

Informe SESPAS

Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 2: el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2024



José Ramón Repullo Labrador* y José Manuel Freire Campo

Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

R E S U M E N

Palabras clave:

España
Fuerza laboral en salud
Grupos profesionales
Rendimiento laboral
Indemnización para trabajadores
Motivación
Planes para motivación del personal
Profesionalismo

En España, el modelo retributivo para el personal estatutario es complejo, heterogéneo y orientado más a compensar funciones y actividades complementarias que a recompensar el buen desempeño mostrado en las tareas específicas del puesto de trabajo. Las diversas tentativas de incorporar complementos incentivos han sido desnaturalizadas ante una cultura igualitarista de la función pública y una débil gobernanza sistémica. Los atractores externos (v.g. actividad privada) para los profesionales sanitarios están siendo importantes y neutralizan muchos incentivos intramurales. Hay pocas expectativas de cambios relevantes o estructurales, ya que los principales agentes implicados no apuestan por transformaciones; sin embargo, algunos factores del entorno pueden propiciar mejoras incrementales en los sistemas de contratación, en la información disponible para mejorar la fijación comparativa de objetivos y en la creación de espacios de buena gobernanza y gestión clínica. El escenario económico, crecientemente preocupado por las tendencias inflacionarias y los riesgos de sostenibilidad, así como la transformación digital, pueden tener un efecto dinamizador de algunas reformas en la gobernanza y la gestión.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pay for performance in public directly managed healthcare centers. Part 2: The Spanish National Health System. SESPAS Report 2024

A B S T R A C T

Keywords:

Spain
Workforce
Health personnel
Work performance
Workers' compensation
Motivation
Employee incentive plans
Professionalism

In Spain, the compensation model for statutory health personnel is complex, heterogeneous, and more oriented to rewarding complementary functions and activities, than to paying for the actual performance in the position of employee. The various attempts to incorporate incentives have been distorted by a civil service egalitarianist culture, and weak systemic governance. External attractors (private practice, etc.) for healthcare professionals are becoming more important and neutralize many intramural incentives. There are few prospects of relevant or general changes, since the main actors involved are reform-averse; but some environmental factors can lead to incremental improvements in employment contracts, in the information available to improve benchmarking, and in the creation of islands of good clinical governance and management. The economic scenario, increasingly concerned about inflationary trends and sustainability risks, may have a revitalizing effect of some governance and management reforms.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En otro capítulo de este informe¹ se ha discutido el marco conceptual de la evaluación del desempeño y del rendimiento, así como de los retos de la compensación en los centros sanitarios de gestión directa. En este abordamos el análisis del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, basado mayoritariamente en el modelo de «gestión tradicional». Tiene interés describir sucintamente las características relevantes de este modelo en lo que afecta de manera más directa a la gestión del personal, a la evaluación del desempeño y del rendimiento, y a las retribuciones (compensación).

Las características relevantes de los centros del SNS de gestión directa tradicional son:

- El centro sanitario (hospital, área de salud, etc.) tiene consideración organizativa de centro de coste discrecional o centro de gasto, con un presupuesto anual asignado y delimitado por capítulos, artículos y conceptos (personal, gasto corriente, inversiones, etc.), entre los cuales la reasignación de fondos es muy restringida o imposible. Los centros sin personalidad jurídica operan en el marco del derecho administrativo, con un margen muy limitado de autonomía.
- Los directores gerentes de los centros son de nombramiento y cese discrecional por las autoridades sanitarias; solo algunas comunidades autónomas realizan un concurso público de libre designación. Al no existir órgano colegiado de gobierno (junta de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jrepullo@isciii.es (J.R. Repullo Labrador).

Puntos clave

- Las retribuciones variables en el modelo retributivo estatutario del SNS no están vinculadas al buen desempeño, sino a compensar funciones y actividades complementarias.
- La cultura igualitarista y la debilidad en la gestión autónoma y profesionalizada han desnaturalizado o anulado las tentativas de incentivación por desempeño.
- La escasa incentivación intramural hace que los atractores externos y los conflictos de interés puedan erosionar la fidelización y la dedicación de los profesionales.
- El escenario no es proclive a grandes cambios, pero sí a ensayar algunas mejoras incrementales en la meso- y la microgestión, autolimitadas, pero relevantes.

gobierno o consejo de administración), los directores-gerentes solo rinden cuentas ante la autoridad que les ha nombrado. Todos los niveles directivos de los centros, excepto las jefaturas médicas de los servicios, son de nombramiento y cese discrecional.

- La práctica totalidad del personal de los centros, tanto sanitarios (medicina, enfermería, etc.) como no sanitarios (gestión, servicios, etc.), está regida por el Estatuto Marco de 2003²; este «personal estatutario» tiene un régimen muy similar al de funcionario. El acceso regular y formal a la condición de personal estatutario se realiza por concurso-oposición, vía Ofertas Públicas de Empleo (OPE), referidas a todo el Servicio Autonómico de Salud, no específicas para un centro concreto. Las convocatorias de OPE no suelen ser periódicas, sino erráticas en el tiempo, y tienen una gran complejidad administrativa; por ello, es frecuente que cerca del 50% del personal sea temporal, sin nombramiento fijo, bien sea como interino (hasta la cobertura oficial de la vacante) o como eventual. El personal estatutario (sea en propiedad, interino o eventual) no tiene un contrato referido a su puesto de trabajo (la *job description* es inexistente), sino un nombramiento genérico de la categoría que corresponda (médico, enfermero, etc.) y la especialidad requerida en su caso.

En este capítulo se tratan en detalle las características y los componentes del sistema retributivo del personal estatutario del SNS, de los intentos para evaluar el rendimiento e incluir incentivos, así como de los condicionantes que influyen en estos intentos y en sus resultados. Para ello, en primer lugar se analiza en una tabla-resumen la estructura retributiva del personal estatutario; en segundo lugar, se revisan los condicionantes de gobernanza, culturales y de dependencia de senda³ que condicionan la realidad actual (el pasado imprime una fuerte inercia en algunos modelos organizativos, que explican la rigidez y la dificultad para adaptarse a cambios del entorno y para implementar reformas); y finalmente se llega a unas conclusiones en las que se destacan la gran estabilidad del *statu quo*, las posibles oportunidades para avanzar y la importancia de cultivar los motivadores intrínsecos, tan críticos para la buena práctica médica.

El sistema nacional de salud-gestión directa: los desempeños y las compensaciones

En el sector público español, el sistema funcional muestra una gran homogeneidad en sus conceptos retributivos. La retribución básica depende del cuerpo-escala e incluye la antigüedad. La retribución complementaria atiende a las características de los puestos de trabajo, la carrera profesional o el desempeño, el rendimiento o los resultados alcanzados por el funcionario⁴. Este esquema se enmaraña bastante cuando se aplica al personal estatutario del sistema sanitario público, tanto por la naturaleza compleja de la sanidad y la necesidad de incorporar retribución a diversas funciones

(guardias, atención continuada, docencia, prolongación de jornada, etc.), como por los repetidos intentos de articular sistemas de incentivación (productividad fija y variable, carrera profesional, etc.).

El sistema retributivo del personal del SNS, del que Cañas⁵ ha hecho una excelente revisión, podría representarse como se hace en la [tabla 1](#), en la que se describen 14 componentes de los pagos al personal, ordenados de fijo a variable, en tres categorías (fijos, relacionados con la actividad y de pago por desempeño en sentido estricto), y se relacionan con la denominación habitual del sistema retributivo estatutario (establecido en el ya citado estatuto marco). La tabla permite visualizar que la mayoría de los complementos relevantes para el comportamiento de los profesionales sanitarios no pueden considerarse un pago por desempeño, sino ajustes de contraprestaciones establecidas para actividades o funciones adicionales o específicas asumidas. Además, las comunidades autónomas presentan diferencias notables tanto en las cuantías como en las denominaciones y los contenidos de cada concepto retributivo.

El estudio de 2008 sobre pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos en el SNS de Peiró y García-Altés⁶ sigue estando de plena actualidad, como lo están la visión panorámica realizada por Eirea y Ortún⁷ en 2012 y la de Martín en 2015⁸. Son descripciones perfectamente asumibles de la situación actual; ni la proscripción ni la pandemia han modificado la senda.

Hay, al menos, tres aspectos destacados en estas revisiones: 1) la heterogeneidad entre los servicios de salud de las comunidades autónomas; 2) la falta de un marco explícito y compartido para el diseño del modelo retributivo y de incentivos, de manera que los modelos parecen más bien el resultado de buenas intenciones desnaturalizadas en ciclos sucesivos de regateo entre agentes interesados; y 3) la falta de transparencia en la información y el aparente desinterés de las autoridades del SNS por desarrollar estudios comparados que faciliten la convergencia (de hecho, muchas de las fuentes disponibles son sindicales o académicas).

Las necesidades de articular retribuciones por actividades específicas han contribuido a desnaturalizar el concepto de complemento de productividad, creando un componente fijo (tasado en relación a funciones o cargas complementarias asumidas). El componente variable, aunque suele estar vinculado al reparto de incentivos generados por el cumplimiento de objetivos del contrato programa, también está habitualmente regulado con márgenes y porcentajes estamentales (por grupos laborales y profesionales). Las experiencias de discriminación entre profesionales individuales han sido muy poco frecuentes, y la conflictividad generada ha llevado a desistir de su aplicación y regresar a la apacible senda de la linealidad. En la cultura estatutaria dominante parece que la uniformidad domina claramente sobre la diferenciación (sea por conservadurismo o por resignación).

Otro complemento cuya aplicación también se ha desnaturalizado es el de carrera profesional: no ha conseguido superar su irrelevante significación reputacional y la costumbre (y la débil gobernanza) lo ha ido convirtiendo en un nuevo complemento de antigüedad⁹.

Las guardias (oficialmente «atención continuada») suponen una parte muy relevante de los ingresos del personal médico, aunque su papel incentivador haya decaído (hay más cargas de trabajo por la mayor frecuentación de urgencias y también sube el coste de oportunidad del tiempo del facultativo). A esto se añade la autoconcertación (vulgarmente «peonadas»), que son sesiones quirúrgicas vespertinas para reducir listas de espera, que habitualmente también son retribuidas como «atención continuada» y que suponen una fuerte inyección económica. La controversia de este complemento proviene de que, según como se diseñen y monitoricen, pueden interferir más o menos con las cargas de trabajo y las prioridades en el horario de mañana. Guardias y autoconcertación son

Tabla 1
Pagos al personal sanitario y relación con la estructura retributiva estatutaria

Estructura retributiva personal estatutario sanitario (en gradiente fijo-variable)		Básicas			Complementarias ^a					Retribución externa regulada
		Sueldo	Trienios	Pagas extra	C. Destino	C. Específico	C. Productividad (componente fijo)	C. Productividad (comp. variable)	C. Atención Continuada	C. Carrera
<i>Fijas</i>										
1	Titulación-profesión (categoría profesional)	■		■						
2	Nivel jerárquico del puesto de trabajo				■					
3	Dificultad o penosidad del puesto de trabajo					■				
4	Tiempo trabajado		■							
5	Exclusividad con el puesto (incompatibilidad)					■				
6	Progresión profesional								■	
<i>Relacionadas con actividad o función</i>										
7	Vinculación a plaza complementaria, plazas vinculadas a universidad									■
8	Número de tarjetas sanitarias en atención primaria (ajustes por edad o dispersión)						■			
9	Asunción de funciones específicas (comités hospitalarios, tutoría de residentes, etc.)						■			
10	Asunción de pacientes de otro cupo de atención primaria (¿sesiones para ver pacientes por encima de un tope diario?)						■			
11	Guardias, atención continuada y pluses por turnos							■		
12	Autoconcertación (peonadas)						■			
13	Ensayos clínicos e investigaciones retribuidas									■
<i>Relacionadas con el desempeño</i>										
14	Cantidad y calidad de los servicios prestados según obligaciones laborales y compromisos contractuales						■			

^a C. Destino, C. Específico, C. Productividad, C. Atención Continuada y C. Carrera son complementos salariales.

palancas fundamentales de incentiviación, con una heterogeneidad entre comunidades autónomas y centros que es muy relevante.

Cultura y dependencia de senda: la desactivación y la desnaturalización de las innovaciones organizativas

La dependencia de senda en el SNS se ha mostrado muy robusta (particularmente para la gestión del personal). Pese a la acumulación de interinos y eventuales en la década de 1990, no se optó por el cambio a personal laboral. La OPE extraordinaria de la Ley 16/2001¹⁰ confirmó esta opción por el modelo estatutario. La sustitución de los tres viejos estatutos del personal del Instituto Nacional de Previsión (personal médico, personal sanitario y personal no sanitario) por el Estatuto Marco, que se demoró más de 17 años desde la Ley General de Sanidad de 1986, incrementó la asimilación del modelo estatutario al funcionarial. Otro ejemplo: la gestión clínica pasó a marchitarse sin haber florecido; la gran recesión de 2008 la sacó de la agenda reformista, perdiendo visibilidad y reformulándose como cambios incrementales en la estructura de coordinación de servicios y de formación de unidades especializadas.

Tanta inercia merece ser analizada. Está claro que algunas ventajas importantes han debido tener el *statu quo* casi funcionarial del personal y el modelo administrativo para los intereses de los agentes implicados:

- Para las autoridades económicas: mayor predictibilidad y menores posibilidades de que los proveedores generen o induzcan costes incrementales.
- Para las autoridades de función pública: la homogenización como elemento de simplificación y control central de los costes de personal, así como la acumulación de poder para controlar efectivos y reducir la influencia de las autoridades sanitarias (que abarcan el 40% del presupuesto autonómico y del personal).
- Para los médicos: seguridad de empleo y equilibrio de poder ante los gestores y frente a la élite médica (*big-docs*).
- Para los gestores: aunque aborrecen un modelo que no les permite gestionar, acaban acostumbrándose al «comfortable malestar» en una empresa que no puede quebrar y que no castiga de forma coherente los malos resultados.
- Para los políticos: evitar los importantes costes de reformar cualquier regulación de empleados públicos.
- Para los sindicatos: la resistencia a perder peso en la relación con las administraciones y apoyo en las bases.

La preeminencia en las comunidades autónomas de las autoridades económicas y de función pública sobre las sanitarias, y el escaso peso político de estas, han ido reforzando un marco refractario a reformas. La estructura de gestión y de vinculación de profesionales quedó esencialmente consolidada (aunque sobradamente criticada), debiendo los modelos y las iniciativas de reforma adaptarse a pequeños ajustes incrementales sobre una base poco modificable.

En estas condiciones, los esfuerzos por medir el desempeño y por compensar e incentivar a centros y profesionales por sus buenos resultados quedaron en proyectos rápidamente desnaturalizados en su alcance, y con frecuencia alterados en su propósito inicial.

Es posible que se precise una palanca central para mover esta inercia y adinamia autonómica. En las conclusiones de la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica de julio de 2020 hay una serie de propuestas que podrían marcar una hoja de ruta para impulsar cambios reformistas necesarios¹¹; obviamente, el papel en este impulso de la autoridad sanitaria central, aliada con las autonómicas, es fundamental.

La gran recesión y la pandemia han revitalizado el discurso del buen gobierno y la buena gestión en la economía pública; los sistemas de información encuentran en la transformación digital una fuente de datos masivos fácilmente disponibles para evaluar rendimientos; y finalmente, la preocupación por la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud y por el Estado del Bienestar ha subido en la agenda pública y política, y podría movilizar a algunos agentes que han sido hasta ahora muy reacios a cualquier movimiento fuera del «acogedor estado del malestar»¹².

No cabe desconocer los incentivos en la sombra que afectan decisivamente al comportamiento de los profesionales. En el SNS español es un asunto pendiente una regulación explícita de los conflictos de intereses, a pesar del mandato para ello incluido en algunas leyes sanitarias recientes^{13,14}. El *Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria* permite entrever la dimensión de las transferencias de fondos a los médicos y al mundo profesional sanitario desde la industria del medicamento; en 2022 se batió un récord de 667 millones (un incremento del 57% lo destinado a la asistencia de profesionales a congresos)¹⁵.

Existe abundante evidencia circunstancial de cómo los ámbitos externos citados tienen un gran potencial para afectar negativamente al desempeño y a la dedicación interna. Del mismo modo, es coherente esperar que los incentivos profesionales extramurales disminuyan el valor de la compensación interna y debiliten la identificación con la institución sanitaria pública¹⁶. El caso más evidente de este impacto es la práctica privada y cómo la Administración sanitaria ha intentado contrarrestar su efecto negativo interno prohibiéndola para sus médicos de atención primaria, incentivando económicamente la dedicación exclusiva en los hospitales y estableciendo algunas reglas para desacoplar los conciertos de la actividad pública. Merecen un comentario aparte los diversos y discretos cambios regulatorios que en estos años se han producido por parte de las autoridades sanitarias autonómicas para desactivar la aplicación de incompatibilidad del complemento específico.

Finalmente, procede considerar si la transformación digital va a suponer un cambio disruptivo en la organización y la gestión. Los datos masivos de la vida real permitirán identificar parámetros de desempeño e individualizar calidad y eficiencia; los contratos de gestión tendrán una base más amplia y de mayor granularidad. También afectará a los procesos y roles profesionales, en particular con los desarrollos de inteligencia artificial, lo que supondrá un mayor cuestionamiento de las sendas evolutivas tradicionales.

Conclusiones

En las últimas décadas no se han producido novedades dignas de mención en la gestión del personal sanitario del SNS, manteniéndose el subdesarrollo de sistemas de medición de resultados y desempeño vinculados a instrumentos de compensación (bonificación o penalización) que activen la motivación extrínseca.

En los próximos años, el espacio de factibilidad de las políticas de incentiviación de organizaciones y personas en el SNS va a ser igualmente limitado; no parece haber consensos (ni voluntad política) para una reforma profunda de la gobernanza y la gestión sanitaria pública que aumente el margen de autonomía de los centros, que introduzca cambios de calado en el Estatuto Marco ni, mucho menos, que lo reoriente hacia la laboralización de los profesionales sanitarios (no querida por la gran mayoría). Por otra parte, las experiencias puntuales de laboralización, todas ellas sin cambios en el modelo de gobernanza ni en los instrumentos de gestión, no parecen haber marcado la diferencia. El retorno a la gestión directa tradicional de algunas nuevas formas de gestión

y de colaboración público-privada muestran con claridad la falta de liderazgo político y de visión sobre la gobernanza del SNS, así como la fortaleza y las inercias del *statu quo*, que han conseguido la «regresión a la media» de los experimentos de las últimas dos décadas.

Esto no significa que no existan impulsos o marcos para proyectos de cambio; solo que, en los próximos años, son poco probables reformas de calado en la gobernanza del SNS, de sus centros y organizaciones. Sin embargo, hay cosas que pueden cambiar impulsadas por la necesidad de mejorar el funcionamiento y la sostenibilidad. Las presiones contra la precariedad pueden dinamizar mejoras en los procedimientos de selección y contratación para que sean más dinámicos y flexibles, y que reduzcan la temporalidad (esencial en atención primaria); también que los sistemas de información y la transformación digital permitan mejorar los contratos de gestión y facilitar la competencia por comparación. Dada la vinculación de la compensación por desempeño y los contratos de gestión, su revitalización, aunque solo fuera para fomentar la competencia por comparación, crearía una buena cimentación para aplicar en un futuro incentivos sensatos y racionales; se trataría de buscar la plurianualidad de los contratos, su desagregación en acuerdos de gestión clínica con las unidades y la construcción de cuadros de mando que monitoricen su cumplimiento y que estén en dominio público irrestricto. Algunos de estos aspectos han sido indicados como apropiados en la recomendación 79 y concordantes del ya citado documento de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica¹⁰.

Igualmente, es muy posible que se creen islas de gestión clínica protegida que recluten al profesionalismo innovador, en cuyos sistemas de trabajo clínico se generen experiencias y consensos para aumentar la flexibilidad interna. Si ello sucede, lo esperable es que sus logros sean referentes a emular.

Los incentivos específicos en entornos públicos de gestión directa son difíciles de establecer y medir, y son laboriosos (si se hacen bien), pero no se permite subjetividad ni discrecionalidad en su aplicación y además se destinan cantidades exiguas a la bonificación; con el tiempo, las retribuciones variables son capturadas como complemento fijo y hay que volver a empezar. Si estos parámetros se mantienen, quizás la mejor alternativa sea priorizar acciones sobre los incentivos estructurales (calidad de empleo, contratación, recertificación, carrera profesional apropiada, promoción, etc.) y reorientar los específicos hacia procesos asistenciales con impacto en resultados en salud.

En todo caso, el reto de mejorar los instrumentos generadores de motivación extrínseca en el SNS no debe llevarnos a desatender los motivadores intrínsecos y trascendentes. Las políticas profesionales del SNS deben preservar y cultivar, a través del buen gobierno de sus centros y servicios, una renovación del contrato social implícito con médicos y otros profesionales sanitarios: depósito de confianza, cesión de autonomía para organizarse y un modelo de mesogestión menos politizado y más competente.

Pequeños pasos, en todo caso, pero muy relevantes para iniciar cambios de senda a favor del interés general, y también de las propias satisfacción y motivación de los profesionales.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Para la elaboración de este artículo no se han utilizado fuentes de datos primarias. Todos los datos citados vienen acompañados de la fuente original de donde se han obtenido.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente

del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Ambos autores han participado en la concepción y el diseño del estudio, en la escritura del artículo y en la aprobación de la versión final para su publicación.

Agradecimientos

El texto fue enviado para una lectura crítica a las siguientes personas, a las que agradecemos sus comentarios y sugerencias: Juan Torres Macho, Emilio Rodríguez Pérez, Juan José Cañas Sancho, Marisa Martín del Burgo y José María Muñoz y Ramón.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Repullo JR, Freire JM. Evaluación del rendimiento y compensación en centros sanitarios de gestión directa. Parte 1: marco general. Informe SESPAS 2024. Gac Sanit. 2024 [referencia cruzada a la primera parte de los dos artículos publicada en este mismo número de Gaceta Sanitaria].
2. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Cap. IX, Artículo 41-45. Boletín Oficial del Estado, número 301. 17/12/2003.
3. Arthur WB. Competing technologies, increasing returns, and lock-in by historical events. *The Economic Journal*. 1989;99:116-31.
4. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Título III, Capítulo III. Derechos Retributivos. Boletín Oficial del Estado, número 261. 31/10/2015.
5. Cañas-Sancho JJ. Estructura retributiva y sistemas de compensación del personal estatutario: el marco estatutario. Tema 10.4. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2018. (Actualizado en septiembre de 2022.) (Consultado el 20/7/2023.) Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500711/n10.4.Estructura_retributiva.pdf
6. Peiró S, García-Altés A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22 (Supl 1):143-55.
7. Eirea C, Ortún-Rubio V. Incentivos financieros en la mejora de la calidad asistencial. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26 (Supl 1):102-6.
8. Martín-Martín JJ. Las retribuciones en el Sistema Nacional de Salud. Presupuesto y Gasto Público. 2015;79:149-62.
9. Pérez-García RM, Del-Fresno-García M, López Peláez A. Abriendo la caja negra de las profesiones sanitarias: evaluación de la aplicación de la carrera profesional en el Sistema Nacional de Salud. REALA. 2014;1:45-53.
10. Ley 16/2001, de 21 de noviembre, por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, número 280. 22/11/2001.
11. Congreso de los Diputados. Conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Serie D General, número 131 (4 agosto 2020). p. 36. (Consultado el 20/7/2023.) Disponible en: https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-130.PDF
12. Fidalgo JM, Repullo JR, Alende MJ, et al. El acogedor "Estado del malestar" del Sistema de Salud. El País, 29 de octubre de 2004. Disponible en: <https://elpais.com/diario/2004/10/29/sociedad/1099000811.850215.html>
13. Comunidad de Madrid. Ley 9/2015, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas. Art. 32. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 311. 31/12/2015.
14. Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud (Art. 22. h.). Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 2. 31/12/2018.

15. Simón A. La industria farmacéutica paga al sector médico un récord de 667 millones en formación y ayudas. Cinco Días. 30 de junio de 2023. (Consultado el 20/7/2023.) Disponible en: <https://cincodias.elpais.com/companias/2023-06-30/la-industria-farmaceutica-paga-al-sector-medico-un-record-de-667-millones-en-formacion-y-ayudas.html>
16. Meneu R, Urbanos R, Ortún V. Colaboración público-privada en sanidad: también para que "Gestión Pública" pase de oxímoron a pleonismo. Economía y Salud. Boletín Informativo. 2021:97.