

El sistema sanitario español: fortalezas, deficiencias y mejoras

INFORME 14 | CEU-CEFAS

Octubre de 2025

Área de Estudios y Análisis Social de CEU-CEFAS

Coordina: Alejandro Macarrón Larumbe

El sistema sanitario español: fortalezas, deficiencias y mejoras

INFORME 14 | CEU-CEFAS

Octubre de 2025

Área de Estudios y Análisis Social de CEU-CEFAS

Coordina: Alejandro Macarrón Larumbe

© Todos los derechos reservados.

CEU-CEFAS tiene por objetivo la promoción de los principios inspiradores fundamentales de la Doctrina Social de la Iglesia en los ámbitos cultural y político, mediante la realización de cursos, congresos y publicaciones. CEU-CEFAS aspira a constituirse en un lugar de referencia y encuentro para debatir, reflexionar, formar, difundir e investigar en el ámbito de las ideas para mejorar la sociedad.

www.cefes.ceu.es

CEU-CEFAS
Calle Guzman el Bueno, 133,
28003 Madrid | España
Teléfono: (+34) 91 514 05 77
cefes@ceu.es

ISBN: 979-13-87860-18-9
Maquetación: CEU Ediciones
Impresión: CEU Ediciones
Impreso en España

Publica: CEU Ediciones
Calle Julián Romea, 18
28003 Madrid | España
Teléfono: (+34) 91 514 05 73
ceuediciones@ceu.es

La Fundación Universitaria San Pablo CEU es una entidad inscrita en el Registro de Fundaciones con el nº 60 / CIF (G-28423275).

Las opiniones expuestas en los trabajos publicados son de la responsabilidad exclusiva de sus autores.

Índice

Introducción	7
Parte I. Panorámica de la sanidad en España	9
Resumen de conclusiones	9
El sector sanitario es uno de los mayores de la economía, por volumen de gasto y empleo, y de los más feminizados.....	11
Más de 1,5 millones de empleos en el sector sanitario en España	13
En España se ha disparado el número de médicos y enfermeros, cada vez más mayoritariamente de sexo femenino	14
El gasto sanitario tiende a crecer continuamente en porcentaje de PIB	15
En España el gasto sanitario en relación al PIB, y más aún en términos per cápita, es muy inferior al de los países occidentales de primer nivel.....	17
La esperanza de vida de España, de las más altas del mundo y a la cabeza de la UE.....	18
11 de las 30 regiones europeas con más esperanza de vida son españolas	20
Madrid, la capital con mayor esperanza de vida del mundo	20
Las listas de espera se han disparado desde 2010 y están en máximos históricos.....	21
Por especialidades, hay gran diferencia en el número medio de días de espera para intervenciones quirúrgicas	23
Hay enormes disparidades en el problema de las listas de espera entre CCAA	23
El gasto público por habitante en sanidad varía mucho por CCAA	25
¿Por qué se han disparado las listas de espera sanitarias del SNS? ¿Por la avalancha migratoria y el envejecimiento demográfico? ¿Por hundimiento (aparente) de la productividad del personal sanitario?	26
¿Son bajos los salarios de los médicos en España, y se están marchando muchos por esta causa?.....	27
La medicina privada: una parte sustancial, eficiente y de calidad del sistema sanitario español.....	28
Parte II. Propuestas para mejorar el sector sanitario español	31
Inmigración neta cero hasta acercarnos al pleno empleo.....	31
En lo posible, recentralización de la sanidad pública y compartición de recursos	32
Inspirarse en los mejores y aprender de ellos	32
Copago por visitas médicas y otros.....	33
La sanidad pública no puede ser gratis para personas sin tarjeta sanitaria española ni permiso de estancia en España	33
Que los usuarios de la sanidad pública conozcan el valor de mercado del coste en que se incurre para atenderlos	33
Progresiva desfuncionarización de la sanidad pública, más derivación de pacientes hacia la sanidad privada y desgravación en IRPF por su uso.....	34
Promover una jubilación más tardía de los buenos profesionales médicos	34
Que se puedan adquirir sin receta más fármacos de mucho uso y pocos y casi nulos efectos secundarios	35
Delegar en las farmacias la realización de pruebas diagnósticas simples y el afinar la dosificación de la medicación correspondiente.....	35
Más control de productividad y capacidad de gestión a sus directivos en los Centros de Atención Primaria.....	35
Más cultura sanitaria y medicina preventiva.....	36
Medicina más personalizada –y no solo en el plano tecnológico, también con más visitas a domicilio– y automatizada.....	36

Introducción

Artículo 43. Protección a la salud (Constitución Española)

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas, y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su importancia crucial para el bienestar físico de las personas y su longevidad, y su enorme impacto en el empleo y el gasto público y privado, dedicamos este informe de CEU-CEFAS a analizar las principales magnitudes del sector sanitario español, hacer valoraciones de sus principales logros y problemas, y proponer soluciones para estos últimos y líneas de mejora. El informe se centra en los cuidados médicos y con base científica a la salud humana, sin entrar en medicinas alternativas ni en el cuidado de salud animal.

Parte I

Panorámica de la sanidad en España

Resumen de conclusiones

España tiene uno de los sistemas sanitarios globalmente más eficaces a nivel mundial –a juzgar por la esperanza de vida, o por indicadores como la mortalidad infantil y maternal– y más eficientes –por el peso del gasto sanitario con relación al PIB, y lo que rinde este gasto– con un modelo mixto público-privado que hasta ahora ha dado muy buenos resultados para la población, a un coste muy razonable para los ciudadanos. Pero el sistema sanitario español se está deteriorando, los servicios sanitarios que proporciona no son igual de buenos por Comunidades Autónomas, provincias y zonas geográficas, y tiene importantes áreas de mejora en eficacia (resultados), en eficiencia (la productividad media de las personas empleadas en él, y el rendimiento de buena parte del dinero gastado), en su modelo organizativo y de financiación, y en los niveles retributivos de una parte del personal sanitario.

La esperanza de vida española, uno de los indicadores más valiosos y relevantes del éxito o fracaso de una sociedad, de su sistema sanitario y de su cohesión social –no puede ser alta si las clases bajas y medio-bajas no tienen acceso a niveles suficientes de alimentación, higiene, vivienda y buenos cuidados médicos– lo atestigua. Estamos a la cabeza de la Unión Europea, y solo nos superan ligeramente a nivel mundial países como Japón y Suiza, que dedican bastante más dinero por persona que España a gasto sanitario. España cuenta con la región con mayor esperanza de vida de Europa y del mundo, la Comunidad de Madrid –donde en 2023 fue superior a la de todas las prefecturas de Japón, el país con mayor longevidad del mundo–, y con cuatro de las diez regiones europeas con más esperanza de vida de Europa (de un total de 244 de las llamadas NUTS 2, equivalentes a nuestras CCAA). La ciudad de Madrid es la capital con mayor esperanza de vida del mundo. El lado menos brillante de los datos de esperanza de vida en España es que hay casi tres años de diferencia entre Madrid y la comunidad autónoma que la tiene más baja (Canarias), y más de cuatro con Ceuta.

El gasto sanitario en España, globalmente, es de los más bajos de Europa Occidental en relación al PIB y en términos per cápita, algo en contraste con esa altísima esperanza de vida. Por esta razón, en el contexto europeo cabe considerar como globalmente muy eficiente en el gasto a nuestro sistema sanitario –y no digamos en relación a Estados Unidos, con muchísimo más gasto sanitario en relación al PIB y per cápita, y unos cinco

años menos de esperanza de vida que España–, sin perjuicio de que admita importantes optimizaciones. Pero, aunque el gasto sanitario sea inferior al de otros países, consume una parte muy relevante de la riqueza que produce anualmente España (ya cercana al 10%), y tiende a aumentar más que el PIB, porque los únicos segmentos de población en España que crecen en número, y lo hacen con fuerza, son los mayores y ancianos –en la etapa de la vida con más necesidad de cuidados médicos–, y los inmigrantes, que apenas consumen sanidad privada.

España cuenta con un sector sanitario privado potente y profesional, más eficiente en el gasto en términos globales que el sector público, al que complementa añadiendo recursos pagados voluntariamente por sus usuarios (26% del gasto sanitario total de España en 2023), lo que supone un beneficio claro para las arcas públicas y para los contribuyentes, así como incremento de la capacidad de atención médica a España, especialmente valiosa en situaciones de emergencia (como la última pandemia) y a la que la propia sanidad pública deriva bastantes pacientes. En ciertas áreas de cuidados médicos, incluyendo la parte medicalizada de las residencias de ancianos, el sector privado aporta una gran parte o la mayoría de la capacidad disponible en España.

Los indicadores de calidad que muestran un clarísimo deterioro en la sanidad pública española son los del tiempo hasta ser recibido en consulta y para ser sometido a intervenciones quirúrgicas: el número de personas en listas de espera y el tiempo medio de espera han aumentado muy considerablemente entre 2010 y 2015. También en estas métricas hay grandes diferencias entre CCAA, con regiones como Madrid y el País Vasco con números mejores, y Extremadura y Andalucía en las que las esperas son mucho más dilatadas. Esto evidencia otro de los defectos estructurales del sistema sanitario español: el troceamiento de casi toda su gestión en 17 sanidades autonómicas (+2 por Ceuta y Melilla), que concentran más de un 95% de gasto público sanitario, con las consiguientes ineficiencias en el gasto, y desigualdades de calidad de servicio en algo tan vital como la sanidad de los españoles en función de dónde residan. Este deterioro tiene mucho que ver con dos factores demográficos:

- El envejecimiento progresivo de la población, inevitable si no aumenta la natalidad (y aunque lo hiciese de repente, inevitable para las próximas dos o tres décadas).
- La llegada masiva de inmigración en la última década (3,6 millones de inmigrantes netos adicionales de mediados de 2015 al primer trimestre de 2025), evitable por ser innecesaria en líneas generales para un mercado laboral que no ha bajado en ese período de 4 millones holgados de parados reales¹. Y son personas que, al tener menos recursos, casi solo consumen sanidad pública, y apenas de la privada.

1 Sumando 2,5 a 3 millones de parados «oficiales» (personas sin trabajo que dijeron estar buscando empleo cuando fueron entrevistadas para la EPA), y 1 millón holgado a 1,5 millones o más que no tenían trabajo, dijeron querer trabajar cuando fueron entrevistados para la EPA, pero no habían buscado empleo en las cuatro semanas previas, por cualquier tipo de razón.

Otra fuente inevitable de despilfarro es la cuasi-gratuidad de los servicios públicos sanitarios. Los copagos a cargo de los usuarios cubren una parte mínima del gasto público sanitario, pese al triple beneficio teórico que comportan si son apreciables:

- Disuasorio frente al potencial sobreconsumo de consultas médicas y medicamentos gratuitos para el usuario y paciente en un sistema percibido como gratuito.
- Cofinanciar en alguna medida apreciable la sanidad en una España con abultados déficits públicos estructurales y tipos fiscales muy altos.
- Equidad social, en la medida en que una parte nada pequeña de los problemas de salud puede evitarse o suavizarse mediante una alimentación, higiene y hábitos de vida más sanos, o lo contrario si se fuma, se abusa del alcohol (y no digamos de las drogas y las prácticas sexuales de riesgo), no se hace ejercicio físico y no se es cuidadoso con la higiene (o incluso si se practican deportes de riesgo por pura diversión, y se sufren lesiones y traumatismos por ello). Por tanto, hay ciudadanos que evitan gasto a la sanidad pública con su esfuerzo por llevar una vida más sana, y hay otros que lo incrementan.

En sentido contrario, una causa de que el gasto en sanidad no sea más elevado es la retribución del personal sanitario, y en particular de médicos y enfermeros/as, baja en relación a la de sus homólogos europeos, con el consiguiente riesgo en motivación y fuga a otros países.

* * *

El sector sanitario es uno de los mayores de la economía, por volumen de gasto y empleo, y de los más feminizados

Junto a su importancia crucial para que nuestras vidas sean más largas, con mayor vigor físico y menos sufrimiento por enfermedades y problemas de salud, y para que quienes trabajan y producen todos los bienes y servicios que consumimos y disfrutamos estén en mejor forma física para desempeñar sus labores, el sector sanitario es uno de los principales de la economía, por el volumen de recursos que consume y el valor añadido que crea, y por la cantidad de empleos directos e indirectos que genera. Asimismo, es uno de los sectores que movilizan más inversión en investigación y desarrollo y equipamientos de alta tecnología.

En 2023, el gasto sanitario en España fue de 140.000 millones de euros, un 9,6% del PIB, de los que un 74,3% correspondieron a gasto público –en su inmensa mayoría, a través de las CCAA– y el resto a gasto privado (con o sin ánimo de lucro). Este último renglón incluye muchas actividades ligadas a la Iglesia católica en el ámbito de

la salud que, desempeñadas en una buena parte por voluntarios y por religiosos, de haber sido realizadas íntegramente por personal asalariado, habrían conllevado incrementos adicionales de miles de millones de euros en el gasto sanitario de España². Y del gasto público total, el apartado sanitario representa un 15% aproximadamente, y mucho más en las CCAA, las principales AAPP en su gestión operativa y por volumen de gasto.

El Cuadro 1 muestra las grandes partidas de gasto sanitario (total, público + privado) en 2022 por tipo de proveedor. El renglón más voluminoso es la provisión de servicios hospitalarios (sin incluir farmacia), seguido de la dispensación de productos farmacéuticos, y del gasto en centros ambulatorios. Asimismo, el gasto hospitalario es el principal vector de aumento de gasto farmacéutico, al que también contribuyen mucho los dispensarios y las clínicas ambulatorias. En términos relativos, entre 2014 y 2022 hubo un incremento enorme en el gasto en servicios de medicina preventiva (+340%) y en cuidados médicos a domicilio (+78%).

Cuadro 1. Gasto sanitario en España (público y privado) en 2022 por tipo de proveedor		
	Millones de euros	% sobre el total
Hospitales	60.294	46,0%
<i>Hospitales generalistas</i>	56.180	42,8%
<i>Clinicas psiquiátricas</i>	1.060	0,8%
<i>Otras clinicas especializadas</i>	3.053	2,3%
Hospitales / residencias de larga estancia	6.933	5,3%
<i>Centros / residencias de larga estancia con cuidados de enfermería</i>	6.852	5,2%
<i>Centros para toxicómanos</i>	81	0,1%
Proveedores de cuidados médicos ambulatorios	25.757	19,6%
<i>Consultas médicas</i>	6.575	5,0%
<i>Dentistas / Odontología</i>	3.748	2,9%
<i>Otros cuidados médicos</i>	1.508	1,1%
<i>Dispensarios y clínicas ambulatorias</i>	11.781	9,0%
<i>Cuidados médicos a domicilio</i>	2.146	1,6%
Proveedores de servicios auxiliares	2.063	1,6%
<i>Transporte de pacientes y servicios de ambulancias</i>	1.161	0,9%
<i>Laboratorios clínicos</i>	902	0,7%
Oficinas de farmacia y otros proveedores de productos médicos	28.090	21,4%
<i>Oficinas de farmacia</i>	19.118	14,6%
<i>Vendedores minoristas y otros proveedores de productos médicos duraderos y aparatos médicos</i>	8.972	6,8%
Proveedores de medicina preventiva	3.014	2,3%
Administración y servicios financieros para el sector sanitario	3.702	2,8%
<i>Administración de servicios públicos de salud</i>	1.419	1,1%
<i>Agencias de seguros sociales sanitarios</i>	93	0,1%
<i>Agencias de administración de seguros sociales privados de salud</i>	2.190	1,7%
Resto de la economía	1.254	1,0%
<i>Hogares como proveedores de servicios de salud domésticos</i>	1.039	0,8%
<i>Otras industrias auxiliares proveedoras de servicios sanitarios</i>	215	0,2%
Otros	7	0,01%
Total gasto sanitario en España en 2022	131.114	100%

Fuente: Eurostat

2 En 2023, según la Memoria anual de actividades de la Iglesia católica, en los 64 hospitales ligados a la Iglesia fueron atendidas 848.537 personas, y en sus 56 ambulatorios y dispensarios, otras 363.055 personas. Finalmente, en las 867 casas de la Iglesia para ancianos, enfermos crónicos y personas con discapacidad, fueron atendidas 76.652 personas. En total, 1,29 millones de personas.

En el Cuadro 2 se muestran las principales partidas del gasto sanitario por función en 2010 y 2022. En total, el gasto sanitario en España aumentó un 34% en euros corrientes entre 2010 y 2022, y, descontada la inflación acumulada en esos años (23,6%), un 8,4% en euros constantes. La parte del león del gasto -y de su incremento en esos años- son los tratamientos curativos y de rehabilitación (entre los que requirieron ingreso hospitalario generaron más de 1/3 del incremento de gasto sanitario), sin incluir fármacos. El segundo renglón más voluminoso, a bastante distancia, es el gasto farmacéutico, que creció muy poco entre 2010 y 2022 (bastante menos que la inflación en ese período), por la gran moderación de lo gastado en medicamentos con receta y prescripción, ya que el gasto de los que no necesitan receta, de mucha menor cuantía total, creció muchísimo en esos años. Y ello pese a que las personas con 65 años o más, que en 2010 generaban el 80% del gasto farmacológico en España, aumentaron en número un 21% hasta 2022. Así pues, el gasto farmacológico se ha contenido de manera muy sustancial con posterioridad a 2010, en tanto que otros renglones importantes, y en especial los relativos a tratamientos médicos (fármacos excluidos) y estancias hospitalarias, han crecido mucho.

Cuadro 2. Gasto sanitario 2010-2022 en España por funciones

(Millones de euros)	2010	2022	Variación 2010-2022	Variac. % 2010-2022
Tratamientos curativos y rehabilitación	55.369	75.520	20.150	36,4%
<i>Con ingreso hospitalario</i>	23.058	34.579	11.520	50,0%
<i>Sin ingreso hospitalario</i>	32.311	40.941	8.630	26,7%
Tratamientos de largo plazo	9.400	12.178	2.778	29,5%
<i>Con ingreso hospitalario</i>	6.413	7.712	1.298	20,2%
<i>Sin ingreso hospitalario</i>	2.987	4.466	1.479	49,5%
Servicios auxiliares	4.992	6.653	1.660	33,3%
<i>Análisis de laboratorio</i>	1.951	2.850	899	46,1%
<i>Imágenes</i>	1.755	2.380	625	35,6%
<i>Transporte de pacientes</i>	1.287	1.423	136	10,5%
Fármacos	15.950	17.799	1.849	11,6%
<i>Fármacos de prescripción</i>	13.783	14.132	350	2,5%
<i>Medicamentos sin receta</i>	2.167	3.667	1.500	69,2%
Artículos terapéuticos y equipos médicos	6.166	8.972	2.807	45,5%
Otros consumibles médicos	728	1.318	590	81,0%
Medicina y acciones preventivas	6.166	8.972	2.807	45,5%
Dirección y gestión de sistemas sanitarios	2.931	3.698	768	26,2%
Total gasto sanitario (público y privado)	97.819	131.114	33.295	34,0%

Fuente: Eurostat

Más de 1,5 millones de empleos en el sector sanitario en España

La Encuesta de Población Activa (EPA) del primer trimestre de 2025 ofrecía los siguientes números relativos al sector sanitario:

- 1,367 millones de personas con empleo en actividades sanitarias, de las que el 73% eran mujeres. Esto supone uno de cada dieciséis de los 21,765 millones de empleos que había en España en T1-2025.
- 101.200 personas trabajaban en la fabricación de productos farmacéuticos (53%, mujeres).

Además, aunque no se especificaban cuántos puestos de trabajo en las residencias de ancianos estaban dedicados al cuidado médico y a enfermería, necesariamente habría bastantes entre los 377.000 empleos en «Asistencia en establecimiento residenciales» (85%, mujeres) y entre los 330.000 ocupados en «Actividades de servicios sociales sin alojamiento» (88%, mujeres). Tampoco se explicitan en la EPA los empleos en otras ramas de la actividad industrial vinculados a producción para el sector farmacéutico o de equipamiento sanitario, de los que carecemos de datos precisos, y que pueden suponer varias decenas de miles de puestos de trabajo más, ni en compañías cuya principal actividad es la comercialización de productos o servicios sanitarios. Otro rasgo importante y muy valioso del empleo en el sector sanitario es que, en un alto porcentaje, se trata de puestos de trabajos cualificados o muy cualificados.

En España se ha disparado el número de médicos³ y enfermeros, cada vez más mayoritariamente de sexo femenino

En los últimos 70 años, el número de médicos colegiados se ha multiplicado por 10 en España, y desde 2017 hay más *galenos* femeninos que masculinos, con un diferencial entre sexos que se agranda año a año, partiendo de 94 hombres por cada mujer en 1954, ratio que ya había bajado hasta 10 en 1975.

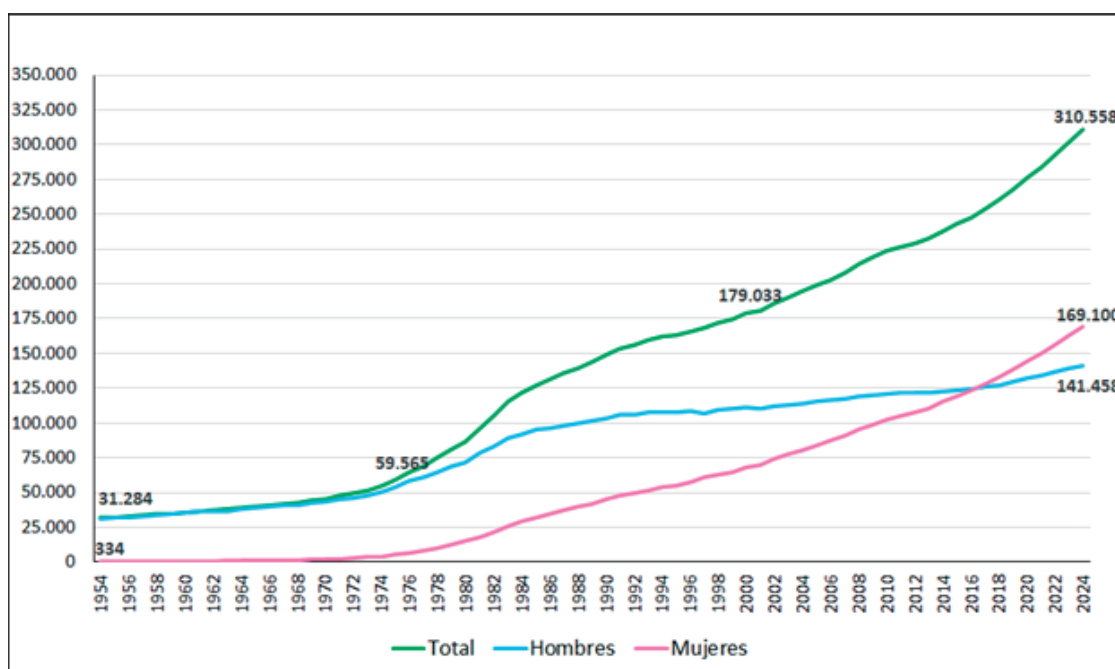


Gráfico 1. Médicos colegiados en España

Fuente: Estadística de Profesionales Sanitarios (INE)

3 La palabra «médica», con la acepción de «mujer legalmente autorizada para ejercer la medicina» aparece en la edición de 1899 del Diccionario de la Real Academia Española, y se ha mantenido desde entonces.

En cuanto a los enfermeros colegiados, profesión desde siempre con muchas más mujeres que hombres, el crecimiento de su número en España ha sido asimismo vertiginoso. Desde que hay estadísticas del INE, en 1978, hasta 2024, se han multiplicado por 3,6 (los médicos, en ese lapso de tiempo, lo han hecho incluso un poco más, por 4,1). ¿Obedece el crecimiento explosivo del número de médicos y enfermeros solo a más necesidades por haber más población (España pasó de 36,9 millones de habitantes en julio de 1978 a 48,8 millones en julio de 2024), mucha más gente procreta y anciana, y muchísima más inmigración? ¿O también se debe en buena medida a la partición del sistema nacional de salud (SNS) en 17 + 2 sub-sanidades autonómicas, más un Ministerio central.

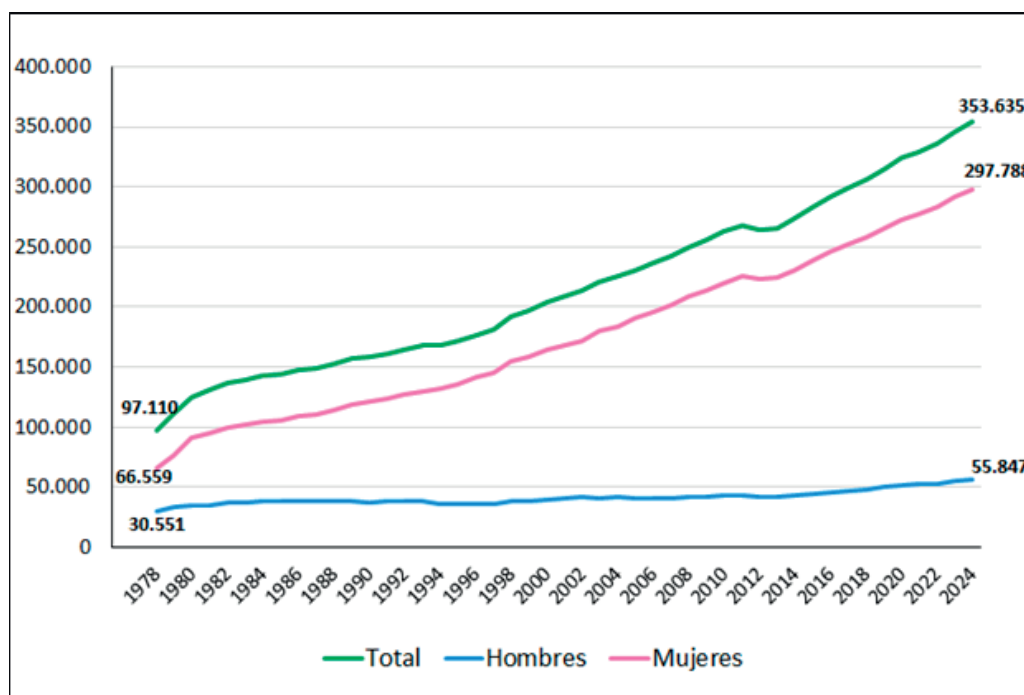


Gráfico 2. Enfermeros colegiados en España

Fuente: Estadística de Profesionales Sanitarios (INE)

El gasto sanitario tiende a crecer continuamente en porcentaje de PIB

La tendencia de fondo del gasto sanitario es a crecer, principalmente por razones demográficas. El gasto en cuidados médicos y fármacos de las personas mayores es mucho mayor que el de la gente más joven. En 2011, el 50% del gasto farmacológico en España lo generaban las personas con 75 años o más, y el 80% se concentraba en los que tenían 65 años o más⁴, dos segmentos de población que tienden a pesar más cada año. De enero de 1975 a enero de 2025, el número de habitantes de España con 65 años o más se ha multiplicado por 2,8, y el de quienes tienen 75 o más lo ha hecho por 4,2. En los últimos 30 años, además, la población de España no solo ha envejecido, sino que ha recibido a 8,5 millones de habitantes, que han tenido aquí más de dos

4 El dato procede de un reportaje publicado en el diario *El Mundo* en 2011, titulado «El mayor consumidor de medicamentos».

millones de hijos. Los inmigrantes, aunque en conjunto son población más joven que la media, también van envejeciendo, y consumen sanidad pública en mucha mayor medida que la población española (que en gran parte recurre total o parcialmente a la sanidad privada), en tanto que contribuyen fiscalmente mucho menos que los españoles autóctonos, por su menor nivel salarial promedio y su mucho mayor nivel de desempleo.

De cara al futuro, aunque no viniera nueva inmigración en números significativos, dado el envejecimiento social, cabe prever que siga aumentando el porcentaje de PIB que España dedicará a su sector sanitario, porcentaje que es inferior a la media europea y mucho más al de Estados Unidos, lo que se suma al reto que plantean la tendencia al crecimiento del gasto en pensiones y la presión exterior para el incremento del gasto en Defensa. En el Gráfico 1 se ve la evolución del gasto sanitario en porcentaje del PIB de España de 1975 a 2023. El máximo se ha dado, por ahora, de forma puntual en el dramático año 2020, con un sustancial aumento del gasto sanitario mientras el PIB se derrumbaba temporalmente por la pandemia de covid-19.

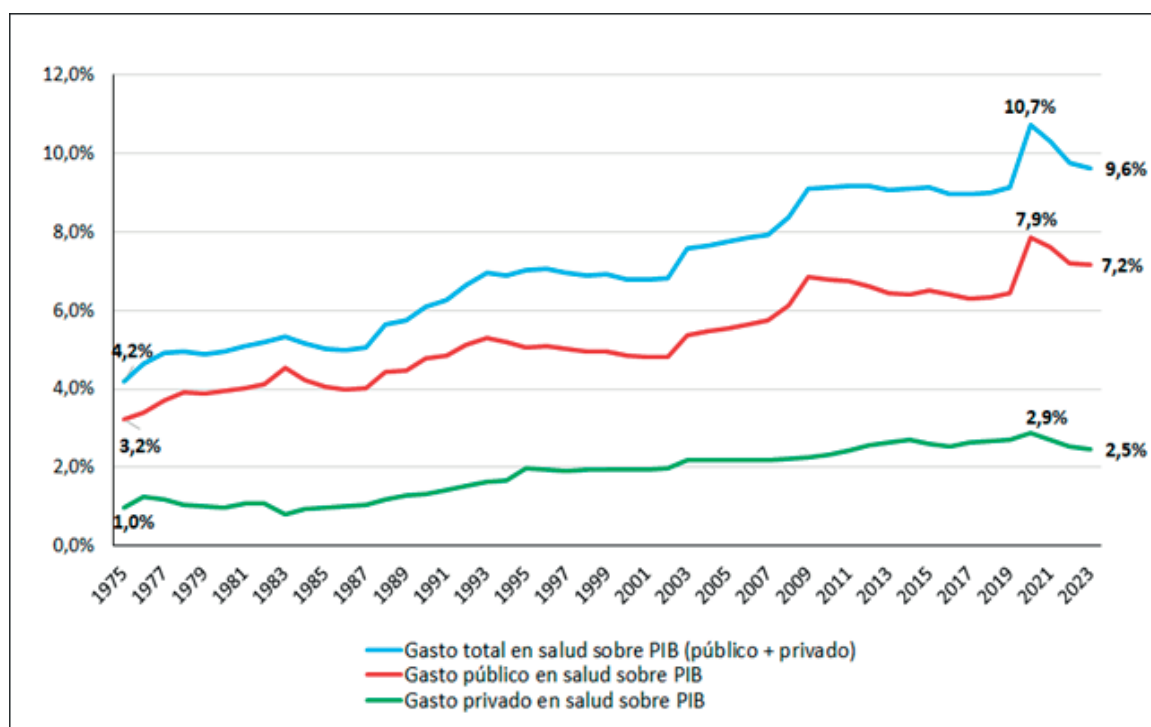


Gráfico 3. Gasto sanitario en España en porcentaje de PIB 1975-2023

Fuente: Gasto sanitario y PIB obtenidos de «Datos Macro (*Expansión*)»

El gasto sanitario privado es en la actualidad un poco más de una cuarta parte del total. Supone una gran contribución voluntaria al sistema sanitario español de millones de ciudadanos, muchas empresas y agentes privados sin ánimo de lucro –incluyendo de forma muy destacada a la Iglesia católica–, que descarga al Estado de una parte muy apreciable del coste en impuestos y/o más deuda pública que tendría que asumir para que en España el nivel general de salud, en lo que tiene que ver con los cuidados médicos, fuese el mismo que en la actualidad, por una triple vía:

- El dinero gastado por los particulares y agentes privados, como tal, que alivia a los demás contribuyentes.
- La mayor productividad del sector privado en la provisión de servicios por cada euro gastado.
- Los pacientes derivados a instalaciones del sector privado desde la sanidad pública, a un coste menor por paciente/cama que en el sector público, algo que se hace en volúmenes muy apreciables en CCAA como Cataluña y Madrid.

En España el gasto sanitario en relación al PIB, y más aún en términos per cápita, es muy inferior al de los países occidentales de primer nivel

El gasto sanitario de España es inferior, en relación al PIB y en términos per cápita, al de casi todos los principales países de Europa Occidental, pese a lo cual, como se verá seguidamente, nuestra esperanza de vida es mayor que la de todos ellos con la excepción de Suiza, que gasta mucho más que España en salud. El caso de Estados Unidos es muy peculiar, porque gasta mucho más que cualquier país en salud y, sin embargo, su esperanza de vida es muy inferior a la de los países europeos. La esperanza de vida no depende solo del sistema sanitario, pero éste pesa mucho en que aquella sea mayor o menor.

Cuadro 3. Gasto sanitario en % de PIB y en euros per cápita, en 2022

	Gasto sobre PIB	Euros per cápita
Estados Unidos	17,4%	12.969
Alemania	12,4%	5.875
Canadá	12,2%	5.395
Francia	11,8%	4.599
Suiza	11,6%	10.374
Austria	11,1%	5.518
Suecia	10,8%	5.637
Portugal	10,4%	2.423
Bélgica	10,0%	4.804
Holanda	9,7%	5.470
España	9,5%	2.744
Dinamarca	9,5%	6.110
Italia	8,8%	2.978
Noruega	7,9%	8.224

Fuente: Eurostat, US Bureau of Economic Analysis, OCDE, CIHI

La esperanza de vida de España, de las más altas del mundo y a la cabeza de la UE

Hace 150 años, la esperanza de vida al nacer en España era aproximadamente 28 años. Entonces, la diferencia entre ambos sexos en este indicador tan importante -siempre a favor de las mujeres- era mucho menor que la actual, en gran medida porque la mortalidad en el embarazo, parto o puerperio segaba muchísimas vidas de mujeres, y ahora, poquísimas⁵. Actualmente nuestra esperanza de vida es de las mayores del mundo. Partiendo de mucho menos al finalizar nuestra trágica guerra civil, España superó en esperanza de vida a EEUU en 1963, a Alemania en 1964, y a Francia y el Reino Unido en 1972, según datos de la ONU. Ahora, en Europa solo Suiza supera ligeramente en esto a España, siendo un país con mucha menos población (menos de la quinta parte) y bastante más gasto sanitario en relación al PIB, y no digamos per cápita. A falta de datos definitivos de 2024, por las estadísticas de defunciones y población publicadas, estimamos que en 2024 España ha debido batir un nuevo récord de esperanza de vida.

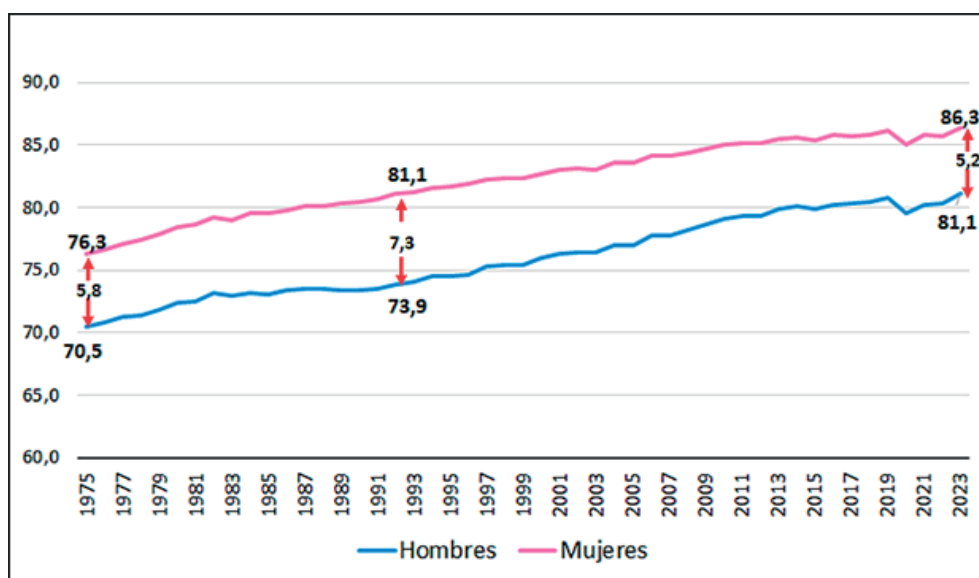


Gráfico 4. Esperanza de vida al nacer por sexos en España 1975-2023

Fuente: INE

Desde 1975 a 2023, la esperanza de vida de los hombres en España ha aumentado 10,6 años y la de las mujeres, 10,0. Tras 1975, el diferencial de esperanza de vida entre sexos en España se agrandó hasta alcanzar un máximo

⁵ Históricamente en general, y hasta hace pocos años en países muy pobres de África, la vida de una de cada 15 ó 20 mujeres era segada por su último embarazo, parto o puerperio. En orden de magnitud, en uno de cada 100 embarazos aproximadamente. Ahora, la mortalidad maternal en los países desarrollados, y en España en concreto, es bajísima. Y sin embargo, las españolas hasta hace 150 años tenían de 4 a 5 veces el número medio de hijos que tienen ahora.

de 7,3 años en 1992, y desde entonces se ha estrechado hasta 5,2 años, sin que conozcamos bien las causas de este estrechamiento reciente. ¿Acaso será por la incorporación masiva de mujeres al mundo del trabajo fuera del hogar, y por reducirse el diferencial entre el número de hombres y de mujeres con hábitos tradicionalmente poco saludables y más masculinos, como la ingesta abundante de alcohol, fumar tabaco y consumir drogas?

Hay grandes diferencias de esperanza de vida por CCAA, con la máxima en Madrid

Hay significativas diferencias de esperanza de vida entre CCAA. La máxima de España y Europa, superior a la de países como Japón –y a la de todas sus prefecturas en 2023–, se da en Madrid, seguida de Navarra, Castilla y León, el País Vasco y Cantabria. Las CCAA con menos son Canarias, Andalucía y Murcia. En las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta, ahora con una población mayoritariamente magrebí (marroquí) es apreciablemente menor que en Canarias. El caso de Melilla es muy singular. En 1975, con muchísima menos población de raíces marroquíes, tenía una esperanza de vida prácticamente igual a la media nacional (entonces, de 73,44 años en España y 73,06 en Melilla), mientras que la de Ceuta ya era, como ahora, muy inferior a la media nacional (70,35 años entonces en Ceuta). El deterioro relativo de Melilla desde 1975 ha sido muy notable. Es donde menos ha crecido la esperanza de vida de toda España en este intervalo de tiempo.

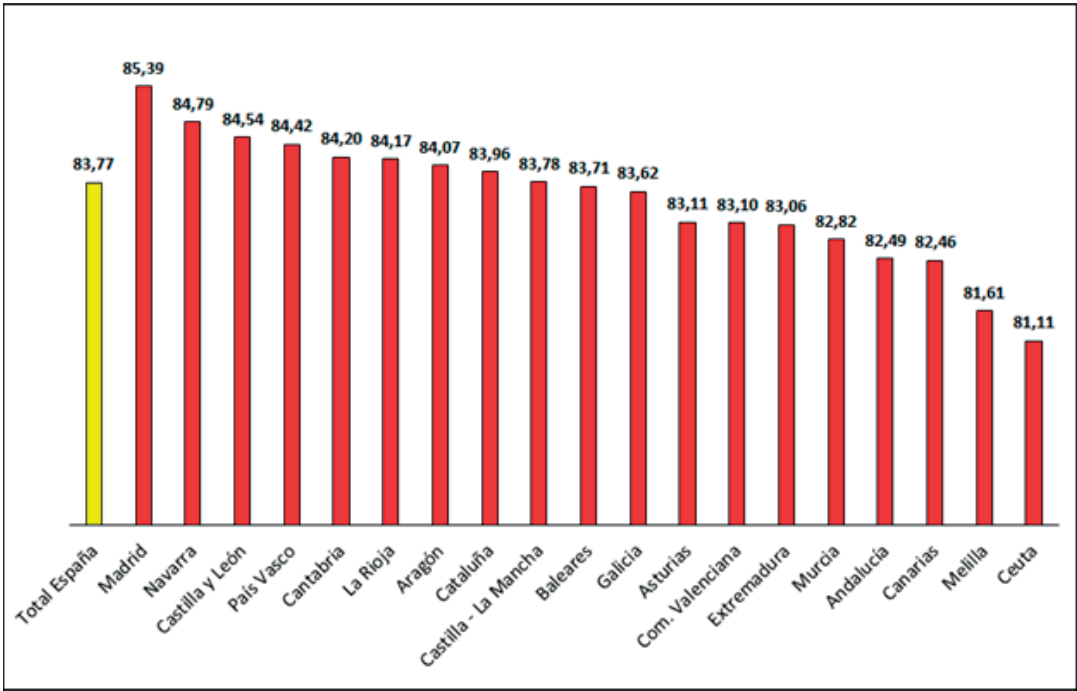


Gráfico 5. Esperanza de vida al nacer por CCAA y ciudades autónomas en 2023

Fuente: INE

11 de las 30 regiones europeas con más esperanza de vida son españolas

Entre las 30 las regiones europeas NUTS2 (el nivel equivalente a nuestras CCAA, 244 en total) con mayor esperanza de vida, once son españolas, con la Comunidad de Madrid en cabeza, como se aprecia en el Cuadro 1⁶.

Cuadro 4. Regiones europeas con más esperanza de vida

Nº	Región (NUTS 2)	Esperanza de vida al nacer en 2023 (años)
1	Comunidad de Madrid	86,1
2	Ticino	85,2
3	Provincia Autonoma di Trento	85,1
4	Åland	85,1
5	Comunidad Foral de Navarra	85,0
6	Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	85,0
7	Castilla y León	84,9
8	Ile de France	84,9
9	Région lémanique	84,8
10	País Vasco	84,7
11	Veneto	84,5
12	Marche	84,5
13	Stockholm	84,5
14	Cantabria	84,4
15	Rhône-Alpes	84,4
16	Toscana	84,4
17	Zürich	84,4
18	La Rioja	84,3
19	Lombardia	84,3
20	Aragón	84,2
21	Cataluña	84,2
22	Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	84,2
23	Friuli-Venezia Giulia	84,1
24	Emilia-Romagna	84,1
25	Umbria	84,1
26	Prov. Vlaams-Brabant	84,0
27	Galicia	84,0
28	Castilla-La Mancha	84,0
29	Baleares	84,0
30	Auvergne-Rhône-Alpes	84,0

Fuente: Eurostat

Madrid, la capital con mayor esperanza de vida del mundo

La ciudad de Madrid fue en 2023 la capital con mayor esperanza de vida del mundo al nacer, con 85,29 años según datos de su Ayuntamiento, superando incluso a Tokio (84,62 años en 2023). Pero las buenas noticias no terminan ahí, sino que incluso en los tres distritos con menos esperanza de vida –ya que nada es homogéneo, y la esperanza de vida y el nivel de renta per cápita suelen estar correlacionados–, que son Puente de

6 A Madrid y otras CCAA, Eurostat les da más esperanza que el INE, algo seguramente debido a distintas metodologías o datos de base para el cálculo. Pero incluso con el número del INE, Madrid sigue teniendo más esperanza de vida que la segunda región, la suiza Ticino (el cantón del Tesino en español).

Vallecas, San Blas-Canillejas y Villa de Vallecas, la esperanza de vida en 2023 fue superior a la de un país como Suecia (83,33 años). Asimismo, es muy remarcable que la diferencia de esperanza de vida entre los dos distritos extremos (Salamanca, con 86,06 años), y Puente de Vallecas (83,86 años) es muy moderada (inferior al 2,7%), pese a la gran disparidad de renta per cápita entre sus habitantes (2,5 a 1 en 2021), que felizmente se nota muchísimo menos en la esperanza de vida y los elementos de base que la condicionan (alimentación y condiciones de vida, higiene y sistema sanitario públicos, hábitos higiénico-sanitarios...).

Cuadro 5. Esperanza de vida al nacimiento en Madrid en 2023

	Esperanza de vida (años)	Diferencia con la media de Madrid	Diferencia con el distrito más longevo
Total Madrid	85,29	0,00	-0,77
Distritos			
13. Puente de Vallecas	83,86	-1,43	-2,21
20. San Blas-Canillejas	84,26	-1,03	-1,81
18. Villa de Vallecas	84,38	-0,91	-1,69
06. Tetuán	84,53	-0,76	-1,54
19. Vicálvaro	84,64	-0,65	-1,42
01. Centro	84,70	-0,60	-1,37
12. Usera	84,70	-0,60	-1,37
11. Carabanchel	84,95	-0,34	-1,11
17. Villaverde	85,16	-0,13	-0,91
21. Barajas	85,46	0,17	-0,60
16. Hortaleza	85,47	0,18	-0,59
10. Latina	85,51	0,22	-0,55
14. Moratalaz	85,55	0,26	-0,51
07. Chamberí	85,59	0,30	-0,47
02. Arganzuela	85,65	0,36	-0,41
08. Fuencarral-El Pardo	85,74	0,45	-0,32
09. Moncloa-Aravaca	85,94	0,65	-0,12
15. Ciudad Lineal	85,97	0,68	-0,09
05. Chamartín	85,99	0,70	-0,08
03. Retiro	86,02	0,73	-0,04
04. Salamanca	86,06	0,77	0,00

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes (Subdirección. Gral. de Estadística - Ayuntamiento de Madrid)

Las listas de espera se han disparado desde 2010 y están en máximos históricos

La evolución desde 2010 de las listas de espera para ser recibido en consulta médica o ser sometido a intervenciones quirúrgicas, y del tiempo medio de espera, ha sido pésima, y evidencia un colapso creciente de nuestro sistema sanitario, en particular, en algunas CCAA, como se observa con toda claridad en los siguientes gráficos, muy elocuentes.

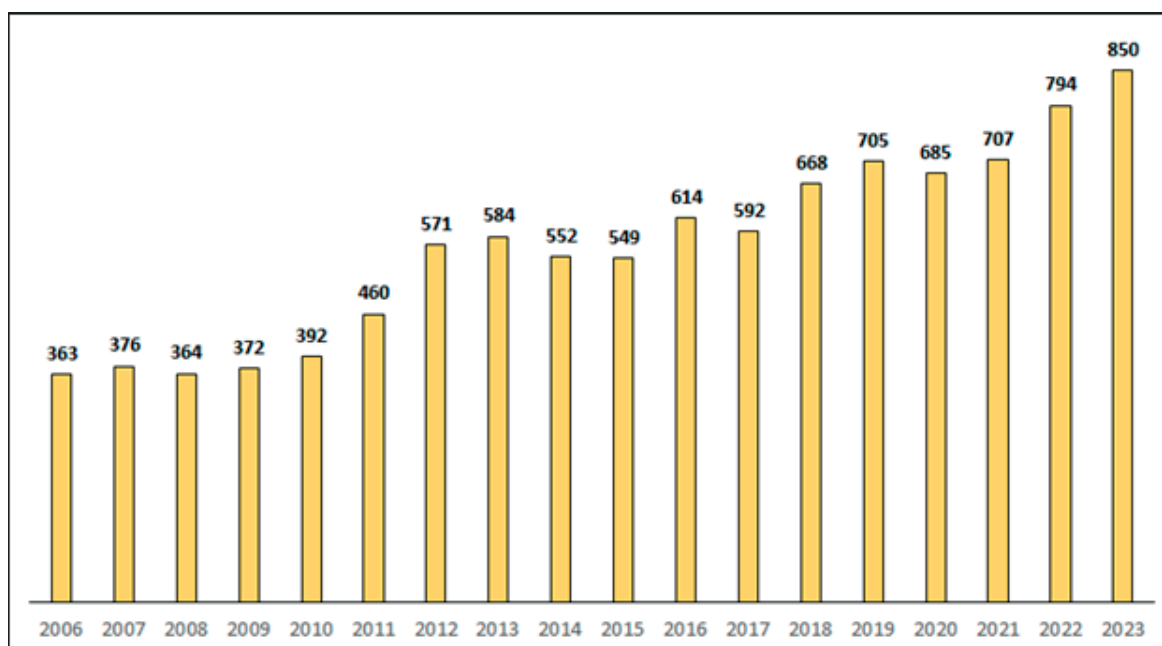


Gráfico 6. Pacientes en lista de espera quirúrgica en la sanidad pública en el segundo semestre del año (miles).

Fuente: epdata.es, citando al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad)

De 2010 a 2023, se ha más que duplicado el número de personas que están en espera de serles practicada una intervención quirúrgica, y casi se ha duplicado el tiempo medio de espera para consultas médicas y operaciones.

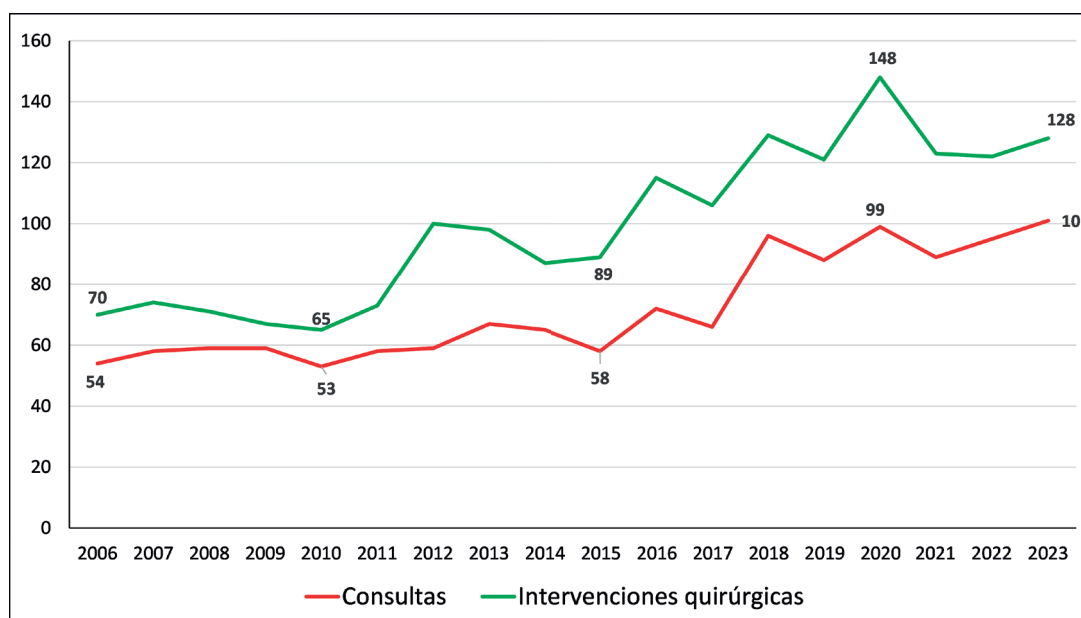


Gráfico 7. Tiempo medio de espera (días) para consultas médicas e intervenciones quirúrgicas en la sanidad pública (en el segundo semestre del año).

Fuente: epdata.es, citando al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad)

Por especialidades, hay gran diferencia en el número medio de días de espera para intervenciones quirúrgicas

Las intervenciones de cirugía estética son las que más tiempo de espera comportan en la sanidad pública, y las cardíacas, las que menos. Tiene sentido, ya que las operaciones de corazón pueden ser muy urgentes, y las plásticas, mucho menos. La espera media a finales de 2024 era de cuatro meses, muy larga. En neurocirugía, más de seis meses; cinco meses y pico en cirugía vascular; cuatro meses y medio en traumatología, maxilofacial, otorrinolaringología, urología... Son plazos muy dilatados.

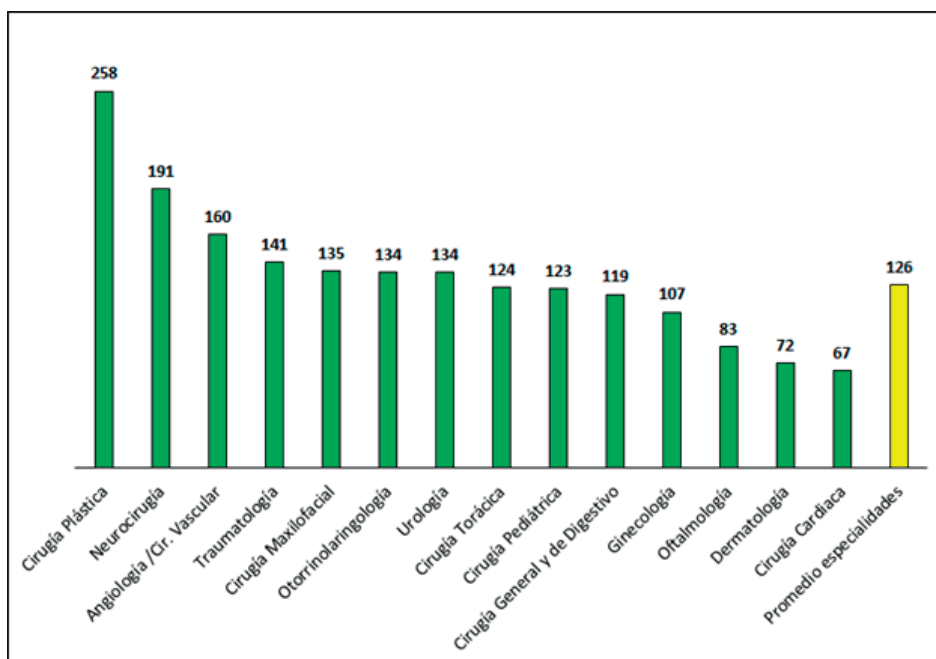


Gráfico 8. Tiempo medio de espera (días) para cirugías en la sanidad pública a 31/12/2024, por especialidades

Fuente: Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS (Min. Sanidad)

Hay enormes disparidades en el problema de las listas de espera entre CCAA

Las diferencias en las listas de espera entre comunidades autónomas son tremendas, como se aprecia en los dos gráficos siguientes. Claramente, los españoles no disfrutamos de servicios públicos sanitarios de calidad similar de forma independiente de dónde residamos. Es un gran fracaso del sistema autonómico en sanidad, que sufren los residentes en las CCAA con una sanidad de peor calidad. En operaciones quirúrgicas, hay menos de la mitad de las personas en lista de espera por 1.000 habitantes en Madrid, el País Vasco, la Comunidad Valenciana, Baleares o Castilla y León que en Cantabria, Cataluña o Extremadura. En Madrid o el País Vasco hay la tercera parte de personas en espera por cada 1000 que en Cantabria, y casi 60% menos que en Cataluña.

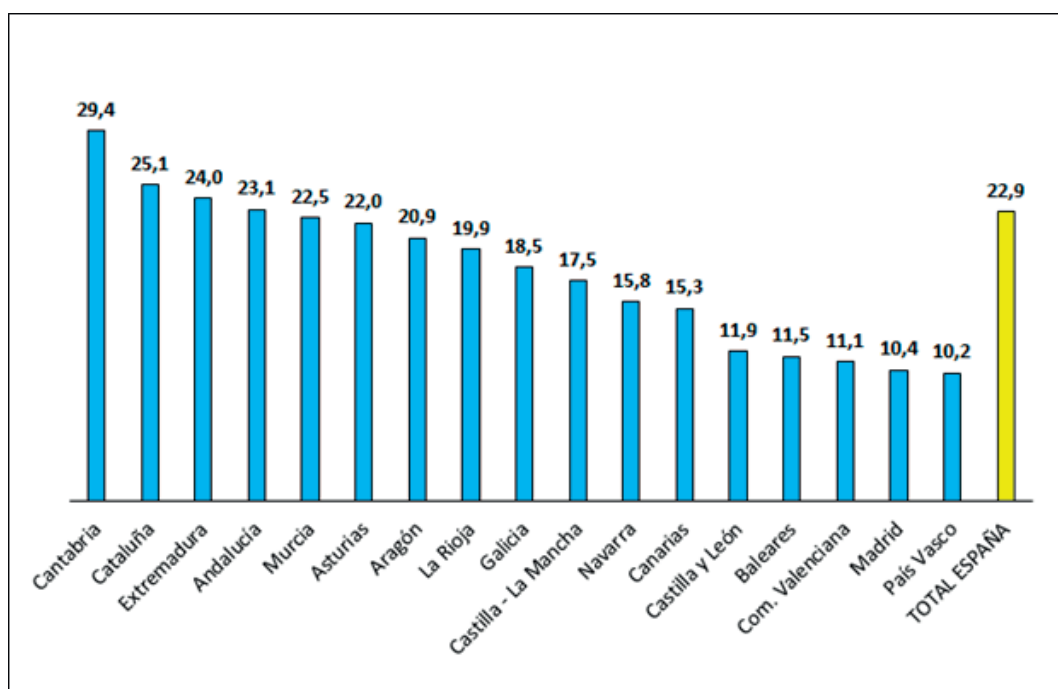


Gráfico 9. Personas en lista de espera quirúrgica en la sanidad pública por 1.000 habitantes, por CCAA a 31/12/2024

Fuente: Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS (Ministerio de Sanidad)

Para consultas médicas, hay que esperar de media muchos más días en Canarias, Navarra, Andalucía o Aragón que en el País Vasco, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid o Cantabria...

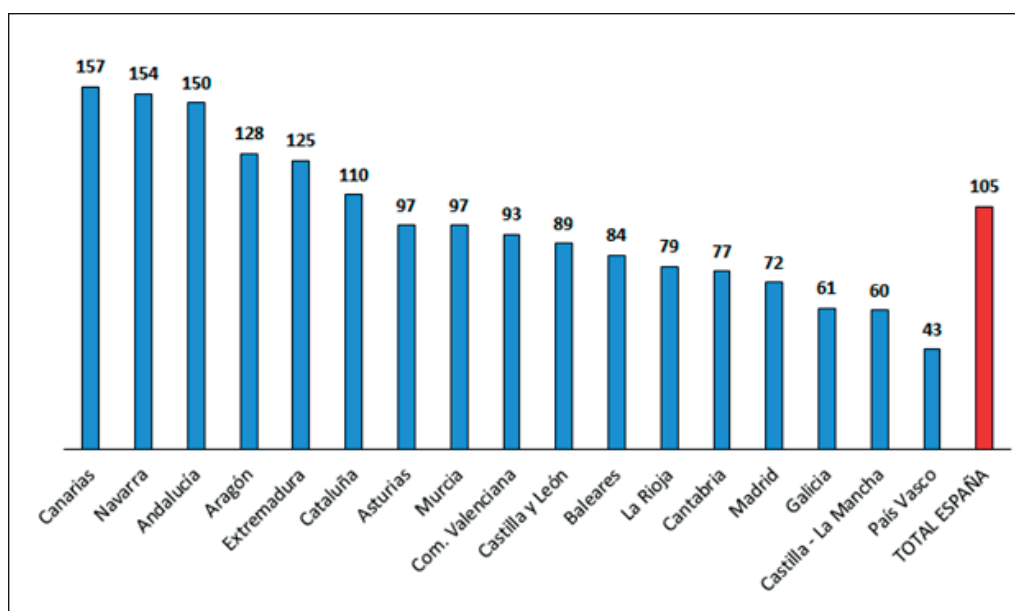


Gráfico 10. Número medio de días de espera para consultas en la sanidad pública por CCAA

Fuente: Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS (Ministerio de Sanidad)

El gasto público por habitante en sanidad varía mucho por CCAA

Como en tantas cosas clave, también en gasto por habitante en sanidad pública hay fuertes desigualdades entre españoles, en función de en qué comunidad autónoma residan. No obstante, la correlación matemática por CCAA entre gasto per cápita en sanidad y personas en lista de espera por 1.000 habitantes es virtualmente nula⁷. Por ello, cabe suponer que la calidad de la gestión y de las infraestructuras y dotaciones sanitarias marca la diferencia entre comunidades con mucha diferencia en números de lista de espera, pero poca en el gasto sanitario por habitante. Así, Madrid y Cataluña son las CCAA que menos gastan por persona (casi lo mismo), pero a finales de 2024 en Cataluña había 2,4 personas por cada 1.000 habitantes en lista de espera quirúrgica por cada persona que había en Madrid. Y algo muy parecido ocurrió en 2024 entre el País Vasco vs. Extremadura.

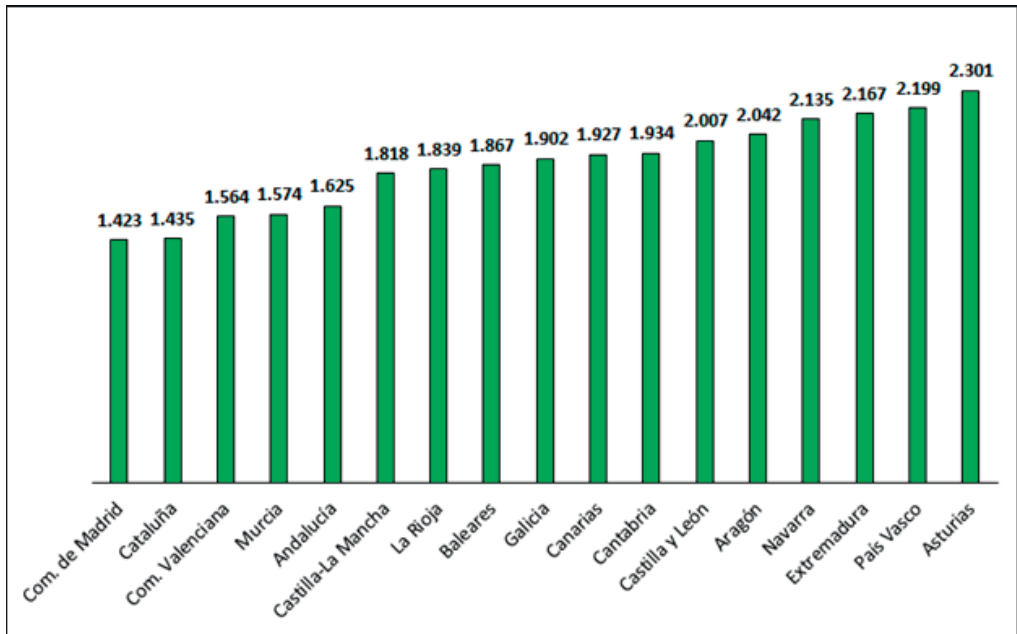


Gráfico 11. Presupuesto per cápita de las CCAA en sanidad pública en 2024 (euros)

Fuente: Datos Macro (*Expansión*)

7 También es prácticamente nula la correlación matemática entre el gasto en sanidad por habitante en 2024 y la esperanza de vida por CCAA en 2023, último año del que había datos sobre esta última al redactarse este informe. En ambos casos, el coeficiente de correlación entre ambas variables era del 2%. Es decir, casi cero. Cuando la correlación entre dos series de datos es del 100%, si una de las variables crece, la otra hace lo mismo de manera proporcional. Y cuando es del -100%, si una variable crece, la otra decrece de manera proporcional.

¿Por qué se han disparado las listas de espera sanitarias del SNS?
¿Por la avalancha migratoria y el envejecimiento demográfico? ¿Por hundimiento (aparente) de la productividad del personal sanitario?

Entre 2010 y 2023, las listas de espera de la sanidad pública (el Sistema Nacional de Salud, SNS) se han disparado, pese a que el número de ocupados en actividades sanitarias, de médicos colegiados y de enfermeros colegiados, ha crecido mucho más que la población total y los mayores de 65 años, aunque no que la población inmigrante, con enormes aumentos entre 2010 y 2023. El siguiente cuadro resume los principales datos para el análisis de la productividad aparente por demografía del sector sanitario español en general, y del SNS en particular. ¿A qué se debe? Sin duda, el incremento de la población inmigrante, con poco poder adquisitivo para acceder a sanidad privada –y posiblemente también por el atractivo especial para ellos de una sanidad pública (aún) de muy alta calidad en relación a la de su país de origen, prácticamente gratis– es uno de los factores que explican el enorme deterioro aparente de la productividad del sector sanitario, que se refleja en las listas de espera. Asimismo, el envejecimiento de la población es uno de los factores de incremento de carga para el sector sanitario.

Cuadro 6. Datos clave relativos a la productividad aparente de la sanidad pública (SNS)

Datos demográficos de España (a 1 de julio)				
	2010	2023	Variación	Variación (%)
Población total	46.562.483	48.320.520	1.758.037	3,8%
Población nacida en España	40.282.783	39.819.862	-462.921	-1,1%
Población española autóctona - estimación	39.582.783	37.919.862	-1.662.921	-4,2%
Población nacida en el extranjero	6.279.700	8.500.658	2.220.958	35,4%
Población inmigrante (con segunda generación) - est.	6.979.700	10.400.658	3.420.958	49,0%
Personas con 65 años o más	7.892.789	9.808.031	1.915.242	24,3%
Personas con menos de 65 años	38.669.694	38.512.489	-157.205	-0,4%
Listas de espera en la sanidad pública				
	2010	2023	Variación	Variación (%)
Gente en lista de espera quirúrgica en el SNS (2)	392.072	849.535	457.463	116,7%
Días de espera para consultas en el SNS (2)	53	101	48	90,6%
Días de espera para operaciones en El SNS (2)	65	128	63	96,9%
Ocupados en Sanidad y ratios por población				
	2010	2023	Variación	Variación (%)
Ocupados en Sanidad	927.700	1.324.400	396.700	42,8%
Médicos colegiados (1)	223.484	301.684	78.200	35,0%
Enfermeros colegiados (1)	262.915	346.207	83.292	31,7%
Población total por ocupado en Sanidad	50,2	36,5	-13,7	-27,3%
Españoles autóctonos por ocupado en Sanidad	42,7	28,6	-14,0	-32,9%
Inmigrantes (incluyendo segunda generación) por ocupado en Sanidad	7,5	7,9	0,3	4,4%
Personas con 65 años o más por ocupado en Sanidad	8,5	7,4	-1,1	-13,0%
Personas menores de 65 años por ocupado en Sanidad	41,7	29,1	-12,6	-30,2%
Personas en lista de espera en el SNS por cada 100 ocupados en Sanidad en España	42	64	22	51,8%

Fuente: EPA, Estadística Continua de Población, y nacimientos 1996-2023 para estimación de españoles autóctonos (INE); epdata.es, citando al Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad)

(1) Incluye médicos y enfermeros jubilados que siguen colegiados, tanto en 2010 como en 2023

(2) Datos del segundo semestre del año

Como el número de ocupados en sanidad y el número de médicos y enfermeros colegiados han crecido porcentualmente mucho más que la población total, que haya tanto incremento de las listas de espera implicaría una importante caída de la productividad por persona en la sanidad. A falta de datos suficientes y precisos, suponemos que esa caída de la productividad debe concentrarse en el sector público, ya que la medicina privada, en principio, no se la podría permitir, por dos poderosas razones que no son de aplicación al SNS: 1) Compete con otras empresas del sector. Perder productividad lleva a muy mal puerto en el mercado, salvo que en todas las empresas del sector caiga la productividad a la vez. 2) La propia supervivencia económico-financiera de las empresas.

¿Son bajos los salarios de los médicos en España, y se están marchando muchos por esta causa?

Hay una queja clara en el sector por los niveles salariales de los médicos. Sin pretender agotar el asunto, de acuerdo con nuestras indagaciones:

- Los salarios de los médicos son más bien bajos en relación a los de sus colegas de la Europa rica, y no digamos a EEUU, si bien esto es común a muchas más profesiones cualificadas. El problema de los salarios de los médicos en España no es específico de su profesión.
- En relación al sueldo medio del país, los salarios de los médicos en España (2,2 a 2,4 veces) son similares a los de los países nórdicos y otras naciones prósperas, pero en línea con el comentario anterior.
- Muchos médicos logran un salario satisfactorio, pero a base de muchas más que 40 horas semanales de trabajo, por la vía de largos turnos de guardia y horas extra (otra cuestión tradicionalmente polémica en la profesión sanitaria).
- En el SNS, por su naturaleza funcionarial, para lo que trabajan, hay médicos muy bien pagados y otros muy mal pagados, ya que algunos rinden mucho más que otros para sueldos similares.

En relación a la posible fuga de doctores al extranjero en busca de mejores sueldos:

- Los médicos españoles lo tienen relativamente más fácil que muchos españoles con otras profesiones, por la demanda de ellos que hay en muchos países, su buen nivel de formación y la mayor facilidad para ejercer en el extranjero una profesión científica como la de medicina, comparada, por ejemplo, con la de abogado.
- En números absolutos, el número de bajas de colegiados médicos españoles por marcha al extranjero es aún moderado y bajo, si bien está aumentando con fuerza. En 2023, según una información de la Asociación de Médicos

y Titulados Superiores de Madrid, fueron 500, una cifra que no es preocupante por su nivel absoluto, al haber más de 300.000 colegiados –en más de un caso la salida al extranjero ha podido tener como motivo principal que la pareja sentimental y cónyuge viva en otro país, del mismo modo que en otros casos será la pareja extranjera la que opte por venirse a vivir a España–, pero sí por su incremento respecto del año anterior: un 40%⁸. Si la salida de médicos continuase creciendo a tasas tan elevadas, en pocos años estaríamos ante una auténtica sangría.

La medicina privada: una parte sustancial, eficiente y de calidad del sistema sanitario español

En España hay un potente sector de medicina privada, que complementa al SNS y añade a nuestro país capacidad de atención sanitaria, valiosa en condiciones normales y valiosísima en caso de emergencias sanitarias como la pandemia de covid-19. Es un sector que compite en condiciones teóricamente muy difíciles, porque su alternativa, el SNS, es gratuita para el usuario en la atención e intervención médica. Y casi siempre también lo es, o por muy poco, en los fármacos que se le prescriben. Pese a ello, es una sólida realidad, elegida voluntariamente y con coste para sus bolsillos por muchos millones de españoles.

Los profesionales y proveedores de servicios médicos privados reciben un poco más de la cuarta parte del gasto sanitario (25,7% en 2023, equivalente al 2,5% del PIB de España), siendo especialmente relevante la medicina privada en determinadas especialidades médicas y zonas de España. El 25% de la población (y un porcentaje muy superior entre los españoles autóctonos) tiene aseguramiento privado, y en torno al 30% de las consultas y de las altas se realizan en el sistema sanitario privado, al igual que ocurre con las estancias y las urgencias, según datos de la Fundación IDIS. Y el sector público deriva muchos pacientes a centros privados, con los que tuvo conciertos por valor de algo más de 10.000 millones de euros en 2022.

Como cabía esperar por su naturaleza, estructura de gestión y sistema de incentivos, el sector médico privado tiene una productividad mayor por persona y un coste menor por paciente/ cama que el sector público, como evidencian los siguientes números.

Con el 25,7% del gasto sanitario en 2023 (y 26% en 2024), el sector privado aportó a la sanidad española el 31,2% de las camas hospitalarias, con un coste promedio por cama 44% inferior a la del sector público, 34,7% de los médicos y 35,0% de los enfermeros.

En hospitales, en 2022, aportó el 29,7% de las altas, 30,3% de las estancias, 30,4% de las consultas, 33,6% de las urgencias y 41,6% de las intervenciones quirúrgicas.

8 Véase <https://corporativa.amyts.es/noticias/noticia/?slug=actualidad-los-medicos-se-van-de-espa%C3%B1a-crece-un-40-la-cifra-de-los-que-deciden-ejercer-en-el-extranjero>

En el período 2016-2021, aportó el 30% de los centros que realizan ensayos clínicos, 51% de los cuales se desarrollaron en centros privados.

Por CCAA, Madrid es la que tiene mayor gasto per cápita en sanidad privada (910 euros), seguida muy de cerca de Cataluña (870 euros), donde hay más conciertos públicos con clínicas privadas, Aragón (864 euros) y Galicia (783). Las CCAA donde menos, Murcia (499 euros por habitante), Canarias (553), Castilla y León (569) y Navarra (587). La media nacional son 738 euros por persona.

En 2024 había en España 12,6 millones de asegurados privados, que pagaron 11.942 millones de euros en primas. Esto supuso que el 26,0% de la población de España (y posiblemente más del 30% en el caso de los españoles autóctonos) tenían seguro privado, en 2024. Donde más, en la Comunidad de Madrid (37,5% de la población), seguida de Cataluña (31,8%) y Baleares (30,8%). Donde menos, en Navarra (12,1%), Murcia (13,3%) y Cantabria (14,4%).

En cuanto a la calidad de la sanidad privada, tanto los más de 12 millones de asegurados privados que hay en España, como su elección muy mayoritaria por los funcionarios, dan una idea clara de su buen nivel: 76% de los funcionarios la eligen, por 24% que optan por la sanidad pública.

Finalmente, hay que señalar que una parte nada desdeñable de la sanidad privada –en este caso sin ánimo de lucro– está ligada a la Iglesia católica. En concreto, en España, 64 hospitales, que en 2023 atendieron a 848.357 personas; y 56 ambulatorios y dispensarios, que en 2023 atendieron a 363.055 personas.

Pese la espléndida contribución de la sanidad privada en España (de forma directa a la salud de sus millones de usuarios e indirecta a la del resto de españoles por liberar recursos al SNS, por ahorrar al Estado decenas de miles de millones de euros en necesidades fiscales adicionales para gasto sanitario, y en términos estratégicos por añadir muchas camas y médicos utilizables por todos en caso de emergencias sanitarias), el sector recibe con cierta frecuencia ataques en público.

* * *

Globalmente, el sistema sanitario español sigue produciendo resultados muy buenos para la sociedad española, a juzgar por la esperanza de vida de España, a un coste muy razonable, dado el porcentaje de PIB que representa el gasto en sanidad. Pero sus problemas están aumentando, su calidad muestra claros signos de deterioro –como evidencian las listas de espera– y es desigual, con ciertas CCAA en las que es mucho peor que en el resto, y no digamos que en las mejores en este campo. Y su productividad aparente ha caído mucho en los últimos años.

El sistema sanitario español padece defectos estructurales y afronta claros riesgos demográficos. Entre los primeros, para el SNS, cabe señalar su parcelación en 17 (+2) subsistemas sanitarios territoriales, con la consiguiente pérdida de economías de escala y falta de masa crítica en determinadas CCAA; el modelo de gratuidad total o casi total para el usuario que lleva al sobreconsumo, y por ende al incremento excesivo de gasto o al deterioro en la calidad (incluyendo una mayor dificultad para una retribución a sus profesionales más adecuada a su cualificación y al valioso servicio que prestan); exceso de gestores públicos con más mérito político que profesional; falta de incentivos para la productividad del grueso de sus profesionales y funcionarios públicos. Entre los segundos, tanto para el SNS como para la medicina privada, el envejecimiento de la población y la pésima gestión de la inmigración en España (mucho más de la necesaria para el mercado laboral, y sigue llegando en masa) llevan a una presión creciente sobre los recursos asistenciales disponibles. En el SNS, de forma directa en ambos casos. En el sistema privado, de forma directa en relación al envejecimiento, y por desbordamiento de la medicina pública derivado de su mayor consumo por inmigrantes adicionales.

Estos defectos sistémicos y riesgos, así como los problemas presentes, requieren un esfuerzo nacional de reformas estructurales para atajarlos y conjurarlos, so pena, en caso de no hacerlo, de mayores deterioros y un eventual colapso.

Parte II

Propuestas para mejorar el sector sanitario español

En las páginas precedentes se han ofrecido datos descriptivos del sistema sanitario español y valoraciones de puntos positivos y negativos de especial relevancia. Terminamos este informe con propuestas de mejora, que no son fáciles de adoptar en cuestiones complejas con más de una variable a optimizar (en este caso, sobre todo la calidad de la atención sanitaria versus el gasto público) y en un marco de fuertes resistencias políticas a cambiar los peores aspectos estructurales del modelo. Entre esos aspectos estructurales, a nuestro juicio, figuran una gestión política deficiente de la inmigración de finales de los años 90 hasta 2008, cuando comenzó la Gran Recesión, y disparatada desde entonces⁹; el troceamiento en 17 (+2) sanidades autonómicas, a cargo del 92% del gasto público en esta materia, con un ministerio nacional con competencias muy mermadas; la funcionarización masiva de los profesionales; muy poca cultura de copago sanitario; demasiados gestores públicos poco preparados. Pero este informe estaría incompleto sin proponer, siquiera en líneas generales, ideas de mejora, que se detallan seguidamente.

Inmigración neta cero hasta acercarnos al pleno empleo

Sin la llegada de 3,6 millones de inmigrantes extranjeros –todos extracomunitarios– desde 2015 a una España con más de cuatro millones de parados reales, muchos de los cuales cobran subsidios de desempleo o rentas de inserción¹⁰, el problema de las listas de espera sería mucho menor y el gasto público en sanidad, aprecia-

9 La inmigración en España se gestionó de manera deficiente desde finales de los años 90 hasta que estalló la burbuja inmobiliaria, porque la inmensa mayoría de la inmigración extracomunitaria llegó o se quedó de forma ilegal en España y luego fue regularizada de forma virtualmente incondicional, sin considerar qué ocurriría en caso de crisis económica con mucho paro de españoles y extranjeros. De 2009 en adelante, la gestión fue un completo despropósito. De 2009 a 2015, la salida neta de inmigración fue bajísima para los niveles estratosféricos de desempleo que se alcanzaron. Y de mediados de 2015 hasta redactarse este informe en julio de 2025, pese a haber siempre más de cuatro millones de parados reales, a España han venido 3,6 millones de inmigrantes netos más. Esta avalancha migratoria desde 2015 ha tenido un alto impacto, globalmente negativo, en el mercado laboral (en niveles salariales y desempleo), las cuentas públicas (más deuda pública, pese a haberse subido mucho los impuestos), la vivienda (enorme tensionamiento del mercado), la sanidad (fuerte crecimiento de las listas de espera) y la seguridad ciudadana (mucho más «ocupación» de viviendas, robos y violaciones, entre otros delitos que causan gran daño en sus víctimas).

10 1,8 millones de personas cobraron en enero de 2025 alguna prestación por desempleo (contributiva, subsidio o renta agraria o renta activa de inserción). El año previo, 2024, España recibió 540.000 inmigrantes netos adicionales a los 8,8 millones de residentes nacidos en el extranjero que tenía a 1 d enero de 2024.

blemente inferior. Por su impacto en el mercado laboral y de la vivienda, y en el sistema sanitario español, España debe restringir drásticamente los flujos migratorios durante los próximos años, so pena de deterioros exponenciales adicionales en vivienda y sanidad, entre otros.

En lo posible, recentralización de la sanidad pública y compartición de recursos

El Estado autonómico debe racionalizarse en un sentido recentralizador, y de compartición de recursos y eliminación de duplicidades, en diversos campos. Uno de ellos, claramente, es la sanidad, vital para las personas y de gran peso en el plano económico (es el primer renglón de gasto de las CCAA¹¹).

¿Cuánta gente murió en la pandemia de Covid-19 en CCAA con colapso hospitalario que no fue derivada a otras comunidades autónomas donde había camas libres? La parcelación de la sanidad española en 17 taifas regionales costó vidas y mucho sufrimiento humano. Y, en situaciones normales, propicia disfunciones, al no compartirse recursos que darían ganancias de eficacia (resultados) o eficiencia (ahorro de recursos), lo que conlleva despilfarro de dinero del contribuyente, y españoles con mucho peor acceso a buenos cuidados médicos que otros, en función de dónde vivan. Una de esas disfunciones son las manidas «17 informáticas autonómicas sanitarias distintas». Otra, el peor acceso y las trabas para usar los servicios sanitarios cuando los españoles están en una comunidad autónoma que no es aquella en la que residen.

¿Cómo avanzar hacia esa compartición de recursos y reducción de los defectos intrínsecos al modelo las 17 sanidades autonómicas? Escapa del marco de este informe proponer un plan concreto, pero no señalar que es algo muy conveniente y sumamente deseable.

Inspirarse en los mejores y aprender de ellos

La Comunidad de Madrid no gasta más por habitante en sanidad que Cataluña, ni tiene menos inmigración, y ambas están a la cola del gasto sanitario en España por persona. Sin embargo, Cataluña está mucho peor en listas de espera, y en esperanza de vida apreciablemente por debajo (1,43 años menos en 2023). Algo parecido cabe decir de Extremadura vs la Comunidad Autónoma Vasca, las dos con más financiación de sanidad pública por habitante tras Asturias. Claramente, emular a los mejores tiene sentido, porque entre los 17 sistemas sanitarios españoles, los hay mejor y peor gestionados.

11 En algunas CCAA, el servicio de la deuda pública presupuestado para 2024 fue casi del mismo montante que el gasto autonómico en Sanidad. En Cataluña, solo 2,2% menos en intereses de deuda que en gasto sanitario. En la Comunidad Valenciana, solo 6,5% menos.

Copago por visitas médicas y otros

En la pasada década, a raíz de la Gran Recesión, con gran resistencia inicial, se introdujeron copagos por medicamentos, con distintas modalidades en función de fármacos, la renta de las personas, si eran jubilados o no... Esos copagos han sido bastante moderados, pero algún efecto recaudatorio y disuasorio del sobreconsumo han tenido. Pero en España no hay copagos por consultas médicas o estancias hospitalarias. A modo de ejemplo, en Suecia se pagan entre 8 y 27 euros por consulta, y unos 10 euros por cada uno de los primeros diez días en estancias hospitalarias. El límite máximo de copago son unos 200 euros por persona al año.

En España, en 2023, en Atención Primaria, hubo un total de 256 millones de consultas médicas y 156 millones de consultas de enfermería. Si hubieran tenido un copago de 5 euros, una cantidad asequible a todo el mundo, con esto se habrían recaudado unos 2.000 millones de euros, y posiblemente un porcentaje no ínfimo de las consultas que hubo y que no eran necesarias, no se habría producido.

En materia de medicamentos ya se ha producido desde 2010 un muy apreciable descenso del gasto en euros constantes en relación a la población y su composición por edades y origen.

La sanidad pública no puede ser gratis para personas sin tarjeta sanitaria española ni permiso de estancia en España

No se puede denegar el acceso a curas médicas de urgencia a todo el que lo necesite, pero eso no implica que sea gratis para quien no tenga derecho legal a ello. Que no sea gratis tampoco implica necesariamente que el prepago o el cobro inmediato sea un requisito de acceso a atención médica perentoria. Pero, en todo caso, el beneficiario tiene que conocer cuánto cuesta el servicio que recibe, que lo debe al Estado español, y que lo tendrá que pagar en el futuro, si actualmente no dispone de medios.

Que los usuarios de la sanidad pública conozcan el valor de mercado del coste en que se incurre para atenderlos

Dar una factura proforma (se deba abonar o no) de lo que cuestan al Estado los servicios médicos y los medicamentos que cada persona consume sería muy educativo para la población, facilitaría los copagos, y podría disuadir a una parte de la población a sobreconsumir algo que ahora percibe como gratis. El dinero allegado mediante copagos adicionales y el consiguiente ahorro en visitas podría ser relevante. En todo caso, saber cuánto cuesta lo que les proporciona el SNS sería muy educativo para una población española, y más aún para los llegados hace poco –inmigrantes–, que no son conscientes del coste real –en algunos tratamientos, muy elevado– que reciben de forma gratuita o casi.

Progresiva desfuncionarización de la sanidad pública, más derivación de pacientes hacia la sanidad privada y desgravación en IRPF por su uso

Que el Estado garantice sanidad universal a coste asequible a todos los ciudadanos con derecho a ella no implica que los profesionales médicos con los que se les cuida sean funcionarios, con empleo inamovible de por vida salvo casos excepcionales, y con la menor productividad promedio inherente a quienes están en esa situación frente a los trabajadores privados. Y como la sanidad privada tiende a ser más eficiente en el gasto, con una mayor productividad, tendría todo el sentido que se hiciera una política activa de ampliar la sanidad pública derivada a la privada, a costes menores para el Estado por paciente, y con mejores plazos de atención a pacientes que los que la sanidad pública ofrece. Ya se está haciendo en una medida apreciable, con organizaciones privadas del prestigio de la Fundación Jiménez Díaz o el Grupo Quirón.

En esa misma línea, y como quien consume sanidad privada en vez de pública está descongestionando la sanidad pública y evitando gasto sanitario al Estado, deberían recuperarse las desgravaciones fiscales para todos los contribuyentes por gastos en sanidad privada¹², para que aumente su uso y descargue a la pública, y por ser justo. Además, al necesitarse factura por servicios privados, como odontología u otros, eso facilitaría el afloramiento de bolsas de economía sumergida.

Promover una jubilación más tardía de los buenos profesionales médicos

Cuando un médico que ha desarrollado su carrera profesional en la sanidad pública, el SNS pierde a un profesional muy experimentado (una merma para la calidad de la atención, y un vacante más a cubrir), la comunidad autónoma se ahorra su sueldo y el Estado pasa a abonarle su pensión de jubilación. El retraso en la edad de jubilación es bueno en conjunto para el Estado por el problema que hay con las pensiones, y es lógico porque las personas en general envejecen ahora mucho más lentamente que en 1918, cuando se estableció la edad de jubilación a los 65 años. En media, la salud y el vigor de un español de 65 años hace un siglo los tendrían hoy día los de 75 años, o puede que incluso algo más. Por tanto, prolongar la vida laboral de los profesionales médicos, aunque sea a tiempo parcial tras su edad teórica de jubilación, sería muy bueno para el sistema sanitario (y sin duda para todos los que quisieran hacerlo, por ganar más dinero, y sentirse activos y útiles, aunque tengan ya bastantes años).

12 Desde hace años hay una deducción de 500 euros al año para autónomos por gasto en seguros privados de salud y cada uno de sus familiares dependientes asegurados. Pero no la hay para trabajadores asalariados, que son muchos más que los autónomos. Por otra parte, ese límite de 500 euros por persona es el mismo que hace 20 años (o más), cuando el poder adquisitivo de 500 euros era mucho mayor que ahora, por lo que sería de justicia elevarlo.

Que se puedan adquirir sin receta más fármacos de mucho uso y pocos y casi nulos efectos secundarios

Hay medicamentos de mucho uso y con apenas o sin efectos secundarios apreciables que, según la opinión de doctores consultados para elaborar este informe, se deberían poder adquirir con receta por quienes los necesitan, a precio en buena parte subvencionado, como ocurre en otros países. Por ejemplo, fármacos contra el colesterol, antihistamínicos, fármacos contra la gripe...

Delegar en las farmacias la realización de pruebas diagnósticas simples y el afinar la dosificación de la medicación correspondiente

El SNS podría delegar en farmacias la realización de pruebas diagnósticas muy simples, como el control de la glucosa, medir la tensión y el peso, y otras, y los ajustes de medicación que pudieran aconsejar los resultados, a cambio de una pequeña retribución por cada prueba, descargando así a los ambulatorios y centros de la sanidad pública.

Más control de productividad y capacidad de gestión a sus directivos en los Centros de Atención Primaria

Las horas efectivas de trabajo por médico y profesional sanitario en los 13.000 centros de atención primaria del SNS en España son desiguales, con profesionales que trabajan muchas horas y otros que lo hace bastante menos, con el consiguiente mejor o peor servicio a las personas del barrio o localidad y más o menos coste por consulta médica. Los estándares de productividad de los médicos, enfermeros y personal auxiliar de la sanidad pública y de la privada, y de incentivos por productividad, deberían ser similares. Su control y la capacidad de tomar medidas para esa ecualización público-privada deberían ser responsabilidad principalmente de los directores de los centros¹³.

13 Se habla mucho de «colaboración público-privada», pero muy poco de «ecualización», esto es, que, en servicios que presta tanto el sector público como el privado, los estándares de productividad y retribución sean más o menos similares. De otro modo, se está privilegiando al trabajador público frente al del sector privado, y en detrimento de la relación calidad / coste de los servicios proporcionados a los ciudadanos.

Más cultura sanitaria y medicina preventiva

Invertir en ampliar la cultura sanitaria de la población y de aquello que previene la enfermedad, como los hábitos saludables de alimentación, higiene, ejercicio, etc., sería una de las mejores inversiones posibles de dinero público (y privado) para la salud de los españoles.

Medicina más personalizada –y no solo en el plano tecnológico, también con más visitas a domicilio– y automatizada

La personalización de los tratamientos de cáncer es una de las claves de la continua mejoría de las tasas de supervivencia de los pacientes con esta enfermedad, y en lo económico, de un mejor uso de los recursos empleados en sus tratamientos. Con el uso de la IA y nuevas y mejores pruebas diagnósticas, previsiblemente, se seguirá reduciendo la letalidad del cáncer, y lo mismo de otras patologías complejas y no plenamente dominadas por la ciencia médica, como las enfermedades y condiciones autoinmunes. Y en general, la inteligencia artificial tendrá un uso creciente en la realización de diagnósticos médicos y elección de tratamientos.

En un sentido más humano, la recuperación de al menos una parte de la tradicional visita médica a domicilio, en especial para personas mayores y enfermos agudos, permitiría a los doctores entender mejor a los pacientes y su entorno, y con ello, poderlos tratar mejor.

* * *

Queremos agradecer sus valiosas contribuciones a la realización de este informe, para la búsqueda de información y datos relevantes, señalamiento de problemas y propuesta de soluciones, a los doctores Antonio Gosálvez, Isabel Portero, José Luis Puerta y Juan Vila.

**CENTRO DE ESTUDIOS, FORMACIÓN
Y ANÁLISIS SOCIAL (CEFAS)**

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN PABLO CEU
C/ Guzman el Bueno, 133. 28003 Madrid

(+34) 91 514 05 77 cefas@ceu.es

cefas.ceu.es

ISBN: 979-13-87860-18-9

