

UNA ASISTENCIA SANITARIA DEBILITADA

FRANCISCO JAVIER HIERRO HIERRO

NET21 NÚMERO 29, FEBRERO 2026

A finales del año 2001 las páginas del periódico oficial se llenaban de textos reglamentarios que transferían a los diferentes territorios (aunque para algunas regiones este procedimiento ya había tenido lugar con dos décadas de antelación) las funciones y servicios atribuidos hasta entonces al Instituto Nacional de Salud (en los centros y establecimientos sanitarios, asistenciales y administrativos; la elaboración y ejecución de planes de inversión en materia de asistencia sanitaria; la gestión de las inversiones en el contexto de la planificación asistencial general; la contratación, gestión, actualización y resolución de los conciertos con entidades e instituciones sanitarias o asistenciales; la creación, transformación y ampliación de centros y establecimientos sanitarios...).

Han transcurrido casi cinco lustros desde que culminara este proceso de traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria del Estado a las distintas Comunidades Autónomas y las valoraciones que acerca de esta se formulan son, cuando menos, llamativas, en tanto que pueden obtenerse lecturas contradictorias o no plenamente alineadas. De ahí que no resulte extraño que durante algunos períodos cercanos en el tiempo no hayan sido excepcionales las manifestaciones de algunos dirigentes políticos, tanto de ámbito nacional como autonómico, que han abogado por devolver algunas de aquellas competencias - cuando no todas- al Gobierno de España con la clara voluntad de que ello contribuyera a salvar las numerosas deficiencias que le acompañan.

En la actualidad pueden encontrarse afirmaciones que sostienen que el sistema sanitario, vector clave para la cohesión social y el crecimiento económico, atraviesa un momento crítico (Consejo Económico y Social. España, 2024) - https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf- que requiere de un no menor conjunto de actuaciones para su consolidación y mejora (el aumento del impacto positivo del sistema sanitario en la salud y el bienestar; la apuesta por la salud pública, la prevención y la preparación ante nuevos *shocks*; el avance hacia una efectiva universalidad del sistema; la mejora de la equidad en el acceso a los servicios de atención sanitaria; la concreción, actualización y mejora de la cartera de servicios; la construcción de la atención primaria como verdadero eje del sistema; afrontar las listas de espera como un problema multifactorial; el fortalecimiento del modelo integral de atención a la salud mental; la potenciación de la prestación farmacéutica y el uso racional del medicamento; la consolidación del SNS con recursos suficientes y sostenibles...).

No es inusual tampoco escuchar en los medios de comunicación, de manera desgraciadamente recurrente, ejemplos de malas praxis sanitarias que dinamitan la confianza de la ciudadanía en el sistema nacional de salud. Ya la vacunación de recién nacidos con lotes caducados (<https://www.rtve.es/play/videos/telediario-1/crece-preocupacion-pais-vasco-vacunacion-dosis-caducadas/16917493/>); ya errores en el cribado de cáncer de mama (<https://www.rtve.es/noticias/20251111/amama-cifra-4000-mujeres-afectadas-fallos-cribados-cancer-andalucia/16810000.shtml>); ya el número de reclamaciones por negligencias médicas que se cifran en casi quince mil en el año 2025 (<https://www.negligenciasmedicas.com/cache/files/documentos/memoria-2025.pdf>); ya, en fin, la huelga del personal sanitario ante unas condiciones de trabajo que no les satisfacen y en las que puede buscarse alguna de las posibles explicaciones a las aseveraciones anteriores (<https://www.rtve.es/noticias/20260122/sindicatos-medicos-huelga-exigir-estatuto-propio/16905266.shtml>) debilitan la credibilidad en un sistema en el que se asienta uno de los pilares básicos del Estado del Bienestar, la atención de la salud.

A la par, también es periódica la aserción de que casi la mitad de la población general de 18 y más años (48,5 por ciento) valora positivamente el funcionamiento del sistema sanitario en España (si bien mostrando una tendencia decreciente desde la segunda oleada de la encuesta). En términos de escala, la satisfacción de la población general con el funcionamiento del sistema sanitario público alcanza el aprobado, con una calificación de 5,89 puntos sobre 10. Por su parte, los servicios mejor valorados son los servicios de urgencias del 061/112 y la asistencia a las personas ingresadas en hospitales públicos, logrando los 7,26 y 7,01 puntos respectivamente. Con relación a la atención primaria, el 80,1 por ciento de las personas usuarias valora positivamente la atención recibida, destacando la confianza y seguridad que transmite tanto el personal de enfermería como el personal médico (8,04 y 7,76 sobre 10, respectivamente). Cifras parecidas se ofrecen con relación a la atención hospitalaria por el personal sanitario (8,21 puntos enfermería y 8,18 puntos medicina). En sentido opuesto, los servicios con valoraciones más bajas son las consultas de atención especializada y las urgencias en hospitales públicos con 5,59 y 5,83 puntos, respectivamente.

A pesar de que no son calificaciones sobresalientes, predomina la creencia de que en caso de tener un problema de salud grave la sanidad pública puede proporcionar un mejor tratamiento que la atención médica llevada a cabo mediante seguro médico privado (65,6 por ciento de la población con seguro médico privado contratado en el ámbito familiar o por su empresa) [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_3oleada/NOTA_TECNICA_BS_3OLA_2025_para_web.pdf].

En esa tesitura, valoración positiva y opción óptima ante problemas de salud graves, sin rasgos notables o excelsos, y elementos innumerables necesitados de mejora, se encuentra el sistema nacional de salud.

Como se ha indicado, son muchos los campos en los que la asistencia sanitaria presenta margen de mejora. Uno de ellos, especialmente relevante, en materia de recursos humanos.

A nadie se le oculta que el progresivo envejecimiento de la población (la esperanza de vida al nacimiento en el año 2025 para el colectivo masculino se sitúa en 80,9 años y para el femenino en 86,3 años; lo que para el año 2050 la proyección es de 84,3 y 88,7 años, respectivamente -

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888-) ha de traer un aumento de la demanda de la atención sanitaria. Y en esta materia está por ver qué papel pueden llegar a desarrollar los avances tecnológicos en el trato directo y personal requerido; en otras palabras, cuál ha de ser el rol de la inteligencia artificial sobre el particular, por cuanto se escuchan voces que señalan que el personal de enfermería será imprescindible, los cuidados, lo manipulable; mientras que el personal de asistencia facultativa sustituible en la realización de diagnósticos y proyecciones.

Mientras tanto, y para suplir esa carencia de personal, desde hace algún tiempo se ensayan con actuaciones que permiten arreglar los desajustes que existen con relación al personal médico. Así, al hilo de la pandemia de la COVID-19 y la carencia de recursos humanos, aunque inicialmente contemplada como medida de urgencia ante la crisis sanitaria (apartado 4 de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo, por la que se adoptan medidas en materia de recursos humanos y medios para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19), posteriormente se institucionalizó (aunque con límites, que hoy parecen salvables) la posibilidad de compatibilizar la pensión de jubilación con la prestación de servicios del personal sanitario.

Es la disposición transitoria trigésima quinta [sic] del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (Incorporada por el Real Decreto-ley 20/2022, de 27 de diciembre, de medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania y de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad), la que durante algún tiempo ha habilitado para que hasta el año 2025 (en los tres años a partir de su entrada en vigor) cierto personal sanitario (facultativos de atención primaria, médicos de familia y pediatras que prorroguen el servicio activo y facultativos de atención primaria que tras acceder a la pensión contributiva de jubilación se reincorporen al servicio activo) simultanee sus emolumentos con la percepción de la pensión de jubilación. En este supuesto la cuantía de la pensión asciende al 75% del importe resultante en el reconocimiento inicial de la pensión y se mantiene la obligación de cotizar en todos sus términos.

Pues bien, respecto de ese plazo inicial se ha mostrado la voluntad de ampliarlo. El Real Decreto-ley 16/2025, de 23 de diciembre, por el que se prorrogan determinadas medidas para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad social, y se adoptan medidas urgentes en materia tributaria y de Seguridad Social (dejado sin efectos el

pasado 28 de enero de 2026 al no alcanzar su convalidación en el Congreso de los Diputados) indicaba que la compatibilidad entre trabajo y pensión para este colectivo podía extenderse hasta el 31 de diciembre de 2026.

Y, además, se trataba esta de una previsión que se dejaba sin fecha cierta, en tanto que se posibilitaba que aquellas personas que a fecha 31 de diciembre de 2026 se encontrasen compatibilizando la pensión de jubilación con el trabajo bajo el paraguas de esta disposición transitoria podían mantener dicha compatibilidad hasta que cesaran en el servicio activo, esto es, que podría encontrarse personal sanitario de cierta edad atendiendo en los hospitales y centros de salud públicos.

Está por ver si en las negociaciones que han de venir para la restauración parcial del contenido de la norma de urgencia se retoma esta medida.

Alguna habrá de arbitrarse, en bloque o en paralelo, ya que se viven años críticos en la asistencia sanitaria por el déficit de personal en algunas especialidades, agravado por la llegada a la edad de jubilación de numerosos profesionales.

Esta carencia de profesionales tiene otras derivadas en materia laboral, como son los alargamientos de los tiempos en situación de incapacidad temporal. Se afirma que conforme a los datos correspondientes al primer trimestre de 2025 el nivel de absentismo ha provocado la pérdida de un 7,0 por ciento de las horas pactadas, mientras que el absentismo por incapacidad temporal ha supuesto la pérdida de un 5,5 por ciento de las horas pactadas en el período referido. Teniendo en cuenta que en el primer trimestre de 2025 el número de ocupados según la Encuesta de Población Activa (en adelante EPA) ascendía a 21,77 millones de personas, en promedio, cada día un total de 1.523.578 personas no acudieron a su puesto de trabajo, de las cuales un total de 1.197.097 personas se encontraban de baja médica durante el primer trimestre del año (<https://d2x1h7jfmz7hr5.cloudfront.net/wp-content/uploads/2025/07/Randstad-Research-Informe-Absentismo-Laboral-Junio-2025.pdf?x91883>).

Por sectores, las actividades postales y de compras (12,5 por ciento), seguidas de los servicios a edificios y actividades de jardinería (11,5 por ciento), encuentran los niveles más elevados de absentismo. En el polo opuesto, las actividades jurídicas y de contabilidad (3,2 por ciento) y las relacionadas con el empleo (2,8 por ciento) muestran las cifras más bajas.

Los datos son destacados, más si cabe si tras estos se encierra una evolución creciente en el período reciente. La tendencia es calificada como preocupante e incluso de alarmante para los supuestos derivados de incapacidad temporal, ya que con relación a esta en la última década se han duplicado los casos en el promedio de los sectores, dando paso de un exiguo 3 por ciento en el primer trimestre del año 2009 hasta el 5,5 por ciento actual.

Si así se muestran los datos en términos porcentuales y pérdida de horas pactadas, su cuantificación económica se desprende que no ha de ser menor.

Se señala que el número total de procesos de baja iniciados por contingencias comunes para el total del Sistema de la Seguridad Social se ha incrementado un 6,93 por ciento entre los ejercicios 2023 y 2024. Este aumento, no menor, en el acumulado

de la última década supera el 120 por ciento (121,55 por ciento). Frente a los 3.934.380 de procesos iniciados en el año 2015 se han alcanzado los 8.716.663 de procesos iniciados en el año 2024. Parte de la justificación de este incremento puede encontrarse por el aumento de la afiliación producido; sin embargo, la proporcionalidad entre ambos vectores no se encuentra correspondida.

Estas cifras, por su parte, se cuantifican, se monetizan, como sigue. El coste estimado del absentismo derivado de procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes (esto es, el sumatorio del coste total de las prestaciones económicas de la Seguridad Social y el coste asumido por las empresas) alcanzó en el año 2024 una cantidad nada desdeñable que se aproxima a los 30.000 millones de euros. De esta, 15.025,95 millones de euros se atribuyen al coste de prestaciones económicas de la Seguridad Social; y 13.961,16 millones de euros al coste directo para las empresas (en este se incluyen los siguientes conceptos: prestación económica entre los días 4º y 15º; complementos y mejora de la prestación desde el día 1º y las cotizaciones a la Seguridad Social durante los días en situación de incapacidad temporal).

Si la cuantía por sí sola adquiere sustantividad propia, en perspectiva histórica (en clara consecuencia con lo indicado *supra*) el crecimiento habido en la última década no es plenamente entendible. El coste del año 2024 respecto al ejercicio precedente supone un incremento de un 14,45 por ciento (3.660,46 millones de euros más). En la última década este aumento alcanza el 185,69 por ciento (18.840,79 millones de euros más). Equivalencia, de nuevo, que no se ve reflejada por el aumento de las personas trabajadoras.

En numerosas ocasiones se alude a que esta realidad es reflejo de la situación de fraude de la incapacidad temporal. Es un recurso presente en las recomendaciones del Pacto de Toledo (cfr. Recomendación 10. “Lucha contra el fraude” del *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo -2011-*, en la que se sostiene que “La Comisión defiende incrementar, aún más, los mecanismos de control y seguimiento de las prestaciones, especialmente las de incapacidad temporal, a fin de evitar el absentismo injustificado, su utilización como mecanismo alternativo al desempleo o la jubilación, u otras prácticas abusivas. Esta reordenación deberá atender al necesario equilibrio entre el control del fraude y la protección del trabajador impedido para su actividad laboral”, BOCG -Congreso de los Diputados-, núm. 513, de 31 de enero de 2011, p. 26; y, en términos parecidos, con referencia a la “actualización de los mecanismos de control y seguimiento...”, la Recomendación de igual numeración del *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo -2020-*, BOCG -Congreso de los Diputados-, núm. 187, 27 de noviembre de 2020, pp. 57).

Sin embargo, de un tiempo a esta parte también parece haber tomado vida la responsabilidad propia del sistema nacional de salud en la atención sanitaria y los retrasos en la realización de las pruebas médicas asociadas a los procesos de incapacidad temporal que alargan estos de manera artificiosa. De ahí que se aluda expresamente en la Recomendación novena del *Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo -2020-* a que se debe “avanzar en una mejor utilización de los recursos y experiencia de las Mutuas, en especial en los servicios traumatológicos”, como de este modo se señala en el *Acuerdo social para la mejora de la compatibilidad de la pensión de jubilación con el trabajo, para la regulación de un nuevo procedimiento de*

acceso a la pensión de las actividades con elevada peligrosidad y para el mayor aprovechamiento de los recursos de las Mutuas con el fin de recuperar la salud de las personas trabajadoras suscrito el pasado 31 de julio de 2024 por el Gobierno, las organizaciones empresariales CEOE y CEPYME y las organizaciones sindicales CCOO y UGT.

Esa asistencia sanitaria valorada positivamente por la ciudadanía requiere de apoyo, sustento, recursos humanos y materiales, en definitiva, de la financiación necesaria que permita solventar los importantes retos a los que se enfrenta. Los elementos competenciales han de alinearse para dar una respuesta adecuada a las personas en un valor principal como es la salud, cuyos efectos directos e indirectos se extrapolan por doquier.