Gaspar Casal

40 años de la Ley General de Sanidad: legado, presente y futuro

40 años de la Ley General de Sanidad:

Legado, Presente y Futuro

Entre el orgullo del pasado y la urgencia del futuro: ¿cómo afrontar los nuevos desafíos en salud?

40 años de la Ley General de Sanidad: legado, presente y futuro
Primera edición: noviembre 2026

Fundación Gaspar Casal
Ferrer
Fundación Ernest Lluch

Materias: Medicina, Gestión sanitaria, Salud pública.
Paginas: 69

© 2026 Fundación Gaspar Casal
fundaciongasparcasal.org
C/ General Díaz Porlier 78, 8A
28006 Madrid

En colaboracion con:

Con el Patrocinio:

Edita: Fundación Gaspar Casal

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo 5

Rropósito y alcance del informe 8

Prólogo I de Juan del Llano director de la Fundación Gaspar Casal 10

Prólogo II de Antoni Blanco director de la Fundació Ernest Lluch 17

Parte 1 1986: el nacimiento del Sistema Nacional de Salud 19

Parte 2 Nuevas realidades, nuevos desafíos. ¿Qué ha cambiado desde entonces? 27

2.1 Envejecimiento, cronicidad y cuidados: el nuevo perfil de necesidades del Sistema Nacional de Salud 27

2.2 Avances científicos y tecnológicos: la nueva frontera de la innovación sanitaria 33

PARTE 3 La sanidad que viene: repensar el sistema 39

3.1 Economía y tecnología para una sanidad sostenible: el valor de innovar con inteligencia 39

3.2 La salud más allá del sistema sanitario: actores, políticas y entornos para proteger la salud 43

3.3 Transición ecológica y salud: hacia un SNS resiliente y sostenible .. 48

Hoja de ruta para actualizar la promesa de la Ley General de Sanidad 51

Epílogo 57

Bibliografía 59

RESUMEN EJECUTIVO

La aprobación de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituyó **una de las grandes transformaciones institucionales de la España democrática.** Permitió avanzar desde un modelo asistencial fragmentado, vinculado históricamente a la Seguridad Social y a la condición laboral, hacia un Sistema Nacional de Salud (SNS) concebido desde los principios de universalidad, equidad, solidaridad, prevención y responsabilidad pública. La Ley convirtió el mandato constitucional de protección de la salud en una arquitectura institucional asentada sobre la financiación pública, la descentralización territorial y la integración progresiva de servicios.

Cuarenta años después, el SNS se ha consolidado como uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar, con avances extraordinarios en cobertura, accesibilidad, capacidad asistencial y resultados en salud. Sin embargo, su evolución también ha puesto de manifiesto tensiones estructurales. La descentralización permitió acercar la gestión a los territorios, pero no siempre estuvo acompañada de mecanismos suficientemente sólidos de coordinación, evaluación y gobernanza compartida. Asimismo, la ampliación de recursos y prestaciones no se ha traducido necesariamente en una modernización equivalente de los modelos organizativos, presupuestarios y profesionales. **Un sistema puede mantener plenamente vigentes sus principios y necesitar reformas profundas en los instrumentos que permiten hacerlos efectivos.**

El contexto actual es profundamente diferente del de 1986. El envejecimiento, la cronicidad, la multimorbilidad y las necesidades de cuidados prolongados están transformando la demanda asistencial. Si entonces el desafío era garantizar el acceso, hoy resulta necesario asegurar también **la continuidad de la atención a lo largo de la vida,** mediante respuestas más preventivas, integradas y coordinadas. Esto exige reforzar el papel estratégico de la atención

primaria, mejorar la coordinación sanitaria y sociosanitaria y adaptar la planificación, las competencias y las condiciones de trabajo de los profesionales a las nuevas necesidades de la población.

Paralelamente, la medicina personalizada, las terapias avanzadas, la digitalización, la inteligencia artificial y el uso de datos sanitarios ofrecen nuevas oportunidades para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Sin embargo, **disponer de innovación no garantiza su incorporación efectiva ni su acceso equitativo.** Su valor dependerá de la capacidad del sistema para integrarla en la práctica asistencial, evaluar sus resultados y garantizar su sostenibilidad. Reforzar la evaluación de tecnologías sanitarias y de políticas públicas, utilizar evidencia en vida real y avanzar hacia modelos de financiación orientados a resultados permitirá mejorar la asignación de recursos y distinguir la innovación que aporta verdadero valor.

Esta perspectiva exige superar una concepción de la sanidad limitada al gasto presupuestario. **La salud constituye una inversión social, económica y productiva,** cuyos beneficios se manifiestan en el bienestar, la autonomía personal, la productividad y la cohesión social. La prevención y la promoción de la salud adquieren, por ello, una importancia estratégica, aunque sus resultados se produzcan a medio y largo plazo. Asimismo, el enfoque de «Salud en Todas las Políticas» recuerda que la protección de la salud depende también de decisiones adoptadas en ámbitos como la educación, el empleo, la vivienda, la economía o el medio ambiente, y requiere una coordinación intersectorial más sólida.

El futuro del SNS exige también reforzar su resiliencia ante emergencias sanitarias y riesgos climáticos, integrar la sostenibilidad ambiental en su funcionamiento y desarrollar una colaboración más estructurada con pacientes, profesionales, comunidades, academia e industria. Esta apertura debe producirse bajo un liderazgo público sólido, con reglas transparentes, evaluación de resultados y orientación al interés general.

A partir de este diagnóstico, el informe plantea una **hoja de ruta de diez prioridades:** garantizar un acceso efectivo y equitativo; reforzar la prevención y la promoción de la salud; responder al envejecimiento, la cronicidad y los cuidados; consolidar una atención primaria estratégica; mejorar la coordina-

ción asistencial; cuidar a los profesionales y transformar la gestión del talento; avanzar hacia datos interoperables; impulsar una innovación sostenible y orientada a valor; ordenar la participación de nuevos actores bajo liderazgo público; e integrar la transición ecológica en la protección de la salud.

Estas prioridades forman parte de una misma transformación institucional, que requiere financiación suficiente, planificación a largo plazo, evaluación, cooperación entre administraciones y acuerdos amplios que trasciendan los ciclos políticos. **El desafío no consiste en sustituir los principios de 1986, sino en actualizar los instrumentos que permiten hacerlos efectivos** ante una realidad sanitaria, social y tecnológica mucho más compleja.

La Ley General de Sanidad fue, al mismo tiempo, un punto de llegada y un punto de partida. Su legado no debe entenderse como una arquitectura concluida, sino como una voluntad de transformación al servicio de la ciudadanía. **Preservarlo exige mantener la vigencia de sus principios y recuperar la ambición reformista necesaria para proyectarlos hacia el futuro.**

PROPÓSITO Y ALCANCE DEL INFORME

El cuadragésimo aniversario de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, constituye una oportunidad para reflexionar sobre una de las transformaciones institucionales y sociales más relevantes de la España democrática. La construcción del Sistema Nacional de Salud, asentado sobre los principios de universalidad, equidad, solidaridad, prevención y descentralización, representó un cambio decisivo en la manera de entender la protección de la salud y la responsabilidad de los poderes públicos.

Sin embargo, conmemorar cuatro décadas de la Ley General de Sanidad exige algo más que reconocer sus aportaciones históricas. Exige analizar cómo ha evolucionado el sistema que contribuyó a construir, hasta qué punto sus instituciones y modelos organizativos siguen respondiendo a las necesidades actuales y qué transformaciones resultan necesarias para afrontar los desafíos de las próximas décadas.

Con este propósito, la Fundación Gaspar Casal presenta el informe ***40 años de la Ley General de Sanidad: legado, presente y futuro,*** concebido como una contribución al análisis y al debate sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud y sus perspectivas de futuro. El trabajo combina una mirada histórica sobre los fundamentos de la reforma de 1986 con una reflexión sobre los cambios demográficos, epidemiológicos, científicos, tecnológicos, económicos y sociales que están redefiniendo las necesidades de salud de la población.

El informe se estructura en tres partes. La primera examina los antecedentes, el contexto y las principales aportaciones de la Ley General de Sanidad, así como la configuración institucional del Sistema Nacional de Salud y algunas de las tensiones que han acompañado su desarrollo. La segunda analiza las transformaciones que condicionan el presente del sistema, particularmente

el envejecimiento, la cronicidad, las necesidades de cuidados y los avances científicos y tecnológicos. La tercera aborda las principales dimensiones de su transformación futura, desde la sostenibilidad y la innovación orientada al valor hasta la participación de nuevos actores, la coordinación intersectorial y la integración de la salud ambiental en las políticas sanitarias.

Como resultado de este recorrido, el documento plantea una hoja de ruta de diez prioridades destinada a orientar la reflexión sobre las reformas necesarias para fortalecer el Sistema Nacional de Salud durante las próximas décadas.

El objetivo no es ofrecer respuestas definitivas a desafíos de extraordinaria complejidad, sino contribuir a un debate informado, constructivo y abierto, basado en la evidencia y en el reconocimiento de los logros alcanzados. **Cuarenta años después, preservar el legado de la Ley General de Sanidad significa mantener la vigencia de sus principios y, al mismo tiempo, conservar la capacidad de transformar el sistema para hacerlos efectivos ante nuevas realidades.**

PRÓLOGO I DE JUAN DEL LLANO

DIRECTOR DE LA FUNDACIÓN GASPAR CASAL

La Ley General de Sanidad de 1986 fue una de las grandes reformas institucionales de la España democrática. Contribuyó decisivamente a transformar una asistencia sanitaria fragmentada y vinculada históricamente a la Seguridad Social en un Sistema Nacional de Salud concebido desde los principios de universalidad, equidad, integralidad, prevención y descentralización.

Sería difícil exagerar la importancia de aquella transformación. Pero también sería un error convertir su cuadragésimo aniversario en un ejercicio de nostalgia.

Las leyes importantes no se honran únicamente recordando lo que hicieron. Se honran preguntándonos si las instituciones que crearon siguen respondiendo a los problemas para los que fueron diseñadas y, sobre todo, a aquellos que entonces todavía no existían.

Y España, en 2026, no es la España de 1986.

Una ley que cambió la concepción de la sanidad

La Ley 14/1986 hizo algo mucho más profundo que reorganizar estructuras administrativas. Cambió la lógica sobre la que debía construirse la sanidad española.

Su artículo primero vinculó expresamente la organización sanitaria con el derecho a la protección de la salud reconocido por la Constitución. La asistencia sanitaria pública debía extenderse a toda la población; el acceso debía producirse en condiciones de igualdad efectiva; y la política sanitaria debía orientarse a superar los desequilibrios territoriales y sociales. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se situaban, además, entre las prioridades del sistema.

Detrás de aquella reforma estuvo Ernest Lluch, ministro de Sanidad y Consumo entre 1982 y 1986 e impulsor político de la Ley. Recordarlo cuarenta años después exige algo más que asociar su nombre a una norma.

Lluch comprendió que construir un sistema sanitario era construir una institución del Estado social. Y que hacerlo requería algo particularmente difícil: transformar principios políticos —equidad, solidaridad, universalidad— en organizaciones capaces de prestar servicios concretos a millones de personas.

La reforma sanitaria fue, en ese sentido, inseparable de la modernización democrática de España.

Pero hay otro aspecto de la Ley que merece ser recordado con especial atención porque explica buena parte tanto de los éxitos como de las tensiones actuales del Sistema Nacional de Salud. La Ley apostó decididamente por la descentralización. Y lo hizo sin ambigüedad.

El Sistema Nacional de Salud siempre fue autonómico

A veces hablamos del proceso de descentralización sanitaria como si hubiera ocurrido después de la Ley General de Sanidad. En realidad, estaba inscrito en su propio diseño.

Su exposición de motivos contiene una afirmación extraordinariamente clara:

«El eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas».

Y añadía inmediatamente que el Sistema Nacional de Salud debía concebirse como el conjunto de los servicios de salud autonómicos convenientemente coordinados. No era una cuestión secundaria. La Ley estableció que cada comunidad autónoma debía constituir su propio Servicio de Salud y atribuyó a las comunidades la responsabilidad sobre la organización, planificación y gestión de sus servicios sanitarios dentro del marco común.

Por tanto, el SNS no es un servicio nacional de salud gestionado territorialmente. Es un sistema construido a partir de servicios autonómicos de salud que deben funcionar como un conjunto coherente. Esta diferencia importa.

Durante cuatro décadas, las comunidades autónomas han construido organizaciones sanitarias de enorme complejidad. Han desarrollado redes asistenciales, gestionado hospitales y Atención Primaria, incorporado tecnologías, organizado profesionales, desplegado políticas de salud pública y experimentado con diferentes modelos de gestión.

Buena parte de la capacidad del sistema sanitario español reside precisamente ahí: en su proximidad al territorio y en la posibilidad de adaptar políticas y servicios a poblaciones diferentes.

La descentralización ha permitido también la innovación más tecnológica que organizativa.

Pero cuarenta años de experiencia permiten formular una pregunta que en 1986 apenas podía responderse: ¿hemos desarrollado con la misma intensidad los mecanismos de coordinación que los mecanismos de descentralización? Probablemente, aquí se encuentre uno de los grandes asuntos pendientes del Sistema Nacional de Salud.

Diecisiete servicios de salud. Un solo derecho

La descentralización sanitaria no debería confundirse con fragmentación.

Que la organización y la gestión correspondan fundamentalmente a las comunidades autónomas no elimina la necesidad de garantizar que un ciudadano pueda reconocer un Sistema Nacional de Salud común con independencia del territorio en el que viva y que se le atienda sin barreras.

Esta tensión estaba ya presente en la propia Ley. El legislador de 1986 hablaba de asegurar condiciones comunes, coordinación, planificación sanitaria y criterios compartidos de evaluación. El artículo 70 llegó a prever criterios mínimos comunes para evaluar necesidades, recursos, eficacia y rendimiento de programas, centros y servicios. Resulta difícil leer hoy esas disposiciones sin advertir su actualidad. Porque quizás uno de los problemas de nuestro sistema no sea un exceso de descentralización, sino una insuficiente institucionalización de la gobernanza compartida.

Descentralizar significa distribuir capacidad de decisión. Pero un sistema descentralizado necesita, precisamente por ello, mejores sistemas de información, mayor transparencia, indicadores comparables, evaluación independiente y mecanismos sólidos de cooperación.

La autonomía sin información comparable dificulta aprender. La diversidad sin evaluación impide saber qué funciona. Y la coordinación basada exclusivamente en la buena voluntad institucional resulta demasiado frágil para un sistema que gestiona una de las políticas públicas más complejas del país.

El desafío de los próximos años no debería ser recentralizar el Sistema Nacional de Salud. Tampoco aceptar como inevitable que existan diecisiete sistemas sanitarios que simplemente coexisten.

El desafío es bastante más exigente: conseguir que diecisiete servicios de salud funcionen realmente como un Sistema Nacional de Salud.

El éxito también genera inercias

Existe además una paradoja que conviene reconocer. El Sistema Nacional de Salud ha sido suficientemente exitoso como para que algunos de sus fundamentos organizativos hayan dejado de cuestionarse. Pero un modelo puede mantener intactos sus valores y necesitar profundas reformas en sus instrumentos.

En 1986 España tenía una estructura demográfica diferente, una carga de enfermedad distinta, posibilidades diagnósticas y terapéuticas incomparablemente menores y una capacidad tecnológica que hoy resultaría irreconocible.

Cuatro décadas después, el sistema debe responder al envejecimiento, la cronicidad y la multimorbilidad; incorporar innovaciones terapéuticas de elevado impacto presupuestario; aprovechar cantidades masivas de información sanitaria; integrar inteligencia artificial y medicina de precisión; competir por profesionales escasos; reforzar la salud pública; anticiparse a nuevas amenazas sanitarias y atender a ciudadanos mucho más informados y exigentes.

Sin embargo, buena parte de nuestra organización asistencial continúa estructurada alrededor de categorías, procedimientos y compartimentos administrativos heredados de otro momento histórico.

El riesgo no es que los principios de 1986 hayan envejecido. El riesgo es intentar defenderlos con instrumentos que sí lo han hecho.

Universalidad no significa uniformidad; equidad no significa inmovilismo

Defender el Sistema Nacional de Salud no debería equivaler a considerar intocable su organización.

Precisamente porque creemos en una sanidad universal y equitativa deberíamos ser particularmente exigentes con su funcionamiento.

Importan los recursos. Pero importa también lo que hacemos con ellos.

Importa cuánto gastamos, pero también qué resultados obtenemos.

Importa incorporar innovación, pero también saber qué innovación aporta realmente valor.

Importa aumentar plantillas cuando sean necesarias, pero también revisar cómo trabajan los profesionales y qué tareas siguen teniendo sentido.

Importa garantizar prestaciones, pero también evaluar sus resultados.

Y, sobre todo, no deberíamos confundir sostenibilidad con contención del gasto.

Un sistema sanitario es sostenible cuando dispone de los recursos necesarios, pero también cuando sabe priorizar, evaluar, reorganizarse y abandonar aquello que aporta poco valor para financiar aquello que aporta más.

Esta cultura de evaluación sigue siendo una de las grandes asignaturas pendientes de nuestro sistema.

De un sistema que cura a un sistema que se anticipa y previene

Existe además una contradicción particularmente llamativa. La Ley General de Sanidad estableció ya en 1986 que las actuaciones sanitarias debían

orientarse prioritariamente hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Cuarenta años después seguimos hablando de la necesidad de pasar de un sistema fundamentalmente reactivo a uno preventivo. Quizá deberíamos preguntarnos por qué.

Disponemos hoy de capacidades que los redactores de aquella Ley difícilmente podían imaginar: historia clínica electrónica, interoperabilidad de datos, genómica, inteligencia artificial, nuevos cribados, medicina personalizada y herramientas capaces de identificar riesgos antes de que aparezca la enfermedad.

La próxima transformación del SNS puede consistir precisamente en eso: pasar de atender correctamente la enfermedad a gestionar inteligentemente la salud.

No esperar siempre a que el ciudadano se convierta en paciente.

Una nueva generación de reformas

En abril de 2026, el Ministerio de Sanidad conmemoró oficialmente el cuadragésimo aniversario de la Ley General de Sanidad, destacando nuevamente la contribución de Ernest Lluch y señalando entre los desafíos actuales el envejecimiento, la cronicidad, la prevención y las desigualdades en salud.

Pero un aniversario de esta naturaleza debería servir para algo más que recordar. España necesita recuperar la ambición reformista que hizo posible la Ley General de Sanidad y acuerdos lo más amplios posibles.

No necesariamente para escribir otra gran ley que pretenda resolverlo todo, sino para abordar con decisión cuestiones que llevan demasiado tiempo sobre la mesa: gobernanza, financiación, recursos humanos, Atención Primaria, salud pública, evaluación de tecnologías y políticas sanitarias, digitalización, resultados en salud, autonomía de gestión y rendición de cuentas.

También necesitamos revisar nuestra conversación pública sobre la sanidad.

Durante demasiado tiempo el debate se ha reducido a una falsa alternativa entre defender el sistema o reformarlo. Es justamente, al contrario. Reformarlo es una de las formas de defenderlo.

Otros cuarenta años

La generación de Ernest Lluch tuvo que construir un Sistema Nacional de Salud prácticamente nuevo.

Nuestra generación tiene una tarea diferente y quizá menos épica, pero no menos difícil: transformar un sistema que funciona suficientemente bien como para resistirse al cambio, pero que acumula problemas suficientemente importantes como para no hacerlos frente

La Ley General de Sanidad nos dejó principios que siguen teniendo plena vigencia: universalidad, equidad, solidaridad, prevención, atención integral y descentralización. No necesitamos renunciar a ellos. Necesitamos preguntarnos qué instituciones, qué incentivos y qué formas de organización permiten hacerlos efectivos en el siglo XXI.

Cuarenta años después, el mejor homenaje a la Ley General de Sanidad no consiste en conservar intacto el sistema que nació de ella.

Consiste en conservar intacta su voluntad de transformarlo.

Porque las instituciones públicas no se debilitan cuando se reforman.

Se debilitan cuando dejan de hacerlo.

Juan del Llano,
Director de la Fundación Gaspar Casal

PRÓLOGO II DE ANTONI BLANCO
DIRECTOR DE LA FUNDACIÓ ERNEST LLUCH

Este libro es una excelente contribución al debate que reclama la situación actual del Sistema Nacional de Salud, cuarenta años después de la aprobación de la ley que impulsó Ernest Lluch. Reconoce sus logros, no solo como marco para el desarrollo de un pilar básico del bienestar y la cohesión, sino también como instrumento de modernización democrática de España. De la misma manera, reivindica la plena vigencia de principios que la inspiraron, como la equidad, la solidaridad y la universalidad. Pero, al mismo tiempo, expone de forma argumentada las limitaciones de la ley en un contexto muy diferente de aquel en el que nació.

Conviene recordar que la Ley General de Sanidad no tuvo un proceso de elaboración y tramitación exento de dificultades, y que supuso una negociación amplia que no logró un consenso pleno. Su articulado permitió un desarrollo gradual y una notable flexibilidad para el desarrollo del sistema (lo que en buena medida explica su longevidad), ofreciendo hipótesis de trabajo para navegar las tensiones inherentes a las que se enfrenta un sistema de sus características. Digo inherentes, porque como refleja este libro, esas tensiones siguen vigentes, y en mi opinión, lo seguirán estando tras una reforma que aspire a mantener los principios y virtudes del sistema. Estamos hablando de la cobertura y su financiación, la relación entre la sanidad pública y la privada, y la gobernanza del sistema descentralizado.

Con esto quiero decir que, si aspiramos a una reforma que sea útil durante al menos cuarenta años más, necesitaremos una participación amplia, negociación y acuerdos parlamentarios que superen el horizonte de un mandato. Así lo señalamos en una declaración conjunta tras un acto celebrado en 2023 con el Club de Roma. Y, por encima de todo, necesitaremos diálogo, una palabra estrechamente vinculada a la figura de Ernest Lluch y a la fundación que lleva su nombre.

Solo de esta manera será posible alcanzar consensos que no serán plenos y que no resolverán para siempre las tensiones que permiten un sistema equitativo, solidario y universal, pero que sí que permitirán afrontar con éxito los retos actuales durante al menos 40 años más. Y entonces volveremos a dialogar. En eso se basa la democracia.

Textos como el que presentamos son alimento para un buen diálogo, y por eso en la Fundación Ernest Lluch estamos convencidos de que iniciativas como esta son las que pueden contribuir a lograrlo.

Antoni Blanco,
Director de la Fundació Ernest Lluch

PARTE 1
1986: EL NACIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El 25 de abril de 1986 no fue una fecha más en la historia sanitaria española. Ese día se aprobó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, una norma llamada a ordenar una transformación que venía gestándose desde hacía tiempo y que afectaba a la relación entre ciudadanía, salud y poderes públicos. Su alcance iba más allá de una reforma administrativa: suponía afirmar que la protección de la salud debía formar parte del núcleo material del Estado social y que su garantía no podía depender únicamente de situaciones de necesidad, de vínculos laborales o de respuestas parciales ante problemas concretos.

El punto de partida era conocido. La asistencia sanitaria española no había nacido como un derecho universal de ciudadanía, sino como una combinación de beneficencia, protección frente a la necesidad, dispositivos de salud pública, cobertura ligada a la Seguridad Social y redes asistenciales de distinta titularidad. Esta composición histórica había permitido ampliar progresivamente la protección, pero también había generado un sistema difícil de gobernar: con competencias dispersas, circuitos administrativos separados, financiación desigual y una débil capacidad de planificación común. **El problema no era solo de cobertura; era también de arquitectura institucional.**[1,2]

En términos comparados, esa trayectoria situaba a España más cerca de los modelos de seguro social inspirados en el modelo Bismarck, vinculados a la relación laboral y a la financiación mediante cotizaciones, que de los modelos de orientación Beveridge, basados en cobertura universal, financiación mediante impuestos y responsabilidad pública general sobre el sistema. La reforma sanitaria española consistió, en buena medida, en **desplazar progresivamente el centro de gravedad desde la protección del trabajador asegurado hacia la protección de la ciudadanía.**

A esa fragmentación institucional se añadía una segunda tensión: la del propio concepto de salud. El sistema heredado se había organizado fundamentalmente alrededor de la enfermedad ya producida: consulta médica, hospital, prestación farmacéutica y respuesta asistencial. La prevención, la salud pública, la educación sanitaria y la actuación sobre los factores sociales y ambientales ocupaban una posición menos visible. Sin embargo, desde los años setenta se había ido consolidando una comprensión más amplia de la salud, próxima a la definición promovida por la Organización Mundial de la Salud: no solo ausencia de enfermedad, sino bienestar físico, mental y social. El Informe Lalonde había situado el foco en los estilos de vida, el medio ambiente y las condiciones sociales; la Declaración de Alma-Ata reforzó la atención primaria como estrategia comunitaria; y la preocupación por los riesgos ambientales e industriales hizo cada vez más evidente que proteger la salud exigía anticipar daños, y no limitarse a tratarlos cuando ya se habían producido.[3,4,5,6]

La Transición democrática fue decisiva para hacer posible este cambio. España no solo estaba construyendo un nuevo sistema constitucional, sino también redefiniendo el papel de los poderes públicos en la protección social, la organización territorial del Estado y el reconocimiento de nuevos derechos de ciudadanía. En ese contexto, **la incorporación del derecho a la protección de la salud en el artículo 43 de la Constitución de 1978** estableció el marco jurídico y político sobre el que más tarde se construiría el Sistema Nacional de Salud. El debate constituyente resulta revelador porque muestra que el precepto no se concibió únicamente como una garantía de asistencia frente a la enfermedad, sino como una formulación más amplia: los poderes públicos debían organizar y tutelar la salud pública, actuar mediante medidas preventivas, asegurar prestaciones y servicios necesarios, promover la educación sanitaria y reconocer que la salud formaba parte de las responsabilidades propias del nuevo Estado social. El artículo 43 no diseñaba todavía un modelo sanitario cerrado, pero sí abría el camino para superar una concepción fragmentada de la asistencia y avanzar hacia una visión de la salud como responsabilidad pública, preventiva y colectiva.[7,8,9,10]

Al mismo tiempo, el nuevo Estado autonómico abrió la puerta a una organización sanitaria descentralizada. Durante la tramitación de la Ley General de Sanidad, una de las cuestiones de fondo fue precisamente cómo

superar la dispersión heredada del sistema anterior sin sustituirla por un modelo centralizado incompatible con la nueva organización territorial del Estado. El debate puso sobre la mesa la necesidad de transformar una asistencia todavía muy vinculada a la Seguridad Social y a circuitos administrativos separados en un sistema común, orientado progresivamente a toda la ciudadanía. También se discutía cómo combinar financiación pública, planificación sanitaria, atención primaria, integración de servicios y colaboración con entidades privadas dentro de un marco suficientemente coordinado. La Ley General de Sanidad tenía que conciliar el reconocimiento de la salud como derecho de ciudadanía con una estructura territorial en la que las comunidades autónomas asumirían un papel central en la planificación, gestión y prestación de los servicios sanitarios. Por eso, el nuevo modelo no se configuró como un servicio sanitario estatal único, sino como **un Sistema Nacional de Salud integrado por servicios autonómicos de salud, coordinados dentro de un marco común.** El SNS español adoptó así una clara orientación Beveridge en materia de cobertura y financiación, pero no reprodujo de forma literal el modelo británico. Su desarrollo se apoyó en la descentralización autonómica, en la gestión territorial de los servicios y en la coexistencia de provisión pública y fórmulas de colaboración con entidades privadas. Por ello, resulta más preciso hablar de un modelo de orientación Beveridge, con rasgos propios e híbridos.[11,12,13,14]

La elaboración de la Ley fue, además, un proceso de negociación institucional y social complejo. En torno a ella confluyeron debates sobre la universalización de la asistencia, la financiación, el papel de la Seguridad Social, la distribución competencial, la integración de redes sanitarias, la participación ciudadana y la relación entre recursos públicos y privados. El texto finalmente aprobado combinó una orientación transformadora con una arquitectura flexible, capaz de desarrollarse progresivamente en el nuevo marco democrático y autonómico.[15]

Con todo esto, la Ley General de Sanidad cumplió una función de síntesis y ordenación: transformó el mandato constitucional de protección de la salud en una arquitectura institucional concreta, con un Sistema Nacional de Salud de vocación universal, financiación pública, organización territorial descentralizada e integración progresiva de servicios. Su importancia histórica reside en haber convertido un consenso constitucional general en un modelo sanitario

operativo, capaz de articular la salud como derecho social y como responsabilidad compartida de los poderes públicos.[1,16]

Su principal aportación fue, por ello, cambiar la lógica del sistema. La asistencia sanitaria dejaba de organizarse en torno a la pobreza, la beneficencia o la condición laboral, y pasaba a orientarse hacia el conjunto de la población. **La universalización, sin embargo, no fue un acto instantáneo.** Fue un proceso gradual, visible tanto en la extensión de la cobertura como en la transformación de las bases financieras del sistema. La población cubierta pasó aproximadamente del 81% en 1975 al 99% en 1990, mientras que la financiación estatal de la sanidad pública aumentó del 24,8% en 1980 al 72,8% en 1990. La Ley fijó el rumbo, pero su realización exigió tiempo, recursos y reformas posteriores.[1,2,15,16]

Junto a ese cambio de lógica, el nuevo modelo incorporó una concepción más integral de la acción sanitaria. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia y la rehabilitación pasaron a formar parte de una misma arquitectura pública, en línea con una comprensión más amplia de los factores que condicionan la salud de la población.[1,3,16]

Esa orientación se tradujo en una estructura organizativa concreta. Los servicios autonómicos de salud se convirtieron en las piezas básicas del sistema. Las áreas de salud fueron concebidas como unidades territoriales de planificación, gestión y participación. Las zonas básicas de salud ordenaron la atención primaria y los centros de salud. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se configuró como espacio de comunicación, información y coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas.[17]

Y ahí es donde se encuentra una de las tensiones permanentes del SNS. La descentralización permitía adaptar la organización sanitaria a realidades territoriales diversas, acercar la gestión a los servicios y abrir espacios de innovación institucional. Pero también hacía más visible la necesidad de cohesión: financiación suficiente, información comparable, coordinación efectiva, igualdad básica en el acceso, control del gasto y claridad en la distribución de responsabilidades. Desde su origen, el SNS español quedó situado en ese equilibrio delicado entre diversidad territorial y garantía común.[9,11,17]

La financiación fue otra pieza decisiva de esa transformación. Con una orientación beveridgiana y una financiación apoyada en impuestos, los recursos debían dirigirse a la población a atender y a las necesidades del sistema sanitario público, no solo a los colectivos protegidos por su posición laboral. Esta transición tampoco fue automática. Formó parte del desplazamiento desde una sanidad vinculada a la Seguridad Social hacia un modelo de financiación pública más coherente con la universalización del derecho a la protección de la salud.[1,2,18]

De ahí nació uno de los grandes problemas estructurales que han acompañado al SNS desde entonces: cómo financiar de forma suficiente, equitativa y sostenible un sistema común, descentralizado y de cobertura prácticamente universal.[1,8,9,17]

Vista desde esta perspectiva, la Ley General de Sanidad fue a la vez punto de llegada y punto de partida. Fue punto de llegada porque cerró una etapa de dispersión normativa, fragmentación institucional y cobertura incompleta. Pero fue también punto de partida porque el modelo que creó necesitaba desarrollo posterior: completar la descentralización, consolidar los servicios autonómicos de salud, ordenar prestaciones comunes, reforzar la coordinación, regular derechos de los pacientes, actualizar el régimen del medicamento, mejorar la información sanitaria y construir instrumentos de cohesión y calidad.[8,9,17]

Por eso, cuarenta años después, la Ley General de Sanidad conserva valor no como una obra cerrada, sino como una norma estructurante. Su importancia histórica reside en haber ordenado el sistema alrededor de un conjunto de principios que siguen definiendo el SNS: universalidad, solidaridad, accesibilidad, igualdad, descentralización, participación ciudadana y financiación pública. La cuestión, hoy, no es solo preservar esos principios, sino actualizar su significado práctico ante una realidad muy distinta de la de 1986: más envejecida, más crónica, más tecnológica, más compleja territorialmente y más exigente en términos de coordinación, evaluación, equidad y sostenibilidad.

La arquitectura de 1986 fue, en definitiva, suficientemente clara para afirmar un cambio de modelo y suficientemente flexible para permitir su desarrollo posterior. Esa combinación explica buena parte de su éxito, pero también

buena parte de sus desafíos. La Ley ordenó el sistema, pero no agotó su construcción. Dio forma jurídica a una aspiración largamente perseguida (pasar de una asistencia condicionada por la pobreza o el empleo a un derecho sanitario de ciudadanía) y abrió un proceso institucional que seguiría completándose durante las décadas siguientes. El reto actual no consiste en sustituir aquel legado, sino en hacerlo operativo en unas condiciones históricas que ya no son las mismas.

Ahora bien, la evolución posterior del SNS también dejó una enseñanza más crítica. La descentralización sanitaria permitió acercar la gestión a los territorios y adaptar la organización a realidades diversas, pero no siempre se aprovechó como una oportunidad para modernizar en profundidad el funcionamiento del sistema. En muchos casos, los servicios autonómicos reprodujeron buena parte de la gobernanza administrativa heredada: estructuras jerárquicas, procedimientos rígidos, escasa autonomía de gestión y una limitada cultura de evaluación. **La transferencia de competencias no se tradujo automáticamente en innovación organizativa.**

El resultado fue la persistencia de varias rigideces que pueden ordenarse en seis bloques:

1. Rigideces organizativas.

El SNS conserva estructuras muy jerarquizadas y compartimentos estancos entre atención primaria, hospitalaria, salud pública y servicios sociales. La limitada autonomía de gestión de centros y equipos dificulta reorganizar procesos, adaptar circuitos y responder con agilidad a necesidades cambiantes.

2. Rigideces laborales y profesionales.

Los marcos de contratación y gestión de recursos humanos siguen siendo poco flexibles para adaptar plantillas, introducir nuevos roles, favorecer la movilidad funcional o geográfica y reconocer diferencias de responsabilidad, desempeño o productividad. La estabilidad profesional es un valor del sistema, pero necesita combinarse con mejores incentivos, desarrollo profesional y capacidad de reorganización.

3. Rigideces presupuestarias.

La financiación continúa muy vinculada a partidas, anualidades y lógicas de gasto difícilmente adaptables a procesos de transformación. Esto limita la capacidad para reasignar recursos entre áreas, financiar innovación de forma plurianual o invertir en prevención, salud pública y tecnologías cuyos beneficios se producen a medio y largo plazo.

4. Rigideces territoriales y de gobernanza.

La coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas sigue siendo compleja. Persisten diferencias en sistemas de información, procesos, carteras efectivas de servicios y capacidad para escalar buenas prácticas. La descentralización requiere diversidad y adaptación territorial, pero también una cultura más sólida de evaluación, comparación, aprendizaje compartido y rendición de cuentas.

5. Rigideces en compra, contratación e incorporación de innovación.

Los procedimientos administrativos y de contratación pública resultan con frecuencia largos y poco adaptados a la velocidad de la innovación sanitaria. La compra sigue demasiado centrada en el precio y encuentra obstáculos para generalizar modelos orientados a valor, acuerdos de riesgo compartido, financiación basada en resultados o fórmulas que permitan gestionar mejor la incertidumbre.

6. Rigideces tecnológicas y de información.

La interoperabilidad continúa siendo incompleta, los sistemas heredados no siempre están conectados y existen dificultades para compartir, explotar y evaluar datos de manera comparable. La incorporación de inteligencia artificial, automatización y herramientas de apoyo a la decisión sigue siendo desigual, lo que limita la capacidad del SNS para aprender de su propia actividad y orientar mejor sus decisiones.

Esta lectura crítica no reduce el valor histórico de la Ley General de Sanidad; al contrario, ayuda a entender por qué su legado necesita hoy una nueva fase de actualización institucional. Cuarenta años después, la cuestión no es solo preservar sus principios, sino completar la modernización que esos principios

requieren. Universalidad, equidad, descentralización y financiación pública siguen siendo el núcleo del modelo. Pero su continuidad dependerá también de la capacidad del SNS para superar rigideces administrativas, profesionales, presupuestarias, tecnológicas y de gobernanza que dificultan su adaptación a una realidad más envejecida, más crónica, más compleja y más exigente en términos de coordinación, evaluación, innovación y sostenibilidad.

PARTE 2
NUEVAS REALIDADES, NUEVOS DESAFÍOS. ¿QUÉ HA CAMBIADO DESDE ENTONCES?

2.1 Envejecimiento, cronicidad y cuidados: el nuevo perfil de necesidades del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud llega a sus cuarenta años ante una cuestión que ya no puede formularse solo en términos de acceso. La pregunta que se abría en 1986 era cómo garantizar que toda la ciudadanía pudiera entrar en el sistema. La pregunta que se plantea ahora es distinta: cómo sostener la atención cuando las necesidades dejan de ser puntuales, se prolongan durante años y atraviesan al mismo tiempo lo clínico, lo social, lo comunitario y lo familiar.

El cambio es profundo porque no afecta únicamente al volumen de actividad, sino a la naturaleza de la demanda. España no solo ha envejecido. Ha cambiado la forma en que enferma, cuida y necesita al sistema sanitario. Una sociedad más longeva, con mayor carga de enfermedades crónicas, pluripatología, fragilidad, dependencia y discapacidad, no exige simplemente más consultas, más pruebas o más ingresos. Exige otro tipo de respuesta: más continuidad, más anticipación, más coordinación y una relación más estable entre servicios sanitarios, sociales y comunitarios. **El SNS nació para garantizar acceso; ahora debe demostrar que también puede garantizar continuidad.**[8,9,19,20,21,22]

El primer rasgo de esta transformación es demográfico. España es hoy una sociedad muy distinta a la de 1986. Los datos oficiales muestran una población de 48,6 millones de habitantes, con una pirámide claramente regresiva: el 51% de la población tiene más de 45 años y una de cada cinco personas tiene 65 años o más. A ello se suma una esperanza de vida muy elevada (83,8 años al nacer y 21,7 años a los 65), junto con un número creciente de años vividos con limitaciones funcionales o con necesidades de apoyo. La cuestión de fondo, por tanto, no es solo que haya más personas mayores, sino que el

sistema debe responder a trayectorias vitales más largas, más heterogéneas y expuestas a necesidades acumuladas.[8,9,19,22]

Vivir más no es una amenaza. Es una conquista social que obliga a reorganizar prioridades. El primer reto es que esos años ganados sean años con autonomía, bienestar, participación y capacidad funcional durante más tiempo. Por eso, el envejecimiento saludable no puede identificarse con la ausencia de enfermedad. Remite a la posibilidad de mantener relaciones, movilidad, independencia, proyectos vitales y presencia activa en la comunidad. La cuestión, por tanto, no es solo cómo atender a una población más envejecida, sino cómo evitar que la longevidad se traduzca inevitablemente en dependencia, aislamiento o pérdida de autonomía.[23]

A este cambio demográfico se suma un cambio epidemiológico de gran alcance. El patrón de necesidades sanitarias se ha desplazado desde un modelo dominado por episodios agudos hacia otro marcado por enfermedades crónicas, multimorbilidad, fragilidad, dependencia, discapacidad, salud mental y necesidades prolongadas de seguimiento. Cada vez más personas no conviven con un único diagnóstico, sino con varias condiciones simultáneas que se acumulan, interactúan entre sí, condicionan la autonomía, multiplican la medicación y obligan a coordinar intervenciones de distintos profesionales, niveles asistenciales y servicios.[20,21,22]

Aquí aparece una primera tensión estructural. **La universalidad abrió la puerta del sistema; la cronicidad obliga a permanecer dentro de él durante años.** El episodio agudo admite una respuesta relativamente delimitada: una consulta, una prueba, un ingreso, una intervención, un tratamiento. La cronicidad, en cambio, no se resuelve en un acto asistencial. Exige seguimiento continuado, educación sanitaria, prevención de complicaciones, apoyo al autocuidado, rehabilitación, cuidados domiciliarios, coordinación con servicios sociales y acompañamiento en el tiempo. El sistema debe responder cuando aparece la descompensación clínica, pero también en los periodos de estabilidad, fragilidad o pérdida progresiva de autonomía.[8,9,20,21,24]

Esta tensión altera el centro de gravedad del SNS. Buena parte de la organización sanitaria sigue pensada alrededor de consultas, pruebas, derivaciones, ingresos y actos asistenciales. Ese modelo resulta imprescindible para muchas

necesidades, pero insuficiente para ordenar la cronicidad. El hospital continúa siendo esencial para la atención aguda, la alta complejidad, el diagnóstico avanzado y buena parte de la innovación terapéutica. Lo que ha cambiado es su posición relativa: ya no puede actuar como único eje ordenador del sistema.[8,9,24,25]

Una sociedad con más cronicidad necesita pasar de una lógica centrada casi exclusivamente en el paciente que acude cuando aparece el problema a una lógica capaz de gestionar poblaciones. Esto no significa sustituir a la persona por una categoría estadística, sino organizar mejor la respuesta pública: identificar grupos de riesgo, anticipar descompensaciones, estratificar necesidades, detectar vulnerabilidades no expresadas, ordenar cuidados proactivos y actuar antes de que la demanda llegue en forma de urgencia, ingreso o deterioro funcional. La atención individual sigue siendo el núcleo de la relación clínica, pero la organización del sistema debe aprender a mirar también a sus poblaciones.

Desde esta perspectiva, **la atención primaria adquiere una importancia estratégica.** Su función no puede limitarse a actuar como puerta de entrada ni como filtro de derivación hacia otros niveles. Debe convertirse en el espacio desde el que se sostiene la continuidad, se detecta la fragilidad, se acompaña la cronicidad, se coordina la respuesta clínica y se conecta la atención sanitaria con la vida cotidiana de las personas. La atención primaria es, además, el nivel mejor situado para desarrollar una verdadera gestión poblacional: conocer trayectorias, integrar información clínica y social, identificar necesidades por grupos de riesgo y ordenar respuestas proporcionadas a la complejidad de cada territorio.[8,9,22,24]

Pero esta afirmación encierra una segunda tensión. Pedir más a la atención primaria sin transformar sus condiciones equivale a trasladarle una responsabilidad imposible. El envejecimiento, la cronicidad y la multimorbilidad requieren equipos con tiempo, competencias, herramientas digitales, capacidad resolutiva y conexión real con salud pública, hospitales, servicios sociales, recursos comunitarios y cuidados de larga duración. Reforzar la atención primaria no significa únicamente aumentar recursos, sino redefinir su papel como eje de una atención más preventiva, integrada y cercana a la vida cotidiana de las personas.[8,9,24,25,26]

La coordinación asistencial deja así de ser un complemento organizativo para convertirse en una condición central de calidad. Los problemas de salud de una persona mayor con multimorbilidad, dependencia o fragilidad no se resuelven en un único dispositivo. Requieren continuidad entre atención primaria y hospitalaria, entre medicina y enfermería, entre salud mental y atención comunitaria, entre rehabilitación y cuidados, entre servicios sanitarios y sociales. Cuando esa coordinación falla, aparecen duplicidades, demoras, pérdida de información, tratamientos incoherentes, sobrecarga familiar y mayor riesgo de ingresos evitables o deterioro funcional.[24,25]

La coordinación, además, no puede descansar solo en la buena voluntad de los profesionales. Necesita procedimientos compartidos, sistemas de información interoperables, responsabilidades claras, circuitos de derivación y retorno, planificación conjunta, evaluación de resultados e incentivos alineados. También requiere una gobernanza capaz de superar la fragmentación entre niveles asistenciales, sectores administrativos y territorios. En un SNS descentralizado, coordinar no es solo una tarea clínica: es también una cuestión organizativa e institucional.[24,25,27]

El problema de los cuidados muestra con especial claridad este cambio de época. La atención sanitaria y la atención social han evolucionado históricamente por vías distintas, con culturas profesionales, financiación, carteras de servicios y marcos competenciales diferentes. Sin embargo, en la vida real de muchas personas mayores, frágiles o con discapacidad, las necesidades sanitarias y sociales aparecen profundamente entrelazadas. La frontera entre tratar, cuidar, acompañar, rehabilitar y sostener la autonomía resulta cada vez menos nítida.[19,28]

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia supuso un avance relevante al reconocer derechos y apoyos vinculados a la dependencia, pero su articulación con el SNS sigue siendo uno de los grandes retos pendientes. Las necesidades de cuidados prolongados, atención domiciliaria, centros de día, apoyo residencial, rehabilitación, prevención de la dependencia, adaptación del entorno y apoyo a cuidadores exigen una coordinación más estable entre sanidad y servicios sociales. Sin esa integración funcional, el sistema corre el riesgo de responder tarde, de forma fragmentada o con apoyo excesivo en las familias.[19,28]

Cuando el sistema no organiza suficientemente los cuidados, éstos no desaparecen, se desplazan. Con frecuencia recaen sobre los hogares y, dentro de ellos, de forma muy intensa sobre las mujeres. Por eso, la sostenibilidad del SNS no puede analizarse solo desde el gasto sanitario, sino también desde la distribución social del cuidado. Un modelo que no ofrece apoyos formales suficientes puede trasladar costes invisibles a las familias, aumentar desigualdades de género y renta, y dificultar la continuidad laboral y vital de quienes cuidan. La agenda de la cronicidad y la dependencia es, por tanto, también una agenda de equidad.

Esta transformación obliga, además, a repensar el papel de los profesionales. Las necesidades asociadas al envejecimiento, la cronicidad y la dependencia no pueden responderse solo con más actividad asistencial, sino con nuevos roles, competencias y formas de trabajo. La planificación de recursos humanos, el fortalecimiento de la enfermería, la incorporación de perfiles vinculados a cuidados, salud comunitaria, rehabilitación, salud mental, gestión de casos y salud digital, así como el trabajo en equipos multidisciplinares, se convierten en elementos centrales para adaptar el SNS a las necesidades actuales.[8,9,19,26,27]

Los datos recientes del SNS ayudan a entender la magnitud del reto. Aunque el sistema cuenta con un volumen muy relevante de profesionales de medicina y enfermería, los hospitales concentran una parte mayoritaria de los efectivos, mientras que la atención primaria mantiene tasas más estables y comparativamente más limitadas: 44.130 profesionales de medicina y 43.874 de enfermería en atención primaria, frente a 95.702 médicos y 175.088 enfermeras en hospitales. Este desequilibrio refuerza la necesidad de revisar la planificación, los incentivos, la distribución funcional y territorial de los profesionales, así como las condiciones que permiten atraer, retener y organizar equipos capaces de trabajar en red, compartir decisiones, incorporar herramientas digitales y coordinar cuidados más allá del acto clínico aislado.[26,27]

El cambio demográfico y epidemiológico tiene, asimismo, una dimensión económica. Más longevidad, más cronicidad, más dependencia y más tecnología generan una presión creciente sobre el gasto sanitario y social. Pero

reducir este debate a la contención del gasto sería empobrecerlo. La cuestión central no es solo cuánto cuesta el sistema, sino qué deterioros evita, qué duplicidades reduce, qué autonomía preserva y qué capacidad tiene para anticiparse a necesidades que, si no se abordan a tiempo, terminan generando más sufrimiento y más coste.[8,9,19,29,30]

La comparación internacional muestra bien esta tensión. España combina resultados de salud muy favorables, como una esperanza de vida superior a la media de la OCDE, con un gasto sanitario per cápita inferior al promedio de estos países. Además, presenta una disponibilidad de médicos por encima de la media, pero una ratio de enfermeras sensiblemente inferior y menos camas hospitalarias por habitante. Esta combinación obliga a mirar más allá del volumen agregado de recursos. La sostenibilidad dependerá de cómo se distribuyen, qué perfiles profesionales se priorizan, qué capacidad resolutiva tiene cada nivel asistencial y hasta qué punto el sistema puede responder a necesidades cada vez más complejas sin apoyarse únicamente en el hospital.[30]

La descentralización añade una última dimensión a este desafío. Las comunidades autónomas son las principales responsables de la gestión sanitaria y han desarrollado capacidades, estrategias y modelos organizativos propios. Esa diversidad puede favorecer la adaptación a contextos territoriales diferentes y la innovación organizativa, pero también puede generar variabilidad en el acceso, en la coordinación sociosanitaria, en la dotación profesional o en la respuesta a la cronicidad. El reto, por tanto, no consiste en volver a centralizar el sistema, sino en reforzar mecanismos de cohesión, evaluación, aprendizaje compartido y gobernanza común. En un modelo descentralizado, gestionar poblaciones exige capacidades territoriales, pero también reglas comunes de información, comparación y rendición de cuentas.[9,27]

En definitiva, el cambio demográfico y epidemiológico obliga a actualizar la promesa fundacional del Sistema Nacional de Salud. En 1986, el gran reto era construir un sistema público capaz de garantizar acceso universal a la atención sanitaria. Hoy, ese acceso sigue siendo imprescindible, pero debe completarse con una segunda garantía: continuidad de cuidados a lo largo de la vida, especialmente cuando aparecen cronicidad, fragilidad, dependencia o vulnerabilidad social. Esa garantía exige un cambio de mirada. No basta con atender

pacientes cuando llegan al sistema; es necesario gestionar poblaciones, anticipar riesgos, identificar necesidades no expresadas y organizar respuestas proporcionales a la complejidad clínica, social y territorial.

El SNS del futuro deberá ser capaz de atender enfermedades, pero también de preservar capacidades; deberá tratar episodios agudos, pero también acompañar trayectorias prolongadas; deberá sostener hospitales de alta complejidad, pero también reforzar la atención primaria, la salud pública, la comunidad y los cuidados de larga duración. La transición desde un sistema centrado en el acceso hacia un sistema centrado en la continuidad, la coordinación, la gestión poblacional y el valor constituye uno de los principales desafíos de la sanidad española en las próximas décadas.[8,9,19,24,25,27,29,30]

2.2 Avances científicos y tecnológicos: la nueva frontera de la innovación sanitaria

Junto al cambio demográfico y epidemiológico, el Sistema Nacional de Salud afronta una segunda transformación de fondo: la revolución científica, biomédica y digital. Si la cronicidad obliga a reorganizar la forma de cuidar, la innovación obliga a revisar la forma de decidir. La medicina contemporánea dispone de nuevas herramientas diagnósticas, terapias más dirigidas, sistemas de información más avanzados y una capacidad creciente para utilizar datos en la toma de decisiones clínicas, organizativas y de salud pública. Pero el problema central no es solo disponer de innovación, sino incorporarla de manera que llegue a quienes la necesitan, reduzca desigualdades, aporte valor real y pueda sostenerse dentro de un sistema público, universal y descentralizado.[9,22,31]

La innovación sanitaria ya no puede entenderse como una sucesión de tecnologías aisladas. Una nueva prueba diagnóstica, un medicamento dirigido, una terapia celular, una plataforma de datos o una herramienta de inteligencia artificial solo generan valor si el sistema dispone de circuitos, profesionales, financiación, información y criterios claros para incorporarlos de manera ordenada. En este sentido, **innovar no consiste únicamente en descubrir, autorizar o financiar una tecnología. Consiste también en construir la capacidad colectiva para incorporarla bien.**[9,22,30,31]

Una de las expresiones más claras de este cambio es la medicina personalizada o de precisión. En oncología, la identificación de biomarcadores y técnicas como la secuenciación masiva han modificado la relación entre diagnóstico y tratamiento. Algo similar ocurre en muchas enfermedades raras, donde el diagnóstico depende cada vez más de conocimiento genético, pruebas especializadas, redes expertas y circuitos capaces de conectar la sospecha clínica con la confirmación diagnóstica. Ya no se trata solo de saber qué enfermedad tiene una persona, sino de conocer qué características biológicas pueden orientar la decisión terapéutica. **La innovación se desplaza así del medicamento aislado al binomio prueba-tratamiento:** para que una terapia dirigida llegue al paciente adecuado, en el momento adecuado, deben existir pruebas disponibles, financiadas, validadas y conectadas con la decisión clínica. También hacen falta redes de laboratorios, estándares de calidad, tiempos de respuesta adecuados, sistemas de información interoperables y mecanismos de financiación que no separen artificialmente la prueba del tratamiento. Sin esa arquitectura, la medicina de precisión puede avanzar en la investigación, pero llegar de forma desigual a la práctica clínica.[32,33,34,35]

La experiencia comparada confirma que la medicina personalizada no avanza solo por acumulación tecnológica, sino cuando existe una estrategia de sistema. Países como Francia han apostado por modelos nacionales de integración de la medicina genómica, con gobernanza común, conexión entre asistencia e investigación, uso seguro de los datos y criterios compartidos de evaluación. En España, iniciativas como IMPaCT y el PERTE Salud de Vanguardia apuntan en esa dirección, pero el reto sigue siendo evitar que la capacidad científica se traduzca en un acceso desigual según comunidad autónoma, hospital o cartera disponible. Los estudios en oncología muestran diferencias tanto en el acceso a determinados fármacos como en la disponibilidad y tiempos de respuesta de biomarcadores predictivos, lo que refuerza la necesidad de desplegar la medicina de precisión con criterios comunes de evaluación, financiación y equidad territorial.[31 ,35,36,37]

Junto a la medicina de precisión, las terapias avanzadas representan otro de los grandes cambios biomédicos del presente. Las terapias génicas, celulares y tisulares ofrecen en algunos casos posibilidades terapéuticas antes inexistentes, incluso con potencial modificador o curativo, y resultan

especialmente relevantes en ámbitos de alta complejidad y baja prevalencia, como algunas enfermedades raras. Pero su llegada al sistema plantea incertidumbres relevantes sobre efectividad comparada, seguridad a largo plazo, calidad de la evidencia, estandarización de procesos, fabricación, logística, coste-efectividad e impacto presupuestario. La autorización regulatoria no cierra, por tanto, el ciclo de la innovación. Abre una nueva fase de evaluación, seguimiento, financiación y organización asistencial.[38,39]

En España, esta necesidad de planificación se ha traducido en la actualización del Plan de Terapias Avanzadas en el SNS 2025-2028, que amplía el enfoque inicial centrado en medicamentos CAR-T hacia un marco más amplio para los medicamentos de terapia avanzada, apoyado en los principios de equidad, seguridad y eficiencia. El caso de las CAR-T muestra una lección que vale para muchas innovaciones: **financiar una terapia no equivale todavía a tener capacidad real para ofrecerla.** Su incorporación depende de centros acreditados, equipos especializados, circuitos de derivación, registros de resultados, modelos de pago capaces de gestionar la incertidumbre y recursos suficientes. Los análisis realizados en hospitales del SNS muestran que los principales factores limitantes para ampliar su provisión son los recursos humanos (especialmente hematólogos y enfermería) y las camas disponibles.[40,41,42]

La digitalización constituye el otro gran vector de transformación. Durante años fue presentada como una promesa de modernización; hoy es ya una infraestructura básica del sistema. La Historia Clínica Digital, la receta electrónica interoperable y los servicios de intercambio de información entre comunidades autónomas y con otros países europeos muestran que la digitalización forma parte del funcionamiento ordinario del SNS y resulta imprescindible para garantizar continuidad asistencial, movilidad de pacientes, acceso a información clínica y coordinación entre territorios.[22]

Esta transformación cuenta con un marco estratégico propio. La Estrategia de Salud Digital del SNS plantea tres grandes líneas de actuación: el desarrollo de servicios sanitarios digitales, la interoperabilidad de la información sanitaria y el impulso a la analítica de datos. Su orientación conecta la digitalización con

la participación de las personas, la mejora de los procesos asistenciales, la información interoperable y de calidad, y la medicina 5P: poblacional, preventiva, predictiva, personalizada y participativa.[43]

La digitalización puede desempeñar un papel especialmente relevante en el abordaje de la cronicidad mediante telemonitorización, portales de paciente, aplicaciones de salud y sistemas de consulta de resultados. En cambio, su despliegue en España sigue siendo desigual entre comunidades autónomas, tanto en estrategias como en herramientas, canales de comunicación telemática y programas de seguimiento. Además, digitalizar no es simplemente trasladar procesos a una pantalla: la interoperabilidad exige resolver dimensiones técnicas, semánticas, organizativas y de gobernanza. En un sistema descentralizado, hacer que la información circule de forma segura, comprensible y útil requiere estándares compartidos, confianza institucional y coordinación multinivel.[43,44]

Este marco nacional se ve reforzado por el Espacio Europeo de Datos de Salud, que introduce reglas, infraestructuras y mecanismos comunes para el uso primario y secundario de los datos de salud electrónicos. Su relevancia para el SNS es clara: puede facilitar la continuidad asistencial, la investigación, la innovación, la formulación de políticas públicas, la medicina personalizada y la evaluación regulatoria, siempre bajo garantías de seguridad, confidencialidad, protección de datos y uso ético.[45]

Con todo, la digitalización tampoco garantiza por sí sola una mejora equitativa del acceso ni una verdadera continuidad asistencial. En España persisten brechas de interoperabilidad efectiva entre comunidades autónomas y también dentro de los propios servicios de salud, especialmente entre atención primaria y hospitalaria, pero también con salud pública, servicios sociales y otros dispositivos asistenciales. Disponer de historia clínica digital, receta electrónica o sistemas de intercambio de información no equivale necesariamente a que los datos circulen de forma completa, útil, comprensible y oportuna para profesionales y pacientes. Además, la evidencia reciente muestra que el uso de herramientas como la historia clínica digital, la receta electrónica o los sistemas de identificación digital está condicionado

por factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, la renta, la nacionalidad, la situación laboral, el lugar de residencia y el estado de salud. Por ello, la transformación digital del SNS solo funciona si va acompañada de interoperabilidad real, gobernanza común de los datos, políticas de inclusión, alfabetización digital y mantenimiento de canales alternativos, para evitar que la digitalización refuerce desigualdades preexistentes.[46]

En este contexto, la inteligencia artificial y el uso avanzado de datos ofrecen nuevas posibilidades para apoyar el diagnóstico, estratificar riesgos, mejorar la planificación, reducir cargas administrativas y orientar decisiones clínicas o de gestión. No obstante, su valor no depende solo de la capacidad técnica de los algoritmos, sino de su integración real en el sistema. La evidencia muestra que muchas herramientas no superan la fase de prototipo o piloto, y que su adopción efectiva requiere datos de calidad, validación clínica, integración en los flujos de trabajo, participación profesional, financiación para la implementación y evaluación continuada. El nuevo Reglamento europeo de Inteligencia Artificial refuerza, además, la necesidad de incorporar estas soluciones con garantías de seguridad, transparencia, gestión del riesgo y responsabilidad durante todo su ciclo de vida.[9,47,48,49]

Toda esta transformación exige nuevas competencias profesionales. La medicina de precisión, la interpretación de biomarcadores, el análisis de datos, la bioinformática, la salud digital y las herramientas basadas en inteligencia artificial requieren equipos más interdisciplinares y perfiles que tradicionalmente no han ocupado un lugar central en las organizaciones sanitarias. Junto a médicos, enfermeras, farmacéuticos, patólogos o especialistas de laboratorio, cobran importancia profesionales vinculados a la ciencia de datos, la bioestadística, la ingeniería biomédica, la bioinformática, la gestión de información clínica y la evaluación de tecnologías. Pese a ello, en España **la incorporación de la IA en los planes de estudio de Medicina sigue siendo heterogénea,** mayoritariamente optativa y de bajo peso curricular. La adaptación profesional a la medicina digital y algorítmica requiere estándares formativos mínimos y actualización de competencias desde la formación inicial.[26,32,33,34,35,43,50]

La incorporación de innovación científica y tecnológica tiene, además, una dimensión económica e institucional. España combina buenos resultados en salud con un gasto sanitario per cápita inferior al promedio de la OCDE y con una dotación de determinados recursos profesionales y tecnológicos más ajustada que la de otros países comparables. Este contexto obliga a analizar no solo qué innovaciones se incorporan, sino cómo se distribuyen entre territorios, qué capacidades requiere su uso real y qué impacto tienen sobre la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema. **La innovación, en este sentido, no plantea únicamente una pregunta tecnológica, sino una pregunta de gobierno:** cómo decidir, financiar, evaluar y organizar su incorporación sin romper la equidad del sistema.[7,30,38,40,51]

Los avances científicos y tecnológicos son ya parte del presente del SNS. La medicina personalizada, las terapias avanzadas, la digitalización, la interoperabilidad, el uso de datos y la inteligencia artificial ofrecen oportunidades extraordinarias para mejorar la atención sanitaria. Pero su impacto dependerá de la capacidad del sistema para integrarlas sin agravar desigualdades, sin añadir complejidad innecesaria y sin perder de vista los principios que dieron sentido a la Ley General de Sanidad. Conviene, además, situar esta transformación en una agenda más amplia. El envejecimiento, la cronicidad y la continuidad de cuidados no agotan los retos actuales; tampoco lo hacen la innovación biomédica y digital. A su lado persisten tensiones de financiación, planificación profesional, equidad territorial, salud pública, salud mental, prevención, gobernanza, evaluación y acceso efectivo a las innovaciones en un SNS descentralizado. La nueva frontera tecnológica solo tendrá sentido si se integra en esa agenda general: convertir conocimiento, tecnología y organización en valor público, equidad y capacidad real de respuesta.

PARTE 3
LA SANIDAD QUE VIENE: REPENSAR EL SISTEMA

Si la primera parte de este libro ha recordado cómo se gestó la Ley General de Sanidad, y la segunda ha mostrado los retos que actualmente tensionan el modelo, esta tercera parte mira hacia delante: cómo adaptar el Sistema Nacional de Salud a una realidad muy distinta sin perder el sentido de aquella norma fundacional.

Hoy, el impulso que dio origen a la Ley General de Sanidad sigue siendo reconocible: proteger la salud como responsabilidad pública y común. Lo que ha cambiado son las condiciones en las que esa responsabilidad debe ejercerse. Evaluar mejor, financiar con más inteligencia, incorporar innovación con criterios de valor, reforzar la salud pública, cuidar a los profesionales, ordenar la colaboración con otros actores y actuar sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud forman parte de una misma pregunta: cómo sostener un sistema universal y descentralizado en un entorno de necesidades más complejas, recursos tensionados e innovación acelerada.

3.1 Economía y tecnología para una sanidad sostenible: el valor de innovar con inteligencia

La sostenibilidad y la innovación suelen presentarse como fuerzas en tensión. Sin embargo, el futuro del Sistema Nacional de Salud dependerá precisamente de su capacidad para repensarlas de forma conjunta. La sanidad que viene no será más sostenible por cerrar la puerta a la innovación, sino por incorporarla con criterio, evaluarla con rigor y orientarla hacia mejoras reales en salud, calidad de vida, equidad y eficiencia. La cuestión de fondo no es elegir entre innovar o sostener el sistema, sino construir una economía de la innovación capaz de distinguir valor y novedad, y de garantizar que los avances científicos y tecnológicos refuercen (y no fragmenten) los principios de universalidad, equidad y cohesión que dieron sentido a la Ley General de Sanidad.[7,27,52,53]

Esta forma de mirar el futuro obliga también a cambiar el lenguaje sobre el gasto sanitario. **La salud no es únicamente una partida presupuestaria: es una inversión social, económica y productiva.** Invertir en salud permite mejorar años de vida saludable, reducir desigualdades, sostener la participación social y laboral, generar conocimiento, atraer investigación, desarrollar capacidades científicas e industriales y fortalecer la resiliencia del país. La evidencia disponible muestra, además, que las diferencias en inversión sanitaria pública se asocian con diferencias en los años vividos libres de enfermedad crónica. Financiar adecuadamente la salud significa, por tanto, sostener servicios, pero también invertir en calidad de vida, cohesión territorial y capacidad futura del sistema.[20,31]

Ahora bien, reconocer la salud como inversión no equivale a financiar cualquier innovación por el mero hecho de ser nueva. **La pregunta central debe desplazarse desde la novedad hacia el valor:** qué resultados mejora, a qué pacientes beneficia, qué incertidumbres mantiene, qué costes desplaza, qué impacto organizativo produce y cómo afecta a la equidad del sistema. En un SNS público y descentralizado, innovar con inteligencia significa priorizar intervenciones que aporten mejoras relevantes en salud, calidad de vida, eficiencia, seguridad o experiencia de pacientes y profesionales. También exige revisar decisiones, corregir inercias y desinvertir en aquello que no aporta suficiente valor.[7,31,32,34,38,52,53,54,55]

Esta cuestión adquiere especial importancia en los medicamentos y tecnologías de alto impacto. Muchas innovaciones ofrecen beneficios clínicos relevantes, pero llegan acompañadas de incertidumbres sobre su efectividad a largo plazo, la duración del beneficio, la seguridad, el coste-efectividad o el impacto presupuestario. En estos casos, los modelos tradicionales de financiación pueden resultar insuficientes. De ahí la necesidad de avanzar hacia mecanismos capaces de gestionar mejor la incertidumbre: pago por resultados, esquemas de riesgo compartido, cobertura condicionada a generación de evidencia y registros de seguimiento. Las terapias avanzadas y otras innovaciones biomédicas de alta complejidad muestran bien esta exigencia: financiar una innovación requiere también medir resultados, definir responsabilidades y asegurar capacidad organizativa para ofrecer un acceso ágil, seguro y equitativo.[38,39,40,41,42]

En este punto, la evaluación adquiere un papel decisivo. **Su función no debería ser retrasar la innovación, sino hacerla más legítima, más sostenible y más coherente con las prioridades del sistema.** Evaluar permite distinguir entre innovaciones de alto valor, innovaciones prometedoras, pero todavía inciertas e intervenciones que no justifican su coste de oportunidad. También ayuda a hacer explícitos los criterios de decisión y a reforzar la confianza de pacientes, profesionales, gestores, industria y ciudadanía.[27,52,53]

La evaluación, además, debe acompañar a las tecnologías durante todo su recorrido. El nuevo marco europeo de evaluación de tecnologías sanitarias y el papel de RedETS en España apuntan en esa dirección: analizar antes de financiar, observar durante la implementación y revisar después los resultados obtenidos en la práctica real. Esta lógica exige reforzar la evaluación económica y conectar mejor evidencia, precio, financiación y acceso, especialmente en un contexto en el que los Informes de Posicionamiento Terapéutico han incorporado la evaluación económica de forma todavía limitada y heterogénea.[51,52,53,55,56]

La evidencia en vida real permite completar ese recorrido. Muchas innovaciones llegan al sistema con preguntas abiertas que no pueden resolverse por completo en los ensayos clínicos o en la evaluación inicial. Los datos de práctica clínica real deben servir para medir efectividad, seguridad, utilización, costes, impacto organizativo, resultados percibidos por pacientes y posibles desigualdades de acceso. Su valor reside precisamente en permitir que el sistema no decida una sola vez, sino que aprenda, revise y corrija a partir de lo que ocurre en la práctica.[40,48,52,53]

Para que ese aprendizaje sea posible, la digitalización y los datos dejan de ser elementos accesorios y pasan a formar parte de la infraestructura básica del SNS. La digitalización no debería medirse por el número de aplicaciones, portales o plataformas disponibles, sino por su capacidad para simplificar procesos, reducir burocracia, mejorar la continuidad asistencial, facilitar la coordinación entre niveles y liberar tiempo profesional para la atención clínica y el cuidado. La Estrategia de Salud Digital del SNS ofrece una base para avanzar en esta dirección, siempre que las herramientas digitales se orienten a resolver problemas reales del sistema.[43]

Los datos son, en este sentido, una condición para que el SNS pueda aprender de sí mismo. El Espacio Europeo de Datos de Salud abre una oportunidad para reforzar el uso primario y secundario de la información sanitaria, pero la clave estará en convertir esa información en conocimiento útil y en traducirlo después en decisiones que mejoren la salud, la equidad y la sostenibilidad. Sin datos interoperables, comparables y de calidad, resulta difícil evaluar resultados, detectar desigualdades, corregir decisiones o financiar innovación con criterios de valor.[45]

Esta misma lógica debe guiar la incorporación de la inteligencia artificial. Su aportación dependerá menos del atractivo tecnológico de los algoritmos que de su capacidad para resolver problemas concretos del sistema. Puede apoyar decisiones clínicas, organizativas o de gestión, pero su incorporación exige definir previamente qué problema aborda, con qué datos se entrena y valida, cómo se integra en los flujos de trabajo, quién supervisa sus resultados y cómo se corrigen posibles sesgos o efectos no deseados. El marco europeo de inteligencia artificial y las recomendaciones internacionales sobre ética y gobernanza en salud refuerzan esta exigencia de seguridad, transparencia, supervisión humana, equidad y responsabilidad durante todo el ciclo de vida de estas herramientas.[47,48,49,57]

Ahora bien, ninguna de estas transformaciones será suficiente sin capacidad institucional. Innovar mejor exige gobernanza, liderazgo, financiación estable, evaluación independiente, sistemas de información interoperables, profesionales formados, participación de pacientes, colaboración entre administraciones y una relación madura con la industria, la academia y el tercer sector. La diferencia entre incorporar tecnología y transformar realmente el sistema depende, en gran medida, de esa capacidad para seleccionar, medir, corregir y distribuir la innovación de forma equitativa.[27,31,33,48,52,55]

Esa capacidad institucional se apoya, a su vez, en las condiciones de trabajo de los profesionales. Un SNS sobrecargado, con dificultades para retener talento o con equipos sin tiempo para participar en procesos de mejora, tendrá más problemas para incorporar tecnologías complejas, generar datos de calidad, asumir nuevos roles o sostener una evaluación continuada. **La innovación necesita infraestructuras y financiación, pero también organizaciones capa-**

ces de cuidar, formar y reconocer a los profesionales que deben convertirla en práctica asistencial.[22,26,29]

Por eso, repensar la sanidad que viene no puede limitarse a decidir qué tecnologías se incorporan o cómo se financian. También exige preguntarse quién participa en la construcción de esa transformación, bajo qué reglas y con qué responsabilidades. La innovación, la sostenibilidad y la equidad dependen cada vez más de la capacidad del SNS para relacionarse con pacientes, profesionales, comunidades, administraciones, industria, academia y otros sectores de gobierno desde una lógica común de interés público.

3.2 La salud más allá del sistema sanitario: actores, políticas y entornos para proteger la salud

Repensar la sanidad que viene exige ampliar la mirada sobre quién produce, protege y sostiene la salud. El Sistema Nacional de Salud deberá seguir siendo el garante público del derecho a la protección de la salud, pero difícilmente podrá afrontar los próximos desafíos si se entiende como un sistema cerrado, autosuficiente y separado del resto de la sociedad. **Buena parte de las condiciones que favorecen o deterioran la salud se genera fuera de la consulta, del hospital o del centro de salud:** en los hogares, las escuelas, los barrios, los lugares de trabajo, los entornos digitales, las redes comunitarias, la investigación, la industria, los cuidados y las políticas sociales.

Esta constatación conecta directamente con el enfoque de salud en todas las políticas. Si la educación, la vivienda, el empleo, el medio ambiente, la movilidad, el urbanismo, la protección social, la digitalización o la fiscalidad influyen sobre la salud, la acción sanitaria no puede operar de forma aislada. Ahora bien, reconocer esa pluralidad de espacios y actores no significa diluir la responsabilidad pública. Significa, precisamente, reforzar la capacidad del sistema para ordenar contribuciones diversas bajo una lógica común de equidad, transparencia, rendición de cuentas y protección efectiva de la salud.[27,58,59,60]

Esta orientación enlaza con el marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas, que subraya la importancia de implicar a personas y comunidades, reforzar la gobernanza, coordinar servicios dentro

y fuera del sector sanitario y crear condiciones que hagan posible el cambio. **Abrir el SNS a otros actores no debilita el papel del Estado;** al contrario, exige reforzar su capacidad para fijar prioridades, establecer reglas claras, evaluar resultados y garantizar que la colaboración se orienta al interés general.[27,60]

El primer actor a reconocer es el paciente. Cuando nació la Ley General de Sanidad, el objetivo prioritario era garantizar el acceso universal. Cuarenta años después, ese acceso sigue siendo imprescindible, pero ya no agota la relación entre ciudadanía y sistema sanitario. Las personas no solo acceden al sistema: toman decisiones sobre tratamientos, cuidados, estilos de vida, uso de datos, itinerarios asistenciales y preferencias ante situaciones de incertidumbre. Su experiencia aporta una información que los indicadores clínicos no siempre captan: necesidades no cubiertas, barreras reales de acceso, resultados relevantes y efectos de las decisiones sanitarias sobre la vida cotidiana.

Incorporar esa perspectiva exigirá consolidar la toma de decisiones compartidas como una dimensión ordinaria de la calidad asistencial. Para ello no basta con invocar la autonomía del paciente. Hacen falta información acreditada, herramientas de apoyo, formación profesional y una relación clínica capaz de reconocer preferencias sin trasladar a la persona responsabilidades que corresponden al sistema. La participación no debe convertirse en una forma de debilitar la responsabilidad institucional, sino en una vía para tomar mejores decisiones y hacer más legítima la respuesta sanitaria.[60,61,62]

La salud digital hace especialmente visible esta tensión entre participación y desigualdad. El acceso a la información, a los datos personales de salud o a nuevas herramientas digitales puede reforzar la autonomía de los pacientes y mejorar su relación con el sistema. Pero el empoderamiento no se conseguirá simplemente multiplicando aplicaciones, portales o trámites electrónicos. Requiere inclusión, alfabetización, accesibilidad y apoyo, especialmente para personas mayores, personas con discapacidad, población migrante, personas con menor renta o nivel educativo y colectivos socialmente vulnerables. En este punto, el acceso formal a una herramienta digital no siempre equivale a acceso efectivo.[43,45,46,63]

Junto a los pacientes individuales, las asociaciones de pacientes han adquirido una legitimidad creciente como actores del sistema. Su aportación no reside solo en representar intereses, sino en hacer visible la experiencia de enfermedad, los itinerarios asistenciales, las barreras de acceso, las necesidades no cubiertas y los resultados que realmente importan a las personas. Esta participación resulta especialmente relevante en ámbitos de alta complejidad, donde las decisiones no pueden apoyarse únicamente en criterios técnicos. Bien articulada, la voz de pacientes y asociaciones permitirá tomar decisiones más legítimas, mejor informadas y más conectadas con la vida real.[61,62]

La corresponsabilidad en salud también se expresa en el ámbito comunitario. Muchas necesidades no llegan al sistema sanitario en forma de diagnóstico, prueba o tratamiento, sino como soledad, pobreza, dependencia, barreras idiomáticas, falta de vivienda, inseguridad alimentaria, aislamiento, fragilidad o dificultades de acceso digital. Las entidades sociales, las asociaciones comunitarias, las redes vecinales y los recursos locales pueden detectar antes estas situaciones, acompañar a las personas, facilitar trámites, traducir el lenguaje del sistema y sostener apoyos allí donde la respuesta institucional llega tarde o de forma fragmentada. Su papel no es sustituir al SNS, sino ayudar a que los derechos reconocidos formalmente se conviertan en servicios realmente utilizables, sobre todo para quienes se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad.[19,57,63]

Pero la participación comunitaria no producirá efectos por sí sola. Necesita apoyo institucional, recursos, tiempo profesional, formación, reconocimiento oficial, espacios estables de colaboración y evaluación. La movilización de activos comunitarios muestra cómo puede concretarse esta conexión entre atención primaria, salud pública, servicios sociales, comunidad y recursos locales. Bibliotecas, asociaciones, centros deportivos, espacios culturales, redes vecinales, actividades de ocio o recursos municipales pueden formar parte de una respuesta sanitaria más amplia, preventiva y centrada en la persona, siempre que no sustituyan la responsabilidad pública ni compensen de forma informal insuficiencias estructurales.[64,65,66,67]

En esta arquitectura de salud más abierta, los profesionales sanitarios constituyen una pieza crítica del sistema. La ampliación de la mirada hacia la

comunidad, los cuidados, la prevención y la innovación no reduce su papel; al contrario, lo hace más complejo. Médicos, enfermeras, farmacéuticos, profesionales de salud pública, salud mental, rehabilitación, trabajo social sanitario, gestión de casos, salud digital y análisis de datos deberán operar cada vez más en redes interdisciplinares, con mayor coordinación entre niveles y con una relación más estrecha con los recursos sociales y comunitarios.

Esta exigencia plantea una tensión evidente: se pide a los profesionales más continuidad, más capacidad resolutiva, más coordinación y más adaptación tecnológica, pero no siempre se modifican las condiciones que hacen posible ese cambio. Por ello, **cuidar a los profesionales, reforzar su formación, reconocer nuevos roles y darles tiempo y capacidad de decisión no es solo una cuestión laboral; es una condición para que la transformación del SNS pueda producirse realmente.**[22,26,27]

La industria farmacéutica, biotecnológica y tecnológica forma parte también del ecosistema de innovación que necesita la sanidad que viene. Buena parte de los avances contemporáneos (desde la investigación clínica y las terapias avanzadas hasta la medicina personalizada, los dispositivos médicos, la ciencia de datos o la inteligencia artificial) requiere capacidades científicas, industriales, tecnológicas y financieras que ningún actor puede desplegar de forma aislada. El PERTE Salud de Vanguardia refleja precisamente esta dimensión estratégica: la salud no es solo un ámbito asistencial, sino también un espacio capaz de generar conocimiento, empleo cualificado, tejido industrial, transferencia tecnológica e innovación de alto valor. Desde esta perspectiva, la colaboración con la industria puede contribuir a fortalecer las capacidades científicas y tecnológicas del país.[31,42]

Esa colaboración, sin embargo, deberá integrarse siempre en una lógica de interés público. La industria puede aportar innovación, datos, investigación y capacidad de desarrollo, pero la definición de prioridades, la evaluación del valor, la financiación pública, la regulación del acceso y la protección de la equidad deben permanecer bajo liderazgo público. Instrumentos como los acuerdos de riesgo compartido, el pago por resultados, la generación de evidencia en vida real o la evaluación continua pueden ayudar a gestionar incertidumbres clínicas, presupuestarias u organizativas, siempre que existan criterios explícitos, medición de resultados, transparencia y

capacidad para corregir decisiones. La legitimidad de la colaboración dependerá, en última instancia, de su contribución al valor sanitario y social, y no solo de su capacidad para introducir innovación en el sistema.[38,52,54,55,56,68]

La presencia de todos estos actores remite a una cuestión más amplia: la influencia de los determinantes sociales de la salud. La salud no se produce solo en consultas, hospitales o centros de salud. Está condicionada por la educación, la vivienda, el empleo, la renta, el entorno urbano, la alimentación, los cuidados, el clima, la contaminación, la movilidad, la seguridad, el acceso digital, la organización del trabajo y las condiciones de vida. La experiencia de la crisis económica en España mostró con claridad que sus efectos sobre la salud mental, la infancia, las desigualdades o el acceso a determinados servicios no pueden explicarse únicamente desde el sistema sanitario. **Proteger la salud exigirá, por tanto, pasar de una lógica sectorial a una lógica de responsabilidad institucional compartida.**[57,58]

El enfoque de salud en todas las políticas ofrece un marco para ordenar esa responsabilidad compartida. Su punto de partida es que las decisiones adoptadas fuera del sector sanitario pueden mejorar o perjudicar la salud y la equidad. Incorporar la salud en todas las políticas no significa que sanidad deba dirigir todos los ámbitos de gobierno, sino que las decisiones públicas relevantes deben valorar sus efectos sobre la salud, anticipar impactos distributivos y coordinar objetivos entre sectores. En un contexto de envejecimiento, cronicidad, desigualdad y transición tecnológica, esta mirada intersectorial deja de ser una recomendación programática para convertirse en una condición de sostenibilidad.[58]

Pero la coordinación intersectorial no se conseguirá solo invocando la salud en todas las políticas. Requiere mandato político, recursos dedicados, mecanismos de rendición de cuentas, incentivos, información compartida, formación y espacios estables de colaboración. También depende de datos comparables, actualizados y accesibles que permitan observar desigualdades, identificar prioridades, evaluar políticas y rendir cuentas. La experiencia española muestra que es posible construir indicadores contextuales sobre determinantes sociales de la salud, pero también revela dificultades persistentes de accesibilidad, continuidad, desagregación y calidad de los datos.[68,69,70]

La evaluación puede convertirse, además, en una herramienta de colaboración entre sectores. Cuando las políticas educativas, sociales, laborales, urbanísticas, ambientales o económicas participan desde fases tempranas en la definición de qué se evalúa, qué beneficios se reconocen y qué resultados importan, aumenta la posibilidad de construir objetivos compartidos. Incluir beneficios no estrictamente sanitarios permite que otros sectores reconozcan su contribución a la salud y encuentren incentivos para colaborar.[71]

La salud más allá del sistema sanitario no desplaza al SNS, sino que lo sitúa en una red más amplia de responsabilidades públicas, sociales, profesionales, comunitarias e industriales. Esa ampliación de la mirada conduce a una última dimensión cada vez más difícil de separar de la protección de la salud: la relación entre sanidad, medio ambiente y cambio climático.

3.3 Transición ecológica y salud: hacia un SNS resiliente y sostenible

Dentro de esta agenda intersectorial, la transición ecológica merece un lugar propio. Durante mucho tiempo, la sostenibilidad sanitaria se ha entendido sobre todo como un problema financiero, organizativo y profesional. Esa mirada sigue siendo necesaria, pero ya no resulta suficiente. Un sistema sanitario sostenible no solo debe ser capaz de financiar prestaciones, ordenar recursos y responder a la demanda asistencial; también debe proteger la salud en un entorno climático cambiante y reducir el impacto ambiental de su propia actividad.[72,73,74]

El cambio climático ha dejado de ser un asunto externo a la sanidad. Afecta a la salud de la población, modifica los riesgos a los que se enfrentan las personas y puede incrementar la presión sobre los servicios asistenciales. En España, esta cuestión adquiere una relevancia especial porque el envejecimiento de la población coincide con una mayor exposición a episodios de calor extremo y con una concentración creciente de vulnerabilidades sociales, clínicas y territoriales. La evidencia reciente muestra que las altas temperaturas se asocian con un aumento de hospitalizaciones y que sus efectos son mayores en los grupos más vulnerables.[74,75]

Esta realidad obliga a ampliar el sentido de la política sanitaria. Adaptarse al cambio climático no significa únicamente preparar planes ambientales o

mejorar la respuesta ante emergencias. Significa anticipar riesgos, proteger mejor a la población vulnerable, reforzar la vigilancia, adaptar infraestructuras, asegurar la continuidad de los servicios y garantizar que el sistema pueda seguir funcionando cuando aumente la demanda o se produzcan episodios extremos. La adaptación climática debe entenderse, por tanto, como una política sanitaria en sentido pleno.[72,73,74]

El sistema sanitario forma parte de esa respuesta, pero también de la presión ambiental que pretende reducir. Su actividad consume recursos, genera residuos, depende de cadenas de suministro complejas y produce una huella ambiental que no puede ignorarse. Reducirla exige actuar sobre la organización de los servicios, la compra de productos, la gestión de infraestructuras, el uso de energía, la reducción de residuos y la eliminación de actividades de bajo valor. **La calidad asistencial y la sostenibilidad ambiental no deben plantearse como objetivos contrapuestos:** un sistema que evita duplicidades y reduce desperdicios y, si organiza mejor sus procesos puede ser, al mismo tiempo, más eficiente, más sostenible y de mayor calidad.[72,76,77]

La salud pública tendrá que desempeñar un papel central en esta nueva etapa. Los sistemas de alerta y vigilancia deben ser capaces de integrar información ambiental, epidemiológica, asistencial y social para detectar riesgos, activar respuestas y evaluar si las medidas han funcionado. En España, el Plan Estratégico de Salud y Medioambiente y la Evaluación de Riesgos e Impactos derivados del Cambio Climático (ERICC-2025) refuerzan esta visión al situar la relación entre salud, entorno y cambio climático dentro de la agenda pública, con una mirada que reconoce la interacción entre riesgos y la necesidad de respuestas coordinadas.[73,74,78]

La experiencia española muestra avances, pero también una implantación desigual de las estrategias ambientales en las instituciones sanitarias. Por ello, el reto consiste en convertir la transición ecológica en una línea estable de transformación del sistema, con liderazgo institucional, objetivos claros, medición, financiación y criterios compartidos. Esta agenda afecta también a la innovación sanitaria y a la relación con la industria: la innovación del futuro deberá demostrar eficacia, seguridad y eficiencia económica, pero también avanzar hacia modelos de producción, uso, distribución y eliminación más sostenibles.[77,79,80]

Esta ampliación del valor empieza a entrar en el debate sobre evaluación económica y evaluación de tecnologías sanitarias. Existen métodos para incorporar impactos ambientales en estos procesos, como el análisis de ciclo de vida, la estimación de huella de carbono o los enfoques multicriterio, aunque su uso todavía no está suficientemente estandarizado. Conviene avanzar con prudencia, identificando cuándo el impacto ambiental es relevante y qué instrumento resulta más adecuado para incorporarlo a la decisión.[81,82]

La pluralidad de actores, políticas y tecnologías obliga, finalmente, a diseñar la equidad desde el inicio. La digitalización puede mejorar la relación con el sistema, pero también ampliar la brecha de acceso. Del mismo modo, las terapias avanzadas o la medicina personalizada pueden generar desigualdades si el acceso depende del territorio, del hospital, de las pruebas disponibles o de la capacidad de navegar circuitos complejos. **La equidad no puede corregirse solo al final; debe incorporarse desde el diseño de las políticas,** los modelos de financiación, los circuitos asistenciales, las estrategias de innovación y las políticas de adaptación climática.[32,36,42,44,46,61,66,69,72,73,74]

En conjunto, repensar la sanidad que viene exige actualizar el legado de la Ley General de Sanidad sin perder su sentido fundacional. La respuesta a los nuevos desafíos no dependerá solo de más financiación, más tecnología o más actores, sino de la capacidad del SNS para ordenar todos esos elementos bajo una misma lógica de interés público. Evaluar mejor, financiar con inteligencia, incorporar innovación con criterios de valor, reforzar los datos y la salud pública, cuidar a los profesionales, colaborar con pacientes, comunidad, industria y otros sectores, y asumir la sostenibilidad ambiental como parte de la protección de la salud son piezas de una misma agenda.

Cuarenta años después, la cuestión no es abandonar los principios que dieron sentido al Sistema Nacional de Salud, sino hacerlos operativos en una realidad más compleja. La universalidad, la equidad, la cohesión, la financiación pública y la responsabilidad colectiva siguen siendo el núcleo del modelo. Pero su continuidad dependerá de la capacidad del sistema para anticipar riesgos, coordinar actores, aprender de sus resultados, incorporar innovación con inteligencia, reducir desigualdades y proteger la salud en todos los espacios donde hoy se produce y se amenaza. Ese es, probablemente, el modo más exigente de preservar el legado de la Ley General de Sanidad: no repetir su arquitectura, sino actualizar su promesa.

HOJA DE RUTA
PARA ACTUALIZAR LA PROMESA DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Esta hoja de ruta identifica diez prioridades para orientar la evolución del SNS en las próximas décadas, reforzando su capacidad para responder a una realidad sanitaria, social, tecnológica y ambiental mucho más compleja.

1. Garantizar un acceso efectivo y equitativo a la salud

La universalidad debe traducirse en acceso real, oportuno y comparable, con independencia del territorio, la renta, la edad o la capacidad de navegar el sistema.

Acciones prioritarias:

- Reducir barreras territoriales, sociales, digitales y organizativas mediante circuitos más simples, información accesible y apoyos específicos para los grupos con mayores dificultades de acceso.
- Medir desigualdades en tiempos de espera, resultados y acceso a innovación, utilizando indicadores comparables entre territorios.
- Establecer indicadores comunes de acceso, tiempos de espera, resultados en salud y disponibilidad de prestaciones, con publicación periódica, comparación entre territorios y espacios de revisión compartida en el Consejo Interterritorial, para identificar brechas y corregir diferencias injustificadas.

2. Pasar de curar a prevenir y promover salud

El SNS deberá reforzar su capacidad para anticipar riesgos y actuar antes de que la enfermedad, la fragilidad o la dependencia se consoliden.

Acciones prioritarias:

- Situar la prevención y la promoción de la salud como prioridades estables, integrándolas en la atención primaria, la salud pública, la escuela, el trabajo y los entornos comunitarios.
- Reforzar la salud pública, la vigilancia y la educación sanitaria con estructuras permanentes, datos actualizados, profesionales especializados y capacidad de respuesta ante riesgos emergentes.
- Incorporar el enfoque de salud en todas las políticas, de forma que las decisiones sobre vivienda, empleo, educación, movilidad, alimentación, medio ambiente o urbanismo valoren también sus efectos sobre la salud y la equidad.
- Impulsar la evaluación de impacto en salud como herramienta para anticipar riesgos, identificar efectos distributivos y orientar las decisiones públicas antes de que generen desigualdades o daños evitables.

3. Responder al envejecimiento, la cronicidad y los cuidados

El sistema debe pasar de atender episodios aislados a acompañar trayectorias prolongadas de vida, enfermedad, dependencia y cuidado.

Acciones prioritarias:

- Implantar modelos de atención a cronicidad, fragilidad y multimorbilidad basados en estratificación de riesgos, planes individualizados de atención, seguimiento proactivo desde atención primaria y coordinación con hospitales, servicios sociales y recursos comunitarios.
- Integrar mejor atención sanitaria, servicios sociales y cuidados de larga duración mediante planes compartidos, coordinación entre profesionales y circuitos claros de derivación y seguimiento.
- Ampliar la atención domiciliaria, la rehabilitación funcional y el apoyo a cuidadores mediante equipos multiprofesionales, programas de seguimiento en el hogar, formación a familiares y circuitos de respuesta rápida ante deterioros evitables.

4. Reforzar una Atención Primaria estratégica y líder

La Atención Primaria debe ser el eje de continuidad, prevención, gestión poblacional y conexión con la comunidad.

Acciones prioritarias:

- Reorganizar la Atención Primaria para que disponga de agendas con tiempo clínico suficiente, equipos multiprofesionales estables y acceso ágil a pruebas diagnósticas, interconsultas y recursos comunitarios que aumenten su capacidad resolutiva sin derivaciones innecesarias.
- Reforzar los perfiles profesionales existentes (medicina de familia, enfermería familiar y comunitaria, pediatría, farmacia de atención primaria, trabajo social sanitario y salud mental) e incorporar nuevos perfiles vinculados a gestión de casos, salud comunitaria, fisioterapia, nutrición, salud digital y análisis de datos.
- Mejorar su conexión con hospitales, salud pública, servicios sociales y comunidad mediante canales estables de coordinación, información compartida y protocolos comunes.
- Utilizar herramientas digitales e inteligencia artificial como apoyo a los circuitos asistenciales, especialmente para estratificar riesgos, identificar pacientes vulnerables, priorizar intervenciones, facilitar seguimiento proactivo y reducir carga administrativa.

5. Mejorar la coordinación y la integración del sistema

La fragmentación entre niveles, servicios y territorios limita la calidad, la continuidad y la experiencia de las personas.

Acciones prioritarias:

- Establecer circuitos compartidos entre atención primaria, hospitalaria, salud mental, salud pública y servicios sociales.
- Garantizar derivaciones con retorno, responsabilidades claras e

información común evitando que el paciente tenga que actuar como intermediario entre partes del sistema.

- Medir y evaluar la continuidad asistencial como indicador de calidad del SNS, incorporando medidas sobre coordinación, duplicidades, demoras, reingresos evitables y experiencia de los pacientes.

- Utilizar los resultados de esa evaluación para introducir ciclos de mejora continua, revisar circuitos asistenciales, corregir fallos de coordinación y compartir aprendizajes entre territorios y organizaciones.

6. Cuidar a los profesionales y transformar el modelo de talento sanitario

El futuro del SNS dependerá de su capacidad para atraer, retener, motivar y reconocer a sus profesionales.

Acciones prioritarias:

- Revisar las condiciones profesionales mediante una planificación estable de plantillas, incentivos ligados a responsabilidad y desempeño, mayor estabilidad contractual, itinerarios de desarrollo profesional y medidas que reduzcan sobrecarga, rotación y pérdida de talento.

- Planificar necesidades por perfiles, territorios y especialidades.

- Incorporar nuevas competencias en salud digital, datos, gestión de casos, salud comunitaria y trabajo interdisciplinar, integrándolas en la formación inicial, especializada y continuada.

7. Construir un sistema basado en datos interoperables

Los datos deben convertirse en una infraestructura común para aprender, evaluar, planificar y corregir decisiones.

Acciones prioritarias:

- Avanzar hacia una interoperabilidad efectiva entre comunidades autónomas y niveles asistenciales.

- Impulsar la transformación digital del sistema con herramientas que simplifiquen procesos, reduzcan carga administrativa, mejoren la continuidad asistencial y faciliten la relación entre pacientes, profesionales y servicios.
- Mejorar la calidad, comparabilidad y gobernanza de los datos sanitarios, con criterios comunes sobre registro, uso, protección, acceso y evaluación.
- Incorporar la inteligencia artificial de forma segura, transparente y evaluable, priorizando usos que aporten valor real: apoyo a la decisión clínica, estratificación de riesgos, planificación de recursos, detección de desigualdades y mejora de circuitos asistenciales.
- Utilizar los datos para evaluar resultados, identificar variabilidad injustificada, medir impacto de las políticas y orientar la financiación hacia intervenciones que aporten mayor valor.

8. Impulsar una innovación sostenible y orientada a valor

La innovación debe incorporarse no por novedad, sino por su contribución real a la salud, la equidad y la sostenibilidad.

Acciones prioritarias:

- Reforzar la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económica, incorporando criterios de efectividad, seguridad, coste-efectividad, impacto presupuestario, equidad y organización asistencial.
- Desarrollar modelos de financiación vinculados a resultados y generación de evidencia, especialmente en innovaciones con incertidumbre clínica, económica u organizativa.
- Garantizar acceso equitativo a medicina personalizada, terapias avanzadas y salud digital mediante criterios comunes, redes expertas, circuitos de derivación y seguimiento de resultados.

9. Ordenar la contribución de nuevos actores bajo liderazgo público

La salud se construye también con pacientes, comunidad, sector social, academia, empresas y otros ámbitos de gobierno.

Acciones prioritarias:

- Consolidar la participación de pacientes y asociaciones en decisiones relevantes, incorporando su experiencia en la evaluación de necesidades, resultados, barreras de acceso y calidad asistencial.
- Articular alianzas con comunidad, tercer sector, academia e industria mediante objetivos compartidos, reglas claras y mecanismos estables de colaboración.
- Garantizar transparencia, evaluación, rendición de cuentas y orientación al interés general, de forma que la apertura a nuevos actores refuerce la responsabilidad pública y no la sustituya.

10. Integrar la transición ecológica en la protección de la salud

La sostenibilidad sanitaria debe incorporar el cambio climático, la contaminación y la huella ambiental del propio sistema.

Acciones prioritarias:

- Adaptar el SNS a riesgos climáticos, episodios extremos y nuevas vulnerabilidades mediante planes de preparación, vigilancia ambiental y protección específica de los grupos de mayor riesgo.
- Reducir residuos, consumo energético y actividades de bajo valor ambiental y sanitario.
- Incorporar criterios ambientales en planificación, compra pública, innovación y evaluación.

Esta hoja de ruta no sustituye el legado de la Ley General de Sanidad: lo actualiza. La promesa de un sistema común, universal y solidario solo podrá mantenerse si el SNS gana capacidad para prevenir, coordinar, cuidar, innovar, evaluar, reducir desigualdades y proteger la salud en un entorno social, tecnológico y ambiental mucho más complejo.

EPÍLOGO

Hace cuarenta años, España dio un paso decisivo al consolidar la salud como una responsabilidad compartida y un elemento esencial para el progreso social. Aquella visión permitió construir un modelo sanitario que ha acompañado a generaciones de ciudadanos y ha contribuido de forma determinante al bienestar colectivo.

Desde Ferrer agradecemos a la Fundación Gaspar Casal la oportunidad de participar en esta obra conmemorativa, que invita a reflexionar sobre una de las transformaciones sociales más relevantes de nuestra historia reciente.

El valor de la Ley General de Sanidad no reside únicamente en su impacto histórico, sino en la capacidad que ha demostrado para servir de referencia en momentos de cambio. Cuatro décadas después, la sociedad española es muy diferente y las necesidades en salud son más complejas, diversas e interconectadas. Este aniversario nos brinda la oportunidad de analizar cómo seguir fortaleciendo un sistema que debe responder a nuevas realidades sin perder su vocación de servicio público.

Nos encontramos en una etapa de profunda transformación, impulsada por avances científicos y tecnológicos sin precedentes, pero también por profundas desigualdades sociales, demográficas y ambientales que están redefiniendo las necesidades en salud de las personas y nuestro planeta. El aumento de la cronicidad, el envejecimiento de la población y la persistencia de desigualdades sociales exigen una visión más amplia e integrada de la salud, en la que la prevención adquiera un papel cada vez más relevante. A ello se suma la necesidad de abordar nuevos desafíos vinculados a la sostenibilidad, incorporando el impacto del cambio climático, la contaminación y la huella ambiental del propio sistema sanitario.

En este contexto, resulta imprescindible evolucionar hacia modelos sanitarios capaces de mejorar los resultados clínicos de los pacientes, reducir las desigualdades sociales y contribuir a la sostenibilidad medioambiental. Sin duda la capacidad de adaptación, la integración de la evidencia científica, la participación de los pacientes y el impulso de soluciones sostenibles y socialmente responsables serán factores determinantes para garantizar que nuestro sistema sanitario siga siendo referente a nivel mundial, así como un motor de progreso, equidad y cohesión social para nuestro país.

En Ferrer creemos que avanzar hacia una sociedad más justa implica también avanzar hacia una mayor equidad en salud. Nuestro propósito de luchar por la justicia social nos impulsa a contribuir a reducir las desigualdades que afectan a la salud y al bienestar de las personas. Por ello, entendemos que el futuro del sistema sanitario debe combinar excelencia, innovación, equidad y compromiso social, garantizando que los avances en salud estén al servicio de todas las personas.

David Martorell,
Country Manager Ferrer España

ferrer
for good

BIBLIOGRAFÍA

1. Farrerons Noguera, L. (2011). *La Ley General de Sanidad: historia de un modelo* [Tesis doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria].

2. Sevilla, F. (2006). *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social* (Documento de trabajo 86/2006). Fundación Alternativas. https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/xmlimport-AswPjC.pdf

3. Perdiguero-Gil, E., & Comelles, J. M. (2019). The defence of health. The debates on health reform in 1970s Spain. *Dynamis, 39*(1), 45–72. https://doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8666

4. Lalonde, M. (1974). A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document. Government of Canada, Ottawa.

5. Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata.

6. Naciones Unidas. (1972). *Report of the United Nations Conference on the Human Environment*. Stockholm.

7. Constitución Española. (1978). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

8. Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F. I., Repullo, J. R., Peña-Longobardo, L. M., Ridao-López, M., & Hernández-Quevedo, C. (2018). *Spain: Health system review*. *Health Systems in Transition, 20*(2), 1–179. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40094303/

9. European Observatory on Health Systems and Policies, Bernal-Delgado, E.,

Angulo-Pueyo, E., Ridao-López, M., Urbanos-Garrido, R. M., Oliva-Moreno, J., García-Abiétar, D., & Hernández-Quevedo, C. (2024). *Spain: Health system review*. *Health Systems in Transition, 26*(3), i–187. WHO Regional Office for Europe. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf

10. Cortes Generales. Congreso de los Diputados. (1978). Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisión de Asuntos Constitucionales y Libertades Públicas, núm. 72, sesión celebrada el 23 de mayo de 1978.

11. Rico Gómez, A. (1998). *Descentralización y reforma sanitaria en España (1976-1996): Intensidad de preferencias y autonomía política como condiciones para el buen gobierno* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales. https://cdnrepositorios.march.es/sites/default/files/images/node-53870-document.pdf

12. España. (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, de 29 de abril de 1986.

13. Cortes Generales. Congreso de los Diputados. (1985). *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Pleno*, núm. 215, sesión celebrada el 11 de junio de 1985. Debate de las enmiendas de totalidad al Proyecto de Ley General de Sanidad.

14. Vilar-Rodríguez, M., & Pons-Pons, J. (2018). El debate en torno al seguro de salud público y privado en España: desde la transición política a la Ley General de Sanidad (1975-1986). *Historia y Política*, 39, 261-290.

15. Erviti, J. E., & Leyva, R. F. (1995). Los actores políticos y sociales en la formulación de la reforma sanitaria en España. *Cadernos de Saúde Pública, 11*(1), 34–44. https://www.scielo.br/j/csp/a/fNqght5v4S5DPYZzVMTs7Mg/?format=pdf&lang=es

16. Pemán Gavín, J. (1999). Sobre el proceso de desarrollo y aplicación de la Ley General de Sanidad: balance y perspectivas. *Derecho y Salud*.

17. Abellán Perpiñán, J. M., Sánchez Martínez, F. I., Méndez Martínez, I., & Martínez Pérez, J. E. (Dirs.). (2013). *El sistema sanitario público en España y sus comunidades autónomas: Sostenibilidad y reformas*. Fundación BBVA. ht-

tps://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2013_IVIE_sistema_sanitario.pdf

18. Texto Juan

19. Hernández-Pizarro, H. M., & Prades-Colomé, A. (2026). *The Spanish long-term care system reaches majority of age: A narrative review of evidence and lessons obtained*. Health Policy, 169, 105620. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2026.105620

20. Rentería, E., & Zueras, P. (2022). Macro-level factors explaining inequalities in expected years lived free of and with chronic conditions across Spanish regions and over time (2006–2019). *SSM - Population Health, 19*, 101152. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101152

21. Spijker, J. J. A., & Rentería, E. (2023). Shifts in chronic disease patterns among Spanish older adults with multimorbidity between 2006 and 2017. *International Journal of Public Health, 68*, 1606259. https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1606259

22. Ministerio de Sanidad. (2026). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2024*. Ministerio de Sanidad.

23. World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-001790-0.

24. Freire-Campo, J. M., & Jiménez-Pernett, J. (2026). Barreras y desafíos a la coordinación asistencial en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2026. *Gaceta Sanitaria, 40*, 102615. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102615

25. Coronado-Vázquez, V., Rodríguez Herrera, M., Gómez-Salgado, J., & Ramírez-Durán, M. V. (2026). Coordinación sanitaria: un reto para el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2026. *Gaceta Sanitaria, 40*, 102614. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102614

26. Ministerio de Sanidad. (2026). *Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el Sistema Nacional de Salud, 2024: Informe monográfico*. Ministerio de Sanidad.

27. Repullo, J. R., & Freire, J. M. (2016). Implementando estrategias para mejo-

rar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria, 30*(S1), 3–8. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.016

28. Oliva, J., Sancho Castiello, M., & del Pozo-Rubio, R. (2023). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro. *Gaceta Sanitaria, 37*, 102253. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102253

29. González López-Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. (2024). ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber sobre los desequilibrios de médicos en España? Diagnóstico y propuestas. Informe SESPAS 2024. *Gaceta Sanitaria, 38*, 102366. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102366

30. OECD. (2025). *Panorama de la salud 2025: España*. OECD.

31. Gobierno de España. (2025). *PERTE para la Salud de Vanguardia: Resumen ejecutivo. Actualización junio 2025*. Gobierno de España.

32. Mestre-Ferrándiz, J., Franch Camino, B., Hidalgo, Á., del Llano Núñez-Cortés, A., del Llano Señarís, J. E., Lumbreras, B., Beas Pedraza, D., Nuño-Solinís, R., Paz-Ares, L., Ramón y Cajal, S., & Rodríguez, M. J. (2024). Expert-based collaborative analysis of the situation and prospects of biomarker test implementation in oncology in Spain. *Clinical and Translational Oncology, 26*, 985–990. https://doi.org/10.1007/s12094-023-03338-8

33. Alarcón Garavito, G. A., Moniz, T., Déom, N., Redin, F., Pichini, A., & Vindrola-Padros, C. (2023). The implementation of large-scale genomic screening or diagnostic programmes: A rapid evidence review. *European Journal of Human Genetics, 31*, 282–295. https://doi.org/10.1038/s41431-022-01259-8

34. García-Sanz, P., Aguilera-Cobos, L., Rosario-Lozano, M. P., & Blasco-Amaro, J. A. (2023). *Estrategias de implementación de la medicina personalizada de precisión en sistemas sanitarios públicos internacionales: Estado del arte*. AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad. https://doi.org/10.52766/MYUN6474

35. Stenzinger, A., Moltzen, E. K., Winkler, E., Molnar-Gabor, F., Malek, N., Costescu, A., Nybo Jensen, B., Nowak, F., Pinto, C., Ottersen, O. P., Schirmacher, P., Nordborg, J., Seufferlein, T., Fröhling, S., Edsjö, A., Garcia-Foncillas, J.,

Normanno, N., Lundgren, B., Friedman, M., ... Rosenquist, R. (2023). Implementation of precision medicine in healthcare—A European perspective. *Journal of Internal Medicine, 294*(4), 437–454. https://doi.org/10.1111/joim.13698

36. Rodríguez-Lescure, A., de la Peña, F. A., Aranda, E., Calvo, A., Felip, E., Garrido, P., & Vera, R. (2020). Study of the Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) on the access to oncology drugs and predictive biomarkers in Spain. *Clinical and Translational Oncology, 22*, 2253–2263. https://doi.org/10.1007/s12094-020-02366-y

37. Lawler, M., Keeling, P., Kholmanskikh, O., Minnaard, W., Moehlig-Zuttermeister, H., Normanno, N., Philip, R., Popp, C., Salgado, R., Santiago-Walker, A. E., Trullas, A., van Waalwijk van Doorn-Khosrovani, S. B., Vart, R., Vermeulen, J., Vitaloni, M., & Verweij, J. (2024). Empowering effective biomarker-driven precision oncology: A call to action. *European Journal of Cancer, 209*, 114225. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2024.114225

38. Iglesias-López, C., Agustí, A., Vallano, A., & Obach, M. (2023). Financing and reimbursement of approved advanced therapies in several European countries. *Value in Health, 26*(6), 841–853. https://doi.org/10.1016/j.jval.2022.12.014

39. Aguilera-Cobos, L., Rosario-Lozano, M. P., Ponce-Polo, A., Blasco-Amaro, J. A., & Epstein, D. (2022). Barriers for the evaluation of advanced therapy medicines and their translation to clinical practice: Umbrella review. *Health Policy, 126*(12), 1248–1255. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.10.007

40. Litvinova, Y., Merkur, S., Allin, S., Angulo-Pueyo, E., Behmane, D., Bernal-Delgado, E., Dalmas, M., De Belvis, A., Edwards, N., Estupiñán-Romero, F., Gaal, P., Gerkens, S., Jamieson, M., Morsella, A., Picecchi, D., Røshol, H., Sperre Saunes, I., Sullivan, T., Szécsényi-Nagy, B., ... Panteli, D. (2024). Availability and financing of CAR-T cell therapies: A cross-country comparative analysis. *Health Policy, 149*, 105153. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105153

41. Solano, C., Castro-Rebollo, P., Pérez-Martínez, A., López-Corral, L., Barba-Suñol, P., Kwon, M., Ortiz, V., Sanz-Caballer, J., Caballero, A. C., Martí-

nez, J., Cedillo, Á., & Sureda, A. (2023). Quantifying the available capacity and resource needs for provision of CAR-T therapies in the National Health Service in Spain: A survey-based study. *BMJ Open, 13*, e071371. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071371

42. Ministerio de Sanidad. (2025). *Plan de Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud 2025-2028*. Ministerio de Sanidad.

43. Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad.

44. Fontán Vinagre, M. G., López Peláez, A., Ayuso Murillo, D., Enríquez Jiménez, M., Guerrero-Menéndez, R., & Domínguez Fernández, S. (2024). Abordaje y atención a la cronicidad con tecnologías digitales en las políticas sanitarias en España. *Revista Española de Salud Pública, 98*, e202406040.

45. Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2025). *Reglamento (UE) 2025/327, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847*. *Diario Oficial de la Unión Europea*.

46. Lodeiro-Vázquez, A., Barral-Buceta, B., & Loureiro-Álvarez, I. (2026). Digital divide in eHealth: Sociodemographic determinants of access in Spain. *Digital Health, 12*, 1–20. https://doi.org/10.1177/20552076251414467

47. Preti, L. M., Ardito, V., Compagni, A., Petracca, F., & Cappellaro, G. (2024). Implementation of machine learning applications in health care organizations: Systematic review of empirical studies. *Journal of Medical Internet Research, 26*, e55897. https://doi.org/10.2196/55897

48. Marco-Ruiz, L., Tejedor Hernández, M. A., Ngo, P. D., Makhlysheva, A., Svenning, T. O., Dyb, K., Chomutare, T., Fernández-Llatas, C., Muñoz-Gama, J., & Tayefi, M. (2024). A multinational study on artificial intelligence adoption: Clinical implementers' perspectives. *International Journal of Medical Informatics, 184*, 105377. https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2024.105377

49. Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2024). *Reglamento (UE) 2024/1689, de 13 de junio de 2024, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial*. *Diario Oficial de la Unión Europea*.

50. Enériz Janeiro, A., Pitombeira Pereira, K., Mayol, J., Crespo, J., Carballo, F., Cabello, J. B., Ramos-Casals, M., Pérez Corbacho, B., & Turnes, J. (2026). AI integration in Spanish undergraduate medical education: National cross-sectional study. *JMIR Medical Education, 12*, e88511. https://doi.org/10.2196/88511

51. Epstein, D., & Espín, J. (2020). Evaluation of new medicines in Spain and comparison with other European countries. *Gaceta Sanitaria, 34*(2), 133–140. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.009

52. Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2021). *Reglamento (UE) 2021/2282, de 15 de diciembre de 2021, sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE*. *Diario Oficial de la Unión Europea*.

53. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. (2022). *Plan Estratégico RedETS 2022-2025*. Ministerio de Sanidad.

54. Serrano-Aguilar, P., Gutierrez-Ibarluzea, I., Díaz, P., Imaz-Iglesia, I., González-Enríquez, J., Castro, J. L., Espallargues, M., García-Armesto, S., Arriola-Bolado, P., Rivero-Santana, A., Perestelo-Pérez, L., González-Pacheco, H., Álvarez-Pérez, Y., Faraldo-Vallés, M. J., Puñal-Riobóo, J., Ramallo-Fariña, Y., Sánchez-Gómez, L. M., Asua-Batarrita, J., Reviriego-Rodrigo, E., … González del Yerro-Valdés, C. (2021). Postlaunch evidence-generation studies for medical devices in Spain: The RedETS approach to integrate real-world evidence into decision making. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 37*, e63, 1–8. https://doi.org/10.1017/S0266462321000295

55. Vallejo-Torres, L., Oliva-Moreno, J., & Lobo, F. (2025). Exploring the uptake of economic evaluation in Spanish reports positioning medicines for public reimbursement. *Health Economics, Policy and Law, 20*, 233–245. https://doi.org/10.1017/S1744133124000264

56. Pinilla-Dominguez, P., & Pinilla-Dominguez, J. (2025). Challenges and reforms in Spain's health technology assessment system: Analysis of criteria influencing medicines' reimbursement decisions between 2019 and 2022 in Spain. *The European Journal of Health Economics, 26*, 1569–1579. https://

doi.org/10.1007/s10198-025-01790-7

57. World Health Organization. (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance. World Health Organization.

58. **López**-Valcárcel, B. G., & Barber, P. (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: Lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy, 15*, 13–21. https://doi.org/10.1007/s40258-016-0263-0

59. Leppo, K., Ollila, E., Peña, S., Wismar, M., & Cook, S. (Eds.). (2013). *Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies*. Ministry of Social Affairs and Health; European Observatory on Health Systems and Policies.

60. World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services: Report by the Secretariat* (A69/39). World Health Organization.

61. García-Altés, A., Peiró, M., & Artells, J. J. (2019). Priorización de medidas para la consolidación de la toma de decisiones compartidas en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud español. *Gaceta Sanitaria, 33*(5), 408–414. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.04.017

62. Westerink, H. J., Oirbans, T., Garvelink, M. M., van Uden-Kraan, C. F., Zouitni, O., Bart, H. A. J., van der Wees, P. J., & van der Nat, P. B. (2023). Barriers and facilitators of meaningful patient participation at the collective level in healthcare organizations: A systematic review. *Health Policy, 138*, 104946. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104946

63. Fernández Da Silva, Á., Barral Buceta, B., & Mahou-Lago, X. M. (2022). eHealth policy in Spain: A comparative study between general population and groups at risk of social exclusion in Spain. *Digital Health, 8*, 1–16. https://doi.org/10.1177/20552076221120724

64. Cassetti, V., López-Ruiz, M. V., Gallego-Royo, A., Egea-Ronda, A., Gea-Caballero, V., Avinó Juan-Ulpiano, D., Baraza Cano, M. P., Romero Rodríguez, E., & EvaluA GPS Research Group. (2023). Asistir, consultar, involucrar: ¿es necesario redefinir el concepto de participación comunitaria? *Gaceta Sanitaria, 37*, 102344. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102344

65. Cassetti, V., López-Ruiz, M. V., Egea-Ronda, A., Aviñó Juan-Ulpiano, D., & Benedé Azagra, C. B. (2025). Facilitators and barriers to implement community engagement approaches in health promotion projects: A qualitative study in 13 projects in Spain. *Public Health in Practice, 9*, 100595. https://doi.org/10.1016/j.puhip.2025.100595

66. Mármol-López, M. I., Fraile-Escriche, M. R., Rodríguez García-Abad, N., Rafael Lafuente, J., Ruiz Azarola, A., & Olivella-Cirici, M. (2026). Buenas prácticas de coordinación en salud comunitaria. Informe SESPAS 2026. *Gaceta Sanitaria, 40*, 102560. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2025.102560

67. Galvez-Hernandez, P., Shankardass, K., Puts, M., Tourangeau, A., Gonzalez-de Paz, L., Gonzalez-Viana, A., & Muntaner, C. (2025). Mobilizing community health assets through intersectoral collaboration for social connection: Associations with social support and well-being in a nationwide population-based study in Catalonia. *PLOS ONE, 20*(3), e0320317. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320317

68. Such, E., Smith, K., Woods, H. B., & Meier, P. (2022). Governance of intersectoral collaborations for population health and to reduce health inequalities in high-income countries: A complexity-informed systematic review. *International Journal of Health Policy and Management, 11*(12), 2780–2792. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6550

69. Carey, G., Crammond, B., & Keast, R. (2014). Creating change in government to address the social determinants of health: How can efforts be improved? *BMC Public Health, 14*, 1087. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087

70. Cabrera-León, A., Daponte Codina, A., Mateo, I., Arroyo-Borrell, E., Bartoll, X., Bravo, M. J., Domínguez-Berjón, M. F., Renart, G., Álvarez-Dardet, C., Marí-Dell'Olmo, M., Bolívar Muñoz, J., Saez, M., Escribà-Agüir, V., Palència, L., López, M. J., Saurina, C., Puig, V., Martín, U., Gotsens, M., … Bernal, M. (2017). Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. *Gaceta Sanitaria, 31*(3), 194–203. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.014

71. Kriegner, S., Ottersen, T., Røttingen, J.-A., & Gopinathan, U. (2021). Promoting intersectoral collaboration through the evaluations of public health in-

terventions: Insights from key informants in 6 European countries. *International Journal of Health Policy and Management, 10*(2), 67–76. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2020.19

72. World Health Organization. (2023). *Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081888

73. Ministerio de Sanidad & Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico. (2022). *Plan Estratégico de Salud y Medioambiente 2022-2026*. Ministerio de Sanidad.

74. Losada, I. J., Feliu, E., & Sanz, M. J. (Coords.). (2025). *Evaluación de Riesgos e Impactos derivados del Cambio Climático en España (ERICC-2025)*. Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico.

75. Achebak, H., Rey, G., Chen, Z.-Y., Lloyd, S. J., Quijal-Zamorano, M., Méndez-Turrubiates, R. F., & Ballester, J. (2024). Heat exposure and cause-specific hospital admissions in Spain: A nationwide cross-sectional study. *Environmental Health Perspectives, 132*(5), 057009. https://doi.org/10.1289/EHP13254

76. Braithwaite, J., Smith, C. L., Leask, E., Wijekulasuriya, S., Brooke-Cowden, K., Fisher, G., Patel, R., Pagano, L., Rahimi-Ardabili, H., Spanos, S., Rojas, C., Partington, A., McQuillan, E., Dammery, G., Carrigan, A., Ehrenfeld, L., Coiera, E., Westbrook, J., & Zurynski, Y. (2024). Strategies and tactics to reduce the impact of healthcare on climate change: Systematic review. *BMJ, 387*, e081284. https://doi.org/10.1136/bmj-2024-081284

77. Mauer, N., Durvy, B., & Panteli, D. (2025). *How can health care facilities reduce their environmental footprint and contribute to more sustainable health systems?* Policy Brief 68. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe

78. Linares, C., Sánchez-Martínez, G., Kendrovski, V., & Díaz, J. (2020). A new integrative perspective on early warning systems for health in the context of climate change. *Environmental Research, 187*, 109623. https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109623

79. Hagenaars, R. H., Heijungs, R., de Koning, A., Tukker, A., & Wang, R. (2025).

The greenhouse gas emissions of pharmaceutical consumption and production: An input–output analysis over time and across global supply chains. *The Lancet Planetary Health, 9*, e196–e206.

80. Montes-Piña, L., Badanta, B., & de Diego-Cordero, R. (2026). Decarbonizing the Spanish health system: A qualitative study on the implementation of environmental regulations and management strategies in health institutions. *Healthcare, 14*(6), 753. https://doi.org/10.3390/healthcare14060753

81. Hensher, M. (2024). Health technology assessment and healthcare environmental sustainability: Prioritizing effort and maximizing impact. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 40*(1), e25, 1–5. https://doi.org/10.1017/S0266462324000230

82. Williams, J. T. W., Bell, K. J. L., Morton, R. L., & Dieng, M. (2024). Methods to include environmental impacts in health economic evaluations and health technology assessments: A scoping review. *Value in Health, 27*(6), 794–804. https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.02.019


Gaspar Casal