L. (2023). Socioeconomic inequalities in waiting times for planned and cancer surgery: Evidence from Spain. *Health Economics*, 32, 1181-1201 DOI: 10.1002/hec.4661

COMENDEIRO-MAALØEA, M., RIDAO-LÓPEZ, M., GORGEMANS, S., y BERNAL-DELGADO, E. (2019). A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. *Health Policy*, 123, 412-418. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.11.009>

COMISIÓN ABRIL (Comisión de expertos para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro, presidida por D. Fernando Abril Martorell). (1991). Informe y recomendaciones de la Comisión para el análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud. (Constituida por el Congreso de los Diputados el 13 de febrero de 1990. Proposición no de Ley ante el Pleno 1 62/00003 1. *BOCE*. Congreso. 25 de enero de 1990. Serie D. núm. 13). Septiembre. Informe y recomendaciones. 25 de septiembre. <https://www.fundacionsigno.com/bazar/8/Informe%20Abril.pdf>

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA (CRSE). (2020). Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Palacio del Congreso de los Diputados. 3 de julio. https://www.congreso.es/docu/comisiones/reconstruccion/153_1_Dictamen.pdf

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XIV LEGISLATURA. (2020). 153/000001 Creación de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Dictamen de la Comisión. Enmiendas. Escritos de mantenimiento de enmiendas. Posiciones particulares. Voto particular. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie D: General. Nº 123. 21 de julio.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-123.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XIV LEGISLATURA. COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA. (2020a). 153/000001. Aprobación con modificaciones por el Pleno del Dictamen de la Comisión. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie D: General. Nº 130. 4 de agosto.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XIV LEGISLATURA. COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA. (2020b). Dictamen, enmiendas, posiciones particulares, voto particular, borradores de conclusiones de los grupos de trabajo, documentos aportados por los comparecientes, documentos aportados a través del canal de participación ciudadana. https://www.congreso.es/gl/comisiones?p_p_id=organos&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&organos_codComision=390&organos_selectedLegislatura=XIV&organos_mostrarDocumentacion=true

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XIV LEGISLATURA (2019-2023). COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA. (2020c). Composición. Diarios de sesiones. Archivo audiovisual: órdenes del día y emisiones en diferido. Iniciativas tramitadas y en tramitación. Intervenciones de todos los oradores. Dictamen, conclusiones de los grupos de trabajo, enmiendas y mantenimiento de enmiendas. Informes y documentos aportados. https://www.congreso.es/es/comisiones?p_p_id=organos&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&codComision=390&selectedLegislatura=XIV

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XIV LEGISLATURA (2019-2023). (2022). Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. (121/000110). *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie A. Nº 110-1. 24 de junio.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-29-1.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. XV LEGISLATURA (2019-2023). (2024a). Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud (121/000029). *Boletín Oficial de las Cortes Generales, Serie A. Nº 29-1. 28 de junio.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-29-1.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS XV LEGISLATURA (2019-2023). (2024b). Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud (121/000021). *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie A. Nº 21-1. 24 de mayo.* https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-21-1.PDF

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS. NOTA DE PRENSA. (2020). Aprobadas las conclusiones sobre Reactivación Económica de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, que se unen a las de Sanidad y Unión Europea. 29 de julio. https://www.congreso.es/es/web/guest/notas-de-prensa?p_p_id=notasprensa&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view¬asprensa_mvcPath=detalle¬asprensa_notald=37009

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA. (2024). El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. Colección informes. Informe 01 | 2024. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

DARZI, A. (Lord Darzi of Denham). (2024). Independent investigation of the National Health Service in England. OGL. Department of Health and Social Care. Septiembre. <https://www.gov.uk/government/publications/independent-investigation-of-the-nhs-in-england>

DÍEZ, A. y CASQUEIRO, J. (2020). El Congreso aprueba la mayoría de las medidas para la reconstrucción pero rechaza las de política social. *El País*. 22 de julio. <https://elpais.com/espana/2020-07-22/casado-confirma-su-apoyo-para-la-reconstruccion-en-sanidad-y-la-ue-entre-duros-reproches-tras-el-acuerdo-europeo.html>

EL DERECHO.COM. NOTICIAS JURÍDICAS Y DE ACTUALIDAD. (2020a). La Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprueba su plan de trabajo. 14 de mayo. <https://elderecho.com/la-comision-la-reconstruccion-social-economica-aprueba-plan-trabajo>

EL DERECHO.COM. Noticias jurídicas y de actualidad. (2020b). La Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprueba las conclusiones de sus cuatro grupos de trabajo. <https://elderecho.com/la-comision-la-reconstruccion-social-economica-aprueba-las-conclusiones-cuatro-grupos-trabajo>

EUROPEAN COMMISSION. (2023). State of Health in the EU. Synthesis Report. 2023. https://health.ec.europa.eu/document/download/66d6601b-8a37-4d44-ae2b-3ba2f8f34f41_en?filename=state_2023_synthesis-report_en.pdf

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. (2024). BERNAL-DELGADO, E., ANGULO-PUEYO, E., RIDAO-LÓPEZ, M., URBANOS-GARRIDO, R. M., OLIVA-MORENO, J., GARCÍA-ABIÉTAR, D., y HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. (2024). Spain: Health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2024. 26(3): i-187. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024>

EUROSTAT. (2024a). Treatable and preventable mortality of residents by cause and sex. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_apr/default/table?lang=en

EUROSTAT. (2024b). GDP per capita, consumption per capita and price level indices. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=GDP_per_capita_consumption_per_capita_and_price_level_indices

EUROSTAT. (2024c). Healthy life years statistics, julio. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics

FERNÁNDEZ, J. L., MORAL-BENITO, E. y URTASUN, A. (2024). Rasgos básicos de la evolución de la economía española desde la pandemia, en comparativa europea, tras las revisiones de la Contabilidad Nacional. *Boletín Económico*. Banco de España. 2 de diciembre. <https://www.bde.es/wbe/es/publicaciones/analisis-economico-investigacion/boletin-economico/2024t4-articulo-05-rasgos-basicos-de-la-evolucion-de-la-economia-espanola-desde-la-pandemia-en-comparativa-europea-tras-las-revisiones-de-la-contabilidad-nacional.html>

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI). (2021a). Informe de perspectivas de la economía mundial. Manejar recuperaciones divergentes. Abril. <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2021/03/23/world-economic-outlook-april-2021>

FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (FMI). (2021b). Informe de perspectivas de la economía mundial. Se ahondan las brechas en la recuperación mundial. Julio. <https://www.imf.org/es/Publications/WEO/Issues/2021/07/27/world-economic-outlook-update-july-2021>

FREIRE, J. M. (1999). La nueva fiscalidad de los seguros sanitarios privados y el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 233-238.

FREIRE, J. M. (2021). Público y privado en la sanidad. *Tiempo de Paz*. Otoño. Nº 142:102- 112. Monográfico sobre “Público y privado en el nuevo papel del Estado”, coordinado por JOSÉ VIDA FERNÁNDEZ. https://revistatiempodepaz.org/revista-142/#dfliip-df_1840/105/

FREIRE, J. M., y REPULLO, J. R. (2022). La arquitectura institucional que necesita el SNS post COVID del siglo XXI. *Temas*, nº 328. Abril. 33:36.

FUNCAS. (2025a). Previsiones económicas para España 2024-2025. 16 enero. <https://www.funcas.es/textointegro/previsiones-economicas-para-espana-2024-2025-enero-2025>

FUNCAS. (2025b). Spain in Europe. Women have a worse perception of their health than men. *Focus on Spanish society*, Febrero. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2025/02/Focus-1_2025_febrero.pdf

FUSTÉ, J., y FERNÁNDEZ, R. (2023). Més de 30 anys i més de 50 informes sobre reforma del sistema sanitari: tot dit i encara molt per fer! *Revista Referent. Papers de la Fundació La Unió*, Nº 20. Fundació La Unió. (Unió Catalana d'Hospitals). <https://www.uch.cat/documents/referent-20-def.pdf>

GARCÍA-PRADO, A., y GONZÁLEZ, P. (2024). La práctica dual público-privada en la sanidad española. ¿Solución o problema? Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38. 102379. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102379>

GARCÍA VARGAS, J., y RIESGO, I. (2019). *Diez temas candentes de la sanidad española en 2019*. Círculo de Empresarios. https://circulodeempresarios.org/app/uploads/2019/10/Diez-temas-candentes-de-la-sanidad-española-2019_F.pdf

GAVILÁN, A. (2024). Principales aspectos que condicionan las perspectivas macroeconómicas para 2025. Encuentro perspectivas económicas y financieras 2025. Asociación para el Progreso de La Dirección (APD). Madrid 6 de noviembre. <https://www.bde.es/f/webbe/GAP/Secciones/SalaPrensa/IntervencionesPublicas/DirectoresGenerales/economia/Arc/IIPP-2024-11-06-gavilan-es-or.pdf>

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, e1715–43. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2822%2900429-6>

GBD 2021 CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. (2024). Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*, 403, 2100–32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00367-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00367-2)

GENERALITAT DE CATALUNYA. COMISSIÓ PER A L' ELABORACIÓ DEL DOCUMENT DE BASES. COORDINADOR P. IBERN I REGÀS. (2014). Document de bases per al pacte nacional de la salut a Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/model-sanitari-catala/historia-de-model/pacte_nacional_salut_acords.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. COMITÈ D' AVALUACIÓ, INNOVACIÓ I REFORMA OPERATIVA DEL SISTEMA DE SALUT (CAIROS). (2024). 10 primeres línies d'acció. 19 de desembre. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/cairos/docs/innovacio-reforma-sistema-salut-cairos-10-mesures.pdf

GENERALITAT DE CATALUNYA. COMITÈ D' EXPERTS PER A LA TRANSFORMACIÓ DEL SISTEMA PÚBLIC DE SALUT. (2020). 30 mesures per enfortir el sistema de salut. 21 de setembre. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5281/30_mesures_enfortir_sistema_salut_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

GENERALITAT DE CATALUNYA. DIRECCIÓ GENERAL DE COMUNICACIÓ. (2024). Salut. Comunicació del Govern. El Govern impulsa la reforma del Sistema de Salut de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/cairos/docs/innovacio-reforma-sistema-salut-cairos-10-mesures.pdf

GOBIERNO DE ARAGÓN. DEPARTAMENTO DE SANIDAD. (2023). Iniciativa aragonesa para la sostenibilidad y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud. Propuesta para el debate nacional. https://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/iniciativa_aragonesa_sostenibilidad_eficiencia_sns_propuesta_debate_nacional.pdf

GOBIERNO VASCO. IREKIA. (2024). Lehendakari: "Debemos trabajar juntos para transformar el sistema y garantizar una asistencia sanitaria de primera". 5 de septiembre. <https://www.irekia.euskadi.eus/es/news/95309-lehendakari-debemos-trabajar-juntos-para-transformar-sistema-garantizar-una-asistencia-sanitaria-primera?track=1>

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2020). Dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica (sanidad): paso adelante y oportunidad perdida. *Nada es Gratis* (blog). 24 de julio. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/dictamen-de-lacomision-de-reconstruccion-social-y-economica-sanidad-paso-adelante-y-oportunidad-perdida>

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2024). La reconstrucción del sistema sanitario: perspectiva de salud, económica y social. Conferencia. II Congreso Catalán de Gestión Clínica y Sanitaria. Observatorio "La gestión importa. Salud y Sociedad. Avances en gestión clínica". 21 noviembre. https://lgestioimporta.cat/articles_monografic/beatriz-gonzalez-la-reconstruccion-del-sistema-sanitario-perspectiva-de-salud-economica-y-social/?lang=es

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (directora). (2024). El valor del conocimiento para enfrentar a la pandemia. Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2024/12/DE_2024_valor-conocimiento-enfrentar-pandemia.pdf

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., y BARBER PÉREZ, P. (2024). ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber sobre los desequilibrios de médicos en España? Diagnóstico y propuestas. Informe SESPAS 2024. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102366>

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., y HERNÁNDEZ AGUADO, I. (2024). Evaluación independiente de la crisis de la COVID-19. Lecciones por aprender. *Gaceta Sanitaria*, 38. 102375. <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911124000220>

GREER, S.L., WISMAR, M., y FIGUERAS J. (2016). *Strengthening health system governance. Better policies, stronger performance*. Maidenhead, Berkshire: Open University Press – Mc Graw Hill. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/strengthening-health-system-governance-betterpolicies-stronger-performance>

HERNÁNDEZ PASCUAL, J. (2024). Los retos de la gobernanza de los recursos humanos de la sanidad pública. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102377. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102377>

HERVADA VIDAL, X., PÉREZ ROMERO, C., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., y URBANOS GARRIDO, R. (2023). Evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud español frente a la pandemia de COVID-19. Lecciones de y para una pandemia. Madrid. 30 abril. https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/documentos/EVALUACION_DEL_DESEMPEÑO_DEL_SNS_ESPAÑOL_FRENTE_A_LA_PANDEMIA_DE_COVID-19.pdf

- IBERN, P. (1999). Seguros sanitarios colectivos y desgravación fiscal. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 233-238. <https://gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911199713567>
- IMAS. INSTITUTO PARA LA MEJORA DE LA ASISTENCIA SANITARIA. (2023). Los Retos del Sistema Nacional de Salud en la próxima legislatura 2023-2027. Objetivos y propuestas de transformación del Sistema Nacional de Salud para aumentar la salud, mejorar la calidad, y hacerlo más equitativo y eficiente. https://www.imasfundacion.es/images/documentos/Retos_SNS_2023-2027.pdf
- JIMÉNEZ FUENTE, A. (2022). La extinción de las agencias sanitarias en Andalucía. La importancia del relato. *Gaceta Sanitaria*, 36(1), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.09.004>
- JIMÉNEZ SEGURA, N., y PEINADO, F. (2024). Dermatología del Ramón y Cajal, la consulta más colapsada de Madrid, reduce su espera un 35% en dos meses. *El País*. 28 de diciembre. https://elpais.com/espana/madrid/2024-12-28/dermatologia-del-ramon-y-cajal-la-consulta-mas-colapsada-de-madrid-reduce-su-espera-un-35-en-un-mes.html?event_log=go
- JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZACIÓN DE ESTUPEFACIENTES. (2022). Informe anual 2021. https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2021/Annual_Report/E_INCB_2021_1_spa.pdf
- LA MONCLOA. (2020). Sánchez convocará a partidos, agentes sociales y administraciones para alcanzar un gran pacto de reconstrucción económica y social. Actividad del presidente. 12 de abril. <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2020/120420-reunionccaa.aspx>
- LEAL MALDONADO, J. L. (1980). La superación de la crisis económica. *Papeles de Economía Española*, Nº 2. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/002art02.pdf
- LIFSCHITZ E., DEL LLANO J., ROVIRA, J., GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B. y MAGRO, F. (2020). Remuneraciones de los médicos en la Unión Europea, España y comunidades autónomas: análisis comparativo. Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria. https://www.researchgate.net/publication/369119464_Remuneraciones_de_los_Medicos_en_la_Union_Europea_Espana_y_Comunidades_Autonomas_Analisis_Comparativo
- LOBO, F. (2017). *La economía, la innovación y el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Funcas. <https://www.funcas.es/libro/la-economia-la-innovacion-y-el-futuro-del-sistema-nacional-de-salud-espanol-junio-2017/>
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (1991). El Informe Abril de reforma de la asistencia sanitaria. *Papeles de Economía Española*, Nº 48. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/048art08.pdf
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2022a). Petita crònica de les propostes de la Comissió d'experts per a la reforma fiscal, amb especial referència final a la fiscalitat indirecta de la sanitat privada. *Col·lecció Health Policy Papers*. 2022 – 06. CRES. Universidad Pompeu Fabra. <https://repositori.upf.edu/items/63fb45a7-beac-4ba7-add5-8d3054efd01e>
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2022b). Los beneficios fiscales del aseguramiento sanitario privado. *Colección Health Policy Papers*, 2022 – 08. CRES. Universidad Pompeu Fabra.
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2023a). Political economy of health system reform: evidence from Spain. Handbook on the Political Economy of health systems. En COSTA-FONT, J., BATINTI, A. y TURATI, G. (eds.). *Handbook on the Political Economy of health systems* (370–379). Essay, Edward Elgar. <https://www.upf.edu/documents/3223410/266069574/Costa-Font+Revised+Proof%5B91%5D.pdf/dec4ac03-a4d3-145f-1df8-e8c53d3668f3?t=1699011532202>
- LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2023b). Algunas enseñanzas de la colaboración público privada desde y para la política sanitaria. *Revista del Instituto de Estudios Económicos*, Nº 3. https://www.ieemadrid.es/wp-content/uploads/Revista-del-IEE-N.o-3-2023.-La-colaboracion-publico-privada_servicios-publicos.pdf
- LÓPEZ CASASNOVAS, G., y DEL LLANO SEÑARÍ, J. E. (EDS.). (2017). Colaboración público-privada en sanidad. Fundación Gaspar Casal. CRES. Universidad Pompeu Fabra y Ribera Salud Grupo. Madrid. <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/02/Colaboracion-Publico-Privada-en-Sanidad-El-Modelo-Alzira.pdf>
- MENEU, R. (2024). Reclutamiento, selección y retención de profesionales en servicios de salud de gestión directa. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102381. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102381>

MENEU, R., ORTÚN, V., y URBANOS, R. (2023). La sanidad en la encrucijada post-COVID. Financiación, organización y gestión. Centre de Recerca en Economia y Salut (CRES). Universitat Pompeu-Fabra. *Health Policy Papers Collection*. 2023 – 3. <https://repositori-api.upf.edu/api/core/bitstreams/66dc3a5c-4cf1-4bb9-a20e-2b1b495424b8/content>. Hay versiones en formato libro en castellano y en catalán. Esta última bajo el título La Sanitat a la cruïlla post-COVID. Ambas de Profit Editorial. Cercle de Salut. 2023. Citamos por la versión del CRES.

MINISTERIO DE SANIDAD. (s.f.). *Encuesta Europea de Salud en España 2020*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/MODULO2RELATIVO.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. (2021). Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Versión 15/11/2021. https://www.msbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. (2024a). Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023. Informes, Estudios e Investigación. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. (2024b). Proyecto de Ley de gestión pública e integridad del SNS. Consulta pública previa. 14 de mayo. https://www.sanidad.gob.es/normativa/docs/Ficha_consultapublica_ley_gestion_publica_revisado.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. (2024c). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2022*, marzo. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE COORDINACIÓN DE ALERTAS Y EMERGENCIAS SANITARIAS (CCAES). (2021). Actualización nº 480. Enfermedad por el coronavirus (COVID-19). 08.10.2021. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_480_COVID-19.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. (2024). Barómetro Sanitario. Tercera oleada. Octubre de 2024. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_3a_oleada/NOTA_TECNICA_BS_30Ia_2024.pdf

MINISTERIO DE SANIDAD. SIS. (2024). Consumo de ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y sedantes. *Info BDCAP*, nº 12. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf

NEGRÍN, M. A., y ORTÚN, V. (2024). Gestión de recursos humanos en sanidad. Vías de avance consensuales. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102394. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102394>

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021 OECD indicators*. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en.html

OECD/EUROPEAN COMMISSION. (2024). *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

OLAIZAOLA, B. (2024). El Tribunal Superior de Justicia de Madrid avala el cese del jefe de la UCI pediátrica de La Paz. *El País* 2 de febrero. <https://elpais.com/espana/madrid/2024-02-02/el-tribunal-superior-de-justicia-de-madrid-avala-el-cese-del-jefe-de-la-uci-pediatrica-de-la-paz.html>

OLIVA, J., LOBO, F., y VIDA, J. (2023). *La organización de la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: propuestas de reforma*. Funcas. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/2023/12/La-organizacion-de-la-evaluacion-de-la-eficiencia_3.pdf

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA (OMC). (2021). Un año desde el primer compañero fallecido. 112 médicos han fallecido durante la pandemia por COVID19, uno cada tres días. Madrid. 18 de marzo. <https://www.cgcom.es>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (2020). Situación de la enfermería en el mundo 2020. Invertir en educación, empleo y liderazgo. 6 de abril. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240003279>

ORTÚN, V. (2013). Los conflictos sanitarios pasan, los daños permanecen. La conveniente mejora del gobierno y de la organización sanitaria. *Nada es Gratis*. Blog. 2 de enero. <https://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/los-conflictos-sanitarios-pasan-los-danos-permanecen-la-conveniente-mejora-del-gobierno-y-de-la-organizacion-sanitaria>

ORTÚN, V. (2024). Calidad de la gestión sanitaria. Conferencia de clausura del XL Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Las Palmas de Gran Canaria. 18 de octubre. <https://www.youtube.com/watch?v=JKz9T8kUkEM&list=PLAxMndGjpAV-vigLnqck9GgEgPQkDYk-B&index=2>

OECD/EUROPEAN COMMISSION. (2024). *Health at a glance. Europe 2024. State of health in the Eu cycle*. Paris: OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>

PEIRÓ MORENO, S. (2017). Aspectos de política sanitaria. Las comparaciones de eficiencia y calidad de las diferentes formas de provisión de la asistencia sanitaria pública. En LÓPEZ CASASNOVAS y DEL LLANO SEÑARÍS (eds.).

PÉREZ-GARCÍA, R. M., DEL FRESNO GARCÍA, M., y LÓPEZ PELÁEZ, A. (2014). Abriendo la caja negra de las profesiones sanitarias: evaluación de la aplicación de la carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica (reALA)*. Nueva época. nº 1, enero-junio. DOI <http://dx.doi.org/10.24965/reala.v0i1.10138>; <https://revistasonline.inap.es/index.php/REALA/article/view/10138/10581>

Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, MI, Ocaña-Riola y JJ. Martín-Martín. 2019. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gac Sanit.* 2019;33(4):325–332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>

RAMIÓ, C. (2016). Los sindicatos y la Administración Pública. El blog de *Es público*. 30 de marzo. <https://www.administracionpublica.com/los-sindicatos-y-la-administracion-publica>

RAMIÓ, C. (2020). La burocracia: origen y destino. El blog de *Es público*. 3 de febrero. <https://www.administracionpublica.com/la-burocracia-origen-y-destino/>

REPULLO, J. R. (2012). La sostenibilidad de las prestaciones sanitarias públicas. En: M. A. PRESNO-LINERA. *Crisis económica y atención a las personas y grupos vulnerables*. Oviedo: Procuradora General del Principado de Asturias (libro electrónico, colección PROCURA). <https://presnolinera.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/09/crisis-econoc3b3mica-y-atencic3b3n-a-las-personas-y-grupos-vulnerables.pdf>

REPULLO, J. R. y FREIRE, J. M. (2024a). Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102367. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102367>

REPULLO, J. R. y FREIRE, J. M. (2024b). Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el SNS. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria*, 38, 102368. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911124000153?via%3Dihub>

SERRA, M., MANGANELLI, A. G., y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2017). La aproximación empírica. La Ribera, Torrevieja y Vinalopó. En G. LÓPEZ CASASNOVAS y J. E. DEL LLANO SEÑARÍS (eds.). 2017.

SIMÓ, J. (2017). Listas de espera por clase social según aseguramiento. Salud, dinero y atención primaria. Blog. 1 noviembre. <http://saludineroap.blogspot.com/2017/11/listas-de-espera-por-clase-social-segun.html>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA. (SESPAS). (2024). Informe 2024. Recursos humanos del SNS. V. Dirigido por ORTÚN y MIGUEL ÁNGEL NEGRÍN. <https://sespas.es/publicaciones/informes/>; <https://www.sciencedirect.com/journal/gaceta-sanitaria/vol/38/suppl/S1>

TRIBUNAL DE CUENTAS EUROPEO. (2024). Informe especial del sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales en la UE. https://www.eca.europa.eu/ECAPublications/SR-2024-10/SR-2024-10_ES.pdf

TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE MADRID. (2024). Sala de lo Contencioso. Sentencia N.º 60/2024 de 2 de febrero de 2024 en recurso contencioso-administrativo contra la Resolución del Viceconsejero de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid de fecha 31 de marzo de 2021, por la que se desestimó el recurso de alzada interpuesto contra la Resolución del Director Gerente del Hospital Universitario La Paz de fecha 18 de diciembre de 2020, que había acordado el cese del recurrente del puesto de Jefe de Servicio de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas (Medicina Intensiva) con carácter definitivo. NIG: 28.079.00.3-2021/0029443. Recurso de Apelación 548/202. Roj: STSJ M 670/2024 – ECLI:ES:TSJM:2024:670. <https://www.poderjudicial.es/search/AN/openDocument/4361de5e90476c6ca0a8778d75e36f0d/20240312>

URBANOS, R. y BERNAL, E. (2024). El Sistema Nacional de Salud en España: desempeño notable y pronóstico reservado. *Nada es Gratis*. Blog. 18 de septiembre. <https://nadaesgratis.es/admin/el-sistema-nacional-de-salud-en-espana-desempeno-notable-y-pronostico-reservado>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2024). COVID-19 Epidemiological update. Special edition 174. 24 December. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update---24-december-2024>

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA Y COMUNITARIA CITADA

Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

Ley 40/1998, de 9 de diciembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y otras normas tributarias.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *BOE* núm. 301, de 17/12/2003.

Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Real Decreto - Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto-Ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

ANEXO

Tabla 1. Informes seleccionados por Fusté y Fernández (2023) período 1991-2017

- *Informe Abril Martorell (1991).*
- *Grup de treball per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària (Informe Vilardell, 2005).*
- *Pacte de mesures per a la sostenibilitat del Sistema Sanitari i Social de Catalunya (Unió Catalana d'Hospitals, 2008).*
- *Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario (McKinsey & Company, 2009).*
- *Segon document marc del grup de treball per a la racionalització i el finançament de la despesa sanitària (Informe Vilardell, 2010).*
- *Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS (Informe del CISNS sobre Pacto por la Sanidad, 2010).*
- *Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto (Antares, 2010).*
- *Quince temas candentes de la Sanidad española para 2010: Propuestas para una agenda (PriceWaterHouse Coopers, 2010).*
- *Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario (Consejo Económico y Social – CES, 2010).*
- *Un repàs a algunes de les grans qüestions de la política sanitària actual (Guillem López Casanovas. Revista Referent, núm. 9, Papers de la Fundació Unió, 2010).*
- *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino hacia cobertura universal (OMS, 2010).*
- *Diez temas candentes de la Sanidad Española para 2011: el momento de hacer más con menos (PriceWaterHouse Coopers, 2011).*
- *Austerity Measures in EU Member States (2011).*
- *¿Anclar gastos o mejorar la financiación? (Article de La Vanguardia, Guillem López Casanovas, 2011).*
- *Libro Blanco sobre el sistema sanitario español (Resum de recomanacions del Grup de Treball, 2011).*
- *Propostes del Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC) en relació a l'escenari econòmic i de contractació per a l'any 2011 i les línies estratègiques que l'acompanyen (Consorci Sanitari i Social de Catalunya, 2011).*
- *Posicionament de la Unió Catalana d'Hospitals (UCH) en relació als àmbits que el Departament de Salut ha proposat abordar per tal de fer front a l'ajust pressupostari (febrer 2011).*
- *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud: ¿ha dejado la sanidad de ser una prioridad social? (A. T. Kearney, maig 2011).*
- *Repensant el model sanitari. Anàlisi i propostes per a una revisió constructiva del model sanitari català (Unió Catalana d'Hospitals, octubre 2011).*

- *Propostes de mesures estructurals d'esforç del sector per a la millora de la productivitat i la reordenació dels serveis de l'Associació Catalana d'Entitats de Salut (ACES) (febrer 2011).*
- *Propostes per a la sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic (Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, novembre 2011).*
- *Propostes per a la racionalització de la utilització del sistema sanitari-Atenció Primària (Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari, juny 2011).*
- *La recerca i innovació biomèdica a Catalunya i la seva sostenibilitat per a la millora del sistema sanitari (Document de recerca, novembre 2011).*
- *La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España (José Jesús Martín Martín i María del Puerto López del Amo, Artículo Article, 2011).*
- *Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance (Associació Economia de la Salut, desembre 2013).*
- *Cimera Econòmica i Social (Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari, març 2013).*
- *Sustainable Health Systems: visions, strategies, critical uncertainties and scenarios (World Economic Forum, McKinsey, any 2013).*
- *Document de bases per al Pacte Nacional de la Salut a Catalunya (Diferents agents del sistema sanitari català, març 2014).*
- *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy (WHO & European Observatory on Health Systems and Policies, 2014).*
- *II Foro "Innovación y sostenibilidad: construyendo la sanidad del siglo XXI" (Diferents participants de reconegut prestigi, octubre 2015).*
- *Foro de transformación sanitaria: las claves de la sostenibilidad del sistema sanitario (Deusto Business School Health, noviembre 2015).*
- *El futuro del sistema sanitario: ¿será posible financiar y reducir las desigualdades en salud? (Institute for Healthcare Management-ESADE, Antares Consulting, 2015).*
- *Escenarios de regeneración. Sistema Nacional de Salud: escenarios prospectivos de regeneración 2016 – 2021. Análisis Prospectivo Delphi (Fundación Salud Innovación i Sociedad & Novartis, 2015).*
- *100 perspectivas para mejorar el futuro del sector salud (Fundación Economía y Salud, 2015).*
- *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging health and finance perspectives (OCDE 2015).*
- *Medidas preliminares para mejorar la sostenibilidad del SNS (PMFarma, Comunitat Professional del Sector Farmacèutic, novembre 2016).*
- *La sanidad española en cifras 2016 (Fundación Gaspar Casal, 2016).*
- *Tackling Wasteful Spending on Health (OCDE, 2017).*
- *State of Health in the EU: Spain (WHO & European Observatory on Health Systems and Policies, 2017).*

Tabla 2. Informes seleccionados por Fusté y Fernández (2023) desde la COVID-19. 2020

- *Impacte de la pandèmia del COVID-19 a les organitzacions sanitàries: 25 propostes a partir del que hem après* (Societat Catalana de Gestió Sanitària, maig 2020).
- *COVID-19 lliçons apreses per una reforma del sistema de salut de Catalunya* (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, juny 2020).
- *Decàleg per a la reforma del sistema de salut de Catalunya. Deu propostes de canvi a partir de les lliçons apreses durant la COVID-19* (Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, Societat Catalana de Gestió Sanitària, Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya, 2020).
- *Propuestas futuras de gestión tras el COVID-19. Por la reconstrucción y la transformación del sistema sanitario* (SEDISA, juliol 2020).
- *La reforma del sistema de salud de catalunya, de la bibliografía documental als canvis transformacionals post COVID-19* (Unió Catalana d'Hospitals, juliol 2020).
- *La recuperació post COVID-19. Algunes reflexions sobre el paper del sector de la salut* (Cercle d'Economia, octubre 2020).
- *La Sanidad, sector aún más estratégico por la pandemia* (Círculo de empresarios, octubre 2020).
- *Not the last pandemic: Investing now to reimagine public-health systems* (McKinsey & Company, 2021).
- *Acord nacional de bases per la reactivació econòmica amb protecció social* (Foment del Treball, juliol 2020).
- *Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica* (solamente el apartado de "Sanidad y Salud Pública") (BOCG, 21 de juliol de 2020).
- *30 mesures per enfortir el sistema de salut* (Comitè d'Experts per a la Transformació del Sistema Públic de Salut, setembre 2020).
- *Consenso por un sistema sanitario del siglo XXI. Un sistema inclusivo que cuente con los ciudadanos y pacientes, con los profesionales y con todos los agentes del sistema* (VV. AA., octubre 2020).
- *106 medidas que mejoran el sector de la salud en España tras la pandemia de COVID-19* (Fundación Economía y Salud, noviembre 2020).
- *Europe 2020. State of health in the EU cycle* (OECD, desembre 2020).

