

# EL DERECHO COMO HERRAMIENTA IMPRESCINDIBLE PARA ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA SANITARIO: LA NECESIDAD DE ADOPTAR UN ENFOQUE INTEGRAL\*

Javier  
Esteban Ríos

*Profesor Contratado Doctor de Derecho Administrativo  
Universidad de Zaragoza*

## SUMARIO

**I. Un gasto sanitario con tendencia creciente y el consecuente riesgo de sostenibilidad. II. El derecho a la salud de los ciudadanos y su financiación. 1. El derecho a la salud de los ciudadanos. 2. La financiación del derecho a la salud. III. Delimitación del ámbito subjetivo de cobertura y repercusión de costes a terceros. IV. El establecimiento de pagos a cargo de los pacientes y el recurso a fuentes de financiación ajenas. V. La necesidad de adoptar una visión integral y de seguir un enfoque preventivo. VI. Medidas orientadas a mejorar la eficiencia del sistema. 1. La necesidad de contar con información, así como con parámetros y metodologías de evaluación. 2. Eficiencia organizativa y de gestión. 2.1 Gestión del personal sanitario. 2.2 Colaboración entre Administraciones públicas. 2.3 Otras decisiones de gestión. 3. Eficiencia vinculada al uso de nuevas tecnologías. VII. La actuación sobre la adquisición de productos y servicios sanitarios: compra de valor y adquisiciones centralizadas. VIII. El impacto en la sostenibilidad de la forma de gestión pública o privada. 1. Forma de gestión y límites normativos. 2. La asistencia privada como vía de descongestión del sistema público: pólizas privadas y el singular caso del mutualismo administrativo. IX. Conclusiones. X. Bibliografía.**

## RESUMEN

La viabilidad de un sistema sanitario moderno, eficaz y garantista exige que el mismo sea también sostenible desde el punto de vista financiero, lo que requiere lidiar de forma decidida con distintos factores que tienden a incrementar los costes asociados a la prestación de servicios sanitarios. Así, es preciso articular medidas legislativas, organizativas y de gestión que contribuyan a asegurar una muy compleja sostenibilidad, cabiendo enfoques de lo más diverso que han de pivotar sobre la adopción de una visión integral de la salud de los ciudadanos. Dichas medidas pueden incidir sobre elementos tales como el alcance subjetivo

de la cobertura sanitaria, la repercusión de costes asumidos por el sistema público a terceros, la integración de fuentes de financiación complementarias, la limitación o fomento de ciertas conductas, el incremento de la eficiencia en la organización y gestión, la mejora de las adquisiciones de productos y servicios o la elección de las distintas formas de prestación.

## PALABRAS CLAVE

Salud; sanidad; sostenibilidad financiera; eficiencia; sistema sanitario.

\* Trabajo ganador del Premio Derecho y Salud 2024. El Jurado que concedió este galardón estuvo presidido por Dña. Miriam Cueto Pérez e integrado por D. José María Barreiro Díaz, D. Ángel Manuel Moreno Molina, Dña. Ana Sánchez Lamelas, D. Ramón Terol Gómez y Dña. Diana Paola González Mendoza, esta última en calidad de Secretaria. El fallo del jurado se hizo público el 7 de junio de 2024.

**ABSTRACT**

*The viability of a modern, effective and safeguards-based healthcare system requires that it is also financially sustainable, which means that various factors that tend to increase the costs associated with the provision of healthcare services must be tackled decisively. Thus, it is necessary to articulate measures that contribute to ensuring a very complex sustainability, with a wide range of approaches that hinge on the adoption of a comprehensive vision of citizens' health. These measures may affect elements such as the subjective scope of healthcare coverage, the passing on of costs assumed by the public system to third parties, the integration of complementary sources of financing, the limitation or promotion of certain behaviours, the increase in efficiency in organisation and management, the improvement of product and service procurement or the choice of different forms of provision.*

**KEYWORDS**

*Health; healthcare; financial sustainability; efficiency; health system.*

## **I. UN GASTO SANITARIO CON TENDENCIA CRECIENTE Y EL CONSECUENTE RIESGO DE SOSTENIBILIDAD**

La delimitación del derecho a la salud de los ciudadanos, y de las específicas prestaciones que integran este derecho, ha de acompañarse necesariamente de una perspectiva financiera. Y ello porque la viabilidad de un sistema sanitario moderno, eficaz y garantista quedaría en entredicho si, al mismo tiempo, el mismo resultase insostenible desde el punto de vista financiero.

A este respecto, los retos que afronta el sistema sanitario español —así como otros de nuestro entorno— son múltiples y de una notable complejidad, siendo deseable contar con el consenso de los distintos agentes implicados para acometerlos<sup>1</sup>. Así, pueden referirse diversos factores que tienden a incrementar los costes asociados a la prestación de servicios sanitarios<sup>2</sup>, como son el aumento de la

1 La necesidad de obtener el consenso de los distintos poderes públicos y organizaciones políticas para afrontar los retos a los que se expone el sistema sanitario español se destaca en un muy interesante documento elaborado por especialistas de distintas orientaciones políticas, como es LEGIDO-QUIGLEY, H.; BERROJALBIZ, I.; FRANCO, M.; GEA-SÁNCHEZ, M. et al (2024): «Towards an equitable people-centred health system for Spain». *The Lancet*. 403(10424), pág. 335.

2 En cuanto a los distintos factores que generan incrementos de costes, puede consultarse OCDE (2015): *Fiscal*

esperanza de vida<sup>3</sup> y el correlativo envejecimiento de la población<sup>4</sup>, la necesidad de desarrollar tratamientos y terapias personalizadas<sup>5</sup>, la cronificación de enfermedades que anteriormente resultaban letales, la investigación de enfermedades poco frecuentes o la gran dispersión de los pacientes en ciertos territorios<sup>6</sup>.

Estas circunstancias plantean un serio desafío para la sostenibilidad de una asistencia sanitaria de calidad, pues el coste del conjunto del sistema

*Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. París. OCDE, págs. 31 y 32.

3 Por lo que se refiere a la esperanza de vida, los históricos crecimientos experimentados en las últimas décadas se acompañarán de subidas adicionales en los años próximos. Así, de acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadística la esperanza de vida al nacer en España pasará de 80,4 años en hombres y 85,7 en mujeres —existente en 2023— a 86 y 90,00 en 2073. Acerca de estas estimaciones, pueden consultarse las *Proyecciones de Población 2024-2074*, del Instituto Nacional de Estadística, de junio de 2024 (nota de prensa accesible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/PROP20242074.htm>).

4 Es sobradamente conocida la tendencia experimentada en las sociedades desarrolladas —y especialmente en la española— que aúna una caída de la natalidad con el incremento de la proporción de personas de mayor edad, trayendo como resultado un envejecimiento relativo de la población general. En este sentido, de mantenerse la tendencia actual, el porcentaje de población de 65 años y más —que se situaba en 2023 en el 20,4 % del total— crecería hasta un máximo del 30,5% en torno a 2052, reduciéndose tímidamente hasta el 30,3 % en 2074. Ello, de acuerdo con datos de las *Proyecciones de Población 2024-2074*, del Instituto Nacional de Estadística.

5 Se aprecia una tendencia creciente en los costes de los nuevos tratamientos —especialmente en aquellos que requieren de tecnologías innovadoras o los dirigidos a segmentos muy reducidos de la población. En este sentido, debe asegurarse que los beneficios clínicos que acompañan a los aumentos de costes son evidentes, pues algunos estudios apuntan a las escasas mejoras que derivan de algunos nuevos medicamentos. Así, para el caso alemán, entre los años 2011 y 2017, para el 58 % de los medicamentos autorizados no se apreció evidencia de mejoras adicionales respecto de las soluciones existentes, en variables tales como la mortalidad, morbilidad o la calidad de vida de los pacientes, según WIESELER, B.; MCGAURAN, N. y KAISER, T. (2019): «New drugs: where did we go wrong and what can we do better?». *BMJ Analysis*.

6 En particular, el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población son los dos principales retos que han de abordarse de forma decidida en el medio plazo. Y ello porque ambos factores tienen un impacto directo tanto en la sostenibilidad del sistema de pensiones como en el incremento del gasto sanitario, al tratarse de pacientes que acostumbran a requerir mayor atención y dispensación. En relación con la singular problemática a la que se exponen nuestros mayores, y brindando algunas soluciones desde el punto de vista de una atención integral, se recomienda la consulta de BARBER, S.L., VAN GOOL, K. et al (2021): *Pricing long-term care for older persons*. OECD y World Health Organization.

Como muestra de las diferencias de gasto entre grupos etarios puede atenderse al estudio de BORRAZ PERALES, S. (2021): «Escenarios de evolución del gasto sanitario e impacto esperado de la pandemia en el medio plazo». *Cuadernos de Información Económica*. 281, págs. 66 a 68. En dicho estudio se pone de manifiesto como el gasto anual por paciente es elevado en el primer año de edad, descendiendo de forma significativa después, y remonta notable y progresivamente a partir de los 50 años.

sanitario mantiene una tendencia al alza<sup>7</sup>. Tendencia alcista que se demuestra especialmente preocupante, pues la tasa de crecimiento anual del coste del sistema sanitario supera, tradicionalmente, el porcentaje de incremento anual del PIB, de modo que dichos costes cada vez suponen una parte más relevante de los recursos totales<sup>8</sup>.

Dicho desafío, además, es especialmente notable para los sistemas sanitarios públicos, habida cuenta de que las estructuras privadas tienen una mayor capacidad de acomodarse a los cambios en los costes.

Así, los operadores privados, generalmente, podrán repercutir el aumento de costes en sus tarifas, incrementarán su facturación en caso de crecer la demanda o, incluso, en el caso de seguros de asistencia sanitaria, podrán excluir a ciertos pacientes. Por el contrario, los sistemas públicos suelen caracterizarse por ofrecer coberturas sin contraprestación -o por debajo de coste- y con un alcance subjetivo universal o cuasi universal.

De hecho, por lo que se refiere a nuestro país, sin perjuicio del impacto extraordinario de la pandemia de la Covid-19 -con un gasto excepcional que puede distorsionar el análisis- se ha apreciado una senda creciente en los costes del sistema sanitario público, de modo que el gasto sanitario creció de 65.728 a 92.072 millones de euros entre los años 2015 y 2022<sup>9</sup>. Este notable incremento pone de manifiesto

7 Así, de acuerdo con proyecciones de la OCDE, entre 2015 y 2030 el gasto sanitario anual -tanto público como privado- crecería un 2,7 % anual, pasando para el conjunto de la OCDE desde el 8,8 % del PIB en 2015 al 10,2 % en 2030. Las divergencias entre países son notables, destacando las relevantes variaciones de Australia cuyo gasto sanitario pasa del 10,4 % del PIB en 2015 al 13 % en 2030, o EEUU con una variación del 16,8 % al 20,2 % en el mismo periodo. Por lo que se refiere a España, el crecimiento es menos acusado, pasando del 9,1 % del PIB en 2015 al 9,9 % en 2030. Todo ello, de acuerdo con datos de LORENZONI, L.; MARINO, A.; MORGAN, D. o JAMES, C. (2019): «Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology». *OECD Health Working Papers*. 110, pág. 19.

Puede acudirse también a la información sobre la evolución del coste del sistema sanitario contenida en las bases de datos de la OCDE, a través del siguiente enlace: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>

8 Sobre esta senda que, salvo excepciones, se ha mantenido en las últimas décadas, OCDE (2015: 26 y ss).

9 De acuerdo con las cifras contenidas en la *Estadística de Gasto Sanitario Público*, del Ministerio de Sanidad, publicadas anualmente y que incluyen información relativa a los cinco años inmediatamente anteriores. Igualmente, para nuestro país, se ha puesto de manifiesto un paulatino incremento de la demanda de servicios sanitarios en el estudio de HURTADO, S. e IZQUIERDO, M. (2023): «Efectos económicos de un posible deterioro duradero en la salud general de la población española». *Boletín Económico del Banco de España*. 2023/T1 20.

La influencia de la pandemia ha sido determinante, pues entre 2019 y 2022 el gasto escaló de forma pronunciada, desde los 75.025 (2019) hasta los 83.624 (2020), 88.009 (2021)

la necesidad de abordar la problemática de la sostenibilidad fiscal de nuestro sistema sanitario público, a fin de asegurar el adecuado mantenimiento de uno de los pilares de nuestro Estado social.

En este sentido, por sostenibilidad fiscal del sistema sanitario podemos entender la capacidad de mantener a futuro las coberturas sanitarias actuales, sin ocasionar un incremento sostenido del endeudamiento<sup>10</sup>. Se trata, por tanto, de acomodar los costes derivados del sistema a los ingresos del mismo, como estrategia que permita evitar un peligroso crecimiento permanente de las necesidades de financiación<sup>11</sup>.

El presente trabajo pretende abordar algunas de las posibles medidas que pueden implementarse para lograr una mayor sostenibilidad fiscal del sistema sanitario público español. En este sentido, como se verá, algunas de técnicas identificadas serán también trasladables a la prestación de servicios sanitarios de base privada, lo que redundaría en beneficios para los consumidores -y accionistas.

Por lo demás, en cuanto al enfoque del análisis, debe tenerse en cuenta que existen muy distintas formas de articular los sistemas sanitarios en el mundo -con muy diferentes combinaciones entre participación pública y privada. Así, pese a que la financiación pública acostumbra a ser mayoritaria -al menos en los países miembros de la OCDE- la misma puede articularse de muy distintas maneras<sup>12</sup>.

y 92.072 (2022) millones de euros. No obstante, la tendencia alcista previa ya era preocupante, pues el ascenso desde 65.728 (2015) a 75.025 (2019) millones de euros fue notable. En cualquier caso, sería de interés observar la tendencia en 2023, cuando existan datos consolidados disponibles, una vez pasados los rigores de la pandemia.

10 Existen diversas definiciones de sostenibilidad fiscal, como la contenida en el documento COMISIÓN EUROPEA (2014): «Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pension, Health Care and Long-term Care Policies». *European Economy Occasional Papers*. 201, pág. 5, donde se relaciona con: “The ability to continue now and in the future current policies (with no changes regarding public services and taxation) without causing public debt to rise continuously as a share of GDP”. Por otra parte, puede estarse a la definición brindada por el FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2007): *Manual on Fiscal Transparency*. Washington, DC. Fondo Monetario Internacional, pág. 110, donde se afirma que una política es sostenible “if a borrower is expected to be able to continue servicing its debt without an unrealistically large future correction to the balance of income and expenditure”.

11 El carácter estratégico de la sostenibilidad financiera de los servicios públicos se subraya por VILLAR ROJAS, F.J. (2023): «La sostenibilidad (financiera) de los servicios públicos». *Revista de Derecho Público: Teoría y Método*. 7, págs. 36 a 38.

12 En el caso de los países miembros de la OCDE el gasto sanitario financiado con fondos públicos se sitúa por encima del 70 % del total, de acuerdo con datos obtenidos de la base de datos de la OCDE. Téngase en cuenta que las estadísticas en la materia suelen considerar recursos públicos tanto los originarios de presupuestos gubernamentales, como los vinculados

Por ejemplo, existen redes sanitarias de titularidad pública, financiación con fondos públicos de actuaciones sanitarias privadas -especialmente para ciertas coberturas o para ciertos colectivos desfavorecidos- o financiación pública parcial de la contratación de pólizas privadas por los particulares.

Habida cuenta de esta variedad, como se ha adelantado, el trabajo pondrá el foco sobre la sostenibilidad del sistema sanitario español y, más concretamente, de su vertiente pública. Ello, claro, sin perjuicio de que las conclusiones obtenidas puedan ser -al menos parcialmente- extrapolables a otros marcos diferentes de financiación.

## II. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS CIUDADANOS Y SU FINANCIACIÓN

Con anterioridad al análisis de las concretas medidas que puedan apoyar la sostenibilidad fiscal del derecho a la salud, conviene detenerse sobre algunas consideraciones preliminares. Así, en el presente apartado se definirán los perfiles y caracteres del referido derecho a la salud para, posteriormente, determinar cómo se ha venido financiando el coste de las prestaciones vinculadas al mismo.

### 1. El derecho a la salud de los ciudadanos

Antes de descender sobre medidas concretas relacionadas con la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario, hemos de tener en cuenta que dicho sistema incide sobre un derecho de singular relevancia, como es el derecho a la salud de los ciudadanos.

Por ello, en este ámbito la sostenibilidad fiscal ha de entenderse más bien como una restricción a respetar por los gestores públicos, y no tanto como un objetivo en sí mismo considerado<sup>13</sup>. Y ello a fin de alcanzar un deseable equilibrio entre los intereses presentes, tanto fiscales como de tutela de la ciudadanía. De este modo, el logro de la necesaria sostenibilidad no se ha de circunscribir a una mera tarea contable de reducción de costes, sino que debe tenerse en cuenta la forma en la que dicha sostenibilidad impacta en otras metas.

Así, debe asegurarse que la sostenibilidad no impide que el sistema sanitario continúe cumpliendo

a aportaciones obligatorias a esquemas sanitarios públicos o seguros privados, según se recuerda en el documento *Public funding of health care*, de la OCDE, de febrero de 2020.

<sup>13</sup> En este sentido, THOMSON, S.; FOUBISTER, T. et al (2009): *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen. World Health Organization, págs. 5 y 6.

en el futuro los objetivos que tiene encomendados, entre los que destaca la protección del derecho a la salud. Por tanto, a la hora de abordar la garantía de la sostenibilidad fiscal deben valorarse distintas alternativas de actuación, escogiendo aquellas que permitan alcanzar un mejor equilibrio con la protección de la salud de los ciudadanos.

En cualquier caso, las referencias al derecho a la salud obligan a realizar siquiera un breve análisis de su naturaleza jurídica y contenido. A este respecto, y pese a su vinculación con la esencia humana, es complejo encontrar una definición y alcance generales en el derecho comparado, de modo que los diferentes Estados ofrecen configuraciones diversas -y generalmente relacionadas con su nivel de desarrollo económico.

Frente a esta disparidad, se ha buscado una uniformización a través de instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos<sup>14</sup> y, con carácter vinculante para los signatarios, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>15</sup>. De dichos textos se extrae un derecho a la salud amplio que conecta con el disfrute y la provisión de facilidades, bienes y servicios que son necesarios para alcanzar el nivel de salud más elevado posible<sup>16</sup>.

No obstante, esta concepción amplia convive con un enfoque posibilista, de manera que el derecho a la salud no se configura como un derecho a estar sano -algo que difícilmente pudiera garantizar ningún poder público- sino como el disfrute de diversas libertades y derechos<sup>17</sup>. Entre estos derechos, destaca el relativo a contar con un sistema de protección de la salud adecuado.

A su vez, el pragmatismo se pone de manifiesto al hacer depender este derecho de los recursos con los que cuenta el Estado, pues es evidente que las condiciones de cada Estado han de afectar a un derecho cuya cobertura exige el desembolso de relevantes

<sup>14</sup> Así, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 10 de diciembre de 1948.

<sup>15</sup> Derecho contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1996 (PIDESC).

<sup>16</sup> Por ejemplo, en aplicación del artículo 12 del PIDESC el derecho a la salud se ha definido como el derecho al “disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”, de acuerdo con la Observación general nº 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 11 de agosto del 2000 (E/C. 12/2000/4), apartado 9.

<sup>17</sup> Derechos y libertades referidos en el apartado 8 de la Observación general nº 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

fondos<sup>18</sup>. Por ello, al margen de ciertas libertades que operan al margen de la capacidad económica -como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos no consensuales- la armonización es de mínimos, marcando una senda que los distintos países han de recorrer en la medida de sus posibilidades<sup>19</sup>.

Este patrón se repite también en el nivel regional. Así, al margen de previsiones que afectan a Estados africanos o americanos<sup>20</sup>, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea recoge expresamente el derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la oportuna atención sanitaria<sup>21</sup>. No obstante, acto seguido, vincula estos derechos a las condiciones que se hayan establecido en las legislaciones y prácticas nacionales, de modo que su específico contenido se deja en manos de los Estados miembros.

La Unión Europea también ha asumido ciertas competencias en materia de salud pública, que le han permitido desarrollar acciones de apoyo de las políticas sanitarias nacionales, a fin de alcanzar objetivos comunes y compartir recursos<sup>22</sup>. Sin embargo, de nuevo, no se ha producido una armonización, correspondiendo a cada Estado miembro definir su propia política de salud, organizar y gestionar los servicios sanitarios y definir los recursos que se destinan a dichos servicios<sup>23</sup>. La acción de la UE, al margen del referido apoyo a los sistemas nacionales, ha pivotado, principalmente, sobre la garantía del derecho a la libre prestación en lo relativo a los servicios sanitarios, o a la promoción de la igualdad de trato en la asistencia sanitaria transfronteriza<sup>24</sup>.

18 La adecuación a las posibilidades de cada Estado se refiere en los apartados 9 y 12 de la Observación general nº 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

19 Las orientaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, contenidas en el apartado 12 de la Observación general nº 14 (2000), pivotan sobre cuatro características esenciales, como son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, cuya concreta aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado.

20 Así, por ejemplo, el artículo 16 de la Carta Africana de derechos del hombre y de los pueblos, de 27 de julio de 1981, o el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, de 1 de septiembre de 1988.

21 Así, el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

22 De acuerdo con el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

23 Se respeta en gran medida la autonomía de los Estados miembros, según dispone el artículo 168.7 TFUE.

24 La facilitación de la asistencia sanitaria a los ciudadanos europeos en condiciones de igualdad con los nacionales de un determinado Estado miembro se persigue, por ejemplo, a través de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

De las anteriores consideraciones se deduce la necesidad de descender al marco jurídico vigente en cada Estado, donde se fijará el concreto alcance y contenido del derecho a la salud. En este sentido, para el caso español, es el artículo 43 de la Constitución Española el que atiende a la salud, reconociendo el derecho a su protección y encomendando a los poderes públicos el establecimiento de las medidas, prestaciones y servicios necesarios.

Dicho precepto, que ha sido analizado por una profusa doctrina<sup>25</sup>, se enmarca en el Capítulo III del Título I de la Constitución Española por lo que no da cuerpo a un derecho subjetivo en sentido estricto -ejercitable directamente ante los tribunales- sino que contiene un mandato constitucional a los poderes públicos<sup>26</sup>. Ello sin perjuicio de que, en ocasiones, se haya defendido la conexión entre el derecho a la salud y los derechos a la vida y la integridad física<sup>27</sup>. Así, la Constitución legitima la actuación de los poderes públicos -y en particular del legislador- en el ámbito de la salud, estableciendo además una serie de orientaciones y límites que estos habrán de respetar.

25 Es muy numerosa la doctrina española que ha abordado el derecho a la salud, pudiendo hacerse referencia, sin ánimo de exhaustividad, a los trabajos de BARRANCO VELA, R. y PÉREZ GÁLVEZ, J.F. (Dir.) (2013): *Derecho y salud en la Unión Europea*. Granada. Comares; BENÍTEZ TORRES, F. (2015): "Evolución del derecho a la salud en España: Nacimiento, desarrollo y crisis", En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dir.). *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares; DE LA VILLA GIL, L.E. (2006): "El derecho constitucional a la salud", En M.E. Casas Baamonde, J. Cruz Villalón y F. Durán López (Coords.), *Las transformaciones del derecho del trabajo en el marco de la Constitución española: estudios en homenaje al profesor Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer*. Wolters Kluwer; ESCOBAR ROCA, G. (2014): "El derecho a la salud", En A. Noguera Fernández y A. Guamán Hernández (Dir.), *Lecciones sobre Estado Social y Derechos Sociales*. Tirant lo Blanch; GARRIDO FALLA, F. (1980): "Artículo 43", En F. Garrido Falla (Dir.), *Comentario a la Constitución*. Civitas; LEMA ANÓN, C. (2009): *Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social*. Madrid. Dykinson; MARTÍNEZ RUANO, P. (2015): "La configuración constitucional del derecho a la salud", En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares; RUIZ LÓPEZ, F. (2015): "El derecho a la salud en el estado social", En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares, o SALLAMERO TEIXIDO, L. (2020): *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*. Cizur Menor. Aranzadi.

26 Sin perjuicio de que algunas líneas interpretativas hayan querido ver en el literal del artículo 43.1 el reconocimiento de un "derecho" constitucional, considero que la ubicación sistemática del precepto no da lugar a dudas. Sobre este particular, me adhiero a las reflexiones de PEMÁN GAVÍN, J.M. (2008): «Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud». *DS: Derecho y salud*, 16(Extra 2), págs. 61 y 62.

27 Así, nuestro Tribunal Constitucional ha conectado en algunas de sus decisiones el derecho a la salud con las garantías del artículo 15 de la Constitución Española, a fin de ofrecer un cierto grado de tutela a algunas afecciones a la salud de los ciudadanos, como en el caso de las Sentencias del Tribunal Constitucional 119/2011, de 24 de mayo; 62/2007, de 27 de marzo o 37/2011, de 28 de marzo.

Similares mandatos se contienen también, aunque con un mayor nivel de desarrollo, en distintos Estatutos de Autonomía, realizándose menciones a ciertas características que debe satisfacer la asistencia sanitaria<sup>28</sup>. De nuevo, no nos encontramos ante auténticos derechos subjetivos -frente a los que quepa tutela judicial- sino con principios o mandatos que han de orientar la actuación de los poderes públicos autonómicos<sup>29</sup>.

En ausencia de una concreción en el bloque de constitucionalidad, la protección de salud se va a definir y articular a través de la legislación ordinaria. Así, la legislación materializa el genérico derecho a la salud mediante un extenso conjunto de derechos que, en esta ocasión, ya son susceptibles de ser exigidos ante las Administraciones y tribunales competentes. Dichos derechos son de lo más variado, alcanzando desde cuestiones informativas o documentales, hasta la posibilidad de exigir la cesación de actividades nocivas para la salud<sup>30</sup>. Sin perjuicio de los mismos, la institución esencial que ha de destacarse sobre el resto es el derecho a la asistencia sanitaria pública, concretado en diversas prestaciones que han de ejecutarse con unos estándares de calidad determinados<sup>31</sup>.

La concreta delimitación de estos derechos -tanto en el ámbito de la asistencia sanitaria como de la salud pública- es contingente y puede variar a lo largo del tiempo, para adaptarse a diversas necesidades, tanto sociales, como epidemiológicas o, en lo que respecta a nuestro análisis, presupuestarias<sup>32</sup>. Así, al menos en lo que se refiere a prestaciones sanitarias que impliquen un coste para el erario público, el derecho a su disfrute estará sometido a avatares financieros, siendo susceptible de ajuste o, incluso,

28 En este sentido, por ejemplo, el artículo 14 de la Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.

29 Sobre el valor jurídico de las declaraciones de “derechos” contenidas en los Estatutos de Autonomía, recuérdense las conclusiones alcanzadas en la Sentencia del Tribunal Constitucional 247/2007, de 12 de diciembre de 2007, Fundamento Jurídico 15º.

30 Sobre el haz de derechos que integran el derecho a la salud, PEMÁN GAVÍN, JUAN MARÍA (2008: 61 y 62).

31 Me refiero a las distintas prestaciones contenidas en el catálogo del Sistema Nacional de Salud, así como aquellas otras que puedan incorporarse por las Comunidades Autónomas a sus respectivas carteras de servicios, de acuerdo con los artículos 8 y 9 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

32 En particular, el derecho a la salud tiene una marcada dimensión colectiva. Ello lleva a los poderes públicos a introducir limitaciones en la esfera de derechos de los individuos a fin de lograr metas comunes, como pone de manifiesto, en contextos de amenazas para la salud colectiva, CIERCO SEIRA, C. (2006): *Administración pública y salud colectiva: el marco jurídico de la protección frente a las epidemias y otros riesgos sanitarios*. Granada. Comares.

supresión. Es por ello que, en aras, de asegurar una consolidación del derecho a la salud, y de ampliarlo hacia nuevos horizontes, será fundamental alcanzar su sostenibilidad desde el punto de vista financiero -lo que en el ámbito público conecta con su sostenibilidad fiscal.

## 2. La financiación del derecho a la salud

Conocidos los caracteres del derecho a la salud, hemos de plantearnos cómo se logra la financiación del haz de derechos que lo integran pues, como se ha puesto de manifiesto, los mismos acostumbran a tener asociado un coste. En este sentido, por lo que se refiere a nuestro país, hemos de diferenciar entre la recepción de servicios sanitarios vinculados al sistema sanitario público, de la contratación de prestaciones sanitarias en el mercado con operadores privados<sup>33</sup>.

Por lo que se refiere a las prestaciones ejecutadas en el marco del sistema sanitario público -a las que atiende el presente trabajo- hemos de tener en cuenta que su financiación depende fundamentalmente de unos presupuestos públicos nutridos a partir de la recaudación tributaria y el establecimiento de transferencias entre distintas Administraciones<sup>34</sup>. Así, sin perjuicio de la existencia de especialidades en cuanto al fenómeno de las mutualidades, se ha soslayado la financiación de la asistencia sanitaria mediante cotizaciones sociales<sup>35</sup>. De entre los dos principales modelos de atención sanitaria -Beveridge y Bismarck- el legislador español se ha decantado progresivamente por el de origen británico<sup>36</sup>.

33 Así, por lo que se refiere a España, en cuanto al gasto total en salud en 2021, último año con datos disponibles, la financiación pública o derivada de sistemas de cobertura obligatorios alcanzó el 72 %, mientras que los pagos vinculados a seguros privados voluntarios se situaron en el 7 % del total y los pagos directos de los hogares en el 21 %, de acuerdo con OCDE (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. París. OCDE, págs. 160 y 161.

Se observa como los pagos directos representan una porción muy relevante del gasto sanitario total, algo que no debe extrañarnos si se tiene en cuenta que los mismos alcanzan, además de a consultas o intervenciones médicas, a gran parte de la compra de fármacos, a la mayoría de la salud dental, o a la adquisición de productos como gafas o audífonos.

34 Recuérdese que en el caso de MUFACE, MUGEJU o ISFAS la financiación -al menos parcial- de los servicios sanitarios se financia con aportaciones de los propios mutualistas. Sobre el régimen singular al que se someten estas mutualidades se pronuncia la Disposición adicional 4ª de Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

35 Se refiere al fin del anterior sistema, amparado en las aportaciones de los individuos, MARTÍN LÓPEZ J. (2002): «El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad». *Presupuesto y gasto público*. 29, págs. 90 y 91.

36 De forma muy simplificada, el modelo Beveridge -por su defensor William H. Beveridge- se implantó en el Reino Unido en la década de los años 40 del siglo pasado, y se basa en la financiación de las prestaciones sanitarias a través

Por tanto, los servicios sanitarios públicos, con carácter general, se amparan en ingresos de naturaleza tributaria, desvinculándose de su inicial naturaleza contributiva y su conexión con cotizaciones o cuotas abonadas por los ciudadanos/trabajadores<sup>37</sup>. Esta financiación vía tributos se explica por la voluntad de conectar la asistencia sanitaria con el principio de capacidad de pago, de modo que se alcance un componente redistributivo, al financiarse el servicio en función de la capacidad económica de cada contribuyente<sup>38</sup>. Se pretende, en consecuencia, que el sostenimiento del sistema público no se rija por el principio de beneficio, en virtud del cual los usuarios del servicio público aportan en función del efectivo uso que se haga del mismo.

Esta primacía de la capacidad económica sobre el beneficio recibido obedece a una vocación de promover la solidaridad entre los potenciales usuarios, así como a la conciencia de que el padecimiento de problemas de salud -y la correlativa necesidad de recibir asistencia sanitaria- no suelen vincularse a la voluntad de los pacientes, existiendo un componente de azar que se asegura de forma colectiva, favoreciendo a quien tiene la desdicha de requerir asistencia. Igualmente, como refuerzo, se observa como las personas más aquejadas por problemas de salud pueden tener mayores dificultades para obtener rentas que sirvan para financiar los tratamientos requeridos.

A su vez, la financiación a través de tributos permitiría asegurar una mayor estabilidad en la dotación de recursos, pues las cotizaciones pueden sufrir severas fluctuaciones ante contracciones en el mercado laboral<sup>39</sup>. Pese a que los ingresos tributarios también se someten a notables variaciones derivadas de la coyuntura económica, es posible la compensación entre las distintas fuentes de financiación o el establecimiento “ex ante” de reservas u otras técnicas de carácter anticíclico.

En nuestro marco nacional, habida cuenta de la asunción del grueso de las competencias en materia

---

de impuestos. Por su parte, el modelo Bismarck -implantado por Otto von Bismarck en la Alemania de 1883- se ampara en cotizaciones de los ciudadanos recaudadas al efecto.

37 En este sentido, destaca el artículo 109.3.b) del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que otorga naturaleza no contributiva a las prestaciones de asistencia sanitaria, salvo que deriven de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

38 Sobre la aplicación de este principio al sistema sanitario español, BENÍTEZ-LLAMAZARES, N. (2020): «La financiación de la sanidad pública española. Especial referencia a la crisis sanitaria generada por COVID-19». *e-Revista Internacional de la Protección Social*. 5(2), págs. 357 y 358.

39 Según se recuerda en la *Comunicación Sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos*, de la Comisión Europea, de 4 de abril de 2014, (COM(2014) 215 final), pág. 11.

de salud por la Comunidades Autónomas, la financiación de las prestaciones será de su responsabilidad<sup>40</sup>. Para asegurar la adecuada cobertura de dichas prestaciones se establece un complejo sistema en el que se habilitan distintas fuentes vinculadas a los tributos y presupuestos autonómicos y estatales<sup>41</sup>.

En todo caso, debe tenerse en cuenta que la opción por la financiación pública desvinculada de cotizaciones no impide que, en ocasiones, existan pagos a cargo de los terceros beneficiarios de las prestaciones. Así, pese a que dentro de la cobertura pública, con carácter general, se opta por el sostenimiento con cargo a presupuestos públicos, cabe que la recepción de ciertas prestaciones requiera de desembolsos de los particulares como acontece, especialmente, en el caso de la prestación farmacéutica extrahospitalaria<sup>42</sup>. La gratuidad, por tanto, no es consustancial a la totalidad de prestaciones sanitarias públicas -por supuesto tampoco lo es en relación con las prestaciones adquiridas en el sector privado.

Sea como fuere, sin perjuicio de las eventuales aportaciones de los usuarios, debe asegurarse la existencia de una financiación suficiente y estable, basada en criterios predecibles, que permita una adecuada planificación, organización y gestión de la atención sanitaria<sup>43</sup>. Partiendo de estos requisitos, y ante un horizonte que se aventura exigente desde el punto de vista del aumento de la demanda de prestaciones, pueden adoptarse varios enfoques distintos para asegurar la sostenibilidad fiscal de la asistencia sanitaria pública.

En primer lugar, aparecería una solución a todas luces indeseable, como es la reducción de los servicios sanitarios cubiertos o la minoración de la calidad o frecuencia con la que estos se prestan. Ello permitiría acompañar una demanda creciente con la contención del gasto sanitario, asegurando su

---

40 De acuerdo con el artículo de la 10 Ley 16/2003.

41 El presente trabajo no pretende detenerse sobre el complejo marco de financiación español, pues su objeto es favorecer la sostenibilidad fiscal con independencia de quién sea el concreto sujeto financiador. En cualquier caso, para aproximarse al complejo marco de financiación de los servicios sanitarios, y a su problemática, puede consultarse SAENZ ROYO, E. (2022): *La financiación de la sanidad y de la educación en el Estado autonómico. Reformas necesarias a la luz de la experiencia comparada*. Madrid. Marcial Pons, o JIMÉNEZ COMPAIRED, I. (2004): “La financiación de los servicios sanitarios”, En J.M. Pemán Gavín (Coord.), *Derecho sanitario aragonés: estudios sobre el marco jurídico de la sanidad en Aragón*.

42 Posteriormente se volverá sobre estas consideraciones.

43 Requisitos exigidos por la *Comunicación sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos*, de la Comisión Europea, pág. 11

financiación con unos ingresos similares a los actuales, pero a costa de afectar negativamente a la salud de la ciudadanía.

En segundo término, podría optarse con un enfoque en el que se mantuviera –o incluso se mejorara– el nivel de asistencia actual, asumiendo un aumento del gasto y, por consiguiente, unas mayores necesidades de financiación. En este sentido, los gestores públicos no habrían de caer en la tentación de recurrir al endeudamiento –máxime cuando los actuales niveles de deuda pública se sitúan en niveles estratosféricos y con tipos de interés para la colocación relativamente elevados– porque ello implicaría financiar gasto corriente con recursos a largo plazo, trasladando indebidamente desembolsos por prestaciones actuales a las generaciones futuras. Por otra parte, no ha de olvidarse el límite representado por las reglas de condicionalidad fiscal que –pese a su relajamiento en los últimos ejercicios– vuelven a constreñir nuestras cuentas públicas.

La negativa al endeudamiento, exigiría buscar fuentes adicionales de financiación, bien mediante un incremento de la recaudación tributaria o reasignando partidas presupuestarias dedicadas a otras necesidades, o bien a través de fondos provenientes de los particulares, como por ejemplo pagos por los servicios recibidos. Ambas alternativas se antojan controvertidas, tanto desde el punto de vista político como social. Así, como veremos posteriormente, la colaboración de los usuarios en la financiación puede generar exclusión y, con total seguridad, una relevante contestación social. Por su parte, la absorción de nuevos fondos públicos requeriría un controvertido aumento de la presión fiscal o la desatención de otras necesidades públicas igualmente relevantes –en materias tales como educación, pensiones, seguridad pública o infraestructuras.

En tercer lugar, tratando de cuadrar el círculo, cabría mantener –o incluso incrementar– el nivel asistencial, pero sin que ello supusiese un incremento sustancial de los gastos actualmente existentes. Ello, si la demanda es creciente, requiere aplicar medidas que permitan reducir el coste unitario de las prestaciones. Entre dichas medidas figurarían, por ejemplo, mejoras en la eficiencia organizativa, eliminación de duplicidades, optimización de la adquisición de bienes y servicios o cambios en las formas de gestión. Por otra parte, podría actuarse directamente sobre la demanda, reduciendo el número de prestaciones requeridas o su intensidad, lo que pasaría por un reforzamiento de la prevención.

Pese a que esta última vía de intervención pueda parecer ingenua, a la vista de que la experiencia demuestra que el coste tiene una tendencia creciente,

considero que incidir sobre ella es esencial. Y es que cualquier ahorro conseguido –siquiera limitado– sin merma de las prestaciones reforzaría la sostenibilidad y supondría una mejora para los sufridos contribuyentes. No se trata de alcanzar soluciones milagrosas, sino de incidir sobre distintos factores para obtener mejoras –aunque sean modestas– que contribuyan a reforzar el sistema.

Planteadas las distintas alternativas, a continuación, se abordarán las posibilidades existentes para la implementación exitosa de algunas de ellas. En particular, se atenderá a aquellas que pretenden conseguir mantener o mejorar las prestaciones actuales, pues considero que en el ámbito de la salud ha de regir una suerte de principio de no regresión.

### III. DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO SUBJETIVO DE COBERTURA Y REPERCUSIÓN DE COSTES A TERCEROS

A la hora de incidir en la sostenibilidad fiscal, el incremento del gasto puede mitigarse mediante la reducción del ámbito subjetivo de la cobertura de las prestaciones sanitarias públicas. Y es que, habida cuenta de que nos encontramos ante un derecho a la salud de configuración legal, el alcance del mismo puede ser objeto de modulación, también en cuanto a sus destinatarios, siempre y cuando no se produzca una infracción del derecho a la igualdad.

Así, corresponde a la legislación definir quién es titular del derecho a la asistencia sanitaria pública, pudiendo establecerse diferencias en la cobertura, siempre y cuando las mismas estén debidamente justificadas. En este sentido, la tendencia seguida en los últimos tiempos ha pretendido la universalización de la cobertura, con una progresiva ampliación de los titulares de derechos y una extensión de la financiación con cargo a fondos públicos<sup>44</sup>.

De este modo, se enmarcan dentro de la acción protectora del Sistema Nacional de Salud<sup>45</sup> los

44 Acerca de esta senda de ampliación del ámbito subjetivo, ARBELÁEZ, M. y GARCÍA-VAZQUEZ, S. (2009): “El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes”, En E. Aja Fernández (Coord.), *Los derechos de los inmigrantes en España*. Tirant lo Blanch; BALAGUER PÉREZ, A. (2021): “El derecho a la salud de los migrantes”, En J.M. Porras Ramírez y M.D. Requena de Torre (Coords.), *La inclusión de los migrantes en la Unión Europea y España. Estudio de sus derechos*, Aranzadi; GUERRA VAQUERO, ANA YLENIA (2015), págs. 1282 y 1289, o RUBIO VELASCO, M.F. (2021): «El arduo camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares en España». *e-Revista Internacional de la Protección Social*. 6(1).

45 Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria se regulan en los artículos 3, 3 bis y 3 ter de la Ley 16/2003. Dichos preceptos experimentaron profundas modificaciones a partir del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el

españoles residentes en territorio nacional, los españoles residentes en el exterior que cumplan ciertos requisitos<sup>46</sup>, los extranjeros con residencia legal en España que no tengan obligación de acreditar la cobertura sanitaria por otra vía o, incluso, las personas extranjeras que no tengan su residencia legal en territorio español siempre que no se encuentren protegidos por otros medios<sup>47</sup>. A su vez, a la hora de determinar el derecho a la asistencia sanitaria pública, será esencial atender a los convenios bilaterales que pudieran existir o a la regulación comunitaria que pudiese afectar a los ciudadanos de la Unión. En cualquier caso, de forma subsidiaria, se dispone que, si algún sujeto no tuviese derecho a la asistencia sanitaria, el mismo podrá obtenerla mediante pago puntual o suscripción de un convenio especial.

Esta vocación universalizadora ha de entenderse positiva, pues se asegura la asistencia sanitaria a colectivos especialmente vulnerables, permitiendo una mayor cohesión social y evitando situaciones personales especialmente complejas<sup>48</sup>. Igualmente, si se asume que la asistencia sanitaria pública se financia -al menos en su mayor parte- a través de tributos, parece que cualquier contribuyente que financia el gasto sanitario público habría de verse protegido.

Sin embargo, que las coberturas sean amplias para los ciudadanos que requieren de asistencia no ha de impedir que, en ocasiones, el sistema público pueda repercutir los costes incurridos a un tercero, en caso de que dicho tercero hubiera asumido la obligación de financiar contingencias sanitarias. Se trata de una forma de evitar un enriquecimiento injusto del obligado a la financiación, quien eliminaría ciertos gastos de su cuenta de resultados si el sistema público asumiese los costes sin réplica. No se trata, por tanto, de excluir a ciudadanos de la protección, sino de asegurar que no se asumen costes impropios.

---

acceso universal al Sistema Nacional de Salud. En la actualidad se encuentra en tramitación parlamentaria el Proyecto de Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud, que implicaría una modificación, con ampliación, de ámbito de cobertura.

46 De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 21 a 24 del Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados, los extranjeros con residencia legal en España.

47 Regula la situación de este colectivo el artículo 3 de la Ley 16/2003, con desarrollo en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

48 Acerca de los problemas derivados de las limitaciones a la universalidad, CANTERO MARTÍNEZ, J. (2014): «Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas». *Derecho y Salud*. 24 (Extra 1), págs. 109 a 117.

Este tipo de reclamación cabe en diversas situaciones, expresamente previstas en el ordenamiento jurídico, conectadas con la aparición de un tercero obligado al pago<sup>49</sup>. En primer término, aparecen los supuestos en los que la asistencia sanitaria debiera ser cubierta por una entidad diferente, como en el caso de ciudadanos pertenecientes a MUFACE, MUGEJU o ISFAS que no se hayan adherido a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, o de prestaciones por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que correspondan a mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

A su vez, se prevé la reclamación en el caso de la suscripción de seguros obligatorios, seguros escolares o seguros de responsabilidad civil que cubran accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos. En cuanto a los seguros obligatorios, es bastante habitual que la legislación imponga el deber de suscribir una póliza de seguro para el desarrollo de algunas actividades en las que existe un cierto nivel de riesgo<sup>50</sup>. Me refiero, por ejemplo, a los seguros obligatorios de caza, de viajeros, de vehículos a motor, para deportistas federados y profesionales o para perros de raza potencialmente peligrosa<sup>51</sup>.

En estos casos, si de la actividad asegurada se derivasen contingencias que conlleven la asistencia sanitaria a cargo del Sistema Nacional de Salud, la Administración que haya asumido los gastos habrá de repercutirlos a la correspondiente aseguradora<sup>52</sup>. Aquí, las posibilidades para reducir la carga asumida por el sistema público son notables, pues pueden identificarse ciertas actividades que, por sus

---

49 Así, se habilitan este tipo de cobros en el artículo 83 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, existiendo un desglose preciso en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Para una aproximación a los diferentes supuestos se recomienda la consulta de CAVAS MARTÍNEZ, F. (2019): «El reembolso del gasto sanitario frente a terceros obligados al pago». *Revista Derecho Social y Empresa*. 10, o PORTELL SALOM, N. (2019): «Terceros obligados al pago de gastos sanitarios. Derecho de la Administración a reclamar el coste». *DS: Derecho y salud*. 29(Extra 1).

50 Acerca de la repercusión de costes en casos de seguros obligatorios, GÓMEZ ZAMORA, L. J. (2013): «Terceros obligados al pago y régimen jurídico del aseguramiento obligatorio de la asistencia sanitaria», A. Palomar Olmeda y J. Cantero Martínez (Dirs), *Tratado de Derecho Sanitario*. Aranzadi.

51 En este sentido, el Anexo IX.3 del Real Decreto 1030/2006 realiza una enunciación parcial de seguros obligatorios, incluyendo una cláusula abierta que alcanza a «cualquier otro seguro obligatorio». Esta condición abarca a muchos otros seguros, como los de responsabilidad civil para embarcaciones de recreo y deportivas, para experimentos médicos o para transporte escolar y de menores de edad.

52 Ello, con los límites materiales y cuantitativos previstos en la regulación que establezca las condiciones del concreto aseguramiento obligatorio.

características, sean susceptibles de aseguramiento obligatorio. Esta extensión podría afectar a actividades en las que se aprecian elevados riesgos para la salud y que, bien implican un beneficio para su promotor, o bien se vinculan a decisiones individuales en las que se produce una asunción consciente de riesgos<sup>53</sup>.

La problemática en relación con estos supuestos en los que se produce el aseguramiento de una actividad radica en la dificultad práctica para discernir si unos concretos daños se han producido en el marco de la actividad asegurada. Así, en ausencia de atestados policiales o desplazamientos de sanitarios al lugar de la contingencia, es probable que la asistencia se vehicule, sin especial cuestionamiento, como ordinaria. Para minimizar estas situaciones sería necesaria la colaboración del personal sanitario para que, de las circunstancias y la interlocución con los pacientes, dedujesen la potencial cobertura por un seguro.

Por otro lado, se prevé la recuperación de los costes en el caso de ciudadanos que sean beneficiarios de asistencia sanitaria en otros Estados y no sean residentes en España. A este respecto se prevé un doble régimen, que diferencia entre beneficiarios de Estados miembros de la Unión, del Espacio Económico Europeo y de Suiza, y beneficiarios de otros países para los que exista un convenio bilateral suscrito por España.

En cuanto a los primeros, tendrán derecho a recibir asistencia sanitaria en situación de igualdad con los ciudadanos españoles, pero se establece que el Estado de origen habrá de reembolsar íntegramente los costes incurridos, estableciéndose un procedimiento específico para ello<sup>54</sup>. Por su parte, en el caso beneficiarios de otros países extranjeros para los que exista un convenio bilateral en materia de Seguridad Social, se estará a las previsiones de dichos convenios en materia recuperación de costes<sup>55</sup>. Asimismo, en relación con países cuyos nacionales

53 Me refiero, por ejemplo, a la tenencia de ciertos animales peligrosos o a la práctica de deportes de riesgo, en los que el ciudadano es o debe ser consciente de la asunción voluntaria de un nivel de riesgo elevado.

54 Así, el deber de reembolso se establece en el artículo 35 del Reglamento (CE) nº 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Por su parte, la ejecución de los reembolsos se desarrolla en los artículos 63 a 65 el Reglamento (CE) nº 987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) nº 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

55 Existen convenios en materia de Seguridad Social con diversos Estados que, en mayor o menor medida, afectan a la asistencia sanitaria, como los relativos a Argentina, Brasil, Canadá, Estados Unidos o Venezuela.

precisen un visado para entrar en la Unión Europea, será preciso suscribir un seguro médico de viaje, con un capital mínimo que cubra gastos de asistencia médica y hospitalaria de urgencia en el territorio de los Estados miembros<sup>56</sup>.

Por último, se recoge una cláusula de cierre, que permite recuperar el importe de las prestaciones que, en virtud de una norma legal o reglamentaria, deben satisfacerse por terceros. A este respecto, sería posible repercutir los costes sanitarios derivados de supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de un sujeto, de modo que el causante habría de compensar al sistema de salud<sup>57</sup>. En estos casos, por supuesto, habrán de concurrir los requisitos que el ordenamiento exige para apreciar la concurrencia de responsabilidad civil o criminal, sin que esta se deduzca objetivamente de los daños.

En virtud de esta cláusula abierta se han definido otros supuestos de recuperación de costes. Así, por ejemplo, cabrá la repercusión de los costes si un ciudadano que dispusiese de una póliza de asistencia sanitaria privada se ve desplazado a la red pública por una decisión facultativa de los profesionales privados<sup>58</sup>. En estos casos, la red privada estaría trasladando al sistema sanitario público unas prestaciones que tiene obligación de suministrar al asegurado que se las solicite.

En todos los casos en los que existe una repercusión del coste de las prestaciones contra un tercero, será esencial determinar cuál es la cuantía a recuperar. En este sentido, los distintos servicios de salud determinan y publican los precios públicos de los servicios sanitarios que prestan a los efectos de su eventual retribución<sup>59</sup> o, incluso, cabe su fijación

56 La exigencia del referido seguro médico de viaje, con una cobertura mínima de 30.000 euros, se regula en el artículo 15 del Reglamento (CE) nº 810/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de julio de 2009, por el que se establece un Código comunitario sobre visados. Por su parte, el listado de países cuyos nacionales han de obtener visado para la entrada en la Unión se establece en el Anexo I del Reglamento (UE) 2018/1806 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de noviembre de 2018, por el que se establecen la lista de terceros países cuyos nacionales están sometidos a la obligación de visado para cruzar las fronteras exteriores y la lista de terceros países cuyos nacionales están exentos de esa obligación.

57 En este sentido, se refiere a ambos tipos de responsabilidad -civil y penal- el artículo 168.3 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Por su parte, el artículo 116 del Código Penal también alude al ámbito de la responsabilidad criminal.

58 A este respecto puede estarse a la Sentencia número 170/2019, de 13 de febrero, de la Sección 2ª de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, relativa al traslado de pacientes con seguro privado desde un hospital privado a uno público por decisión de los facultativos del centro privado.

59 Destacar, por ejemplo, el supuesto del Servicio

mediante convenio para ámbitos concretos<sup>60</sup>. Al margen de la posible repercusión, la fijación de estos precios resulta de notable interés a efectos analíticos, pues exige que los servicios de salud determinen sus estructuras de costes y conozca cuál es el coste derivado de una específica prestación.

De los anteriores supuestos se deduce que el potencial de recuperación de costes con cargo a terceros es elevado, lo que ayudaría a desahogar las cuentas del sistema sanitario público. Al respecto, y salvo excepciones, la reclamación de los importes no es una posibilidad, sino que se configura como una obligación de los servicios públicos de salud<sup>61</sup>. Obligación, esta, que parece que no siempre es correctamente ejecutada, provocando que una parte relevante de las asistencias sanitarias que han de satisfacer terceros sean asumidas por el sistema público<sup>62</sup>.

A fin de optimizar las posibilidades que ofrece esta herramienta, podrían desarrollarse diversas acciones específicas. En primer lugar, es conveniente formar a los profesionales sanitarios acerca de las circunstancias que permiten reclamar fondos a terceros, de modo que estos puedan detectar las situaciones que se les presenten. A su vez, conviene establecer protocolos específicos que faciliten esta detección. Por otra parte, ha de existir el suficiente personal de gestión para la tramitación de

los oportunos expedientes, teniéndose en cuenta el efecto multiplicador sobre la recaudación que deriva de la inversión en este ámbito. Asimismo, como solución más expeditiva, incluso podrían introducirse primas o mejoras retributivas para aquellos profesionales sanitarios que detecten supuestos no fácilmente identificables.

#### IV. EL ESTABLECIMIENTO DE PAGOS A CARGO DE LOS PACIENTES Y EL RECURSO A FUENTES DE FINANCIACIÓN AJENAS

Al margen de las consideraciones relativas al ámbito subjetivo y de la repercusión a terceros de los gastos sanitarios, la sostenibilidad fiscal podría reforzarse a través de la integración de nuevas fuentes de financiación complementarias a las ya existentes. En particular, ello abarcaría a la aportación de fondos por parte de los pacientes, que complementasen la cobertura financiada con cargo a caudales públicos.

Esta financiación parcial de la asistencia por parte de los particulares favorecidos por la misma no es, ni mucho menos, un fenómeno novedoso. Así, mientras que la cartera común básica de servicios asistenciales se encuentra cubierta completamente mediante financiación pública, otras prestaciones están sujetas a aportación de los usuarios, como acontece con las carteras comunes suplementaria y de servicios accesorios<sup>63</sup>.

Como ejemplo paradigmático de prestaciones con aportación de los ciudadanos aparece la prestación farmacéutica ambulatoria<sup>64</sup>. En relación con la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a través de oficinas o servicios de farmacia se establece, como regla general, una aportación de los usuarios vinculada a los ingresos. Así, excepto en el caso de mutualistas -que abonan un 30 % con carácter general- y para ciertos colectivos desfavorecidos exentos de aportación, se fija un porcentaje en función de tramos de renta que oscilan entre el 40 y el 60 % del precio de venta al público. De estas reglas se desmarcan ciertos medicamentos vinculados a tratamientos crónicos y los pensionistas, para los

Andaluz de Salud, que, al margen del listado previsto en el boletín oficial, cuenta con un buscador online, accesible desde: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/relacion-con-la-ciudadania/precios-publicos>

En el caso andaluz, para 2024, a efectos ilustrativos, una consulta médica de atención primaria en el centro de salud durante el horario ordinario tiene un precio de 53,31 €, un servicio de transporte de emergencia con UVI móvil en zona urbana cuesta 1.204,49 € y una hospitalización convencional con bypass coronario con ACTP tiene un coste de 20.568,82 euros.

60 Así, por ejemplo, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), el Consorcio de Compensación de Seguros y los distintos servicios públicos de salud concluyen convenios en los que se fijan las coberturas, procedimientos y costes a repercutir.

61 Según se deduce de la dicción del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, donde se dispone imperativamente que “los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas”. La obligación se convierte en un derecho de actuación en un ámbito concreto, como es vinculado a la repercusión en casos de responsabilidad civil o criminal, según dispone el artículo 168.3 del Real Decreto Legislativo 8/2015.

62 En este sentido, pese a su fecha, es muy relevante el Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social, del Tribunal de Cuentas, de 29 de marzo de 2012, donde se aprecian serias deficiencias en la repercusión de costes a otros Estados miembros o en la efectiva aplicación de convenios bilaterales. Como muestra, se pone de manifiesto que Alemania remite a España más de 7 facturas por cada una de las enviadas por España, cuando se estima que el flujo de personas de Alemania a España es mucho mayor.

63 Las diferentes carteras y los servicios contenidos en las mismas se enuncian -sin perjuicio del posterior desarrollo reglamentario- en los artículos 8 a 8 quáter de la Ley 16/2003. En la actualidad, se encuentra en tramitación parlamentaria el Proyecto de Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud, que implicaría agrupación de carteras con limitación de nuevos copagos.

64 Régimen contenido en el artículo 94bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

que se fija una aportación del 10% sobre el precio de venta al público<sup>65</sup>. En el caso de los pensionistas, además, se fijan unos topes mensuales máximos de aportación procediéndose al reintegro de los excesos.

Al margen de las dudas sobre la idoneidad del modelo vigente, en el que un pensionista con mayor nivel de renta puede realizar una contribución notablemente inferior a un trabajador con idénticas necesidades de dispensación, los modelos de copago sanitario han sido profusamente analizados<sup>66</sup>. De hecho, existen múltiples ejemplos de financiación por los usuarios en nuestro entorno más próximo, defendiéndose de forma recurrente su traslación a España<sup>67</sup>.

Entre sus ventajas, se han apuntado principalmente la obtención de fondos adicionales para la financiación del sistema y su capacidad disuasoria, evitando visitas que puedan considerarse innecesarias o excesivamente frecuentes. Y es que se ha observado como algunos pacientes realizan un uso abusivo de los servicios sanitarios, habida cuenta de la gratuidad de los mismos y de la imposibilidad de exclusión -al configurarse la asistencia como un derecho subjetivo. Se trata, por tanto, de fomentar

que los pacientes tomen conciencia del gasto derivado de los servicios sanitarios y adquieran un mayor grado de responsabilidad en sus decisiones<sup>68</sup>.

Por el contrario, entre los problemas destacan las dificultades para el acceso a los servicios sanitarios por parte de los colectivos más vulnerables o la existencia de una suerte de “sanción” para aquellos ciudadanos que -por desgracia- requieren de mayor asistencia. El cobro por los servicios afectaría, en mayor medida, a la población con menor nivel de renta, impactando sobre la equidad y la capacidad redistributiva de la política sanitaria. A su vez, el efecto disuasorio puede tener “doble filo”, pues ciertas visitas médicas -que podrían no producirse- tienen un efecto preventivo y evitan dolencias de mayor entidad que requieren de volúmenes más elevados de recursos. Por otra parte, la gestión del pago por uso genera relevantes costes administrativos, que afectan a la eficiencia de la medida.

A la vista de estas potenciales ventajas y problemas, diversos estudios empíricos han analizado la implantación de sistemas de pago por uso, obteniéndose resultados no completamente homogéneos<sup>69</sup>. Hecho este que, por otra parte, no debe sorprender, habida cuenta de las relevantes diferencias existentes entre los sistemas sanitarios de distintos Estados. En cualquier caso, sí existe cierta evidencia de que el copago reduce la demanda de servicios -o al menos de parte de algunos de los servicios- pero apreciándose una mayor reducción entre la población de menor renta<sup>70</sup>. Así, aunque la demanda sanitaria sea bastante inelástica, el grado de elasticidad varía en función de la renta del paciente.

65 Los medicamentos de aportación reducida -vinculados a dolencias crónicas- se determinan en el Anexo III Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

66 Para analizar al pago por uso en sanidad, así como sus ventajas y desventajas, pueden consultarse BENACH, J.; TARAFÁ, G. y MUNTANER, C. (2012): «El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política». *Gaceta Sanitaria*. 26(1); HERCE SAN MIGUEL, J.A. (2006): “El copago sanitario: recaudar o moderar”, En *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*. Laborum; LUCAS DURÁN, M. (2016): «Reflexiones jurídicas sobre el copago sanitario». *Crónica tributaria*. 160; MEGÍAS BAS, A. y LÓPEZ ANIORTE, M.C. (2019): «El régimen de copago de la prestación farmacéutica y su impacto en las mujeres pensionistas». *Revista Derecho social y empresa*. 10; OCDE (2019): «Out-of-pocket Spending: Access to Care and Financial Protection». *OCDE Policy Brief*. April/2019; PUIG JUNOY, J. (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué». *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*. 158; QUIRÓS HIDALGO, J.G. (2006): “La participación del beneficiario en el coste de la prestación farmacéutica”, En *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*. Laborum.

67 Distintos países europeos establecen copagos sanitarios, apreciándose diferencias entre varios niveles de prestaciones: atención primaria, atención especializada, hospitalización y prestación farmacéutica. Para aproximarse a la situación vigente en cada uno de los Estados miembros se recomienda la consulta de las fichas sobre perfiles sanitarios nacionales elaborados por la OCDE y la Comisión Europea, accesibles desde: [https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles\\_es](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_es)

Se ha defendido la introducción de ciertas correcciones en el modelo español, partiendo de la experiencia internacional, por parte de AIREF (2019): *Spending Review: Medicamentos dispensados a través de receta médica*. Madrid. AIREF págs. 64 a 69.

68 Desde algunos ámbitos se ha apuntado que la gratuidad de los servicios públicos puede generar la percepción entre la ciudadanía de que los mismos no consumen recursos. Así, por ejemplo, BAUZÁ MARTORELL, F.J. (2022): «El Derecho Administrativo como límite a la intervención regulatoria, subvención y prestacional». *Revista Española de Derecho Administrativo*. 223, págs. 102 a 114.

69 Un compendio de distintos estudios relativos a la implantación de copagos en diferentes Estados se contiene en el interesante trabajo de SOLANAS SAURA, P. (Coord.) (2011): *COPAGO Conclusiones desde la evidencia científica*. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

70 Así, por ejemplo, LOSTAO, L.; REGIDOR, E.; GEYER, S. y AÍACH, P. (2007): «Patient cost sharing and social inequalities on access to health care in three western European countries». *Social Science & Medicine*. 65(2), pág. 373; KIMA, J.; KOB, S. y YANG, B. (2005): «The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea». *Health Policy*. 72, pág. 297; OCDE (2019: 3) o, en general, acerca de los desembolsos de particulares, COLLINS, S.R. y RASMUSSEN, P.W. (2014): *Too High a Price: Out-of-Pocket Health Care Costs in the United States*. The Commonwealth Fund, pág. 8, o RICE, T.; ANDERS, W. et al (2018): «Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries». *BMC Health Services Research*. 18, pág. 12.

Es por ello que, si se optase por la extensión del pago por uso hacia nuevas prestaciones sanitarias, deberían mitigarse los problemas redistributivos y las dificultades para el acceso de ciertos colectivos, de manera que las mejoras presupuestarias no se alcancen a costa de la equidad o de la eliminación de prestaciones necesarias por la autoexclusión de ciertos usuarios que no puedan financiarlas. Se trata, por tanto, de obtener financiación y de disuadir frente a un uso abusivo del sistema, pero nunca de eliminar la cobertura efectiva a quien la requiera.

En consecuencia, a la hora de definir las concretas características del pago por uso implantado será necesario alcanzar un complejísimo equilibrio entre las necesidades financieras y la efectividad del derecho a la salud, variando dicho equilibrio según cuáles sean las características poblacionales y de organización de cada sistema sanitario. En este sentido, las aportaciones pueden nivelarse en función de la renta para potenciar el efecto redistributivo, aunque la financiación a través de un sistema tributario basado en la progresividad ya conlleva una mayor financiación por quien dispone de mayor capacidad. Igualmente, pueden excluirse de los pagos ciertos colectivos desfavorecidos, aunque ello limitaría sensiblemente el efecto disuasorio sobre dichos sujetos.

Por otra parte, para evitar impactos excesivos en personas que requieren de tratamientos frecuentes, crónicos o muy costosos<sup>71</sup> -y que podrían verse obligadas a realizar grandes desembolsos- pueden fijarse niveles máximos de contribución en función de variables temporales<sup>72</sup>. En esta misma línea, pueden

71 Se aprecia como la demanda de fármacos vinculados a dolencias crónicas -antidiabéticos, antitrombóticos o contra la obstrucción de las vías respiratorias- es más inelástica y se ve afectada en menor medida por el establecimiento de fórmulas de copago. Así, al margen de un adelanto de las adquisiciones antes del establecimiento del copago y de una reducción temporal tras su implantación, el impacto sobre el consumo es reducido a largo plazo, según recuerdan PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, S.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. y GÓMEZ-NAVARRO, V. (2016): «Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo». *Revista Española de Salud Pública*. 90, pág. 13.

72 Estos límites serían coherentes para evitar desembolsos excesivos que incidan en la pobreza de personas que -por sufrir enfermedades graves o crónicas- suelen tener menor capacidad para generar ingresos. Acerca del impacto del pago por los particulares en la pobreza de los hogares, puede consultarse el documento *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, de la Organización Mundial de la Salud, de 2019.

Se habrían de evitar los conocidos como gastos catastróficos en sanidad, definidos como aquellos que superan el 40 % del total de gasto del hogar en necesidades de subsistencia (incluyendo alimentación, vivienda y servicios básicos). Por el momento, en España, estos gastos catastróficos en concepto de servicios sanitarios afectaron al 2,9 % de los hogares en 2020, lo que sitúa a nuestro país en uno de los niveles más bajos de la Unión Europea. Ello, de acuerdo con COMISIÓN EUROPEA

utilizarse pagos fijos por tipo de servicio -en vez de pagos vinculados al coste de la prestación- evitando grandes desembolsos para tratamiento muy costosos y minorándose los sesgos por la clase de dolencia padecida.

Igualmente, los copagos podrían circunscribirse únicamente a ciertas prestaciones sanitarias en las que se apreciase un mayor uso innecesario o abusivo. En la detección de este tipo de uso sería esencial el papel de los profesionales sanitarios, quienes podrían informar periódicamente del volumen de servicios solicitados que resultan objetivamente innecesarios o infructuosos.

La configuración del sistema de pago por uso se presenta como una tarea ardua, en la que deben tenerse en consideración un sinnúmero de variables e implicaciones en múltiples intereses. Si prima la perspectiva de recaudación, el importe de los copagos dependerá de las expectativas de ingresos que esperen obtenerse, debiendo tenerse en cuenta que existe un coste administrativo de gestión y cobro que es preciso cubrir. Si, por el contrario, se busca hacer hincapié en la disuasión, se habría de fijar como copago la mínima cantidad posible, que sea suficiente para desmotivar a aquellos sujetos que no requieren verdaderamente de asistencia, siempre y cuando ello no ponga en riesgo la cobertura efectiva de sujetos con rentas limitadas.

Por otro lado, la solución alcanzada debería ser uniforme, afectando a todo el Sistema Nacional de Salud, pues parece que el derecho a la salud debe tener un contenido lo más armónico posible, con independencia de cuál sea la entidad que efectivamente preste el servicio. En este sentido, el Tribunal Constitucional se ha mostrado contrario a permitir el establecimiento de tasas autonómicas en las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, pues ello implica invadir la legislación básica que disciplina su financiación y supone un empeoramiento del mínimo de cobertura estatal<sup>73</sup>. Al margen de estas consideraciones financieras, no se cuestiona la posibilidad de que las Comunidades Autónomas extiendan la cobertura a servicios complementarios adicionales a los previstos en las bases estatales<sup>74</sup>.

(2023): *State of Health in the EU España: Perfil sanitario nacional 2023*, Comisión Europea, pp. 1-24, pág. 15.

73 Así, en sendas sentencias contra dos normas de Cataluña y Madrid que establecían una tasa vinculada a la dispensación de recetas médicas. Se trata de las Sentencias del Tribunal Constitucional 71/2014, de 8 de mayo, para el caso catalán, y 85/2014, de 29 de mayo, para el supuesto madrileño.

74 De acuerdo con el artículo 8 quinquies de la Ley 16/2003, amparado en la doctrina contenida en la Sentencia del Tribunal Constitucional 136/2012, de 19 de junio, Fundamento Jurídico 5º.

La limitación al establecimiento de cargas adicionales refuerza la cohesión del Sistema Nacional de Salud, evitando diferencias territoriales en un derecho cuya extensión habría de ser homogénea. Sin embargo, las experiencias autonómicas fallidas han permitido poner de manifiesto el potencial de la extensión del pago por uso a otras prestaciones. Así, en el caso catalán, la tasa de un euro cobrada por emisión de receta -con un límite de 61 euros anuales y ciertos colectivos excluidos- permitió ingresar 49,9 millones de euros en apenas 7 meses de vigencia -con un coste de implementación de la medida de 230.300 euros- y reducir la dispensación de recetas<sup>75</sup>.

En cualquier caso, si del análisis se considerase que el copago no es oportuno o funcional, podrían aplicarse otras medidas de sensibilización de menor intensidad, como acciones formativas o campañas publicitarias, que ayuden a generar una conciencia de que los servicios a disposición de los ciudadanos tienen un coste efectivo -pues esta conciencia tiende a difuminarse con la gratuidad. En este sentido, pese al cuestionamiento y el fracaso experimentado hace unos años, puede ser de interés la remisión de facturas informativas a los pacientes, pues los mismos suelen desconocer los relevantísimos costes efectivos de los tratamientos recibidos, favoreciéndose la concienciación acerca del uso racional y la puesta en valor del sistema.

Al margen de la financiación con cargo a los usuarios, pueden explorarse otras vías de obtención de recursos financieros de los particulares, aunque las mismas puedan tener una importancia marginal<sup>76</sup>. Por ejemplo, pueden recibirse fondos -o infraestructuras y equipos- mediante donación de particulares, existiendo ejemplos en los últimos tiempos<sup>77</sup>. Esta vía, pese a que suscite debate sobre el verdadero ánimo del donante, no debe desdeñarse, pues los

75 La medida estuvo vigente entre el 23 de junio de 2012 y el 16 de enero de 2013, cayendo la dispensación en el ejercicio 2012 un 8,3 %. En cualquier caso, las cifras de dispensación han de tomarse con cautela, pues la reducción -al menos parcialmente- puede obedecer al agotamiento de los medicamentos en los botiquines de los hogares antes de abordar la adquisición de nuevos fármacos asumiendo mayores costes. Igualmente, esta medida coincidió con la implementación de un copago estatal en función de renta y la aportación limitada por pensionistas, lo que dificulta deslindar qué parte de la caída del consumo obedece a cada medida.

76 En este sentido, las fuentes de financiación de los sistemas de salud no se limitan únicamente a tributos, transferencias o contraprestaciones de los usuarios. A modo de ejemplo, el artículo 45 de la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón enumera otras fuentes de financiación adicionales.

77 Así, por ejemplo, puede pensarse en las entregas que realizaron múltiples ciudadanos y profesionales con motivo de la lucha contra la pandemia de la Covid-19, abarcando desde dinero, material sanitario, equipos o, directamente, trabajo no remunerado.

pacientes obtendrán un beneficio al margen de cualquier consideración ética<sup>78</sup>. Igualmente, en el caso de ensayos clínicos, el eventual promotor privado financiará los costes directos e indirectos en los que sea necesario incurrir, pudiendo utilizarse también los medicamentos sobrantes<sup>79</sup>. En estas situaciones, además de permitirse avances en el conocimiento, las dolencias de ciertos pacientes son cubiertas -siquiera temporalmente- con fondos privados.

Igualmente, puede buscarse la contribución financiera directa de los operadores económicos que colaboran con el Sistema Nacional de Salud y que, en alguna medida, se favorecen de dicha colaboración. En este sentido, junto con la existencia de tributos generales que gravan los resultados empresariales, pueden establecerse contribuciones especiales dedicadas a financiar actuaciones de interés público que conciernen al referido Sistema. Por lo que se refiere al caso español, se prevé la realización de ciertas aportaciones económicas por los fabricantes e importadores que oferten medicamentos o productos sanitarios financiados con fondos públicos y dispensados -mediante receta u orden de dispensación- a través de oficinas de farmacia<sup>80</sup>. Estos sujetos deberán ingresar periódicamente un porcentaje del volumen de ventas que se haya alcanzado a través de la dispensación en dichas oficinas de farmacia<sup>81</sup>.

Pese a las dudas planteadas por esta figura -que se asemeja a un *rappel* comercial del que disfruta el sistema público por alcanzar un cierto volumen de compras- la misma ha sido validada por la jurisprudencia constitucional, a través de su configuración como una prestación patrimonial de carácter público<sup>82</sup>. Mediante la misma se cumplirían finalidades

78 Como el lector sabrá, en algunos ámbitos políticos han sido especialmente controvertidas las donaciones de la Fundación Amancio Ortega para la adquisición de equipamiento sanitario.

79 De acuerdo con los artículos 32, 33 y 37 del Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos.

80 Contribución contenida en la Disposición Adicional 6ª del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. La misma tiene notable trayectoria, habiéndose establecido previamente mediante Disposición Adicional 48ª de la Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de presupuestos generales del Estado.

81 Se fija una escala progresiva, pues dicho porcentaje se sitúa en el 1,5 del volumen de negocio si el mismo no supere los 3.000.000 de euros, y en el 2 % para los volúmenes de negocios superiores a esta cantidad.

82 Así, en la STC 62/2015, de 13 de abril, Fundamento Jurídico 3º, se niega el carácter de tributo de la medida, considerando que se trata de una prestación patrimonial de carácter público, mediante la que se pretenden garantizar finalidades públicas.

de inequívoco interés público, pues además de contenerse el gasto público se mejoraría el sistema sanitario, ya que los fondos recaudados se han de destinar a la investigación biomédica y a diversos programas de cohesión, formación y educación sanitaria.

## V. LA NECESIDAD DE ADOPTAR UNA VISIÓN INTEGRAL Y DE SEGUIR UN ENFOQUE PREVENTIVO

Tras detenernos sobre medidas orientadas a restringir el ámbito subjetivo de la cobertura sanitaria, o a buscar fuentes de financiación adicionales, procede poner el foco en otras variables que ayuden a reducir la demanda de servicios sanitarios.

En este sentido, se exigiría adoptar una visión integral de la salud de los ciudadanos, a fin de atender a los muy distintos factores que -al margen de la asistencia sanitaria- inciden sobre la misma. Conocidos dichos factores sería posible diseñar políticas públicas específicas que potencien su impacto positivo pues, con ello, se reducirían las necesidades asistenciales.

En suma, se trata de aplicar un enfoque de tipo preventivo, que permita conocer cuáles son los principales factores que determinan la necesidad de recibir servicios sanitarios. Y ello a fin de intervenir sobre los mismos, de modo que se minore -o en el mejor de los casos incluso se evite- la problemática sanitaria que lleva a demandar el correspondiente servicio<sup>83</sup>. Si el coste de incidir positivamente sobre uno de estos factores que condiciona la salud fuese menor que el derivado de atender a las patologías que pudieran derivarse de los mismos, se obtendría un ahorro neto que coadyuvaría a la sostenibilidad del sistema de salud.

No se trata, ni mucho menos, de una perspectiva novedosa, pues la preocupación por las causas, circunstancias o factores que condicionan y determinan la salud de las personas cuenta con una trayectoria notable. Así, además de antecedentes remotos que llevarían a remontarse a Hipócrates de Cos<sup>84</sup>,

83 A modo de ejemplo, puede pensarse en la supervisión de los enfermos de diabetes por parte de podólogos, evitándose complicaciones que lleven a amputaciones que resultan costosísimas desde el punto de vista económico y personal. Sobre el particular, VIADÉ JULIA, J. (2015): «El papel del podólogo en la atención al pie diabético». *Angiología*. 67(6).

84 En este sentido, se atribuye al prestigioso médico griego -hace más de dos milenios- la siguiente reflexión: “Comer bien no basta para tener salud. Además, hay que hacer ejercicio, cuyos efectos también deben conocerse. La combinación de ambos factores constituye un régimen. Si hay alguna deficiencia en la alimentación o en el ejercicio, el cuerpo enfermará”.

diversos estudios se han referido a los denominados como “determinantes” de la salud, identificándose diversos grupos de variables que influyen de forma notable en la salud de los ciudadanos<sup>85</sup>.

Aunque con diferentes enfoques y clasificaciones, dichos trabajos se caracterizan por adoptar un enfoque holístico de la salud, identificando multitud de factores que la condicionan desde muy distintos ámbitos. Así, la salud de los ciudadanos iría más allá de la asistencia sanitaria que los mismos puedan recibir. La toma en consideración de esta realidad habría de llevar a los gestores públicos a una perspectiva amplia a la hora de abordar la salud, desarrollando políticas que la consideren desde diferentes flancos.

A este respecto, por supuesto, el sistema de asistencia que se haya establecido tiene un papel central en el aseguramiento de la salud, pues su adecuado funcionamiento permitirá la detección y curación de las patologías que afecten a los ciudadanos. Una defectuosa configuración del sistema sanitario -en términos de calidad y accesibilidad- incidirá de forma directa en la salud de la ciudadanía, por lo que será esencial tender su ordenación óptima.

Sin embargo, junto con el sistema sanitario, el estado de salud de un individuo se ve influido y determinado por otros muchos factores, que pueden tener una influencia tanto o más decisiva. Aunque la identificación de estos factores puede ser, en ocasiones, compleja, la misma es necesaria para maximizar la promoción de la salud en las distintas políticas públicas.

Por una parte, la salud viene muy estrechamente condicionada por factores biológicos propios de cada individuo. Cuestiones vinculadas con la carga genética, el sexo, la edad o la propia constitución van a marcar el estado de salud de los ciudadanos. Estas variables vienen dadas por la propia naturaleza, por lo que será muy complejo establecer políticas que mejoren directamente la salud operando sobre las mismas, más allá de la adaptación de las actuaciones sanitarias -o de otro tipo- a las necesidades y circunstancias propias de cada colectivo que varían en función de unas condiciones biológicas dadas<sup>86</sup>.

85 Al respecto, se aprecia un notable incremento de la preocupación científica por estos factores “determinantes” desde la década de los años 70 del siglo pasado, destacando los trabajos de LAFRAMBOISE, H.L. (1973): «Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments». *Canadian Medical Association Journal*. 108, o LALONDE, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians, Minister of Supply and Services Canada*. Ottawa.

86 Así, por ejemplo, si el cáncer de mama afecta en un 98 % a mujeres y un 2 % a hombres, parece que una política de diagnóstico precoz debería poner especialmente el foco en el colectivo femenino. Ello, sin perjuicio de que, en atención a

A su vez, en la salud van a influir cuestiones vinculadas con el estilo de vida de los ciudadanos y con sus conductas en relación con la salud. Así, al margen de los factores biológicos que le vienen dados, cada individuo tiene un relevante papel en la protección y promoción de su propia salud. De este modo, factores tales como el sedentarismo, una alimentación no equilibrada, la práctica de actividades de riesgo, el consumo de drogas o los hábitos de higiene condicionan en buena medida la salud. Igualmente, la conducta individual puede privar de eficacia a una asistencia sanitaria adecuadamente prestada, en caso de que no se respeten las prescripciones de los facultativos sobre postoperatorios, rehabilitación, hábitos de vida o consumo de fármacos<sup>87</sup>.

Habida cuenta de esta realidad, podrían conseguirse resultados significativos a través de la promoción de conductas saludables entre los ciudadanos. Se trata de una ardua labor, pues exige una reconfiguración de los valores y hábitos de los ciudadanos que, en ocasiones, pueden estar intensamente arraigados. En esta línea, pueden utilizarse distintas técnicas administrativas<sup>88</sup>.

Por lo que se refiere a la policía administrativa, con directa intervención limitativa sobre los derechos y libertades de los particulares, parece que la misma habría de reservarse para aquellas conductas de una mayor gravedad, a fin de evitar una interferencia indebida en la esfera de la libertad individual. Me refiero, por ejemplo, a la prohibición del consumo de drogas como actividad que, al menos, no

---

factores biológicos, sea complejo o imposible reducir la mayor propensión de las mujeres a sufrir dicha enfermedad.

87 En este sentido, para el éxito de los tratamientos, se demuestra esencial la adherencia de los pacientes, entendida como el grado en que la conducta del paciente se corresponde con las indicaciones de los profesionales sanitarios, en relación con la toma de medicación, la modificación de hábitos o el respeto de dietas, según ha dispuesto la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003): *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Ginebra. World Health Organization, págs. 4 a 7.

Se ha observado que las tasas de no adherencia a los tratamientos son elevadas, ocasionándose con ello cuantiosos costes al sistema de salud, llegando al 80 % en algunas patologías, según ponen de manifiesto los datos de la *Encuesta sobre adherencia terapéutica en España*, Fundación Farmaindustria, de 2016, págs. 36 y ss. (accesible desde: <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Informe-Estudio-de-adherencia-anx.pdf>).

88 La elección de una u otra técnica dependerá en gran medida de cuál sea el impacto esperado sobre la conducta de los ciudadanos, debiendo definirse las oportunas relaciones de causalidad. A este respecto, resultan de gran relevancia los estudios que sirvan para acreditar dichas relaciones de causalidad, habiéndose defendido recientemente el desarrollo de estudios empíricos de grandes dimensiones, que permitirían analizar el impacto de diversas intervenciones. En este sentido, ROYER, H. (2021): «Benefits of megastudies for testing behavioural interventions». *Nature*. 600(7889).

debería tener lugar en espacios públicos para evitar su banalización, o a la persecución de la conducción temeraria.

Igualmente, es posible acudir a campañas de sensibilización y formación, que permitan a los ciudadanos tomar en consideración su propia capacidad de mejorar su salud. En este sentido, serían especialmente aconsejables las intervenciones en el ámbito educativo que ayuden a consolidar actitudes responsables desde la infancia. Desde otro enfoque, aunque también conectado con la sensibilización, puede limitarse la publicidad de cierto tipo de productos o servicios considerados singularmente nocivos para la salud<sup>89</sup>.

Junto con las anteriores, se va a configurar como esencial la actividad de fomento, de modo que la ciudadanía cuente con estímulos para cambiar su conducta -pues ciertos ciudadanos requerirán de incentivos directos para cambiar sus rutinas por mera resistencia personal al cambio o por imposibilidad financiera<sup>90</sup>. En este sentido, pueden ofrecerse estímulos con cargo a fondos públicos para la práctica de actividades deportivas, la mejora en la alimentación de ciertos colectivos o el uso de la bicicleta como medio de locomoción<sup>91</sup>.

Además de los estímulos positivos, cabría recurrir a herramientas tributarias para penalizar ciertas actitudes, de modo que se mueva el ánimo de la ciudadanía a través del fisco. Así, por ejemplo, pueden articularse impuestos que afecten al consumo de alimentos que se revelan como singularmente nocivos para la salud, de modo que el incremento artificial de precios disuada de su consumo y lleve a la sustitución por otros que sí son saludables<sup>92</sup>.

---

89 Al respecto, por ejemplo, el malogrado proyecto de Real Decreto sobre la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigidas al público infantil, del extinto Ministerio de Consumo.

90 En particular, al margen de supuestos en los que se produzca una resistencia deliberada a conductas más saludables, lo cierto es que hay patrones de comportamiento que exigen asumir muy relevantes costes. Así, por ejemplo, el mantenimiento de una dieta equilibrada supone un reto para la economía de muchas familias, máxime en contextos de elevada inflación como los sufridos en tiempos recientes.

91 Igualmente, pueden retirarse las medidas de fomento existentes respecto de ciertas actividades o alimentos no saludables, con la intención de alcanzar un efecto similar. Al respecto, se ha determinado que la eliminación de las subvenciones al azúcar, el queso y la mantequilla en Canarias -pensadas para asegurar el suministro- tendría un relevante impacto sobre la obesidad, según RODRÍGUEZ MIRELES, S.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. Y SERRA MAJEM, L. (2021): «When Industrial Policies Conflict With Population Health: Potential Impact of Removing Food Subsidies on Obesity Rates». *Value in Health*. 24(3).

92 A este respecto, cabe recordar la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, en la que se promueven políticas fiscales para aumentar el precio de venta al público

Por otra parte, como otros factores determinantes de la salud, aparecen los conectados con las circunstancias socioeconómicas de los individuos<sup>93</sup>. Así, se ha observado que variables tales como el acceso a la vivienda, las condiciones laborales, la zona de residencia, la educación y el apoyo familiar y social tienen un impacto en la salud de los ciudadanos. Así, por ejemplo, las personas sin hogar cuentan con una esperanza de vida notablemente inferior a la de la población general<sup>94</sup>, dicha esperanza de vida varía también en función del distrito de residencia<sup>95</sup>, se observa como las personas de clases sociales más desfavorecidas tienen unas mayores tasas de sobrepeso y de obesidad<sup>96</sup>, o se aprecia como quienes experimentan problemas financieros tienen más riesgo

de bebidas azucaradas, al considerar que un aumento sensible en los precios llevaría a una caída del consumo, disminuyendo dolencias como obesidad, caries y diabetes. Se trata del informe *Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs)*, de la Organización Mundial de la Salud, de octubre de 2016.

Con amparo en el mismo, en el caso español, se ha establecido un impuesto sobre bebidas azucaradas envasadas para Cataluña, en la Ley 5/2017 de 28 de marzo, que grave con 0.10 euros por litro a las bebidas con contenido de entre 5 y 8 gramos de azúcar por cada 100 mililitros, y con 0,15 euros por litro, a las bebidas con contenido de azúcar superior a 8 gramos por 100 mililitros. Esta medida tributaria se habría visto acompañada de una reducción relevante del consumo -especialmente en aquellas zonas con mayores niveles de obesidad- de acuerdo con el estudio de VALL CASTELLÓ, J. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2020): «Impact of SSB taxes on sales». *Economics & Human Biology*. 36.

93 En relación con los factores de tipo social, puede consultarse el informe *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud, de 2009.

Para el caso del Reino Unido, se ha estimado que cerca del 20 % de las visitas de atención primaria se relacionan con consultas que derivan inicialmente de problemas sociales. En este sentido, el documento *The Role of Advice Services in Health Outcomes: Evidence Review and Mapping Study*, de la Low Comisión, de junio de 2015.

94 En este sentido, la diferencia puede alcanzar hasta los 30 años, de acuerdo con los datos sobre diversos estudios contenidos en la *Estrategia Nacional Integral para Personas sin Hogar 2015-2020*, del Consejo de Ministros, de 6 de noviembre de 2015, pág. 27.

Por otra parte, la esperanza de vida de la población de etnia gitana en España es notablemente inferior a la de la población general -en particular 11.3 años inferior para mujeres y 10,4 para hombres- de acuerdo con el informe *Roma in 10 European countries: main results*, European Union Agency for Fundamental Rights, de octubre de 2022, págs. 47 y 48 (accesible desde: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results_en.pdf)).

95 A este respecto, en el caso de Madrid, la esperanza de vida en 2022 oscilaba 3 años para los hombres, entre los 84,3 de Chamartín y los 81,3 de Puente de Vallecas, de acuerdo con los datos estadísticos contenidos en el *Panel de indicadores de distritos y barrios de Madrid*.

96 Así, parece haber correlación entre renta, sobrepeso y obesidad, de modo que la menor renta se asocia a mayores tasas de sobrepeso y obesidad. En este sentido, por ejemplo, el estudio *Adiós a la dieta mediterránea: Nutrición y hábitos saludables de la infancia en España*, de Save the Children, de

de padecer problemas de depresión o ansiedad<sup>97</sup>. Gran parte de estos factores socioeconómicos se relacionan muy estrechamente con una variable principal, como es el nivel de ingresos. Y es que unos ingresos más elevados ayudarían a proveerse de unas mejores herramientas -servicios, productos o conocimientos- para abordar con mayores garantías el cuidado de la salud.

Algunos de estos determinantes de la salud son, a priori, modificables a través de la intervención de los poderes públicos, quienes podrían incidir sobre aquellos aspectos más perturbadores para la salud de los ciudadanos. En este sentido, sería fundamental el adecuado mantenimiento de servicios públicos esenciales que aseguren la higiene y la salubridad, como los vinculados al abastecimiento y saneamiento de aguas, así como a la recogida y tratamiento de residuos. Igualmente, la política en materia de vivienda debería tender hacia la erradicación de las infraviviendas y la oferta de alternativas habitacionales adecuadas. A su vez, debe favorecerse que los ciudadanos mantengan una climatización adecuada de sus viviendas, evitando el padecimiento de episodios de rigor térmico que socavan la salud.

De igual modo, debe asegurarse una educación suficiente que facilite a los ciudadanos adquirir formación esencial que les permita conocer las implicaciones de ciertos fenómenos en su salud, de modo que puedan evitar situaciones que generen riesgos<sup>98</sup>.

marzo de 2022, pág. 12.

En particular, para un estudio sobre la obesidad de menores en la ciudad de Barcelona, se apreció una diferencia enorme entre la tasa de obesidad del barrio con mayor renta -3,4 %- y el de una menor renta -21,9 %. Así, SERRAL CANO, G.; BRÚ CIGES, R. et al (2019): «Sobrepeso y obesidad infantil según variables socioeconómicas en escolares de tercero de Primaria de la ciudad de Barcelona». *Nutrición Hospitalaria*. 36(5).

97 Sobre el particular, por ejemplo, se ha encontrado cierta evidencia en el estudio de SKAPINAKIS, PETROS; WEICH, SCOTT et al (2006): Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK, Longitudinal study in the general population in the UK, *British Journal of Psychiatry*, núm 189, pp. 109-117.

98 En materia de educación y formación de los pacientes existen multitud de iniciativas y programas, pudiendo hacerse referencia -desde el punto de vista institucional- a la Escuela de Salud de Aragón, orientada a incrementar la información, formación y habilidades de los pacientes, cuidadores y usuarios, y regulada en la ORDEN SAN/1744/2017, de 25 de octubre, por la que se crea la Escuela de Salud de Aragón.

Además de la educación, se han defendido los efectos benéficos de la cultura en la salud, apreciando mejoras derivadas de la asistencia a actividades culturales en términos de salud mental, dolor crónico o bienestar. Sobre este particular, puede estarse al documento de FANCOURT, DAISY y FINN, SAOIRSE (2019): *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*, Organización Mundial de la Salud, pp. 1-146. Igualmente, estas conexiones se están testando a través de un proyecto financiado con fondos europeos, como es el proyecto Culture For Health (<https://www.cultureforhealth.eu/>).

Junto con la educación habrían de reforzarse redes de apoyo y cooperación -con la vista puesta especialmente en el tercer sector- que se revelan como fundamentales para ciertos colectivos, como personas que se sienten aisladas, enfermos crónicos, o quienes padecen enfermedades mentales y adicciones. En estos casos, la pertenencia a un colectivo y el apoyo mutuo podrían ayudar a reducir la necesidad de demandar servicios sanitarios<sup>99</sup>.

Por otra parte, se ha de promover el empleo estable y asegurar el respeto de la regulación en materia laboral y de prevención de riesgos, evitando afecciones directas a la salud y reduciendo al mínimo los siniestros a través de una intensa supervisión pública<sup>100</sup>. En relación con el control, el marco jurídico y la actividad policial y judicial deben permitir el mantenimiento de un adecuado nivel de seguridad pública en todo el territorio, habida cuenta de los daños físicos y psíquicos derivados de la comisión de delitos y del efecto criminógeno adicional que tiene la degradación generalizada de ciertas zonas.

Con carácter general, las medidas que se adopten para incidir sobre variables socioeconómicas se enmarcan en políticas redistributivas que apoyarán a los colectivos que experimentan mayores problemáticas. Con estas políticas, además de favorecerse mayores niveles de igualdad -que ya de por sí podrían justificarlas- se estaría mejorando la salud de una parte relevante de los ciudadanos y, en particular, de los más desfavorecidos.

En último término, entre los determinantes de la salud, aparecen también factores de índole medioambiental, vinculados a las condiciones del entorno en el que se desenvuelven los ciudadanos. Desde este punto de vista, ha de ponerse el foco, además de en consideraciones climáticas, sobre las diversas formas de contaminación que puedan estar presentes, tanto de naturaleza física, como química o biológica. A su vez, pese a que se ha defendido la integración entre los determinantes medioambientales de cuestiones de entorno social, considero que los mismos encajan mejor en el contexto socioeconómico.

En relación con este tipo de factores, las

99 Resulta paradigmático el caso de las personas de edad avanzada, pues la satisfacción de sus necesidades sociales y de cuidado personal puede ayudar a mejorar su independencia funcional y calidad de vida, reduciendo a su vez la demanda de servicios hospitalarios más costosos. Sobre estas cuestiones, analizando la necesidad de ofrecer cuidados a largo plazo a las personas de edad avanzada, BARBER, S.L., VAN GOOL, K. et al (2021: viii).

100 Al margen de los accidentes laborales que pudieran producirse, múltiples puestos de trabajo conllevan riesgos relevantes para la salud, como los vinculados con lesiones músculo-esqueléticas, problemas de audición o enfermedades causadas por exposición a productos químicos.

circunstancias climáticas de una determinada zona -temperatura, humedad, régimen de precipitaciones- son difícilmente alterables, considerándose unos parámetros dados. Ello, claro, sin perjuicio de la evidente influencia antrópica estructural sobre algunos fenómenos climáticos -sobre la que ya existe evidencia insoslayable- o acerca de la posibilidad de modificar directamente algunas circunstancias, como en el caso de infraestructuras hídricas que evitan aluviones o la provocación de lluvia mediante el uso de yoduro de plata.

Sin embargo, sí será más sencillo influir sobre elementos vinculados a la presidencia en el entorno de contaminantes de diversa naturaleza, tanto físicos -ruido, luz o vibraciones- como químicos -presencia de productos químicos con incidencia en la salud- o biológicos -actuación de organismos de origen biológico. En estos casos es posible implementar políticas públicas orientadas al estricto control de estos factores, que tiendan hacia su mitigación o, en los mejores casos, su eliminación. A tal efecto, las técnicas de intervención preferentes serían las vinculadas a la regulación y la policía, o al establecimiento de tributos ambientales.

Habida cuenta de la existencia de estos múltiples determinantes de la salud, que van más allá de la asistencia sanitaria, será necesario -como se ha adelantado- adoptar un enfoque holístico de la salud, considerando la misma en todas las políticas públicas que puedan incidir sobre ella, siquiera de forma tangencial<sup>101</sup>. Así, a la hora de elaborar políticas sectoriales -en materia de empleo, educación, medio ambiente, vivienda u otras áreas- debe considerarse su influencia en la salud. Y ello bien sea de forma principal -por ser la promoción de la salud el objetivo primario pretendido por las medidas- como de forma accesorio -siendo la salud uno de los múltiples ámbitos en los que las medidas indiquen.

En particular, cuando la salud no se configure como el eje fundamental que persigue una determinada política, convendría que los gestores públicos se detuviesen sistemáticamente sobre el eventual impacto de la misma en la salud -a fin de verificar si efectivamente hay, o no, alguna incidencia. En este sentido, por ejemplo, podría imponerse la obligación de analizar el impacto en la salud en el marco de la correspondiente memoria de análisis de impacto normativo que hubiese de elaborarse.

En cualquier caso, y retomando la senda de sostenibilidad en la que se incardina el presente trabajo,

101 Se trata del enfoque conocido "Salud en todas las políticas" defendido por STAHL, T.; WISMAR, M. et al (2006): *Health in all policies, Prospects and Potentials*. Helsinki. Ministry of Social Affairs and Health of Finland.

hemos de tener presente que la existencia de múltiples factores determinantes de la salud de los ciudadanos puede permitir el seguimiento de políticas preventivas, que reduzcan las demandas de servicios sanitarios<sup>102</sup>. Así, incidiendo sobre ciertos factores se evitarían o minorarían algunos problemas de salud, lo que disminuiría los fondos dedicados a su tratamiento. Igualmente, los ahorros del sistema sanitario se complementarían con un menor gasto en prestaciones sociales vinculadas a dolencias que generan incapacidad temporal o permanente.

Este enfoque preventivo alcanza, por supuesto, a medidas directamente vinculadas con el ámbito sanitario y, más concretamente, con la salud pública, siendo paradigmático el desarrollo de campañas de inmunización entre la ciudadanía<sup>103</sup>. Sin embargo, esta perspectiva puede -y debe- trasladarse a otras áreas donde se hayan localizado factores determinantes de la salud. Así, en muchas ocasiones, será menos oneroso económicamente incidir sobre otras variables que prestar los correspondientes servicios sanitarios, de lo que se deduciría un ahorro presupuestario global<sup>104</sup>. De hecho, ciertas medidas que afectan a la salud tienen impacto presupuestario nulo o muy reducido o, incluso, permiten obtener recaudación adicional -como en el caso del establecimiento de figuras tributarias que desincentivan ciertas actividades.

La fijación del concreto impacto presupuestario de una política que incide sobre determinantes de la salud es una tarea ardua -quizás sometida a irreducibles dosis de incertidumbre- habida cuenta de que las relaciones que unen causas y consecuencias distan mucho de seguir patrones sometidos a fórmulas exactas. En consecuencia, será esencial el recurso

102 Por lo que se refiere al impacto presupuestario de las medidas de prevención, el gasto per cápita en España de 95 euros anuales, relativamente por debajo del gasto medio de la UE, situado en 250 euros anuales. Ello, de acuerdo con los datos contenidos en el informe COMISIÓN EUROPEA (2023): *State of Health in the EU España: Perfil sanitario nacional 2023*. Comisión Europea, pág. 10.

103 La vacunación -salvo algunas excepciones- se ha demostrado como una de las políticas de salud más coste-eficientes, pues los costes de la inmunización son relativamente reducidos en relación con los que derivan de las dolencias evitadas. En este sentido, por ejemplo, ARMSTRONG, E.P. (2007): «Economic benefits and costs associated with target vaccinations». *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 13(7), o GARCÍA ALTÉS, A. (2013): «Systematic review of economic evaluation studies: Are vaccination programs efficient in Spain?». *Vaccine*. 31(13).

104 Ello, especialmente, si nos referimos a dolencias crónicas que requieran tratamientos muy costosos y cuya evitación sea relativamente sencilla a través de la concienciación, como en el caso del VIH. A su vez, esta prevención podría ofrecer resultados notables en lo relativo a la salud mental de los ciudadanos, cuando derivan de factores socioeconómicos o ambientales, pues una vez se consolidan dolencias relacionadas con la misma suele ser difícil su reversión.

al análisis económico del derecho que, a través del desarrollo de estudios de caso concreto, permita orientar a los poderes públicos para configurar las soluciones jurídicas más eficientes. En este sentido, se requerirá la configuración de equipos pluridisciplinares, en los que coincidan, entre otros, profesionales sanitarios, juristas, economistas o expertos en gestión de procesos y organizaciones.

Eso sí, en estos análisis, los presupuestos públicos de las distintas Administraciones habrían de considerarse como un todo, haciendo abstracción del fraccionamiento competencial vigente. De lo contrario, si se atiende a la esfera de cada Administración, habría escasos incentivos a adoptar medidas que impliquen un coste para quien dispone de la competencia en una concreta materia, aunque ello redunde en una reducción del consumo de servicios sanitarios. Se exige, por tanto, una leal cooperación entre las distintas entidades implicadas, pues la protección y sostenibilidad de la salud son preocupaciones esenciales que no habrían de depender del concreto deslinde competencial existente. En su caso, a fin de facilitar esta colaboración, cabría articular mecanismos de financiación para operar transferencias desde los agentes públicos que resulten favorecidos presupuestariamente hacia aquellos que deben asumir los costes directos de las políticas.

## VI. MEDIDAS ORIENTADAS A MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA

La obtención de nuevas fuentes de financiación estable y la adopción de un enfoque holístico a la hora de abordar la salud, deben complementarse con medidas tendentes a incrementar la eficiencia del sistema sanitario, de modo que, con unos recursos dados, se permita la obtención de mejores resultados<sup>105</sup>. Así, la mayor eficiencia permitiría trasladar los recursos que se ahorren hacia otras áreas sanitarias que requieran mayor atención, mejorando el conjunto del sistema.

Como alternativa, utilizando la perspectiva del ahorro presupuestario, la eficiencia implicaría que

105 Se ha observado una gran variabilidad en la eficiencia de los distintos sistemas sanitarios nacionales, en atención a la consideración de distintas variables e indicadores. Sobre el particular, pueden consultarse multitud de estudios que comparan la eficiencia entre Estados -aunque la diversidad de metodologías arroja resultados divergentes- como los de BEHR, A. y THEUNE, K. (2017): «Health System Efficiency: A Fragmented Picture Based on OECD Data». *PharmacoEconomics*, 1(3); GAVUROVA, B.; KOCISOVA, K. y SOPKO, J. (2021): «Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach». *Health Economics Review*. 11(1), o MORENO ENGUIX, M.R.; GÓMEZ GALLEGU, J.C. y GÓMEZ GALLEGU, M. (2018): «Analysis and determination the efficiency of the European health systems». *International Journal of Health Planning and Management*. 33(1).

los mismos resultados pueden obtenerse con una menor contribución de fondos públicos, reduciéndose el gasto sanitario global<sup>106</sup>. Este enfoque, menos ambicioso desde el punto de vista de la mejora de la asistencia sanitaria, generaría incentivos negativos para promover nuevos incrementos de eficiencia, pues los promotores verían como estos incrementos se acompañan de recortes presupuestarios en sus ámbitos de intervención<sup>107</sup>.

En cualquier caso, la mejora de la eficiencia del sistema sanitario conecta con distintas técnicas que inciden sobre realidades diversas<sup>108</sup>. Así, en función del nivel sobre el que inciden, podría distinguirse entre el nivel macro -relativo a políticas sanitarias- un nivel meso -vinculado a la organización y gestión de los centros y servicios sanitarios- y un nivel micro -que aborde la gestión clínica<sup>109</sup>. No obstante, sea cual fuere el nivel considerado, se comparte un elemento común, como es la introducción de cambios sobre las estructuras, procesos y terapias actualmente vigentes, de modo que los mismos permitan una mejor asignación de los recursos existentes.

Habida cuenta de la pluralidad de herramientas y medidas posibles -sometidas al casuismo y a un nivel de detalle muy elevados- el presente trabajo se referirá únicamente a ciertas directrices generales que pueden considerarse a la hora de incrementar la eficiencia. No obstante, por lo que respecta a análisis minuciosos sobre áreas concretas, existen múltiples estudios que se han detenido en analizar diversas iniciativas orientadas a mejorar la eficiencia, que ponen de manifiesto la creciente preocupación por estas consideraciones<sup>110</sup>.

106 Desde este punto de vista, si se alcanzase la frontera de eficiencia, los países podrían lograr niveles de ahorro notables, que rondarían una media del 2,5% del PIB, aunque con notable dispersión, de acuerdo con el estudio de HERNÁNDEZ DE COS, P. y MORAL BENITO, E. (2011): «Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE». *Documentos Ocasionales del Banco de España*. 1107, pág. 32.

Existen algunos índices de eficiencia, como el *Bloomberg Health Care Efficiency Index*, en el que España se situaría en una destacable 3ª posición.

107 Se alude a estos desincentivos en BARROY, H.; CYLUS, J.; GUPTA, S. et al. (2021): «Do efficiency gains really translate into more budget for health? An assessment framework and country applications». *Health Policy and Planning*. 6(8), pág. 1308.

108 Quedan al margen las medidas relativas a la prevención del fraude y de la corrupción, tanto o más necesarias en el ámbito sanitario como en cualquier otro ámbito de actuación administrativa, en aras de evitar tratos de favor y la desviación de caudales públicos hacia finalidades separadas del interés público.

109 Esta triple dimensión se pone de manifiesto por GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, B. (2022): «Evaluación de políticas. Salud y sanidad». *Papeles de Economía Española*. 171, pág. 119.

110 A este respecto, son muy numerosos los análisis de los resultados de las políticas públicas sanitarias, siendo habitual

## 1. La necesidad de contar con información, así como con parámetros y metodologías de evaluación

En primer término, antes de detenerse sobre medidas concretas que pudieran ayudar a incrementar la eficiencia, será necesario que los gestores públicos dispongan de información y metodologías adecuadas para conocer la realidad del sistema sanitario y las consecuencias que pudieran derivarse de las intervenciones seguidas.

La información se configura, como en muchos otros ámbitos, como el sustrato esencial para la implementación de políticas públicas, pues la misma permite conocer el estado de las cosas, planificar medidas que puedan alterar dicho estado y definir las relaciones de causalidad existentes, anticipar los efectos esperados y, por último, evaluar los resultados efectivamente obtenidos<sup>111</sup>. Y es que la toma de decisiones por los poderes públicos no podrá ser racional y razonada en ausencia de información suficiente, evitándose espacios para la arbitrariedad y para el surgimiento de efectos indeseados sobre otros intereses o variables.

Quien dispone de información sobre un determinado ámbito de la realidad puede fallar a la hora de adoptar medidas, pues cualquier actividad estará sometida a ciertos grados de incertidumbre y variabilidad. Igualmente, en múltiples ocasiones, la correlación entre dos variables no obedecerá a una auténtica relación de causalidad. Sin embargo, al margen de estas notables dificultades que afectan a los agentes informados, quien no cuenta con

que los mismos aborden la eficiencia de las medidas que se han adoptado. Sobre el particular, junto con los análisis elaborados por la OCDE, se recomienda la consulta de los diversos estudios del Grupo de Investigación: Economía de la Salud y Políticas Públicas, vinculado a la Universidad de Las Palmas, accesibles desde: <https://dmc.ulpgc.es/econom%C3%ADa-de-la-salud-y-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas/publicaciones-gI.html>

Igualmente, como iniciativa orientada a favorecer el debate destaca la *Iniciativa Aragonesa para la Sostenibilidad y la Eficiencia del Sistema Nacional de Salud*, Gobierno de Aragón, de 2023 (accesible desde: [https://www.aragonhoy.es/uploads/files/2023/01/23/Documento%20sostenibilidad%20sanidad%20publica\\_vdef.pdf](https://www.aragonhoy.es/uploads/files/2023/01/23/Documento%20sostenibilidad%20sanidad%20publica_vdef.pdf)).

111 La implementación de políticas públicas debe acompañarse de una metodología que permita el control y la mejora continua, de modo que puedan conocer los resultados de las medidas adoptadas y pueda obrarse en consecuencia. Los enfoques integrales para la evaluación de procesos cuentan con notable trayectoria, siendo fundamental el conocido como Ciclo de Deming (o PDCA por las siglas en inglés de sus fases: Plan, Do, Check y Act), al que es posible aproximar desde DEMING, W.E. (1986): *Out of the crisis*. Cambridge, Massachusetts Institute of Technology. En particular, este enfoque ha sido adaptado al ámbito sanitario, brindándose algunos ejemplos, por parte de LANGLEY, G.J.; MOEN, R.D.; NOLAN, K.M. et al. (1996): *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.

información completa y adecuada incrementará exponencialmente sus posibilidades de fracaso, produciéndose los aciertos a consecuencia del azar.

Por tanto, como premisa para la toma de decisiones se exige una minuciosa recolección y procesamiento de datos, de modo que se ofrezca al gestor público toda la información posible y necesaria para conformar un cuadro de mando que le permita decantarse, en cada momento, entre las distintas alternativas existentes<sup>112</sup>. Estos datos deberán mantenerse actualizados, de manera que se ofrezca una representación de la realidad lo más aproximada posible a la existente en cada momento. Además, los mismos deberán recabarse y estructurarse en los soportes y formatos idóneos para permitir su posterior procesamiento informático, evitando inconsistencias o lagunas<sup>113</sup>. A su vez, y sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones vigentes en materia de protección de datos, los datos recabados deberían estructurarse de modo que permitan su intercambio con otros agentes del sistema sanitario y que fomenten su oportuna reutilización<sup>114</sup>.

En particular, sería deseable contar con herramientas que permitan obtener la información de manera automatizada, a partir de las fuentes pertinentes, evitándose el consumo de recursos personales dedicados a cumplimentar formularios y el surgimiento de errores humanos en dichos procesos<sup>115</sup>.

112 La utilidad de implementar en el sector sanitario herramientas de gestión empresarial que facilitan la toma de decisiones con información en tiempo real, como los cuadros de mando, se han puesto de manifiesto desde hace décadas por diversos autores, como en los casos de PINK, G.H.; SCHRAA, E.G. et al (2001): «Creating a balanced scorecard for a hospital system». *Journal of healthcare finance*. 27(3), o RADNOR, Z. y LOVELL, B. (2003): «Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-a NHS multi-agency setting». *Leadership in Health Services*, 16(2).

El recurso a los cuadros de mando deviene todavía más importante en momentos donde se exige una rápida toma de decisiones, como en la pandemia de la Covid-19 recientemente sufrida, como recuerdan AMER, F.; HAMMOUD, S.; KHATATBEH, H. et al (2022): «A systematic review: the dimensions to evaluate health care performance and an implication during the pandemic». *BMC Health Services Research*. 22(1), pág. 2.

113 Se volverá con posterioridad sobre las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías en relación con la salud.

114 En este sentido, se han señalado carencias en el intercambio de información entre las Administraciones sanitarias españolas, lo que dificulta los análisis y la toma de decisiones, de acuerdo con MARTÍN MARTÍN, J.J. y LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M.P. (2007): «La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias». *Presupuesto y Gasto Público*. 49, pág. 151. Estas críticas, en relación con algunas áreas, se han visto superadas a través de la configuración de la Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud, a la que nos referiremos posteriormente.

115 Acerca de la utilidad de obtener y procesar grandes volúmenes de datos para mejorar el funcionamiento de las Administraciones Públicas, RIVERO ORTEGA, R. (2023): *Derecho e Inteligencia Artificial: Cuatro estudios*. Santiago de Chile.

Para alcanzar las metas referidas, será necesario que los poderes públicos se vean asistidos por técnicos expertos en procesamientos de datos y configuración de herramientas informáticas.

Con los anteriores datos sería posible conocer cuál es el coste asociado a cada tratamiento, proceso o gestión acaecida en el ámbito sanitario, a través de la identificación de los diferentes factores de coste. Se requeriría, por tanto, una labor de autoexploración, en la que se determine con precisión qué recursos humanos, tecnológicos y materiales son necesarios para cada actividad que integra un acto médico, y cómo repercuten estos actos en la salud. Conocida dicha información, se habrían de seleccionar las áreas para la implementación de las medidas -teniendo especial relevancia aquellas donde el margen de mejora fuese singularmente notable. A continuación, se habrían de aplicar efectivamente estas medidas para, acto seguido, valorar si las mismas han logrado un incremento en la eficiencia -cuantificable en términos económicos- sin una paralela afección a la salud.

De igual manera, al margen de las mejoras en la gestión del sistema, la existencia de un mayor volumen de información actualizada también tendrá efectos positivos desde el punto de vista micro o individual<sup>116</sup>. Y ello porque una mayor granularidad de los datos facilitaría la personalización de los tratamientos, evitando decisiones basadas en estándares que no tienen por qué acomodarse a cada situación particular.

Actualmente, pese a que no exista un patrón común para articular la recopilación y gestión de información en el ámbito sanitario, los Estados están tomando conciencia del potencial de este tipo de iniciativas, de modo que se avanza de manera progresiva hacia una mayor sistematización de los procedimientos que permiten recabar datos para usarlos en la configuración y evaluación de políticas<sup>117</sup>. Esta vocación se pone de manifiesto, por ejemplo, con

Olejnik, págs. 15 a 26. En particular, en el ámbito sanitario, la relevancia del dato se subraya en la obra colectiva ANDREU MARTÍNEZ, M.B. (Dir.) (2023): *Los datos de salud como eje de la transformación digital de la sanidad*. Granada. Comares.

116 Atendiendo a esta perspectiva individual del uso de los datos, pero también a las ventajas para el conjunto del sistema, las *Conclusiones sobre la salud en la sociedad digital: avanzar en la innovación basada en los datos en el ámbito de la salud* (2017/C 440/05), del Consejo, publicadas el 21 de diciembre de 2017.

117 Pese a que no exista un consenso internacional, han de destacarse las iniciativas al efecto de la OCDE, que ha tratado de configurar un marco mínimo para una adecuada gobernanza de los datos de salud, a través de OCDE (2017): *Recommendation on Health Data Governance*. OCDE. Igualmente, la OCDE viene ofreciendo recurrentemente información sobre el coste de los servicios sanitarios en función de distintas variables, resultando de singular interés la base de datos al efecto,

la futura habilitación de un marco europeo común para la evaluación de las tecnologías sanitarias, que atenderá a la parcela clínica de los análisis<sup>118</sup>.

A su vez, este creciente interés se pone de manifiesto a través de la elaboración de diversos de estudios empíricos en los que se ofrecen sistemas e indicadores que permitan una adecuada implementación y evaluación de las medidas sanitarias<sup>119</sup>. Entre los mismos, junto con instrumentos vinculados al coste-efectividad, se observa el avance hacia una perspectiva más amplia representada por el método del Retorno Social de la Inversión (SROI por las siglas en inglés de *Social Return On Investment*), mediante el que se contemplan los beneficios sanitarios y no sanitarios de una determinada intervención desde un triple enfoque: económico, social y medioambiental<sup>120</sup>.

Igualmente, sería aconsejable la ponderación de indicadores relacionados con la satisfacción de los pacientes en relación con los servicios sanitarios recibidos. Y es que, pese a los problemas que derivan

accesible desde: <http://stats.oecd.org/>

Igualmente, en el ámbito europeo, la necesidad de contar con un conocimiento profundo del sistema sanitario y de los distintos factores de coste existentes se ha puesto de manifiesto por la Comisión Europea, en su *Comunicación sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos*, de 4 de abril de 2014, (COM(2014) 215 final), pág. 12.

118 Así, el Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2021, sobre evaluación de las tecnologías sanitarias, que establece un marco europeo común sobre la metodología para evaluar las tecnologías sanitarias –optando por un enfoque amplio de tecnología sanitaria que alcanza, en particular, a los medicamentos. Dicho Reglamento no desplegará plenos efectos hasta enero del año 2025 y no alcanza a las decisiones nacionales de gestión sobre qué tecnologías sanitarias han de utilizarse, o sobre cómo han de fijarse los precios, pues las mismas se amparan en la competencia exclusiva de los Estados miembros prevista en el artículo 168.7 TFUE, como recuerda su artículo 1.2.

119 En este sentido, existen muy distintas propuestas que ofrecen metodologías e indicadores para la medición de la eficiencia y del valor creado a través de la articulación de medidas sanitarias, aludiéndose, a mero título enunciativo, a PROVOST, L.P. y MURRAY, S.K. (2011): *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers; MARTÍNEZ BLANES, M.; RONDAN CATALUÑA, F.J. y VELARDE GESTERA, J.M. (2020): «Indicators of Efficiency in the Pharmaceutical Management of a Public Health System». *Administrative Sciences*. 10(2); ZOZAYA, N.; MARTÍNEZ, L.; ALCALÁ, B. y HIDALGO-VEGA, A. (2018): *Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en los países desarrollados*. Weber y Roche, págs. 69 a 80; OCDE (2010): *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. París. OCDE, o SCHNIPPER, L.E.; DAVIDSON, N.E.; WOLLINS, D.S. et al (2015): «American Society of Clinical Oncology Statement: A Conceptual Framework to Assess the Value of Cancer Treatment Options». *Journal of Clinical Oncology*. 33(23).

120 Para aproximarse a este método, y ejemplos de aplicación práctica, puede consultarse el volumen colectivo de MERINO, M. y HIDALGO, A. (eds.) (2019): *El método SROI en la evaluación económica de intervenciones sanitarias*. Madrid. Weber.

de la introducción de juicios subjetivos, la percepción del ciudadano sobre la calidad de un servicio puede ser casi tan relevante como la calidad intrínseca del mismo. La consideración de la opinión de los “clientes” puede ser de gran utilidad, pues permitiría introducir modificaciones que mejoren la experiencia del receptor del servicio, en ocasiones sin exigir grandes desembolsos<sup>121</sup>.

A partir de estas propuestas metodológicas se conducen análisis y ensayos que permiten enjuiciar las bondades de eventuales intervenciones sanitarias específicas en los más variados ámbitos, a fin ofrecer soporte a los gestores públicos. Los análisis desarrollados se cuentan por millares, de modo que para favorecer su conocimiento y difusión será de singular relevancia su sistematización y centralización, en la que juegan un papel esencial algunos registros habilitados al efecto<sup>122</sup>.

En particular, por lo que se refiere a nuestro país, se han dado pasos hacia la configuración de sistemas para la obtención, intercambio y procesamiento de información sanitaria, en aras de permitir una mejor gestión. Así, se han establecido registros poblacionales con datos de salud<sup>123</sup>, se han suscrito acuerdos para el intercambio de información entre distintas instituciones<sup>124</sup>

121 Así, por ejemplo, las cuestiones vinculadas a la empatía de los profesionales médicos o la forma a través de la que estos se relacionan con los pacientes –cuya mejora no habría de acarrear costes adicionales– pueden tener un impacto relevante en cómo los ciudadanos valoran los servicios médicos. Al respecto, los sistemas de gestión basados en el cuadro de mando integral consideran la percepción de los clientes, a través de diversos indicadores, y permiten formular estrategias y ejecutar acciones para mejorar su satisfacción.

122 Así, por ejemplo, los datos contenidos en el registro de análisis del Center for the Evaluation of Value and Risk in Health, de la Universidad de Tufts (<https://cevr.tuftsmedical-center.org/databases/cea-registry>) o del Centre for Reviews and Dissemination, de la Universidad de York (<https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/>)

123 Las distintas Comunidades Autónomas configuran registros y bases de datos en las que se incluyen informaciones sobre las más diversas variables. Sobre el particular, se está avanzando hacia la integración y unificación de los distintos registros y bases de datos, a fin de permitir la toma en consideración de más variables y relaciones de causalidad entre las mismas. A este respecto, puede destacarse el ejemplo valenciano que, a través de una base de datos integrada (VID), ofrece información exhaustiva en materia sociodemográfica, clínica, farmacéutica y de uso de servicios sanitarios. Sobre este ejemplo puede consultarse GARCÍA SEMPERE, A.; ORRICO SANCHEZ, A.; MUÑOZ QUILES, C. et al. (2020): «Data Resource Profile: The Valencia Health System Integrated Database (VID)». *International Journal of Epidemiology*. 49(3).

124 Así, por ejemplo, aunque no concierna directamente a instituciones gestoras de salud, puede destacarse la suscripción en abril de 2021 de un acuerdo entre la AEAT, el INE, el Servicio Público de Empleo Estatal, la Seguridad Social y el Banco de España, a través del que se intercambiarán datos con fines de investigación. Ello permitirá estimar de mejor manera el impacto de una política sobre variables tales como la recaudación, las prestaciones de Seguridad Social o la empleabilidad.

o se elaboran y publican diversos indicadores sanitarios<sup>125</sup>.

De igual modo, se han configurado diversos deberes de evaluación del impacto de ciertas decisiones sanitarias, considerándose múltiples variables que van desde los resultados terapéuticos, al impacto organizativo, el valor social creado o las repercusiones desde el punto de vista del gasto público<sup>126</sup>. De este modo, se operan análisis complejos que tienen en cuenta diversos impactos para acordar la inclusión de medicamentos o productos sanitarios en la financiación del Sistema Nacional de Salud<sup>127</sup>, o de cara a desarrollar o actualizar el contenido de la cartera común de servicios de dicho Sistema<sup>128</sup>.

Sin embargo, pese a los avances y la consolidación de los procedimientos de recopilación de información, parece que la situación no es todavía plenamente satisfactoria. Al menos desde el punto de vista de la evaluación previa de las distintas medidas sanitarias para determinar sus impactos.

Así, por una parte, existen carencias que afectan a la definición de la metodología a aplicar en las evaluaciones. La normativa que impone el desarrollo de evaluaciones no concreta con precisión el procedimiento a utilizar, remitiendo a aquellos que sean más adecuados en cada caso, cabiendo desde el recurso a informes de evaluación, criterio de expertos o registros evaluativos<sup>129</sup>. Esta flexibilidad, que pudiera ser adecuada en ausencia de metodologías

formalizadas y contrastadas, es susceptible de generar inconsistencias y decisiones contradictorias en situaciones similares, según cuál sea la metodología empleada. Por ello, en mi opinión, sería deseable avanzar en la formalización de metodologías y procedimientos estandarizados o, en su defecto, asegurar una motivación robusta de por qué se utilizan unas vías y no otras.

A su vez, habría margen de mejora en la determinación de los sujetos que deben llevar a cabo las evaluaciones. Es cierto que, en ocasiones, se establece -incluso de forma preceptiva- la participación de ciertos agentes especializados en las evaluaciones. Por ejemplo, en el caso de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS)<sup>130</sup>, que debe colaborar en las evaluaciones para el desarrollo y actualización de la cartera común de servicios del Servicio Nacional de Salud, o en lo que se refiere a las funciones atribuidas a ciertos órganos o agencias autonómicas para la evaluación de políticas o procesos<sup>131</sup>.

Sin embargo, esta colaboración de sujetos específicos no se extiende a toda evaluación, ni todo agente tiene igual grado de capacidad técnica e

125 Al margen de los análisis estadísticos realizados por el Ministerio de Sanidad o los servicios de salud de las distintas Comunidades Autónomas, se destacan portales públicos donde se suministran multitud de indicadores que permiten conocer la situación del sistema sanitario. Me refiero, por ejemplo, al Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/observatorio-resultados-servicio-madrileno-salud>) o a la información brindada por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) (<https://aquas.gencat.cat/ca/inici>).

126 La definición de los concretos indicadores a valorar se revela esencial. En este sentido, frente a la esperanza de vida, se ha defendido la utilización como indicador de los resultados de medidas sanitarias la mortalidad prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), que recoge los fallecimientos derivados de causas que no podrían evitarse por el sistema sanitario. Igualmente, para introducir la vertiente cualitativa, puede ser útil el recurso a los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC), que se refiere al número de años de vida adicionales que proporciona un tratamiento, considerando además la calidad de vida del paciente en dichos años.

127 Así, el artículo 91 del Real Decreto Legislativo 1/2015 recoge diversos criterios a ponderar.

128 De acuerdo con los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003

129 Por ejemplo, el artículo 7.5 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, que recoge una gran flexibilidad a la hora de escoger el método para evaluar las eventuales actualizaciones de la cartera de servicios comunes del

Servicio Nacional de Salud.

Igualmente, esta flexibilidad se pone de manifiesto en lo relativo a medicamentos, donde se ha definido una metodología propia para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico (IPT), accesible a través de: [https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/infoMedicamentos/IPT/docs/20200708\\_PNT\\_elaboracion\\_IPT\\_CPF8Julio.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/infoMedicamentos/IPT/docs/20200708_PNT_elaboracion_IPT_CPF8Julio.pdf) En la parcela económica, dicha metodología se apoyaba tradicionalmente en una guía del grupo de trabajo Génesis, plasmada en SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (2016): *Guía de evaluación económica e impacto presupuestario en los informes de evaluación de medicamentos*, Madrid, pp. 1-160. Sin embargo, recientemente, se ha aprobado un documento oficial al efecto, la *Guía de Evaluación Económica de Medicamentos*, Comité Asesor para la Financiación de la prestación Farmacéutica del Servicio Nacional de Salud, de marzo de 2024.

130 Se exige la participación de esta Red -también integrada en la Red Europea de Agencias de Evaluación (EU-netHTA)- para la evaluación de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos que puedan integrarse en la cartera común del Servicio Nacional de Salud, de acuerdo con los artículos 20 y 21 de la Ley 16/2003. Por lo que se refiere a su articulación -en torno a un Consejo- y funcionamiento, ha de estarse a la Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La misma agrupa a diversos agentes del Estado -Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) del Instituto de Salud Carlos III- u originarios de distintas Comunidades Autónomas, como Cataluña (AQuAS), Aragón (IACS), Madrid (UETS) o Andalucía (AETSA).

131 En este ámbito ha de destacarse el papel de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), con más de una década de experiencia, y a la que se atribuyen múltiples funciones de evaluación en el artículo 3 del Decreto-ley 4/2010, de 3 de agosto, de medidas de racionalización y simplificación de la estructura del sector público de la Generalidad de Cataluña.

independencia, ni tampoco se atribuyen iguales efectos a los informes que puedan emitirse. Es por ello que se ha defendido la constitución generalizada de agencias independientes para la evaluación de prácticas y políticas sanitarias que, dotadas de la oportuna capacidad técnica, emitan juicios cualificados, que exijan a los poderes públicos el seguimiento o, en su defecto, una explicación minuciosa del incumplimiento<sup>132</sup>. Estas agencias podrían tener por único objeto la parcela sanitaria o, en su defecto, operar sobre múltiples políticas públicas, incluyendo órganos especializados en el ámbito sanitario<sup>133</sup>.

Por último, pese a que en las evaluaciones que se realizan suelen tenerse en consideración criterios económicos -impacto económico, relación coste-efectividad, impacto presupuestario o racionalización del gasto público- debería clarificarse el papel de la evaluación económica como criterio de decisión<sup>134</sup>. Sobre este particular, no se detalla de manera transparente cómo han de aplicarse los referidos criterios, ni se ofrecen umbrales al respecto. No obstante, es evidente que los recursos públicos son limitados y que la decisión de financiar una determinada medida sanitaria supone un coste de oportunidad, pues se dejarán de ejecutar otras medidas distintas. Se produce, de facto, una priorización de ciertas técnicas, enfermedades o pacientes respecto de otros.

A la vista de esta realidad, para maximizar el impacto generado con los recursos disponibles, podría parametrizarse y definirse la relación coste-efectividad y establecerse un umbral a partir del cual se considera oportuna la implementación de una medida, descartando aquellas otras que no alcancen dicho parámetro<sup>135</sup>. Se trata de una tarea

harto compleja y comprometida que, sin embargo, atribuiría una mayor transparencia a la toma de decisiones pública y favorecería su razonabilidad. En cualquier caso, al llevar a cabo el análisis de coste-efectividad, habría de adoptarse un enfoque amplio, que no se limite exclusivamente a la parcela clínica, a fin de alcanzar el valor económico total generado, atendiendo a las ganancias o ahorros que pudieran producirse en otros ámbitos distintos del estrictamente sanitario<sup>136</sup>.

## 2. Eficiencia organizativa y de gestión

De entre las distintas medidas que podrían adoptarse para mejorar la eficiencia del sistema sanitario público y apuntalar su sostenibilidad, ocupan un lugar destacado las referidas a la parcela organizativa y de gestión. Y ello porque la modificación de procedimientos de actuación o la optimización en la forma en la que se organizan los recursos existentes, tanto personales como materiales, pueden producir mejoras relevantes en los resultados -sin requerirse grandes desembolsos.

Además, la introducción de modificaciones organizativas -que afectan principalmente a aspectos internos del sistema de salud- suelen ser políticamente más asumibles y más sencillas de aplicar que aquellas medidas con eficacia externa<sup>137</sup>. Ello, claro, sin perjuicio de la resistencia interna -en ocasiones muy fuerte- que pueda encontrarse entre los profesionales o gestores sanitarios afectados.

En lo relativo a las medidas orientadas a mejorar la eficiencia organizativa podemos localizar muy diferentes ámbitos de intervención, en cuya

132 El paradigma se encontraría en la National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido. Acerca de la configuración de organizaciones especializadas a las que encomendar la evaluación de medidas sanitarias, resulta de interés el minucioso planteamiento de LOBO ALEU, F.; OLIVA MORENO, J. y VIDA FERNÁNDEZ, J. (2024): «Propuestas concretas para organizar una agencia de evaluación de la eficiencia de tecnologías y políticas sanitarias». *Gaceta Sanitaria*. 38.

133 Al respecto, con un enfoque transversal, puede referirse la previsión de habilitar una Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas, de acuerdo con el artículo 29 de la Ley 27/2022, de 20 de diciembre, de institucionalización de la evaluación de políticas públicas en la Administración General del Estado. Eso sí, esta institucionalización cuenta con limitaciones tanto subjetivas -al referirse únicamente a la evaluación de políticas públicas desarrolladas por el sector público estatal- como objetivas -al excluirse los ámbitos que cuenten con actividades de evaluación específicas.

134 De acuerdo con EPSTEIN, D. Y ESPÍN, J. (2020): «Evaluation of new medicines in Spain and comparison with other European countries». *Gaceta Sanitaria*. 34, pág. 137.

135 En este sentido, en el singular ámbito de la autorización de medicamentos, habitualmente se valoran tres barreras (eficacia, seguridad y calidad), que suelen complementarse, a la hora de proceder a su financiación pública, con una cuarta,

relativa a la relación coste-efectividad, que habría de alcanzar un determinado umbral. En España, a diferencia de lo que ocurre en otros países de nuestro entorno, no se ha concretado el funcionamiento de dicha relación coste-efectividad, siendo esto censurable de acuerdo con GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, B. (2022: 118) o EPSTEIN, D. Y ESPÍN, J. (2020: 137).

Los problemas para el establecimiento de un marco para el análisis de coste-efectividad en nuestro país, especialmente notables en lo relativo a los medicamentos, se ponen de manifiesto por LOBO ALEU, F.; OLIVA MORENO, J. y VIDA FERNÁNDEZ, J. (2022): «La evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual». *Documentos de trabajo FUNCAS*. Septiembre/2022.

136 Por otra parte, desde una perspectiva todavía más amplia, aparece el interés de evaluar el impacto en la salud de las diferentes políticas públicas, para lo que existen algunos ejemplos fragmentarios. Sobre esta perspectiva, y su potencial futuro, CIERCO SEIRA, C. y DEL LLANO NÚÑEZ-CORTÉS, A. (2023): «¿Despegará por fin la evaluación de impacto en la salud?». *Derecho y Salud*. Extra 1/2023.

137 En este sentido, la mayor sencillez de operar modificaciones de organización y gestión, que aquellas otras que implican modificaciones profundas del sistema, se subraya por WRANIK, D. (2021): «Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: Evidence from the OECD». *Health Economics, Policy and Law*. 7(2), pág. 214.

identificación será esencial la colaboración de los gestores y profesionales sanitarios. Así, el enfoque puede afectar a cuestiones tales como los recursos humanos, los equipos médicos, los procedimientos de gestión o las relaciones entre agentes del sistema sanitario<sup>138</sup>.

## 2.1 Gestión del personal sanitario

En primer término, pueden obtenerse mejoras vinculadas al personal sanitario al que se encomienda el correcto funcionamiento de los servicios públicos de salud. Y es que la existencia de una plantilla suficiente, compuesta por profesionales con la formación y motivación adecuadas aparece como una condición indispensable para la existencia de su sistema sanitario eficaz y eficiente<sup>139</sup>.

En relación con estas consideraciones, se exige un dimensionamiento adecuado de las plantillas, en el que se debe seguir un enfoque de largo plazo, habida cuenta de lo dilatado del proceso de formación necesario. Así, definidas las necesidades de profesionales y perfiles, debe adecuarse la oferta formativa, de manera que se permita la capacitación de un número suficiente de profesionales para cubrir las posiciones demandadas. En particular, en la definición del número de plazas para estudiantes sanitarios deberían seguirse únicamente factores vinculados a la satisfacción de necesidades públicas, dejando de lado consideraciones de índole corporativa. Así, la tendencia a mantener unos *numerus clausus* reducidos -que mejora la empleabilidad de los egresados- amenaza con generar un déficit estructural de profesionales<sup>140</sup>.

Los retos conectados con esta cobertura de puestos de trabajo son múltiples<sup>141</sup>. Por una parte,

138 Un buen número de medidas que pueden utilizarse para mejorar la eficiencia, también desde el punto de vista organizativo, se contiene en el interesante documento OCDE (2017b): *Tackling Wasteful Spending on Health*. París. OCDE.

139 Acerca de la importancia de la plantilla, y proponiendo diversas medidas para su gestión, se ha manifestado COMISIÓN EUROPEA (2021): *State of Health in the EU: Commission Report 2021*. Luxemburgo. Comisión Europea, págs. 27 a 32.

Igualmente, incide sobre estas consideraciones el 4º pilar de la *Iniciativa Aragonesa para la Sostenibilidad y la Eficiencia del Sistema Nacional de Salud*. págs. 19 a 21, que se refiere a la necesidad de abordar una planificación de profesiones sanitarias y sociosanitarias que atienda a las necesidades de la población.

140 Para afrontar las necesidades de personal existentes ha sido bastante habitual la captación de profesionales sanitarios procedentes de otros países, destacando la contribución de sanitarios formados en América Latina.

141 La problemática existente en los distintos Estados miembros -y las medidas orientadas a su solución- se abordan en el documento COMISIÓN EUROPEA (2021b): *Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28*. Bruselas. Comisión Europea. Igualmente, en relación

se ha de afrontar la jubilación de una cohorte muy numerosa de profesionales sanitarios en los próximos periodos, que requerirá de su sustitución por trabajadores debidamente cualificados. A su vez, se aprecian problemas para la cobertura de determinadas posiciones -como las de atención primaria- o las vinculadas a zonas rurales, debiendo localizarse las barreras existentes e introducirse medidas que potencien el interés por los ámbitos no cubiertos.

En línea con estos objetivos ha de incentivarse que los profesionales sanitarios escojan la sanidad pública para la prestación de sus servicios para lo que, además de apelarse a la vocación de servicio que subyace en gran parte de estos profesionales, pueden utilizarse diversos estímulos. Así, se ha de asegurar la percepción de unas retribuciones acordes con lo prolongado del proceso formativo y el esfuerzo dedicado por el profesional, así como proporcionales a la alta responsabilidad asumida<sup>142</sup>. En el marco de esta política retributiva cobra especial relevancia la percepción de complementos por la exclusividad, a los que hubieran de renunciar quienes deseen prestar servicios para el sector privado<sup>143</sup>.

Pero, junto con las retribuciones -cuyo impacto en el coste del sistema es directo- aparecen las consideraciones relativas a otras condiciones laborales y, en particular, la estabilidad. Son sobradamente conocidas las altas tasas de temporalidad entre los profesionales del sistema sanitario público -especialmente entre los más jóvenes- y la elevada rotación que se produce en ciertos puestos. Una mejora en la estabilidad serviría para incrementar el atractivo del empleo público, pero también impulsaría indirectamente la eficiencia, pues el cambio continuo en el puesto de trabajo exige de relevantes tiempos

con variables numéricas del Sistema Nacional de Salud, se recomienda la consulta del estudio GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. y BARBER PÉREZ, P. (2022): *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. Las Palmas. EcoSalud.

142 Si bien es cierto que los profesionales sanitarios españoles perciben unas retribuciones menores que en países de nuestro entorno, también debe destacarse que dichas retribuciones varían en gran medida en función de la categoría profesional y la Administración empleadora. En cualquier caso, téngase en cuenta que el salario bruto medio se sitúa en torno a los 26.000 euros anuales, mientras que en colectivos como el médico dicho salario bruto medio roza los 55.000 euros.

143 La calibración de este tipo de complementos es compleja, pues su elevación puede ayudar a retener talento, pero también inducir a la fuga al sector privado si se exceden determinados niveles para los que no compensaría mantener la retribución pública. En cualquier caso, a la hora de abordar la compatibilidad del ejercicio público y privado, debería asegurarse que el desempeño de labores particulares no afecta a la calidad de la prestación pública, para lo que resulta esencial el estricto cumplimiento de la regulación en materia de incompatibilidades cuyo marco se encuentra en la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas.

de adaptación al funcionamiento de cada servicio y sus singulares características. Igualmente, la temporalidad exige que el facultativo deba dedicar tiempo a analizar el historial clínico de los pacientes cada vez que cambia de destino, anulándose la experiencia adquirida en la relación mantenida con cada paciente<sup>144</sup>. Además, la mejora de la estabilidad no habría de suponer un incremento relevante en los costes, pues la progresiva nivelación jurisprudencial de las condiciones retributivas de los funcionarios o estatutarios con el personal interino ha llevado a que el factor económico sea menos relevante a la hora de optar por la temporalidad.

El logro de esta deseada estabilidad requeriría de políticas de acceso al empleo público predecibles y dotadas de continuidad, así como de un modelo de carrera minuciosamente definido ex ante. La ausencia de estas características ha sido patente en las últimas décadas llevando a tasas de temporalidad inasumibles, y a una elevada e incómoda conflictividad laboral, que han tratado de subsanarse a través de unos, muy controvertidos, procesos de estabilización<sup>145</sup>.

## 2.2 Colaboración entre Administraciones públicas

Además de las consideraciones laborales, puede mejorarse la eficiencia a través de la colaboración entre las distintas Administraciones competentes para la prestación de servicios sanitarios. A este respecto, debe evitarse una compartimentación estanca del territorio nacional en base a las fronteras administrativas, apostando por la cooperación entre Administraciones a fin de asegurar que los servicios sanitarios ofertados son accesibles, de calidad y prestados de la forma más eficiente<sup>146</sup>.

144 Circunstancia, esta, que, además de exigir recursos adicionales, puede incrementar el riesgo de errores y produce desazón entre unos pacientes que ven cambiar al responsable de su tratamiento.

145 En este sentido, la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, que habría de dejar la tasa de temporalidad por debajo del ocho por ciento de las plazas estructurales. Sobre la situación previa, las medidas contenidas en la Ley 20/2021, y la necesidad de reincidir nuevamente en la problemática, GIFREU FONT, J. (2022): «La estrategia de reducción de la temporalidad en el empleo público en la Ley 20/2021: ¿un bálsamo de fierabrás para erradicar definitivamente las relaciones de interinidad de larga duración o una solución provisional para salir del paso?». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica: Nueva Época*. 18.

146 Desde una perspectiva crítica, aunque, a mi juicio, totalmente atinada PEMAN GAVÍN, J.M. (2024): Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 21.

Esta colaboración se pone de manifiesto, por ejemplo, en la conclusión de convenios entre distintas Administraciones autonómicas para la atención sanitaria en zonas de limítrofes, de manera que se permite que los ciudadanos residentes en ciertos territorios puedan hacer uso de algunas prestaciones sanitarias -generalmente atención urgente o especializada- ofertadas por una Comunidad Autónoma próxima distinta de la de residencia<sup>147</sup>. Con ello se mejora la atención a los pacientes, pues se evitan largos y onerosos desplazamientos a centros que, dentro de su Comunidad Autónoma de residencia, están más lejanos. Pero, a su vez, se evitan costosas inversiones para la creación y mantenimiento de infraestructuras sanitarias en dichas zonas limítrofes -generalmente no muy pobladas- que serían necesarias para ofrecer una atención de calidad a los ciudadanos.

Igualmente, las virtudes de la cooperación se ponen de manifiesto en la posibilidad de derivar pacientes a centros de otras Comunidades Autónomas para la atención de patologías específicas cuya cobertura sería más difícil en el territorio de origen. Con ello se aprovechan las ventajas de la especialización, reconduciéndose ciertas patologías singularmente complejas, hacia aquellos centros mejor preparados para dar respuesta y que, probablemente, cuenten con mayores tasas de éxito. A su vez, se evita que todo servicio de salud autonómico haya de disponer de medios para la atención de cualquier dolencia, así como de los respectivos equipamientos y profesionales, cuando quizás el reducido volumen de pacientes no permitiese una actuación eficiente<sup>148</sup>. En esta línea, aparecen los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR) que, una vez acreditados como tales en atención a su especialización y calidad, pueden recibir pacientes de todo el territorio nacional<sup>149</sup>.

En todo caso, estas técnicas de cooperación requerirán también de herramientas adecuadas para articular la asistencia de los pacientes desplazados. Así, por ejemplo, será necesario compartir los datos médicos de los pacientes entre las distintas

147 Así, por ejemplo, en el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón, donde existe una notable dispersión territorial de la población, existen convenios renovados periódicamente para facilitar la asistencia sanitaria a los residentes en las zonas limítrofes con las Comunidades de Cataluña, Navarra o Valencia.

148 En este sentido, puede pensarse en enfermedades que requieren de tecnologías muy costosas para el diagnóstico o tratamiento, o en enfermedades raras con un número de pacientes tan reducido que precise su concentración.

149 Los CSUR se prevén en el artículo 28 de la Ley 16/2003 y regulan en mayor detalle en el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

Administraciones públicas que han de intervenir, para lo que deberá permitirse el acceso al historial clínico. A su vez, deberán articularse transferencias de fondos entre las Administraciones implicadas para asegurar la financiación de las prestaciones ejecutadas. Al respecto, existe un fondo específico -el Fondo de Cohesión Sanitaria- que compensa a las Comunidades Autónomas por la asistencia sanitaria suministrada a ciertos pacientes desplazados<sup>150</sup>.

Estas tendencias a la centralización de ciertas terapias en unidades o centros especializados se observan también en el seno de los distintos servicios de salud autonómicos, donde se tiende a concentrar la atención de algunas dolencias para asegurar una escala adecuada. En estos casos, las mejoras en eficiencia obtenidas habrían de compatibilizarse con la articulación de políticas que faciliten la movilidad de los pacientes hacia los centros de asistencia, a fin de asegurar que la definición de la estructura administrativa no genera perjuicios relevantes a los ciudadanos.

En relación con lo anterior, como se ha apuntado, resulta esencial que los profesionales sanitarios dispongan del mayor volumen posible de información sobre sus pacientes, pues con ello se evitan indeseadas duplicidades o errores en el diagnóstico o tratamiento. Al respecto, desde hace largo tiempo, se apuesta por la configuración de un historial sanitario único para cada paciente, que tenga formato electrónico y que no se vea afectado por la fragmentación autonómica de los servicios de salud<sup>151</sup>. No obstante, todavía existen limitaciones relativas, por ejemplo, a la digitalización de informaciones previas al establecimiento de los expedientes digitales, a la no inclusión de informes y datos de servicios privados de salud<sup>152</sup> o a los efectos transnacionales de los expedientes<sup>153</sup>.

150 Dicho Fondo se regula en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, cubriendo, entre otras, la asistencia sanitaria prestada en los Centros, Servicios y Unidades de Referencia o ciertos servicios sanitarios -contenidos en Anexos- prestados fuera del territorio propio a solicitud de una Comunidad Autónoma que no disponga de los servicios o recursos adecuados.

151 Destaca el Proyecto de Historia Clínica Digital en el Sistema Nacional de Salud (SNS) que, con base en el artículo 56 de la Ley 16/2003, permite que los profesionales sanitarios de las distintas Comunidades Autónomas puedan acceder a diferentes datos clínicos sobre los pacientes. Desde su esbozo en el año 2006 se ha ido ampliando su funcionalidad y cobertura. En cuanto al concreto contenido de la información a integrar, ha de consultarse el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

152 Y ello salvo que estos operadores privados actúen por cuenta de mutualistas y beneficiarios de MUFACE, ISFAS y MUGEJU, en el marco de los conciertos que se hayan suscrito, ex Disposición Adicional Única del Real Decreto 1093/2010.

153 Así, al margen de la consulta en el marco del Sistema

### 2.3 Otras decisiones de gestión

Por otra parte, existen otras decisiones de gestión que pueden tener un impacto muy relevante sobre la eficiencia como, por ejemplo, el uso intensivo de las instalaciones, infraestructuras o equipamientos sanitarios, que permita su adecuada amortización. En este sentido, realizada una determinada inversión, será fundamental obtener el máximo provecho de la misma, a través de una utilización efectiva que ayude a recuperar los costes fijos asumidos. En esta línea, además de realizar únicamente las inversiones estrictamente necesarias, lo que exige una adecuada planificación de las necesidades, habría de organizarse la asistencia para facilitar el grado óptimo de funcionamiento. Ello plantearía la necesidad de programar pruebas o intervenciones adicionales en horarios menos habituales -como franjas horarias vespertinas o nocturnas- para incrementar el volumen de uso o, en su caso, de permitir el empleo de equipamientos o infraestructuras infrautilizadas por parte de terceros -mediante la oportuna retribución.

A su vez, existen potenciales ahorros vinculados a la atención ambulatoria o a la atención en domicilio, sin que se produzca el ingreso en los centros hospitalarios. Este tipo de atención, vinculada a determinadas dolencias que no exigen de monitorización hospitalaria permanente o a intervenciones poco invasivas, siempre y cuando sea clínicamente viable, tendría un doble efecto. Por una parte, evidentemente, reduciría el coste vinculado a la hospitalización y liberaría camas para otros pacientes que pudiera requerirlas<sup>154</sup>. Por otro lado, permitiría la estancia de los pacientes en el hogar, donde los mismos se ven sometidos a un menor estrés y donde no se encuentran tan expuestos a las temidas infecciones hospitalarias. En particular, en la medida en que la estancia en el domicilio produzca un ahorro directo a la Administración sanitaria, estaría

Nacional de Salud, resulta de interés que los profesionales de otros Estados puedan acceder al historial clínico en caso de que hayan de tratar a ciudadanos desplazados. Al respecto, por ejemplo, puede hacerse referencia a la iniciativa Resumen de Paciente de la Unión Europea (EU Patient Summary) que facilita información clínica de manera electrónica a los distintos Estados adheridos, en caso de que los mismos hayan de prestar asistencia sanitaria no programada a ciudadanos originarios de otros Estados adheridos. Se trata de una iniciativa enmarcada en el Mecanismo "Conectar Europa", impulsado por el Reglamento (UE) 2021/1153 del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de julio de 2021 por el que se establece el Mecanismo «Conectar Europa», permitiendo actualmente interconexiones entre Estados como España, Francia, Portugal y Croacia.

154 En este sentido, ciertos tratamientos ambulatorios - aunque pareciesen más costosos- pueden suponer ahorros relevantes al evitar posteriores hospitalizaciones. A tal efecto, por ejemplo, MANITO LORITE, N.; RUBIO RODRÍGUEZ, D.; GONZÁLEZ COSTELLO, J. et al (2020): «Análisis económico del tratamiento ambulatorio intermitente con levosimendán de la insuficiencia cardiaca avanzada en España». *Revista española de cardiología*, 73(5), págs. 365.

justificado el abono de algunos de los gastos en los que el paciente haya de incurrir para recibir la terapia en el domicilio, a fin de evitar que dicho paciente opte por la asistencia presencial gratuita<sup>155</sup>.

En otro orden de cosas, debe ponderarse adecuadamente la necesidad de realizar intervenciones sanitarias que aporten escaso valor terapéutico al paciente y los riesgos que pueden derivarse de dichas intervenciones. Así, si se apreciase que, en el caso concreto, los riesgos para la salud son superiores a los beneficios potenciales que pueden obtenerse, habría de buscarse una alternativa terapéutica menos invasiva que evite complicaciones posteriores<sup>156</sup>. Y es que se ha observado que una parte muy relevante del gasto sanitario total se destinaría a paliar perjuicios que se han causado por la intervención del propio sistema sanitario, lo que aconsejaría eludir cualquier intervención no estrictamente necesaria<sup>157</sup>.

Asimismo, y en conexión con una reivindicación tradicional del personal sanitario, conviene realizar un correcto deslinde y articulación entre las distintas categorías de atención, como son la atención primaria, la atención especializada y la atención urgente<sup>158</sup>. En particular, se ha venido haciendo hincapié en la necesidad de reforzar y apostar por la atención primaria, habida cuenta de su capacidad

155 Piénsese por ejemplo en la hemodiálisis en domicilio, que supone unos costes relevantes de consumo de electricidad en los domicilios. Si dichos costes disuadiesen a los pacientes podría acordarse el abono de parte o la totalidad de los mismos, pues la alternativa de realización de diálisis en un centro médico llevaría a que la Administración asumiese íntegramente el coste de la electricidad y debiese dedicar tiempo de los profesionales sanitarios a prestar el servicio.

156 Me refiero, a ciertas intervenciones que, en ocasiones, suponen escasas mejoras terapéuticas, pero pueden llevar a complicaciones, como la práctica de cesáreas en embarazos de riesgos bajo o la extracción de amígdalas en niños.

157 Al respecto, se ha estimado que uno de cada diez pacientes sufriría algún daño con motivo de la asistencia sanitaria, al producirse fenómenos adversos vinculados a efectos secundarios de los medicamentos, infecciones, lesiones o errores de diagnóstico. Ello llevaría a que cerca del 12,6 % del gasto sanitario total se dedicase a paliar los problemas derivados de dichos fenómenos adversos. A este respecto, existiría un amplio margen de mejora pues se entiende que podría evitarse —extremando la diligencia o evitando intervenciones— hasta un 8,7 % de dicho gasto total. Todo ello, de acuerdo con datos de OCDE (2022): «The Economics of patient safety. From Analysis to Action». *OECD Health Working Papers*. 145, pág. 69.

Aunque pudiese desconfiarse de los datos, por su rotundidad, los mismos apuntan hacia la necesidad de analizar de manera detenida cuándo conviene, y cuándo no, intervenir u ofrecer un determinado tratamiento. Y es que, como apunta el refranero popular (“*El médico que mejor cura, a algunos manda a la sepultura*”) incluso la mejor asistencia sanitaria puede tener efectos indeseados,

158 La relevancia atribuida a la atención primaria es muy variada en los distintos países, apreciándose notables variaciones en el gasto realizando, que oscila entre el 10 y el 18 % del gasto sanitario total para la OCDE, de acuerdo con información de OCDE (2018): «Spending on Primary Care: First Estimates, Policy Brief». *OCDE Policy Brief*. December/2019.

para identificar y tratar adecuadamente multitud de dolencias, evitando una sobrecarga de la atención especializada y urgente, que deben reservarse para contingencias específicas al implicar costes de prestación más elevados<sup>159</sup>. En esta área, por ejemplo, se defiende la minimización de la carga burocrática a realizar por los profesionales sanitarios —con un coste hora más elevado— a través de su reasignación a personal no sanitario, o la traslación al personal de enfermería de algunas funciones desempeñadas por profesionales médicos, en caso de que la intervención de estos últimos no sea imprescindible<sup>160</sup>.

Por otro lado, de manera tangencial, podría ser de interés favorecer la estancia de familiares o allegados que acompañen a los enfermos que se encuentra ingresados, mediante actuaciones tan simples como disponer de sillones mínimamente ergonómicos<sup>161</sup>. Y ello porque, al margen de consideraciones relacionadas con factores psicológicos de los pacientes, que pueden sentirse más arropados en trances difíciles, existirían también ciertos argumentos vinculados con los costes. Así, los acompañantes, en ocasiones, descargan a los profesionales sanitarios de ciertas tareas en relación con aquellos pacientes que cuentan con serias dificultades para realizar acciones básicas, como hidratarse o alimentarse. De igual manera, la atención permanente brindada permite avisar al personal hospitalario ante situaciones críticas o cambios en la situación de los pacientes. En cualquier caso, desde el punto de vista ético-humanitario, ha de recordarse que no toda persona que acompaña a los pacientes dispone de recursos para financiar su estancia en establecimientos hoteleros<sup>162</sup>. Igualmente, la formación de los familiares

159 Diversas bondades del reforzamiento de la atención primaria se subrayan, por ejemplo, en GONZÁLEZ HIDALGO, E.; VILLENÁ FERRER, A, y PÁRRAGA MARTÍNEZ, I, (2015): «Atención Primaria: la apuesta necesaria». *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 8(3), pág. 182, donde se refieren multitud de estudios sanitarios que soportan las conclusiones. Entre dichas ventajas figuran, por ejemplo, una mejora de los resultados sanitarios, la mayor eficiencia en el aprovechamiento de los recursos, un menor número de pacientes ingresados, un menor uso de urgencias y consultas de especialista o un menor sobretreatmento. En relación con este reforzamiento de la atención primaria, recuérdese la aprobación del *Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria*, publicado mediante Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, que ha implementarse a través de Planes de Acción periódicos.

160 En este sentido, a modo de ejemplo, pueden referirse algunas de las medidas contenidas en la Resolución, de 22 de febrero de 2023, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud, por la que se adoptan medidas para la reducción de la carga burocrática derivada de las actividades clínico-administrativas desarrolladas en el ámbito de la Atención Primaria.

161 Ello, por supuesto, siempre con el sometimiento a un marco jurídico claro sobre el régimen de permanencia en el establecimiento sanitario y el adecuado respeto al personal.

162 Desde este punto de vista resultan llamativas las propuestas, implementadas en algunos hospitales catalanes, en las

y cuidadores puede ser esencial, especialmente en relación con enfermedades crónicas, pues los mismos pueden detectar, mitigar o solucionar problemas anticipando, facilitando o, incluso, evitando la asistencia sanitaria profesional<sup>163</sup>.

En último término, sería posible incidir sobre cuestiones conectadas con la dispensación de los medicamentos. Al respecto, al margen de las consideraciones acerca de los procedimientos para la fijación de precios de los medicamentos, o de la promoción de la prescripción de medicamentos genéricos y biosimilares, se estaría a cuestiones vinculadas a la organización de la referida dispensación<sup>164</sup>.

En este sentido, a modo de ejemplo, la generalización de sistemas de receta electrónica ha reducido costes administrativos, pero también permite evitar visitas innecesarias a los facultativos destinadas solamente a obtener recetas físicas para afrontar tratamientos de larga duración o dolencias crónicas. De hecho, podría apostarse por la simplificación de los trámites para la renovación de la prescripción en caso de enfermedades crónicas, en aras de reducir la carga de trabajo de los profesionales médicos<sup>165</sup>.

---

que se exigía a los acompañantes un pago diario por proceder a reclinar la butaca, de manera que estos pudieran pernoctar con una mínima comodidad en las habitaciones.

163 Por ejemplo, puede pensarse en la asistencia de cuidadores y familiares ante crisis diabéticas o cardíacas, donde la detección y la respuesta rápida y precisa pueden evitar daños más graves.

164 En particular, para aquellos ámbitos donde ya ha expirado la protección industrial, se apuesta por el recurso a medicamentos genéricos o biosimilares, como medida para promover la competencia y reducir los costes, aunque ello pudiera afectar a la libertad de prescripción de los facultativos. Al respecto, por ejemplo, *Informe sobre el Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en el Sistema Nacional de Salud: medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos* (INF/CNMC/059/19), Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia de 27 de junio de 2019, (accesible desde: [https://www.cnmc.es/sites/default/files/2554362\\_7.pdf](https://www.cnmc.es/sites/default/files/2554362_7.pdf)); AIREF (2019: 58 a 64), o BORRELL, J. R. (2023): “Los genéricos y la ardua batalla por desmonopolizar los mercados farmacéuticos” en J. J. Ganuza Fernández y J. López Vallés (Eds.). *Reformas para impulsar la competencia en España*, Funcas y CNMC.

165 Podría pensarse en la formulación de una solicitud de renovación que fuese revisada por el profesional sanitario sin necesidad de producirse una visita, o en la priorización de la renovación mediante citación telefónica. Ello, especialmente, en el caso de tratamientos de enfermedades crónicas que se consideran incurables o que no resulten especialmente costosos. Al respecto, hemos de recordar que cerca del 54% de la población española tiene alguna enfermedad crónica –ascendiendo la proporción al 89,5 % para mayores de 65 años, de acuerdo con los datos de la *Encuesta Europea de Salud en España*, del Instituto Nacional de Estadística, de 2020.

Como ejemplo de este tipo de medidas flexibilizadoras, puede referirse la posibilidad de que cualquier facultativo de un centro de salud –y no solamente el médico asignado al paciente– pueda renovar la prescripción de tratamientos de enfermedades crónicas, según el artículo cuarto.2.e) de la Resolución, de 22 de febrero de 2023, de la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud.

Igualmente, ha de asegurarse la extensión de los sistemas de receta electrónica también a los mutualistas<sup>166</sup>.

A su vez, cabe reducir los costes de gestión necesarios para verificar la efectiva dispensación de medicamentos financiados con fondos públicos. Así, se está en proceso de sustitución del sistema de cupón precinto –que ha de ser recortado de los envases de los medicamentos en las oficinas de farmacia, para su posterior facturación al Sistema Nacional de Salud– por el identificador único, que permite individualizar cada envase de un medicamento facilitando el registro de su dispensación y la posterior verificación de dicha dispensación por medios electrónicos<sup>167</sup>.

### 3. Eficiencia vinculada al uso de nuevas tecnologías

Junto con las anteriores medidas, orientadas a incrementar la eficiencia del sistema sanitario, han de referirse las mejoras que podrían obtenerse a través de la introducción y aplicación de nuevas tecnologías. En este sentido, se ha señalado que, en particular, la digitalización del sistema sanitario aparece como una medida que puede ayudar a mejorar la asistencia y a paliar multitud de los problemas detectados históricamente<sup>168</sup>.

---

166 Al respecto, la incorporación de los colectivos mutualistas a los sistemas de receta electrónica –y a sus ventajas– ha sido tardía. De hecho, por lo que se refiere a mutualistas de MUFACE que optan por asistencia sanitaria concertada, la receta electrónica está todavía en proceso de implantación progresiva.

167 En este sentido, está prevista la sustitución del cupón precinto por el identificador único a partir de febrero 2024, de acuerdo con la Disposición Adicional 5ª del Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. Este identificador único –que individualiza cada envase– ha de adaptarse a los requisitos incluidos en los artículos 4 y ss. del Reglamento Delegado (UE) 2016/161 de la Comisión, de 2 de octubre de 2015, que completa la Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo estableciendo disposiciones detalladas relativas a los dispositivos de seguridad que figuran en el envase de los medicamentos de uso humano. El establecimiento de este identificador permitirá acreditar la venta de un fármaco financiado por el SNS, bastando con escanear el código, y sin que sea necesario recortar el envase y dejar constancia física de la enajenación.

168 La apuesta por la digitalización ha sido especialmente notable desde el ámbito de la Unión, apareciendo la transformación digital de la sanidad como una de las tres prioridades de la parcela sanitaria, de acuerdo con el documento *The State of Health in the EU: Companion Report 2021*, de la Comisión Europea, de diciembre de 2021, págs. 22 y ss., influido por los problemas derivados de la pandemia del Covid-19. Igualmente, con anterioridad, la *Comunicación Plan de acción sobre la salud electrónica 2012-2020: atención sanitaria innovadora para el siglo XXI* (COM(2012)0736), de la Comisión Europea, de 6 de diciembre de 2012. En conexión con estas preocupaciones, nuestro país ha optado por configurar un PERTE para la Salud

El uso nuevas tecnologías en la parcela sanitaria no es –ni mucho menos– un fenómeno novedoso. Así, junto con el uso de maquinaria avanzada en la detección y tratamiento de dolencias, existen diversos ejemplos de aplicación de tecnologías de la información en procesos vinculados al ámbito sanitario. Entre los mismos podrían señalarse el uso de la receta electrónica o la configuración de una historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud para los pacientes, a las que se ha hecho referencia previamente<sup>169</sup>.

Las anteriores medidas se insertan dentro de una tendencia general a la digitalización de actividades y procesos a la que no es ajena la Administración sanitaria<sup>170</sup>. Aunque en el ámbito sanitario las funciones más relevantes consisten en la prestación de servicios, mediante la ejecución material de diversas actuaciones sobre los ciudadanos, están también vigentes los mandatos orientados a avanzar en la configuración de la Administración electrónica. De este modo, además de que los ciudadanos puedan relacionarse electrónicamente con la Administración en distintos trámites formales que hayan de realizar<sup>171</sup>, se impone el funcionamiento interno electrónico, con la configuración de expedientes y comunicaciones electrónicas<sup>172</sup>.

No obstante, todavía se busca ir más allá en la utilización de nuevas tecnologías y en la digitalización de diversas facetas, destacando especialmente –aunque no solo– la utilización de herramientas conectadas con el uso masivo de datos o con la inteligencia artificial<sup>173</sup>.

de Vanguardia, en el marco del cual se dirigen fondos europeos a financiar la digitalización de la sanidad.

169 Por lo demás, podemos recordar algunos mandatos generales contenidos en los artículos 54 y 56 de la Ley 16/2003, relativos a la configuración de infraestructuras y mecanismos electrónicos de intercambio de información entre distintos agentes del sistema sanitario.

170 En esta línea, por ejemplo, la medida nº 10 –“Transformación digital del ámbito sanitario”– del *Plan de Digitalización de las Administraciones Públicas (2021-2025)*, del Gobierno de España, que alude a la necesidad de mejorar la interoperabilidad entre Administraciones o de aplicar inteligencia artificial.

171 Me refiero, por ejemplo, a la presentación de solicitudes relacionadas con la obtención del derecho a disfrutar de asistencia sanitaria, al acceso al historial clínico o al planteamiento de reclamaciones o recursos por medios telemáticos.

172 En este sentido, en su ámbito interno, la Administración sanitaria –aunque particular– es una Administración pública y, en consecuencia, quedaría sometida a los diferentes mandatos contenidos en diversos preceptos de las Leyes 39/2015 y 40/2015 y, más precisamente, en el Real Decreto 203/2021, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de actuación y funcionamiento del sector público por medios electrónicos.

173 Para aproximarse a la transformación digital del sector sanitario desde una dimensión económica, atendiendo a las

Así, por ejemplo, puede hacerse referencia de la telemedicina o salud en línea, que permiten recibir atención o ciertos servicios sanitarios a distancia, a través del recurso a tecnologías de la información<sup>174</sup>. Pese a que se trata de una alternativa que no cabe extender a cualquier ámbito, pues presencialidad y salud están estrechamente conectadas, puede resultar de interés para algunas áreas específicas, como citas en las que se analicen resultados de pruebas, en las que no se requiera exploración de los pacientes o visitas periódicas de control o de renovación de tratamientos. En estos casos es posible evitar desplazamientos, que evitan el consumo de recursos y la asunción de un relevante coste de oportunidad, tanto para los pacientes como para el sistema sanitario<sup>175</sup>.

Por otra parte, se ha hecho hincapié en la sanidad móvil, que abarca una multitud de realidades relacionada con la práctica de la medicina y la prestación de servicios sanitarios mediante el uso de dispositivos móviles<sup>176</sup>. Esta sanidad móvil incluiría, entre otros, el uso de dispositivos médicos o sensores que permiten el seguimiento continuo de los pacientes, la utilización de aplicaciones sobre bienestar o la remisión de información sanitaria y recordatorios de medicación y tratamientos a través de terminales móviles. Las ventajas ofrecidas son diversas, pivotando principalmente sobre la capacidad preventiva –pues la autoevaluación ayudaría a detectar afecciones de manera temprana– la obtención de información minuciosa sobre distintas variables –que pueda ayudar al diagnóstico más preciso– o la reducción de intervenciones y visitas médicas –propiciando que los propios pacientes realicen ciertas labores con la orientación de los dispositivos.

distintas ventajas y retos, se recomienda por su capacidad de síntesis, el trabajo de GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; VALLEJO TORRES, L. y PINILLA DOMÍNGUEZ, J. (2021): «La transformación digital del sector sanitario». *Economistas*, 174.

174 Acerca del interés de la salud en línea, por ejemplo, la *Comunicación sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos* (COM(2014) 215 final), de la Comisión Europea, de 4 de abril de 2014, pág. 17, o, con anterioridad, la *Comunicación sobre la telemedicina en beneficio de los pacientes, los sistemas sanitarios y la sociedad* (COM(2008)0689), de la Comisión Europea, de 4 de noviembre de 2008.

175 Ello puede ser especialmente interesante en los municipios de menores dimensiones y peores conexiones viarias con centros de salud.

176 Sobre la sanidad móvil, y los retos que la misma plantea, puede consultarse el *Libro Verde sobre sanidad móvil* (COM(2014) 219 final), de la Comisión Europea, de 10 de abril de 2014. En particular, en relación con los desafíos jurídicos derivados de la utilización de aplicaciones en materia de salud, existe un *Documento de trabajo sobre el marco legal existente en la UE aplicable a las aplicaciones relacionadas con el estilo de vida y el bienestar* (SWD(2014) 135 final), de los Servicios Jurídicos de la Comisión, de 10 de abril de 2014.

Sea como fuere, la correcta explotación de las ventajas relacionadas con las herramientas anteriores exigiría una adecuada formación de los pacientes, quienes habrían de conocer el funcionamiento y posibilidades de los dispositivos y sistemas. De lo contrario se correría el riesgo de convertir las bondades en desventajas, al tomarse decisiones erróneas por parte de los usuarios. Además, se requiere que dichos pacientes asuman un papel activo, de manera que los mismos sean plenamente conscientes de su estado de salud y puedan obrar en consecuencia, a fin de mejorarlo<sup>177</sup>.

Al margen de los instrumentos referidos, en los últimos tiempos, se está apostando por nuevas tecnologías que son susceptibles de ofrecer al sistema sanitario grandes incrementos de eficiencia. Me refiero, en particular, al uso de la inteligencia artificial que, como tecnología innovadora, contaría con multitud de posibilidades de uso en el ámbito sanitario. Y ello tanto en la parcela clínica, con mejoras en el diagnóstico, intervención o seguimiento de dolencias, como en la vertiente organizativa, a través de una anticipación más precisa de las demandas sanitarias y del ajuste de los recursos necesarios para su satisfacción<sup>178</sup>.

De este modo, las capacidades de procesamiento masivo de datos y de identificación de patrones pueden ser de gran relevancia en funciones bien diversas,

177 En este sentido, las herramientas de sanidad móvil pueden configurarse para incrementar la motivación de los pacientes, estableciendo objetivos de salud específicos –cotidianos y realistas– que los mismos puedan ir alcanzando. Ello, en particular, por lo que se refiere a hábitos alimentarios, de ejercicio físico o de seguimiento de tratamientos.

178 Al impacto de la inteligencia artificial para la salud y el sistema sanitario, y en particular a sus ventajas, se han referido multitud de trabajos, entre los que podríamos referir, ALVAREZ VEGA, M.; QUIROS MORA, L.M. y CORTÉS BADILLA, M.V. (2020): «Inteligencia artificial y aprendizaje automático en medicina». *Revista Médica Sinergia*. 5(8); ANDRÉS SEGOVIA, B. (2021): «El reinicio tecnológico de la inteligencia artificial en el servicio público de salud». *Ius et Scientia*. 7(1); BOHR, A. y MEMARZADEH, K. (Dirs.) (2021): *Inteligencia artificial en el ámbito de la salud*. Barcelona. Elsevier; JOISON, A.; BARCUDI, R.; MAJUL, E. et al (2021): «La inteligencia artificial en la educación médica y la predicción en salud». *Revista Methodo: Investigación Aplicada a las Ciencias Biológicas*. 6(1); LAZCOZ MORATINOS, G. y PERIN, A. (2022): «Lección 20. Inteligencia artificial en el ámbito sanitario», En P. Nicolás Jiménez, S. Romeo Malanda y C.M. Romeo Casabona (Coords.), *Manual de Bioderecho: (adaptado a la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*. Dykinson; PADRÓN, N.A. (2018): «De los algoritmos a la salud. La inteligencia artificial en la atención sanitaria». *Revista de Occidente*. 446-447; ROMEO CASABONA, C.M. y LAZCOZ MORATINOS, G. (2020): «Inteligencia artificial aplicada a la salud: ¿qué marco jurídico?». *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*. 52, o RUIZ SANTAMARÍA, J.L. y MARÍA PITICANA, D.A. (2021): «El impacto de la inteligencia artificial en la gestión de la sanidad pública», En M. Fernández Ramírez; S.I. Pedrosa Alquézar et al (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Aranzadi.

tales como el apoyo a diagnósticos, la asistencia en la ejecución de cirugías, la detección temprana y predicción de riesgos, la sugerencia de tratamientos, la simulación de respuesta a tratamientos o intervenciones, la generación de textos o informes clínicos, la traducción de historias clínicas o conversaciones entre facultativos y pacientes, la predicción acerca de la demanda de servicios sanitarios o camas de hospital o la personalización de terapias o dosis de fármacos<sup>179</sup>.

Las anteriores herramientas ofrecen un potencial de ahorro sustancial, a través de la anticipación y prevención de dolencias, mediante la mejora en la precisión de los diagnósticos, intervenciones y tratamientos, o a través de la reducción de recursos ociosos. Sin embargo, estas ventajas han de acompañarse con medidas orientadas a la reducción de los riesgos que pudieran generarse, vinculados con la seguridad en la utilización de la inteligencia artificial, la explicabilidad de las decisiones tomadas con apoyo de la IA, la evitación de sesgos que puedan comportar discriminaciones, la prevención de los ciberataques, la gestión de los datos o la asignación de responsabilidades en caso de errores<sup>180</sup>.

179 Se recogen diversos ejemplos de uso en el Informe C, *Inteligencia artificial y salud: potencial y desafíos*, de la Oficina de Ciencia y Tecnología del Congreso de los Diputados, de 14 de noviembre de 2022, págs. 2 y 3. Igualmente, puede estar-se a los casos de uso plasmados en el documento *Inteligencia Artificial: Decisiones Automatizadas en Cataluña*, de la Autoritat Catalana de Protecció de Dades, de febrero de 2020, págs. 29 y ss., que, a modo de curiosidad, se hace eco del desarrollo de un detector de la exageración del dolor, que permite conocer si el paciente está magnificando el dolor sufrido.

Igualmente, son muchos y muy diversos los estudios que han abordado el uso de la inteligencia artificial en ámbitos específicos como, por ejemplo, JUNG, A.W. et al (2020): «Pan-cancer computational histopathology reveals mutations, tumor composition and prognosis». *Nature Cancer*. 1(18); GHORBANI, A.; OUYANG, D. et al (2020): «Deep learning interpretation of echocardiograms». *Npj Digital Medicine*. 3(1); MARTÍNEZ GARCÍA, D.N.; DALGO-FLORES, V.M. y HERRERA-LÓPEZ, J.L. (2019): «Avances de la inteligencia artificial en salud». *Dominio de las Ciencias*. 5(3); MARTORELL, A.; MARTÍN GORGOJO, A.; RÍOS-VINUELA, E. et al (2022): «Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad?». *Actas dermosifiliográficas*. 113(1); MORATILLO, J.J. (2018): «Añadiendo valor con la inteligencia artificial a la imagen médica diagnóstica». *I+S: Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*. 132; NUÑEZ MARTI, J.M.; KROIS, J.; SCHWENDÍCKE, F. y SAURO, S. (2022): «La inteligencia artificial: Qué es, su uso en odontología y qué debemos saber para aplicarla». *Gaceta dental: Industria y profesiones*. 342, o TROYANSKAYA, O.; TRAJANOSKI, Z. et al (2020): «Artificial intelligence and cancer». *Nature Cancer*. 1(2).

180 Sobre los riesgos que plantea la Inteligencia Artificial en salud, y acerca de algunas posibles soluciones, el Informe C, *Inteligencia artificial y salud: potencial y desafíos*, págs. 4; CAL PURRINOS, N. (2021): «Inteligencia Artificial. El uso de los datos de los pacientes». *DS: Derecho y salud*. 31(Extra 1); CÁRCAR BENITO, J.E. (2019): «La inteligencia artificial (IA): Aplicación jurídica y regulación en los servicios de salud». *DS: Derecho y salud*. 29(1); DE MIGUEL BERIAIN, I. (2022): «Desarrollo de mecanismos de inteligencia artificial por parte de las entidades de salud. Seis consejos para evitar problemas éticos y jurídicos», En L. Cotino Hueso y A. Todolí Signes (Coords.), *Explotación y regulación del uso del big data*

En esta línea, se ha defendido la necesidad de asegurar una acción y supervisión humanas vinculadas al uso de herramientas de inteligencia artificial, de manera que estas herramientas supongan un apoyo o mejora de la actividad de los profesionales y gestores sanitarios, pero no su sustitución plena<sup>181</sup>. Ello, al menos, para aquellos sistemas que puedan considerarse de alto riesgo, en términos de la nomenclatura de la Unión, por su impacto potencial en otros bienes o derechos, como podrían ser aquellos que afecten a la salud de las personas<sup>182</sup>.

## VII. LA ACTUACIÓN SOBRE LA ADQUISICIÓN DE PRODUCTOS Y SERVICIOS SANITARIOS: COMPRA DE VALOR Y ADQUISICIONES CENTRALIZADAS

Además de las mejoras organizativas a las que se ha hecho referencia, la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario público podría reforzarse desde la forma en la que se adquieren los productos y servicios sanitarios requeridos<sup>183</sup>. Y es que, habida cuenta

*e inteligencia artificial para los servicios públicos y la ciudad inteligente*. Tirant lo Blanch; LEPRI, B.; OLIVER, N. y PENTLAND, A. (2021): «Ethical machines: The human-centric use of artificial intelligence». *iScience*. 24(3); MARTÍNEZ ELEB, C. (2021): «Inteligencia artificial aplicada a la salud. Luces y sombras». *Nueva sociedad*. 294; PALACIO, J.M. (2021): «Desafíos éticos de la inteligencia artificial y el derecho a la salud». *Revista Blockchain e Inteligencia Artificial*. 2; RAMÓN FERNÁNDEZ, F. (2022): «Inteligencia artificial y protección de la salud. La necesidad de establecer unos límites en la carta de derechos digitales». En M.J. Blanco Sánchez; A. Madrid Parra y L. Alvarado Herrera (Coords.), *Derecho digital y nuevas tecnologías*. Aranzadi; RIVAS VALLEJO, M.P. (2021): «Salud, inteligencia artificial y derechos fundamentales». En M. Fernández Ramírez; S.I. Pedrosa Alquézar et al (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Aranzadi, SUBÍAS BELTRÁN, P. (2021): «Límites de la inteligencia artificial en salud digital». *Cátedra Jean Monnet Working Paper*. 3/2021, o VIDA FERNÁNDEZ, J. (2023): «Regulation of Artificial Intelligence in Healthcare within the European Union». *European Review of Digital Administration & Law*. 4. 1.

181 Al respecto, el documento *Inteligencia artificial y salud: potencial y desafíos*, pág. 3, o TOPOL, E.J. (2019): «High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence». *Nature Medicine*. 25(1), pág. 52. Por su parte, desde un enfoque de Derecho Administrativo, se ha defendido la existencia de una «reserva de humanidad» como límite a la automatización, en PONCE SOLÉ, J. (2019): «Inteligencia artificial, Derecho administrativo y reserva de humanidad: algoritmos y procedimiento administrativo debido tecnológico». *Revista General de Derecho Administrativo*. 50, quien afirma haber tomado está sugerente expresión de la profesora Silvia Díez Sastre.

182 En este sentido, se requiere la intervención humana para aquellos sistemas de Inteligencia Artificial que se consideren de alto riesgo, de acuerdo, respectivamente, con los artículos 14 y 6 del Reglamento (UE) 2024/1689, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de junio de 2024, *por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial*.

183 Sobre este particular, se ha destacado el gran potencial de los mecanismos de contratación desde la OCDE, a través de OCDE (2017b: 172 a 188). En esta misma línea, pero

de los grandes volúmenes destinados a las adquisiciones, alcanzar mayores grados de eficiencia en estas tendría un impacto presupuestario notable.

Una gran parte de la sostenibilidad fiscal del sistema público depende directamente de que los productos y servicios adquiridos para el tratamiento de los pacientes cumplan efectivamente con sus cometidos -evitando las dolencias y complicaciones innecesarias- y puedan comprarse a un precio asequible<sup>184</sup>.

En relación con estas consideraciones, la calidad y seguridad de los productos y servicios sanitarios se asegura a través de la aprobación de una densa regulación y del control de la misma por parte de entidades públicas, abundando los supuestos en los que se exige la obtención de una autorización administrativa previa a la comercialización. A su vez, para garantizar la asequibilidad, se recurre a mecanismos para la fijación administrativa de precios que afectan a ciertos productos -como los fármacos- así como a la promoción de la concurrencia a través de la organización de licitaciones públicas -cuando no existen derechos exclusivos que la impidan<sup>185</sup>. En esta misma línea, se controlan administrativamente los márgenes que pueden percibir ciertos

apartándose de un enfoque puramente economicista, se recomienda la consulta de las interesantes reflexiones contenidas en GIMENO FELIU, J.M. y GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA, G. (2021): *Compra pública de medicamentos y servicios de innovación y tecnología sanitaria: eficiencia y creación de valor*. Cizur Menor. Aranzadi, o en OLIVARES HORTAL, A. (2023): *Adquisición pública de medicamentos: superando la barrera de la burocracia*. Barcelona. Colex.

Por otra parte, con un enfoque propositivo derivado del análisis de las experiencias existentes en diversos países europeos, resulta de interés el análisis de COMISIÓN EUROPEA (2022): *Estudio sobre buenas prácticas en la contratación pública de medicamentos*. Comisión Europea.

184 Resultan llamativas las amplias variaciones en el precio de los productos y servicios sanitarios entre distintos países, siendo dichas variaciones más acusadas que las vigentes en los niveles generales de precios. Así, para una determinada cesta de bienes y servicios sanitarios, los precios de Suiza se sitúan más del 60 % por encima de la media de la OCDE, mientras que para Hungría se ubican más de un 60 % por debajo de dicha media. Estas diferencias obedecerían a distintos factores, como la existencia de políticas de fijación de precios públicos, las diferencias de costes entre países -especialmente costes salariales del personal sanitario-, el alcance del sistema público, las políticas comerciales de las empresas farmacéuticas o los distintos métodos de adquisición aplicados. En este sentido, puede consultarse, OCDE (2020): *Health Care Prices*. OCDE.

185 En particular, en relación con los medicamentos, recuérdese la existencia de un complejo procedimiento para la fijación administrativa del precio en caso de que se pretenda la inclusión en la prestación farmacéutica del Servicio Nacional de Salud, y en el que existen irrelevantes dosis de confidencialidad, según se dispone en los artículos 91 a 107 Real Decreto Legislativo 1/2015. Para aproximarse a este procedimiento se recomienda la consulta de GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA, G. (2020): «Regulación y compra pública de medicamentos». *Revista Española de Derecho Administrativo*. 205. Por su parte, en cuanto a la faceta económica de esta vía de intervención de precios, LOBO ALEU, F. (2013): *La intervención de precios de los medicamentos en España*. Madrid, Springer.

operadores económicos<sup>186</sup> -como los distribuidores y dispensadores de medicamentos y productos sanitarios- o se aplican ciertas deducciones automáticas sobre el precio de venta al público de dichos medicamentos o productos<sup>187</sup>.

En relación con estos procesos de fijación administrativa de precios o de tramitación de procedimientos para la adquisición de prestaciones sanitarias, habría de tenderse a considerar elementos relacionados con el valor total que proporcionan los bienes y servicios, y no solamente con el coste inmediato que supone el desembolso para su compra. Se trata del enfoque propio de la conocida como compra basada en valor (o *Value Based Procurement*) que, aunque naciese vinculada a un mercado sanitario estadounidense en el que rige la libre competencia, puede adaptarse y trasladarse al sistema sanitario público<sup>188</sup>.

La compra basada en valor pivota sobre varios elementos, resultando fundamental la toma en consideración de la totalidad de costes y ahorros que derivan de la prestación de servicios sanitarios. De este modo, a la hora de decantarse entre las distintas alternativas, no habría de considerarse únicamente el coste directo que deriva de un determinado tratamiento o de una intervención quirúrgica, sino que habrían de manejarse variables adicionales. Así, por ejemplo, en cuanto a las intervenciones quirúrgicas, no habrían de regir solamente consideraciones sobre los costes vinculados directamente a la intervención, sino que habrían de ponderarse las necesidades de hospitalización y de rehabilitación, o el tiempo de recuperación del paciente. Y ello porque una intervención más costosa puede generar ahorros económicos si evita la ocupación de camas durante periodos más prolongados, reduce las necesidades de rehabilitación o no incapacita temporalmente al

186 Así, el Gobierno tiene la potestad de fijar los márgenes económicos correspondientes a los conceptos de la distribución y dispensación de los medicamentos y de los productos sanitarios, de acuerdo con el artículo 94.9 del Real Decreto Legislativo 1/2015. Dichos márgenes se encuentran regulados en el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

187 Así, a fin de reducir el gasto sanitario, se establecieron -y continúan vigentes- reducciones proporcionales sobre el precio de venta al público de gran parte de los medicamentos y productos sanitarios financiados con cargo a fondos públicos, de acuerdo con los artículos 8 a 11 del Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.

188 Sobre la aplicación de esta compra basada en valor al ámbito sanitario, pueden consultarse los trabajos de PORTER, M. y OLMSTED TEISBERG, E. (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Nueva York. Harvard Business School Press, o PORTER, M. y LEE, T.H. (2013): «The Strategy That Will Fix Health Care». *Harvard Business Review*. 91.

paciente -evitando prestaciones sociales y facilitando la vuelta a labores productivas<sup>189</sup>.

A este respecto, diversos estudios han analizado el impacto en los costes sanitarios de la introducción de nuevos medicamentos, apreciando como, en ocasiones, se produce un relevante efecto compensación<sup>190</sup>. Así, aunque los medicamentos innovadores suelen ser más costosos, los mismos podrían evitar el consumo de otros servicios médicos, como visitas médicas u hospitalizaciones. De hecho, en algunos casos, la gran eficacia de algunos medicamentos genera un ahorro neto al sistema sanitario, pues el ahorro en costes sería superior al gasto adicional que supone la adquisición del fármaco<sup>191</sup>.

Igualmente, aunque exista un menor número de investigaciones, se ha observado cierta evidencia de cómo los nuevos fármacos, pese a su mayor coste, tendrían también efectos indirectos, como la reducción de costes no sanitarios<sup>192</sup> -vinculados a cuidados personales brindados por profesionales o a adaptaciones en los hogares- o un incremento en la productividad laboral de los pacientes<sup>193</sup>.

189 En este punto destaca el progresivo desarrollo de técnicas de intervención que cada vez son menos invasivas.

190 Sobre este efecto compensación (*offset effect*) puede estarse al completo análisis FUNDACIÓN WEBER (2021): *El valor del medicamento desde una perspectiva social*. Madrid. Fundación Weber, págs. 35 a 70.

191 Diversos estudios han analizado el efecto compensación para ciertos fármacos en los sistemas sanitarios de los países desarrollados, apreciando como, en algunas ocasiones, cada euro de gasto farmacéutico adicional ha supuesto un ahorro promedio en el gasto sanitario de entre 2,3 y 7,2 euros. Al respecto, por ejemplo, LICHTENBERG, F.R. (2007): «The Impact of New Drugs on US Longevity and Medical Expenditure, 1990-2003: Evidence from Longitudinal, Disease-Level». *American Economic Review*. 97(2); LICHTENBERG, F.R. (2018): «The impact of new drug launches on hospitalization in 2015 for 67 medical conditions in 15 OECD countries: a two-way fixed-effects analysis». *Forum for Health Economics & Policy*. 21(2), o SANTERRE REXFORD E. (2011): «National and International Tests of the New Drug Cost Offset Theory». *Southern Economic Journal*. 77(4).

Pese a que los resultados puedan parecer demasiado optimistas, y sean fruto de análisis fragmentarios sometidos a incertidumbres en la fijación de relaciones de causalidad y la obtención de evidencia exacta, los estudios referidos sí apuntan hacia la necesidad de considerar otros factores además del precio de adquisición del medicamento.

192 A este respecto, existen algunos estudios sobre fármacos concretos, que han analizado las reducciones en ciertos costes, como los relativos a cuidados en el domicilio o transporte, entre los que pueden referirse POLISTENA, B.; CALZAVARA-PINTON, P.; ALTOMARE, G. et al (2015): «The impact of biologic therapy in chronic plaque psoriasis from a societal perspective: an analysis based on Italian actual clinical practices». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 29(12), o TSIACHRISTAS, A.; NOTEMBOOM, A.; GOUDRIAAN, R. y GROOT, W. (2009): *Medical innovations and labor savings in health care. An exploratory study*. La Haya. Research commissioned by American Chamber of Commerce Pharmaceutical Committee.

193 Diversos estudios han abordado los incrementos en la productividad y la caída del absentismo derivada de la

Por supuesto, las mejoras aludidas no se producirán, necesariamente y con igual grado de intensidad, ante la introducción de cualquier nuevo tratamiento o fármaco. Sin embargo, ante esta posibilidad -siquiera hipotética- cuando se valore la adquisición de nuevos productos o servicios, se exigirá un cambio de mentalidad, requiriéndose una visión integral que tenga en consideración los múltiples factores de coste conectados con la asistencia sanitaria, que van más allá del coste directo de adquisición de los productos y servicios.

Este enfoque conecta con la valoración del coste del ciclo de vida de los productos y servicios, previsto en la legislación contractual, que permite tener en consideración distintos factores de coste que suelen pasar desapercibidos. Con esta aproximación, además de mejorarse la atención brindada al paciente, se genera valor para la administración sanitaria, pues los costes totales que han de asumirse para el tratamiento de una dolencia son menores.

Para articular adecuadamente esta compra de valor, se ha defendido la necesidad de transitar desde adquisiciones sanitarias basadas en contratos de suministros, hacia contratos de servicios en los que se obtienen directamente los tratamientos que, de forma integral, se dedican a los pacientes<sup>194</sup>. Este cambio de enfoque plantea relevantes retos, pues la estructura y gestión hospitalarias se basan actualmente en la recepción de productos y equipos sanitarios, que son utilizados por los empleados públicos. El cambio hacia la adquisición de servicios exigirá replantear el funcionamiento de las diferentes unidades, a fin de integrar dichas prestaciones en la práctica cotidiana<sup>195</sup>.

En este sentido, el tránsito hacia los servicios podría articularse a través de mecanismos de pago por uso, especialmente en lo que se refiere a la

---

dispensación de nuevos fármacos, lo que redundaría directamente en una mejora de la actividad económica y en la reducción de los costes de los sistemas de previsión y asistencia social. Así, LICHTENBERG, F.R. (2005): «Availability of New Drugs and Americans' Ability to Work». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 47(4); MATTINGLY, T.J.; SLEJKO, J.F.; ONUKWUGHA, E. et al (2020): «Value in Hepatitis C Virus Treatment: A Patient-Centered Cost-Effectiveness Analysis». *Pharmacoeconomics*. 38(2), o LACHAINE, J.; BEAUCHEMIN, C.; BIBEAU, J. et al (2020): «Canadian economic impact of improved workplace productivity in patients with major depressive disorder treated with vortioxetine». *CNS Spectrums*. 25(3).

194 En una etapa intermedia podría pensarse en la utilización de contratos mixtos, en los que coexistan prestaciones propias de los contratos de suministros y de los servicios.

195 La legislación contiene alguna referencia a estas posibilidades de intercambio del tipo de contrato. Así, por ejemplo, el artículo 142.3 de la Ley 9/2017, al referirse a las variantes, admite que las mismas prevean el tránsito desde un contrato de suministros a otro de servicios, o viceversa.

utilización de maquinaria y equipos, de modo que no se adquiera dicha maquinaria sino que se realice un pago por el uso efectivo que se haga de la misma<sup>196</sup>. Igualmente, en cuanto a los tratamientos médicos, la adquisición de servicios podría acompañarse de mecanismos de pago por resultados, en los que la retribución del prestador depende de que se logren ciertos resultados en los pacientes<sup>197</sup>.

Este recurso al pago por resultado facilita la adquisición de tratamientos que efectivamente mejoren la situación de los pacientes, pues ante la ausencia de evidencia de efectos positivos el prestador se verá penalizado. Se fomenta con ello la investigación rigurosa que, más allá de la innovación por la innovación, ofrezca mejoras tangibles a los usuarios. De este modo, se evitan riesgos derivados de la adquisición de nuevos tratamientos especialmente costosos pero que pudieran suponer ventajas muy marginales.

Eso sí, la articulación de mecanismos de pago por resultado requiere de grandes volúmenes de información y del establecimiento de mecanismos de seguimiento y monitorización de los pacientes<sup>198</sup>. Así, habrán de fijarse indicadores de salud que sean fácilmente contrastables, se deberá determinar qué información se emplea para determinar en qué grado se cumplen dichos indicadores, y será necesario disponer herramientas y mecanismos que permitan obtener la información necesaria. Asimismo, desde el punto de vista del órgano de contratación, deberá incrementarse el esfuerzo dedicado a la fase de ejecución del contrato, a fin de verificar en qué medida procede el pago por los resultados que se obtengan.

De igual manera, deberá abordarse la retribución que corresponde al logro de los resultados marcados, de manera que se produzca un equilibrio entre la satisfacción de fines públicos y el respeto de la iniciativa empresarial. Así, el riesgo asumido por el empresario no debe ser nimio -recibiendo la mayor parte de la retribución sin lograr resultados ambiciosos- ni tampoco excesivo -pues se desincentivaría

---

196 Piénsese, por ejemplo, en un servicio de lavandería hospitalaria, donde puede avanzarse de la compra de la maquinaria hacia un pago por cada prenda lavada. Ello permite trasladar los riesgos al empresario que preste el servicio, asumiendo un pago fijo, y facilita la reutilización de la maquinaria una vez vence el contrato.

197 El artículo 102.6 de la Ley 9/2017 permite integrar cláusulas de variación de precios en función del cumplimiento de determinados objetivos.

198 Se alude a estas consideraciones en el artículo 102.6 de la Ley 9/2017, al exigir que, para los supuestos en los que existen cláusulas de variación de precios, se fijen con precisión los supuestos en que se producirán estas variaciones y las reglas para su determinación.

la concurrencia<sup>199</sup>. A este respecto, en función de la concreta situación, puede optarse por un enfoque basado en la penalidad -donde la retribución inicial se reduce de no lograrse los objetivos- o por otro que pivote sobre el fomento -fijando una retribución básica que se incrementará de lograrse objetivos adicionales a los mínimos<sup>200</sup>. En todo caso, en la fijación de retribuciones habría de estarse al valor efectivamente creado por las prestaciones -y a los ahorros presupuestarios globales que pudieran alcanzarse- de manera que parte de dicho valor se destine al operador económico que ha contribuido a generarlo.

Sea como fuere, estos mecanismos de pago por resultado serán especialmente recomendables en el caso de aquellos productos o servicios médicos especialmente innovadores, donde la evidencia acerca del logro de resultados terapéuticos es menos consistente. Por el contrario, en aquellos otros ámbitos donde existe experiencia en la gestión y donde hay conocimiento consolidado sobre las ventajas y mejoras proporcionadas, los mecanismos tradicionales de adquisición y retribución serán útiles, sin exigirse soluciones más complejas<sup>201</sup>. En consecuencia, parece que el enfoque en las adquisiciones debe adaptarse a la realidad de las prestaciones adquiridas y al estado de la ciencia, sin optarse por una visión rígida y unívoca<sup>202</sup>.

Por otro lado, y al margen de los vehículos jurídicos que se utilicen para la llevar a término la

199 A este respecto, en sede pago por resultados, puede hacerse referencia a los acuerdos de riesgo compartido entre hospitales y empresas farmacéuticas que se han venido estableciendo en Cataluña, a los que se hace referencia en GILBERT PERRAMON, A. (2019): «La experiencia de gestión de los medicamentos en Catalunya: objetivos de salud y económicos». *Papeles de Economía Española*. 160.

200 Existirían distintas modalidades de pago por resultado que pueden articularse, diferenciando en función de si las mismas atienden únicamente a los resultados clínicos obtenidos -pago por resultado en sentido estricto- o van más allá, atendiendo al valor generado -pago por valor. A este respecto, puede consultarse CENTRO PARA LA INVESTIGACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO (2017): *Modelos de compra pública de medicamentos. Análisis de alternativas y experiencias en Europa*. IESE Business School, págs. 12 y 13.

201 En este sentido, podría optarse por una adaptación de las técnicas de adquisición alejándolas de los mecanismos brindados por la legislación de contratación pública, de modo que se utilicen vías más flexibles, como el “open house” para medicamentos genéricos o la adjudicación directa de medicamentos sometidos a patente. Sobre el particular, GIMENO FELIU, J.M. y GARCÍA-ALVAREZ GARCÍA, G. (2021: 95 y ss), así como, en el caso navarro, la DA<sup>a</sup> 21<sup>a</sup> de la Ley Foral 2/2018, de 13 de abril, de Contratos Públicos.

202 En este sentido, por ejemplo, por lo que se refiere a la adquisición de medicamentos. El régimen de compras habría de variar en función de si los fármacos son innovadores y están protegidos por patentes u otras figuras, o de si los mismos pueden producirse en régimen de libre competencia.

adquisición de los productos y servicios farmacéuticos, será relevante determinar cuál es el sujeto al que han de encomendarse las licitaciones. A este respecto, las soluciones existentes son bien diversas, existiendo diferentes grados de descentralización, de modo que existen licitaciones a nivel de hospital, zona de salud o, incluso, servicio de salud autonómico.

La fijación del nivel óptimo en el que han de asignarse las funciones de contratación dependerá de múltiples factores, siendo recomendable cierto grado de flexibilidad pues, en ocasiones, convendrá agregar la demanda y, en otras, será conveniente optar por soluciones singulares y adaptadas a la realidad propia de ciertas áreas de menores dimensiones<sup>203</sup>.

Dentro de este marco de flexibilidad, debe recordarse la posibilidad de articular mecanismos de compra centralizada -de base voluntaria- a los que puedan adherirse los distintos agentes con autonomía de decisión<sup>204</sup>. Y es que, en ocasiones, la agregación permitirá incrementar el poder negociador, obtener economías de escala y reducir los costes de tramitación, al conducir un único procedimiento<sup>205</sup>. Ello puede ser especialmente relevante en el caso de Comunidades Autónomas de menor población que,

203 En este ámbito, las Comunidades Autónomas gozarán de un relevante margen de libertad para determinar cómo articulan sus sistemas de adquisición. En particular, recuérdense los razonamientos del Tribunal Constitucional acerca del respeto de las competencias estatales sobre productos farmacéuticos, en el caso del sistema de subastas andaluz, contenidos en la Sentencia nº 210/2016, de 15 de diciembre.

En cualquier caso, la centralización de las funciones de adquisición en unidades profesionalizadas -y la consiguiente reducción del número de órganos de contratación- se ha defendido por parte de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, en el documento AIREF (2020): *Spending review fase II. Estudio gasto hospitalario en el sistema nacional de salud*. Madrid. AIREF, pág. 100.

204 Al margen de las posibilidades de adquisición conjunta que espontáneamente puedan producirse, han de tenerse en cuenta las previsiones de la Disposición Adicional 27<sup>a</sup> de la Ley 9/2017 que permite declarar de adquisición centralizada ciertos suministros de medicamentos y productos sanitarios, así como servicios sanitarios, en el ámbito estatal. Asimismo, se prevé expresamente la adhesión voluntaria de las Comunidades Autónomas y entidades locales a estos sistemas de adquisición centralizada estatales. En el ámbito de estas adquisiciones centralizadas destaca la labor operativa del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), cuya regulación se encuentra en el Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

205 Sobre la compra conjunta -sus ventajas y problemática- puede consultarse la obra colectiva de VALCARCEL FERNÁNDEZ, P. (Coord.) (2016): *Compra conjunta y demanda agregada en la contratación del sector público un análisis jurídico y económico*. Cizur Menor. Aranzadi, o GALLEGO CÓRCOLES, I. (2013): “Sistemas de agregación de la demanda: centrales de compras y otras fórmulas de contratación eficiente”, en D. Larios Risco, L. González García et al (Dirs.), *Tratado de derecho sanitario*. Aranzadi.

en consecuencia, pueden experimentar mayores problemas en la negociación y gestión de sus procesos de compra.

## VIII. EL IMPACTO EN LA SOSTENIBILIDAD DE LA FORMA DE GESTIÓN PÚBLICA O PRIVADA

Por otra parte, puede analizarse el impacto que tendrían en la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario público las distintas formas de gestión de las prestaciones sanitarias. Ello, habida cuenta de que cabe la ejecución de los servicios sanitarios tanto por parte de las propias Administraciones, como mediante su encomienda a terceros.

### 1. Forma de gestión y límites normativos

En primer término, debemos recordar como los distintos servicios públicos que se identifiquen por los poderes públicos, y cuya titularidad se atribuye a la Administración, pueden ser gestionados -con carácter general- de forma directa a través de la intervención del sector público, o bien indirectamente por parte de un operador económico específicamente seleccionado al efecto.

La selección de una u otra forma de gestión, al margen de la existencia de eventuales condicionantes jurídicos, debería ser ideológicamente neutra, de modo que únicamente se valore cuál es la mejor alternativa desde un punto de vista técnico, económico y de calidad de la prestación<sup>206</sup>. Por tanto, habrían de abandonarse apriorismos de tipo político y optarse por aquella vía que garantice una mejor protección posible del derecho a la salud de los ciudadanos.

Fruto de este enfoque, la legislación sanitaria prevé la posibilidad de articular distintas técnicas jurídicas para asegurar la correcta prestación de servicios sanitarios vinculados al Sistema Nacional de Salud. De este modo, se permite, preservando en todo caso la condición de servicio público, que la prestación pueda llevarse a cabo directamente o indirectamente, mediante el recurso a múltiples herramientas<sup>207</sup>.

206 Sobre este particular, negando que la forma de prestación deba orientarse por criterios ideológicos, GIMENO FELLIU, J.M. (2017): «La remunicipalización de servicios públicos locales: la necesaria depuración de conceptos y los condicionantes jurídicos desde la óptica del derecho europeo». *Cuadernos de Derecho Local*. 43, pág. 33, o MARCOU, G. (2000): «Financiación privada de infraestructura y equipamientos públicos (La experiencia francesa)». *Estudios Socio-Jurídicos*. 2(1), pág. 45.

207 En este sentido, esta apertura a distintas fórmulas se recoge expresamente, y desde hace tiempo, en el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas

Así, junto a la gestión directa con recursos propios de la Administración, se prevé la utilización de la vía contractual pública -especialmente a través de concesiones de servicios<sup>208</sup>- pero también la utilización de otras técnicas diferentes que se separan de los contratos públicos, como los convenios o los acuerdos de acción concertada con operadores privados<sup>209</sup>. Cada una de dichas herramientas de gestión cuenta con un marco propio, que alcanza a cuestiones como la financiación, el régimen jurídico, el instrumento de vinculación o las condiciones del sujeto prestador del servicio. En relación con este último elemento, recuérdese que, en ocasiones, se exige que el prestador del servicio sea una entidad sin ánimo de lucro, descartándose la participación de grupos empresariales sanitarios<sup>210</sup>.

formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Precepto, este, que resulta coherente con las más recientes previsiones sobre prestación de servicios a las personas y su posible exclusión del marco de los contratos públicos, ex artículo 11.6 Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, que recoge las posibilidades de desarrollo autonómico en la Disposición adicional cuadragésima novena. Recuérdese que la vía no contractual se ampara en el artículo 77 de la Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública.

208 Sobre el recurso a la vía concesional, haciendo referencia a distintos ejemplos prácticos, puede consultarse DE LA CRUZ FERRER, J. (2020): *Regulación de la sanidad. Motivos, modelos y concesiones*. Madrid: Dykinson, págs. 133 a 160.

209 En este sentido, puede hacerse referencia a los artículos 67 y 90 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que se refieren -respectivamente- a los convenios singulares para la vinculación a la red pública de hospitales privados y a los conciertos. Acerca de dichas herramientas, y de su encaje con la normativa de contratación pública, puede consultarse el trabajo de CUETO PÉREZ, M. (2018): «La continuidad del concierto sanitario tras la ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público», En J. Agudo González, J. A. Chinchilla Peinado y otros (Dirs.), *Homenaje al profesor Angel Menéndez Rexach*, Thomson Reuters Aranzadi.

La referida pluralidad tiene también plasmación en la legislación autonómica, habida cuenta de las competencias existentes en la materia. En particular, por lo que se refiere al ámbito autonómico, puede estarse a los artículos 30 a 32 de la Decreto Legislativo 2/2004, de 30 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Servicio Aragonés de Salud, o en lo previsto en la Ley 11/2016, de 15 de diciembre, de acción concertada para la prestación a las personas de servicios de carácter social y sanitario. Los eventuales acuerdos de acción concertada para prestación de servicios sanitarios se regulan con mayor detalle en el Decreto 62/2017, de 11 de abril, del Gobierno de Aragón, sobre Acuerdos de Acción Concertada de Servicios Sanitarios y Convenios de Vinculación con Entidades Públicas y Entidades sin Animo de Lucro, estableciéndose los precios aplicables al efecto en la Orden SAN/1221/2017, de 21 de julio, por la que se establecen los precios y tarifas máximas aplicables en la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos al Sistema de Salud de Aragón. Como ejemplo particular de acuerdo con entes privados, puede estarse al interesante contenido del *Convenio de colaboración*, de marzo de 2023, entre el Departamento de Sanidad de Aragón y la Mutua de Accidentes de Zaragoza (MAZ), que prevé derivación de pacientes o alquiler de espacios en centros privados.

210 Así, se ha venido discutiendo si es posible limitar la acción concertada en materia de servicios a las personas en favor de entidades sin ánimo de lucro o si, por el contrario, solamente se pueden establecer ventajas o preferencias en relación

Este recurso a privados para llevar a cabo la prestación de servicios sanitarios enmarcados dentro sistema público sería constitucionalmente legítima pues, aunque exista una garantía institucional para el mantenimiento de un sistema público de protección de los ciudadanos, no se prejuzga la forma gestión de dicho sistema<sup>211</sup>. Así, si la definición de las prestaciones corresponde a los poderes públicos, la financiación se lleva a cabo mediante fondos públicos, y se respeta la igualdad en el acceso de los distintos pacientes, cabría un modelo de gestión que implique la ejecución por terceros<sup>212</sup>.

Por tanto, dentro del margen constitucional, será posible la configuración de vías para la colaboración con el sector privado, a fin de aprovechar las ventajas que pudieran derivarse de dicha colaboración. Se trata de, sin cuestionar la naturaleza pública del sistema, encontrar la mejor solución de gestión posible, desde el punto de vista de la eficacia y de la eficiencia en la utilización de unos caudales públicos limitados. La decisión adoptada, al margen de consideraciones de oportunidad política, debería depender de análisis técnicos y económicos, en los que se ponga de manifiesto de qué manera se satisfacen mejor las necesidades sanitarias y qué recursos económicos se van a requerir con cada tipo de solución<sup>213</sup>.

---

con estas entidades. Sobre el particular se han pronunciado diversos autores y resoluciones, llegándose a determinar que cabe la exclusión de operadores con ánimo de lucro siempre y cuando se cumplan ciertos requisitos de justificación del trato diferenciado y de transparencia, de acuerdo con la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, de 14 de julio de 2022, ASADE (asunto C-436/20).

211 Se refieren a este respeto de la garantía institucional contenida en el artículo 41 de la Constitución Española -derivada de la consideración de la protección de los ciudadanos en situación de necesidad como una función del Estado- las Sentencias del Tribunal Constitucional, 37/1994, de 10 de febrero, FJº 4º, 213/2005, de 21 de julio, FJº 3º o 84/2015, de 30 de abril, FJº 7º.

Ello, claro, sin perjuicio de que deba respetarse el marco competencial vigente a la hora de configurar las herramientas de gestión -y en particular las bases estatales- según nos recuerda la Sentencia del Tribunal Constitucional 84/2015, Fundamento Jurídico 5º.

212 En particular, dichos requisitos se contienen en la Sentencia del Tribunal Constitucional 84/2015, Fundamentos Jurídicos 7º y 8º. Para un análisis de esta relevante Sentencia, se recomienda la consulta de ALEGRE ÁVILA, J.M. (2015): "La privatización de la asistencia sanitaria ante el tribunal constitucional (Consideraciones sobre la sentencia del Tribunal Constitucional, 84/2015, de 30 de Abril)", En J.F. Pérez Gálvez, JUAN FRANCISCO (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares.

213 Al respecto, la obtención de evidencia se revela especialmente complicada, existiendo resultados contradictorios. Así, por lo que se refiere al supuesto español, existen análisis que han encontrado un mejor desempeño de los centros gestionados desde lo público y otros que consideran más eficiente la gestión privada. Se trata de los estudios, respectivamente, de COMENDEIRO MAALØE, M.; RIDAO LÓPEZ, M.; GORGEMANS, S. y BERNAL DELGADO, E. (2019): «A comparative performance analysis of a renowned public private

Partiendo del modelo vigente, en el que predomina la asistencia prestada directamente con recursos públicos, se debería garantizar, por supuesto, la utilización óptima de dichos recursos<sup>214</sup>. Sin embargo, a continuación, se podría plantear la cuestión de cómo se han de satisfacer las nuevas necesidades asistenciales y de cómo ello llevaría a redimensionar la estructura pública, incluyendo un mayor o menor peso del sector privado. En este sentido, recuérdense las rigideces del servicio de salud público, integrado por personal con vinculación permanente y en el que, progresivamente, se reducen las tasas de temporalidad.

En particular, al margen de cambios estructurales, estas técnicas de colaboración con privados pueden utilizarse ante necesidades coyunturales o sobrevenidas, de modo que se sumen a las capacidades públicas los recursos a disposición de operadores privados. Así, por ejemplo, esta asistencia adicional resultaría de interés para la reducción de listas de espera sanitarias en ciertas especialidades, cuando se observe como los plazos exceden de los previstos en las exigencias normativas<sup>215</sup>.

No obstante, esta posibilidad de encomendar la gestión de servicios sanitarios a operadores privados puede encontrar algunos límites legislativos, a través del establecimiento de condicionantes o reglas de preferencia. Así, pueden establecerse preferencias normativas para la gestión directa, exigiéndose una motivación reforzada en caso de que se opte por una solución diferente<sup>216</sup>, o disponiendo que la gestión por terceros sea excepcional y se limite a situaciones donde no sea posible la gestión directa<sup>217</sup>.

---

partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015». *Health Policy*. 123(4) y de ORTEGA DÍAZ, M.I.; OCAÑA RIOLA, R.; PÉREZ ROMERO, C. y MARTÍN MARTÍN, J.J. (2020): «Multilevel Analysis of the Relationship between Ownership Structure and Technical Efficiency Frontier in the Spanish National Health System Hospitals». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(16).

214 En este sentido, la eventual encomienda a terceros de actividades de prestación exigiría una previa utilización óptima de los recursos propios, según se recuerda para el caso de los conciertos en los artículos 90.1 de la Ley 14/1986 y 32.1 del Decreto Legislativo 2/2004, de Aragón.

215 Existen diversos ejemplos de esta forma de proceder, recurriéndose a operadores privados o a centros públicos titularidad de otras Administraciones, para aligerar las abultadas listas de espera quirúrgica fruto de la pandemia de la Covid-19.

216 Así, por ejemplo, el artículo 3.3 de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana establece que: "El modelo de organización de centros y servicios del sistema valenciano de salud se caracteriza preferentemente por la gestión directa (...)".

217 En este sentido, se pretende la modificación del artículo 47 de la Ley 14/1986, a través del Proyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, para establecer que la prestación indirecta únicamente tenga lugar: "De forma excepcional, justificada y motivada objetivamente, y

## 2. La asistencia privada como vía de descongestión del sistema público: pólizas privadas y el singular caso del mutualismo administrativo

Al margen de la posibilidad de encomendar la gestión de prestaciones públicas a operadores privados, puede enfocarse la participación del sector privado desde otro punto de vista. Me refiero a la prestación de servicios sanitarios puramente privados por encargo de los usuarios, a través del pago de las oportunas retribuciones resultantes del mercado. Y es que los ciudadanos podrán libremente demandar servicios sanitarios privados, sin perjuicio de la cobertura pública existente<sup>218</sup>.

Esta solicitud de servicios sanitarios a operadores privados supone una descongestión de Sistema Nacional de Salud e implica menores necesidades de financiación pública, tutelándose el derecho a la salud de los ciudadanos sin la necesidad de intervención pública<sup>219</sup>. Por ello, que la ciudadanía opte voluntariamente por la contratación de pólizas de seguros sanitarios o por la recepción de servicios sanitarios privados previo pago, favorecería la sostenibilidad fiscal<sup>220</sup>.

Ello podría entenderse oportuno siempre y cuando la migración hacia prestadores privados no derive de un sistema público deficiente, que no cumple unos estándares adecuados de calidad y accesibilidad<sup>221</sup>. Pues ello implicaría problemas de equidad en el acceso a la salud por parte de los ciudadanos que no pueden costearse seguros privados y pondría de

---

*solo cuando no sea posible la prestación directa de los servicios públicos que integran el Sistema Nacional de Salud (...)*"

218 Por supuesto, también pueden contratarse servicios privados en aquellas prestaciones no cubiertas, como viene siendo habitual en el ámbito de los servicios sanitarios dentales.

219 Sobre el particular, se ha estimado que si los asegurados privados existentes en nuestro país usasen exclusivamente el sistema privado -sin incluir la prestación farmacéutica- se produciría un ahorro público anual por persona de 1.291 euros y un ahorro agregado de unos 11.000.000 millones de euros. Y ello, de acuerdo con los datos del informe *Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2020*, Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, 2020, pág. 17. Aunque se trate de una estimación de extremo, cualquier uso privado que excluya el consumo de recursos públicos supondría un ahorro.

220 La contratación de seguros privados para la recepción de asistencia sanitaria varía mucho entre los distintos Estados, situándose en España por encima el 20 % de la población y habiéndose experimentado un notable crecimiento en los últimos años. Sobre el particular, puede consultarse OCDE (2022b): *Private health insurance spending*. OCDE. Por lo que se refiere, en particular, a nuestro país pueden consultarse las estadísticas anuales publicadas por UNESPA sobre la situación del seguro de salud.

221 De hecho, al margen de ventajas inherentes a la contratación de servicios privados -como la flexibilidad horaria o la posibilidad de seleccionar al facultativo- lo cierto es que el éxito de estos servicios también es un indicador de que el sistema público presenta disfunciones.

manifiesto la necesidad de reconfigurar el sistema público.

En cualquier caso, habida cuenta del efecto benéfico sobre el sistema público que deriva de la contratación de servicios sanitarios privados, podrían plantearse ciertas medidas de fomento que incentiven a los ciudadanos o empresarios a contratar este tipo de asistencia. Aunque estas medidas de fomento puedan suponer algún coste para el erario público, debería tenerse en cuenta el efecto liberatorio sobre los presupuestos sanitarios, de modo que se pondere el impacto total para la financiación pública.

En este sentido, en la actualidad, se prevén algunas medidas fiscales orientadas a favorecer -o al menos a no perjudicar- a quien contrata pólizas de salud.

Por una parte, en el caso de seguros de salud suscritos por empresas a favor de sus trabajadores -voluntariamente o en virtud de convenio colectivo- las primas satisfechas, aunque se calificarían como rendimientos del trabajo en especie para los empleados, estarán exentas hasta ciertas cuantías<sup>222</sup>. Igualmente, los empleadores que abonan las primas de dichos seguros para sus trabajadores podrán considerarlas gastos deducibles en su actividad<sup>223</sup>. Al margen de la tributación, por lo que se refiere al régimen de Seguridad Social, debe tenerse en cuenta que los seguros de salud contratados a favor de trabajadores se integran en la base de cotización, por lo que incrementarán las cuotas a abonar por el empleador y el trabajador<sup>224</sup>.

Por otro lado, también se prevé que los trabajadores autónomos, sometidos al régimen de estimación directa, puedan deducirse las primas de seguros que se dediquen a satisfacer su propia cobertura sanitaria y la de su cónyuge e hijos menores de veinticinco años convivientes, siempre y cuando no se superen unos umbrales máximos por persona<sup>225</sup>.

---

222 Así, se establece un límite de 500 euros por persona -pudiendo incluir al trabajador, su cónyuge y sus descendientes- que se incrementará hasta 1.500 euros para personas con discapacidad. En caso de que se produjeran excesos, se habrá de tributar como retribución en especie, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 42.3.c) de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y 46 del Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

223 En este sentido, el pago de estas pólizas a los empleados, se consideraría gasto deducible a efectos de Impuesto de Sociedades, siempre y cuando se cumplan los demás requisitos recogidos en la legislación, relativas a inscripciones contables, vinculación con la actividad o prueba.

224 Así, no se recoge una exclusión de la base de cotización para este tipo de retribuciones de acuerdo con el artículo 147 de Real Decreto Legislativo 8/2015.

225 De acuerdo con el artículo 30.2.5ª de la Ley 35/2006, que recoge unos límites de 500 euros por cada una de las

Junto con estas medidas, vinculadas a primas satisfechas por los empleadores y por trabajadores autónomos, existe un amplio campo para explorar otras soluciones conectadas con la contratación de pólizas de salud por los ciudadanos, o con el abono de gastos médicos que puntualmente hayan asumido. Desde este punto de vista, algunas Comunidades Autónomas, dentro de su capacidad normativa, han establecido algunas deducciones específicas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, que afectan a los desembolsos por gastos y honorarios profesionales vinculados a ciertos servicios o productos sanitarios<sup>226</sup>. En la configuración de dichas medidas habrían de preverse límites a su aplicación, en función de los ingresos de los contribuyentes, de manera que se conserve un cierto grado de progresividad.

Por último, en relación con la descongestión de los servicios públicos de salud y con la generación de ahorros, puede hacerse referencia a un controvertido fenómeno que afecta a múltiples empleados públicos. Me refiero al mutualismo administrativo, en cuyo marco la asistencia sanitaria se presta bien a través de un convenio con los servicios públicos de salud o bien a través del concierto con entidades aseguradoras privadas, posibilitando la elección de los empleados públicos beneficiarios<sup>227</sup>.

Esta singular forma de prestación de servicios sanitarios, derivada de un proceso histórico y un contexto institucional específico, puede resultar llamativa y, de hecho, ha sido duramente criticada desde algunos ámbitos. No obstante, pese a que pueda censurarse que los empleados públicos acudan a centros sanitarios privados, la modificación del sistema -y la mayor ejemplaridad lograda- se harían a costa de una mayor congestión del sistema público, que habría de asumir repentinamente un contingente

---

personas que dan derecho a la deducción y de 1.500 euros si alguna de ellas fuese discapacitada.

226 Así, por ejemplo, para Canarias el artículo 16 ter Decreto-Legislativo 1/2009, de 21 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes dictadas por la Comunidad Autónoma de Canarias en materia de tributos cedidos, o en el caso de Cantabria, o el artículo 2.7 del Decreto Legislativo 62/2008, de 19 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Medidas Fiscales en materia de Tributos cedidos por el Estado.

227 Este singular sistema de asistencia sanitaria encuentra su anclaje por lo que se refiere a MUFACE, en el artículo 17 Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado, para ISFAS en el artículo 14 del Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, o en el caso de MUGEJÚ, en el artículo 17 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia.

muy numeroso de pacientes<sup>228</sup>. A su vez, y aunque existan algunos límites para la obtención de evidencia<sup>229</sup>, parece que el mutualismo administrativo genera ahorros para el erario público, pues las primas pagadas por las mutuas a las aseguradoras serían menores que los desembolsos que el Sistema Nacional de Salud realiza por cada paciente<sup>230</sup>.

## IX. CONCLUSIONES

La delimitación del derecho a la salud de los ciudadanos, y de las específicas prestaciones que integran este derecho, ha de acompañarse necesariamente de una perspectiva financiera. Y ello porque la viabilidad de un sistema sanitario moderno, eficaz y garantista quedaría en entredicho si, al mismo tiempo, el mismo resultase insostenible desde el punto de vista financiero.

A este respecto, los retos que afronta el sistema sanitario español –así como otros de nuestro entorno– son múltiples y de una notable complejidad, siendo deseable contar con el consenso de los distintos agentes implicados para acometerlos. Así, existen diversos factores que tienden a incrementar los costes asociados a la prestación de servicios sanitarios, como son el aumento de la esperanza de vida y el correlativo envejecimiento de la población, la necesidad de desarrollar tratamientos y terapias personalizadas, la cronificación de enfermedades que anteriormente resultaban letales, la investigación de enfermedades poco frecuentes o la gran dispersión de los pacientes en ciertos territorios.

---

228 El número de mutualistas y beneficiarios ronda los 1,8 millones, de los que más del 80 % optan por recibir asistencia sanitaria privada, de acuerdo con datos del informe *Sanidad Privada, aportando valor. Análisis de situación 2020*, págs. 49 y 50.

229 Se han señalado algunos problemas para alcanzar conclusiones, derivados de la posibilidad de autoselección por parte de los usuarios, que introduce sesgos que dificultan la comparación de los costes fuera y dentro del mutualismo, según se señala de GONZÁLEZ LOPEZ-VALCARCEL, B. (2022: 121). En particular, sin perjuicio del gran poder negociador de MUFACE que le permite obtener primas muy ventajosas, serían necesarios estudios más minuciosos con información desagregada, pues puede que los mutualistas con enfermedades más graves y crónicas opten por recurrir al Sistema Nacional de Salud o que los mutualistas tengan una mejor salud que la media nacional.

230 De este modo, en el caso de MUFACE, sin perjuicio de las alzas previstas para los nuevos conciertos, la prima anual se situaba en 2023 en 1.014 euros, mientras que el gasto sanitario público per cápita rondaba los 1.608 euros, estimándose un ahorro de 594 euros por mutualista y año, de acuerdo con el informe *El mutualismo administrativo: Modelo predictivo sobre la elección de los mutualistas y escenarios futuros*, de la Cátedra de Salud Sostenible de la UCM y la Alianza de la Sanidad Privada Española, de febrero de 2024.

Estas circunstancias plantean un serio desafío para la sostenibilidad de una asistencia sanitaria de calidad, pues el coste del conjunto del sistema sanitario mantiene una tendencia al alza. Dicho desafío, además, es especialmente notable para los sistemas sanitarios públicos, habida cuenta de que las estructuras privadas tienen una mayor capacidad de acomodarse a los cambios en los costes.

A la vista de esta realidad, es preciso articular medidas que contribuyan a asegurar la necesaria sostenibilidad fiscal, cabiendo enfoques de lo más diverso. En este sentido, la sostenibilidad fiscal ha de entenderse como una restricción a respetar por los gestores públicos, y no tanto como un objetivo en sí mismo considerado. Y ello a fin de alcanzar un deseable equilibrio entre los intereses presentes, tanto fiscales como de tutela de la ciudadanía. De este modo, el logro de la necesaria sostenibilidad no se ha de circunscribir a una mera tarea contable de reducción de costes, sino que debe tenerse en cuenta la forma en la que dicha sostenibilidad impacta en otras metas. Así, debe asegurarse que la sostenibilidad no impide que el sistema sanitario continúe cumpliendo en el futuro los objetivos que tiene encomendados, entre los que destaca la protección del derecho a la salud, alcanzándose un deseable -aunque complejo- equilibrio.

En primer término, a la hora de abordar en la sostenibilidad fiscal, el incremento del gasto puede mitigarse incidiendo sobre el ámbito subjetivo de la cobertura de las prestaciones sanitarias públicas. Y es que, en el marco de un derecho de configuración legal, corresponde al legislador definir quién es titular del derecho a la asistencia sanitaria pública y cuál es el alcance de dicha asistencia, pudiendo establecerse diferencias en la cobertura, siempre y cuando las mismas estén debidamente justificadas.

En esta línea, la apuesta por la universalización de la cobertura puede compatibilizarse con la repercusión de los costes asumidos por el sistema público a terceros, en caso de que dichos terceros hubieran asumido la obligación de financiar contingencias sanitarias. No se trataría, por tanto, de excluir a ciudadanos de la protección, sino de asegurar que no se asumen costes impropios. Esta perspectiva se halla presente en distintos supuestos, como la suscripción obligatoria de pólizas de seguro vinculadas a actividades que implican riesgos, la articulación de herramientas para la recuperación del coste de los servicios prestados a ciudadanos beneficiarios de asistencia sanitaria en otros Estados y que no sean residentes en España, o la imposición de deberes normativos de satisfacción de costes en casos de existencia de responsabilidad criminal o civil.

Por otra parte, al margen de las consideraciones relativas al ámbito subjetivo y de la repercusión a terceros de los gastos sanitarios, la sostenibilidad fiscal podría reforzarse a través de la integración de nuevas fuentes de financiación complementarias a las ya existentes. En particular, ello abarcaría la recepción de fondos -o infraestructuras y equipos- mediante donación de particulares o la financiación por promotores privados de los costes directos e indirectos de eventuales ensayos clínicos. No obstante, como principal técnica aparece la aportación de fondos por parte de los pacientes, que complementasen la cobertura financiada con cargo a caudales públicos, de la que han existido -y todavía existen- multitud de ejemplos. Los pagos por uso que se establezcan deben mitigar los problemas redistributivos y las dificultades para el acceso de ciertos colectivos, de manera que las mejoras presupuestarias no se alcancen a costa de la equidad o de la eliminación de prestaciones necesarias -por la autoexclusión de ciertos usuarios que no puedan financiarlas.

Asimismo, el logro de la sostenibilidad fiscal exigiría adoptar una visión integral de la salud de los ciudadanos, a fin de atender a los muy distintos factores que -al margen de la asistencia sanitaria- inciden sobre la misma. Se trata de aplicar un enfoque de tipo preventivo, que permita conocer cuáles son los principales factores que determinan la necesidad de recibir servicios sanitarios. Y ello a fin de intervenir sobre los mismos, de modo que se minore -o en el mejor de los casos incluso se evite- la problemática sanitaria que lleva a demandar el correspondiente servicio. Si el coste de incidir positivamente sobre uno de estos factores que condiciona la salud fuese menor que el derivado de atender a las patologías que pudieran derivarse de los mismos, se obtendría un ahorro neto que coadyuvaría a la sostenibilidad del sistema de salud.

Este enfoque holístico habría de llevar a los gestores públicos a adoptar una perspectiva amplia a la hora de abordar la salud, desarrollando políticas que la consideren desde diferentes flancos, y utilizando distintas técnicas administrativas. Junto con la limitación de los derechos y libertades de los particulares -que se reservaría para las conductas de mayor gravedad- cabrían campañas de sensibilización y formación de los ciudadanos, medidas de fomento o figuras tributarias que penalicen ciertas actitudes.

A su vez, las nuevas fuentes de financiación estable y la adopción de un enfoque holístico a la hora de abordar la salud, deben complementarse con medidas tendentes a incrementar la eficiencia del sistema sanitario, de modo que, con unos recursos dados, se permita la obtención de mejores resultados. La mayor eficiencia permitiría, además, trasladar los

recursos que se ahorren hacia otras áreas sanitarias que requieran mayor atención, mejorando el conjunto del sistema.

La mejora de la eficiencia del sistema sanitario conecta con distintas técnicas. Así, en función del nivel sobre el que inciden, podría distinguir entre el nivel macro -relativo a políticas sanitarias- un nivel meso -vinculado a la organización y gestión de los centros y servicios sanitarios- y un nivel micro -que aborde la gestión clínica. No obstante, sea cual fuere el nivel considerado, se comparte un elemento común, como es la introducción de cambios sobre las estructuras, procesos y terapias actualmente vigentes, de modo que los mismos permitan una mejor asignación de los recursos existentes. Igualmente, como antecedente indispensable, será necesario que los gestores públicos dispongan de información y metodologías adecuadas para conocer la realidad del sistema sanitario y las consecuencias que pudieran derivarse de las intervenciones seguidas.

Este enfoque afectaría principalmente a la parcela organizativa y de gestión, pues modificar los procedimientos de actuación u optimizar la forma en la que se organizan los recursos existentes, tanto personales como materiales, puede producir mejoras relevantes en los resultados -sin requerirse grandes desembolsos. En esta línea se afectaría a dimensiones tales como los recursos humanos, los equipos médicos, los procedimientos de gestión o las relaciones entre los diferentes agentes del sistema sanitario. De igual manera, podrían obtenerse mejoras a través de la utilización de nuevas tecnologías, tanto consolidando instrumentos ya existentes centrados en la digitalización de procesos, como reforzando la apuesta por nuevos proyectos basados en el uso masivo de datos o la inteligencia artificial.

En otro orden de cosas, la sostenibilidad fiscal del sistema sanitario público podría apuntalarse desde la forma en la que se adquieren los productos y servicios sanitarios precisos. Y es que, habida cuenta de los grandes volúmenes destinados a adquisiciones, alcanzar mayores grados de eficiencia en estas tendría un impacto presupuestario notable. En este ámbito, se ha de lograr un difícil equilibrio, pues los productos y servicios adquiridos para el tratamiento de los pacientes han de ser asequibles, pero también deben cumplir efectivamente con sus cometidos -evitando las dolencias y complicaciones innecesarias- y ha de asegurarse un suministro adecuado y estable.

Por último, puede incidirse sobre el impacto de las distintas formas de gestión de las prestaciones sanitarias, habida cuenta de que cabe la ejecución por parte de las propias Administraciones o bien la

encomienda a terceros. Así, junto a la gestión directa con recursos propios de la Administración, se prevé la utilización de la vía contractual pública -especialmente a través de concesiones de servicios- pero también la utilización de otras técnicas diferentes que se separan de los contratos públicos, como los convenios o los acuerdos de acción concertada con operadores privados.

La selección de una u otra forma de gestión, al margen de la existencia de eventuales condicionantes jurídicos, debería ser ideológicamente neutra, de modo que únicamente se valore cuál es la mejor alternativa desde un punto de vista técnico, económico y de calidad de la prestación. Sin cuestionar la naturaleza pública del sistema, se trata de encontrar la mejor solución de gestión posible, desde el punto de vista de la eficacia y de la eficiencia en la gestión de unos caudales públicos limitados.

## X. BIBLIOGRAFÍA

- AIREF (2019): *Spending Review: Medicamentos dispensados a través de receta médica*. Madrid. AIREF.
  - (2020): *Spending review fase II. Estudio gasto hospitalario en el sistema nacional de salud*. Madrid. AIREF.
- ALEGRE ÁVILA, J.M. (2015): “La privatización de la asistencia sanitaria ante el tribunal constitucional (Consideraciones sobre la sentencia del Tribunal Constitucional, 84/2015, de 30 de Abril)”, En J.F. Pérez Gálvez, JUAN FRANCISCO (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares.
- ÁLVAREZ VEGA, M.; QUIRÓS MORA, L.M. y CORTÉS BADILLA, M.V. (2020): «Inteligencia artificial y aprendizaje automático en medicina». *Revista Médica Sinergia*. 5(8).
- AMER, F.; HAMMOUD, S.; KHATATBEH, H. et al (2022): «A systematic review: the dimensions to evaluate health care performance and an implication during the pandemic». *BMC Health Services Research*. 22(1).
- ANDRÉS SEGOVIA, B. (2021): «El reinicio tecnológico de la inteligencia artificial en el servicio público de salud». *Ius et Scientia*. 7(1).
- ANDREU MARTÍNEZ, M.B. (Dir.) (2023): *Los datos de salud como eje de la transformación digital de la sanidad*. Granada. Comares.

- ARBELÁEZ, M. y GARCÍA-VÁZQUEZ, S. (2009): “El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes”, En E. Aja Fernández (Coord.), *Los derechos de los inmigrantes en España*. Tirant lo Blanch.
- ARMSTRONG, E.P. (2007): «Economic benefits and costs associated with target vaccinations». *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*. 13(7).
- BALAGUER PÉREZ, A. (2021): “El derecho a la salud de los migrantes”, En J.M. Porrás Ramírez y M.D. Requena de Torre (Coords.). *La inclusión de los migrantes en la Unión Europea y España. Estudio de sus derechos*, Aranzadi.
- BARBER, S.L., VAN GOOL, K. et al (2021): *Pricing long-term care for older persons*. OECD y World Health Organization.
- BARRANCO VELA, R. y PÉREZ GÁLVEZ, J.F. (Dirs.) (2013): *Derecho y salud en la Unión Europea*. Granada. Comares,
- BARROY, H.; CYLUS, J.; GUPTA, S. et al. (2021): «Do efficiency gains really translate into more budget for health? An assessment framework and country applications». *Health Policy and Planning*. 6(8).
- BAUZÁ MARTORELL, F.J. (2022): «El Derecho Administrativo como límite a la intervención regulatoria, subvencional y prestacional». *Revista Española de Derecho Administrativo*. 223.
- BEHR, A. y THEUNE, K. (2017): «Health System Efficiency: A Fragmented Picture Based on OECD Data». *PharmacoEconomics*, 1(3).
- BENACH, J.; TARAFÁ, G. y MUNTANER, C. (2012): «El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política». *Gaceta Sanitaria*. 26(1).
- BENÍTEZ TORRES, F. (2015): “Evolución del derecho a la salud en España: Nacimiento, desarrollo y crisis”, En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dirs.). *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Comares.
- BENÍTEZ-LLAMAZARES, N. (2020): «La financiación de la sanidad pública española. Especial referencia a la crisis sanitaria generada por COVID-19». *e-Revista Internacional de la Protección Social*. 5(2).
- BOHR, A. y MEMARZADEH, K. (Dirs.) (2021): *Inteligencia artificial en el ámbito de la salud*. Barcelona. Elsevier.
- BORRAZ PERALES, S. (2021): «Escenarios de evolución del gasto sanitario e impacto esperado de la pandemia en el medio plazo». *Cuadernos de Información económica*. 281.
- BORRELL, J. R. (2023): “Los genéricos y la ardua batalla por desmonopolizar los mercados farmacéuticos” en J. J. Ganuza Fernández y J. López Vallés (Eds.). *Reformas para impulsar la competencia en España*, Funcas y CNMC.
- CAL PURRIÑOS, N. (2021): «Inteligencia Artificial. El uso de los datos de los pacientes». *DS: Derecho y salud*. 31(Extra 1).
- CANTERO MARTÍNEZ, J. (2014): «Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas». *Derecho y Salud*. 24 (Extra 1).
- CÁRCAR BENITO, J.E. (2019): «La inteligencia artificial (IA): Aplicación jurídica y regulación en los servicios de salud». *DS: Derecho y salud*. 29(1).
- CAVAS MARTÍNEZ, F. (2019): «El reembolso del gasto sanitario frente a terceros obligados al pago». *Revista Derecho Social y Empresa*. 10.
- CENTRO PARA LA INVESTIGACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN EN EL SECTOR SANITARIO (2017): *Modelos de compra pública de medicamentos. Análisis de alternativas y experiencias en Europa*. IESE Business School.
- CIERCO SEIRA, C. (2006): *Administración pública y salud colectiva: el marco jurídico de la protección frente a las epidemias y otros riesgos sanitarios*. Granada. Comares.
- CIERCO SEIRA, C. y DEL LLANO NÚÑEZ-CORTÉS, A. (2023): «¿Despegará por fin la evaluación de impacto en la salud?». *Derecho y Salud*. Extra 1/2023.
- COLLINS, S.R. y RASMUSSEN, P.W. (2014): *Too High a Price: Out-of-Pocket Health Care Costs in the United States*. The Commonwealth Fund.
- COMENDEIRO MAALØE, M.; RIDAO LÓPEZ, M.; GORGEMANS, S. y BERNAL DELGADO, E. (2019): «A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015». *Health Policy*. 123(4).

- COMISIÓN EUROPEA (2014): «Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pension, Health Care and Long-term Care Policies». *European Economy Occasional Papers*. 201.
- (2021): *State of Health in the EU: Companion Report 2021*. Luxemburgo. Comisión Europea,
  - (2021b): *Mapping of national health workforce planning and policies in the EU-28*. Bruselas. Comisión Europea.
  - (2022): *Estudio sobre buenas prácticas en la contratación pública de medicamentos*. Comisión Europea.
  - (2023): *State of Health in the EU España: Perfil sanitario nacional 2023*. Comisión Europea.
- CUETO PÉREZ, M. (2018): “La continuidad del concierto sanitario tras la ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público”, En J. Agudo González, J. A. Chinchilla Peinado y otros (Dir.), *Homenaje al profesor Ángel Menéndez Rexach*, Thomson Reuters Aranzadi.
- DE LA CRUZ FERRER, J. (2020): *Regulación de la sanidad. Motivos, modelos y concesiones*. Madrid. Dykinson.
- DE LA VILLAGIL, L.E. (2006): “El derecho constitucional a la salud”, En M.E. Casas Baamonde, J. Cruz Villalón y F. Durán López (Coords.), *Las transformaciones del derecho del trabajo en el marco de la Constitución española: estudios en homenaje al profesor Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer*. Wolters Kluwer.
- DE MIGUEL BERIAIN, I. (2022): “Desarrollo de mecanismos de inteligencia artificial por parte de las entidades de salud. Seis consejos para evitar problemas éticos y jurídicos”, En L. Cotino Hueso y A. Todolí Signes (Coords.), *Explotación y regulación del uso del big data e inteligencia artificial para los servicios públicos y la ciudad inteligente*. Tirant lo Blanch.
- DEMING, W.E. (1986): *Out of the crisis*. Cambridge. Massachusetts Institute of Technology.
- EPSTEIN, D. Y ESPÍN, J. (2020): «Evaluation of new medicines in Spain and comparison with other European countries». *Gaceta Sanitaria*. 34.
- ESCOBAR ROCA, G. (2014): “El derecho a la salud”, En A. Noguera Fernández y A. Guamán Hernández (Dir.), *Lecciones sobre Estado Social y Derechos Sociales*. Tirant lo Blanch.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2007): *Manual on Fiscal Transparency*. Washington, DC. Fondo Monetario Internacional.
- FU, Y.; JUNG, A.W. et al (2020): «Pan-cancer computational histopathology reveals mutations, tumor composition and prognosis». *Nature Cancer*. 1(18).
- FUNDACIÓN WEBER (2021): *El valor del medicamento desde una perspectiva social*. Madrid. Fundación Weber.
- GALLEGO CÓRCOLES, I. (2013): “Sistemas de agregación de la demanda: centrales de compras y otras fórmulas de contratación eficiente”, en D. Larios Risco, L. González García et al (Dir.), *Tratado de derecho sanitario*. Aranzadi.
- GARCÍA ALTÉS, A. (2013): «Systematic review of economic evaluation studies: Are vaccination programs efficient in Spain?». *Vaccine*, 31(13).
- GARCÍA SEMPERE, A.; ORRICO SÁNCHEZ, A.; MUÑOZ QUILES, C. et al. (2020): «Data Resource Profile: The Valencia Health System Integrated Database (VID)». *International Journal of Epidemiology*. 49(3).
- GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA, G. (2020): «Regulación y compra pública de medicamentos». *Revista Española de Derecho Administrativo*. 205.
- GARRIDO FALLA, F. (1980): “Artículo 43”, En F. Garrido Falla (Dir.), *Comentario a la Constitución*. Civitas.
- GAVUROVA, B.; KOCISOVA, K. y SOPKO, J. (2021): «Health system efficiency in OECD countries: dynamic network DEA approach». *Health Economics Review*. 11(1).
- GHORBANI, A.; OUYANG, D. et al (2020): «Deep learning interpretation of echocardiograms». *Npj Digital Medicine*. 3(1).
- GIFREU FONT, J. (2022): «La estrategia de reducción de la temporalidad en el empleo público en la Ley 20/2021: ¿un bálsamo de fierabrás para erradicar definitivamente las relaciones de interinidad de larga duración o una solución provisional para salir del paso?». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica: Nueva Época*. 18.

- GILABERT PERRAMON, A. (2019): «La experiencia de gestión de los medicamentos en Catalunya: objetivos de salud y económicos». *Papeles de Economía Española*. 160.
- GIMENO FELIÚ, J.M. (2017): «La remunicipalización de servicios públicos locales: la necesaria depuración de conceptos y los condicionantes jurídicos desde la óptica del derecho europeo». *Cuadernos de Derecho Local*. 43.
- GIMENO FELIU, J.M. y GARCÍA-ÁLVAREZ GARCÍA, G. (2021): *Compra pública de medicamentos y servicios de innovación y tecnología sanitaria: eficiencia y creación de valor*. Cizur Menor. Aranzadi.
- GÓMEZ ZAMORA, L. J. (2013): “Terceros obligados al pago y régimen jurídico del aseguramiento obligatorio de la asistencia sanitaria”, A. Palomar Olmeda y J. Cantero Martínez (Dirs), *Tratado de Derecho Sanitario*. Aranzadi.
- GONZÁLEZ HIDALGO, E.; VILLENA FERRER, A, y PÁRRAGA MARTÍNEZ, I, (2015): «Atención Primaria: la apuesta necesaria». *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 8(3).
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. (2022): «Evaluación de políticas. Salud y sanidad». *Papeles de Economía Española*. 171.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y BARBER PÉREZ, P. (2022): *Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035*. Las Palmas. EcoSalud.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.; VALLEJO TORRES, L. y PINILLA DOMÍNGUEZ, J. (2021): «La transformación digital del sector sanitario». *Economistas*, 174.
- HERCE SAN MIGUEL, J.A. (2006): “El copago sanitario: recaudar o moderar”, En *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*. Laborum.
- HERNÁNDEZ DE COS, P. y MORAL BENITO, E. (2011): «Eficiencia y regulación en el gasto sanitario en los países de la OCDE». *Documentos Ocasionales del Banco de España*. 1107.
- HURTADO, S. e IZQUIERDO, M. (2023): «Efectos económicos de un posible deterioro duradero en la salud general de la población española». *Boletín Económico del Banco de España*. 2023/T1 20.
- JIMÉNEZ COMPAIRED, I. (2004): “La financiación de los servicios sanitarios”, En J.M. Pemán Gavín (Coord.), *Derecho sanitario aragonés: estudios sobre el marco jurídico de la sanidad en Aragón*.
- JOISON, A.; BARCUDI, R.; MAJUL, E. et al (2021): «La inteligencia artificial en la educación médica y la predicción en salud». *Revista Methodo: Investigación Aplicada a las Ciencias Biológicas*. 6(1).
- KIMA, J.; KOB, S. y YANG, B. (2005): «The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea». *Health Policy*. 72.
- LACHAINE, J.; BEAUCHEMIN, C.; BIBEAU, J. et al (2020): «Canadian economic impact of improved workplace productivity in patients with major depressive disorder treated with vortioxetine». *CNS Spectrums*. 25(3).
- LAFRAMBOISE, H.L. (1973): «Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments». *Canadian Medical Association Journal*. 108.
- LALONDE, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians, Minister of Supply and Services Canada*. Ottawa.
- LANGLEY, G.J.; MOEN, R.D.; NOLAN, K.M. et al. (1996): *The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
- LAZCOZ MORATINOS, G. y PERIN, A. (2022): “Lección 20. Inteligencia artificial en el ámbito sanitario”, En P. Nicolás Jiménez, S. Romeo Malanda y C.M. Romeo Casabona (Coords.), *Manual de Bioderecho: (adaptado a la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*. Dykinson.
- LEGIDO-QUIGLEY, H.; BERROJALBIZ, I.; FRANCO, M.; GEA-SÁNCHEZ, M. et al (2024): «Towards an equitable people-centred health system for Spain». *The Lancet*. 403(10424).
- LEMA AÑÓN, C. (2009): *Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social*. Madrid. Dykinson.
- LEPRI, B.; OLIVER, N. y PENTLAND, A. (2021): «Ethical machines: The human-centric use of artificial intelligence». *iScience*. 24(3).

- LICHTENBERG, F.R. (2005): «Availability of New Drugs and Americans' Ability to Work». *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 47(4).
- (2007): «The Impact of New Drugs on US Longevity and Medical Expenditure, 1990-2003: Evidence from Longitudinal, Disease-Level». *American Economic Review*. 97(2).
  - (2018): «The impact of new drug launches on hospitalization in 2015 for 67 medical conditions in 15 OECD countries: a two-way fixed-effects analysis». *Forum for Health Economics & Policy*. 21(2).
- LOBO ALEU, F. (2013): *La intervención de precios de los medicamentos en España*. Madrid, Springer.
- LOBO ALEU, F.; OLIVA MORENO, J. y VIDA FERNÁNDEZ, J. (2022): «La evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual». *Documentos de trabajo FUNCAS*. Septiembre/2022.
- (2024): «Propuestas concretas para organizar una agencia de evaluación de la eficiencia de tecnologías y políticas sanitarias». *Gaceta Sanitaria*. 38.
- LORENZONI, L.; MARINO, A.; MORGAN, D. o JAMES, C. (2019): «Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology». *OECD Health Working Papers*. 110.
- LOSTAO, L.; REGIDOR, E.; GEYER, S. y AÍACH, P. (2007): «Patient cost sharing and social inequalities on access to health care in three western European countries». *Social Science & Medicine*. 65(2).
- LUCAS DURÁN, M. (2016): «Reflexiones jurídicas sobre el copago sanitario». *Crónica tributaria*. 160.
- MANITO LORITE, N.; RUBIO RODRÍGUEZ, D.; GONZÁLEZ COSTELLO, J. et al (2020): «Análisis económico del tratamiento ambulatorio intermitente con levosimendán de la insuficiencia cardiaca avanzada en España». *Revista española de cardiología*, 73(5).
- MARCOU, G. (2000): «Financiación privada de infraestructura y equipamientos públicos (La experiencia francesa)». *Estudios Socio-Jurídicos*. 2(1).
- MARTÍN LÓPEZ J. (2002): «El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad». *Presupuesto y gasto público*. 29.
- MARTÍN MARTÍN, J.J. y LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M.P. (2007): «La medida de la eficiencia en las organizaciones sanitarias». *Presupuesto y Gasto Público*. 49.
- MARTÍNEZ BLANES, M.; RONDÁN CATALUÑA, F.J. y VELARDE GESTERA, J.M. (2020): «Indicators of Efficiency in the Pharmaceutical Management of a Public Health System». *Administrative Sciences*. 10(2).
- MARTÍNEZ ELEB, C. (2021): «Inteligencia artificial aplicada a la salud. Luces y sombras». *Nueva sociedad*. 294.
- MARTÍNEZ GARCÍA, D.N.; DALGO-FLORES, V.M. y HERRERA-LÓPEZ, J.L. (2019): «Avances de la inteligencia artificial en salud». *Dominio de las Ciencias*. 5(3).
- MARTÍNEZ RUANO, P. (2015): «La configuración constitucional del derecho a la salud», En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dir.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares.
- MARTORELL, A.; MARTÍN GORGOJO, A.; RÍOS-VIÑUELA, E. et al (2022): «Inteligencia artificial en dermatología: ¿amenaza u oportunidad?». *Actas dermosifiliograficas*. 113(1).
- MATTINGLY, T.J.; SLEJKO, J.F.; ONUKWUGHA, E. et al (2020): «Value in Hepatitis C Virus Treatment: A Patient-Centered Cost-Effectiveness Analysis». *Pharmacoeconomics*. 38(2).
- MEGÍAS BAS, A. y LÓPEZ ANIORTE, M.C. (2019): «El régimen de copago de la prestación farmacéutica y su impacto en las mujeres pensionistas». *Revista Derecho social y empresa*. 10.
- MERINO, M. y HIDALGO, Á. (eds.) (2019): *El método SROI en la evaluación económica de intervenciones sanitarias*. Madrid. Weber.
- MORATILLA, J.J. (2018): «Añadiendo valor con la inteligencia artificial a la imagen médica diagnóstica». *I+S: Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud*. 132.
- MORENO ENGUIX, M.R.; GÓMEZ GALLEGU, J.C. y GÓMEZ GALLEGU, M. (2018): «Analysis and determination the efficiency of the European health systems». *International Journal of Health Planning and Management*. 33(1).

- NÚÑEZ MARTÍ, J.M.; KROIS, J.; SCHWEN-DICKE, F. y SAURO, S. (2022): «La inteligencia artificial: Qué es, su uso en odontología y qué debemos saber para aplicarla». *Gaceta dental: Industria y profesiones*. 342.
- OCDE (2010): *Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings*. París. OCDE.
- (2015): *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. París. OCDE.
  - (2017): *Recommendation on Health Data Governance*. OCDE.
  - (2017b): *Tackling Wasteful Spending on Health*. París. OCDE.
  - (2018): «Spending on Primary Care: First Estimates, Policy Brief». *OCDE Policy Brief*. December/2019.
  - (2019): «Out-of-pocket Spending: Access to Care and Financial Protection». *OCDE Policy Brief*. April/2019.
  - (2020): *Health Care Prices*. OCDE.
  - (2022): «The Economics of patient safety. From Analysis to Action». *OECD Health Working Papers*. 145.
  - (2022b): *Private health insurance spending*. OCDE.
  - (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. París. OCDE.
- OLIVARES HORTAL, A. (2023): *Adquisición pública de medicamentos: superando la barrera de la burocracia*. Barcelona. Colex.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003): *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Ginebra. World Health Organization.
- ORTEGA DÍAZ, M.I.; OCAÑA RIOLA, R.; PÉREZ ROMERO, C. y MARTÍN MARTÍN, J.J. (2020): «Multilevel Analysis of the Relationship between Ownership Structure and Technical Efficiency Frontier in the Spanish National Health System Hospitals». *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(16).
- PADRÓN, N.A. (2018): «De los algoritmos a la salud. La inteligencia artificial en la atención sanitaria». *Revista de Occidente*. 446-447.
- PALACIO, J.M. (2021): «Desafíos éticos de la inteligencia artificial y el derecho a la salud». *Revista Blockchain e Inteligencia Artificial*. 2.
- PEMÁN GAVÍN, J.M. (2008): «Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud». *DS: Derecho y salud*, 16(Extra 2).
- PEMÁN GAVÍN, J.M. (2024): Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud». *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 21.
- PINK, G.H.; SCHRAA, E.G. et al (2001): «Creating a balanced scorecard for a hospital system». *Journal of healthcare finance*. 27(3).
- POLISTENA, B.; CALZAVARA-PINTON, P.; ALTOMARE, G. et al (2015): «The impact of biologic therapy in chronic plaque psoriasis from a societal perspective: an analysis based on Italian actual clinical practice». *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 29(12).
- PONCE SOLÉ, J. (2019): «Inteligencia artificial, Derecho administrativo y reserva de humanidad: algoritmos y procedimiento administrativo debido tecnológico». *Revista General de Derecho Administrativo*. 50.
- PORTELL SALOM, N. (2019): «Terceros obligados al pago de gastos sanitarios. Derecho de la Administración a reclamar el coste». *DS: Derecho y salud*. 29(Extra 1).
- PORTER, M. y LEE, T.H. (2013): «The Strategy That Will Fix Health Care». *Harvard Business Review*. 91.
- PORTER, M. y OLMSTED TEISBERG, E. (2006): *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Nueva York. Harvard Business School Press.
- PROVOST, L.P. y MURRAY, S.K. (2011): *The Health Care Data Guide: Learning from Data for Improvement*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
- PUIG JUNOY, J. (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué». *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*. 158.

- PUIG-JUNOY, J.; RODRÍGUEZ-FEIJÓ, S.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. y GÓMEZ-NAVARRO, V. (2016): «Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo». *Revista Española de Salud Pública*. 90.
- QUIRÓS HIDALGO, J.G. (2006): “La participación del beneficiario en el coste de la prestación farmacéutica”, En *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*. Laborum.
- RADNOR, Z. y LOVELL, B. (2003): «Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-a NHS multi-agency setting». *Leadership in Health Services*, 16(2).
- RAMÓN FERNÁNDEZ, F. (2022): “Inteligencia artificial y protección de la salud. La necesidad de establecer unos límites en la carta de derechos digitales”, En M.J. Blanco Sánchez; A. Madrid Parra y L. Alvarado Herrera (Coords.), *Derecho digital y nuevas tecnologías*. Aranzadi.
- RICE, T.; ANDERS, W. et al (2018): «Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries». *BMC Health Services Research*. 18.
- RIVAS VALLEJO, M.P. (2021): “Salud, inteligencia artificial y derechos fundamentales”, En M. Fernández Ramírez; S.I. Pedrosa Alquézar et al (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Aranzadi.
- RIVERO ORTEGA, R. (2023): *Derecho e Inteligencia Artificial: Cuatro estudios*. Santiago de Chile. Olejnik.
- RODRÍGUEZ MIRELES, S.; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. Y SERRA MAJEM, L. (2021): «When Industrial Policies Conflict With Population Health: Potential Impact of Removing Food Subsidies on Obesity Rates». *Value in Health*. 24(3).
- ROMEO CASABONA; C.M. y LAZCOZ MORATINOS, G. (2020): «Inteligencia artificial aplicada a la salud: ¿qué marco jurídico?». *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*. 52.
- ROYER, H. (2021): «Benefits of megastudies for testing behavioural interventions». *Nature*. 600(7889).
- RUBIO VELASCO, M.F. (2021): «El arduo camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares en España». *e-Revista Internacional de la Protección Social*. 6(1).
- RUIZ LÓPEZ, F. (2015): “El derecho a la salud en el estado social”, En J.F. Pérez Gálvez y F. Ruiz López (Dirs.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*. Comares,
- RUIZ SANTAMARÍA, J.L. y MARÍA PITICA, D.A. (2021): “El impacto de la inteligencia artificial en la gestión de la sanidad pública”, En M. Fernández Ramírez; S.I. Pedrosa Alquézar et al (Dirs.), *Salud y asistencia sanitaria en España en tiempos de pandemia Covid-19*. Aranzadi.
- SÁENZ ROYO, E. (2022): *La financiación de la sanidad y de la educación en el Estado autonómico. Reformas necesarias a la luz de la experiencia comparada*. Madrid. Marcial Pons.
- SALAMERO TEIXIDÓ, L. (2020): *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*. Cizur Menor. Aranzadi.
- SANTERRE REXFORD E. (2011): «National and International Tests of the New Drug Cost Offset Theory». *Southern Economic Journal*. 77(4).
- SCHNIPPER, L.E.; DAVIDSON, N.E.; WOLLINS, D.S. et al (2015): «American Society of Clinical Oncology Statement: A Conceptual Framework to Assess the Value of Cancer Treatment Options». *Journal of Clinical Oncology*. 33(23).
- SERRAL CANO, G.; BRU CIGES, R. et al (2019): «Sobrepeso y obesidad infantil según variables socioeconómicas en escolares de tercero de Primaria de la ciudad de Barcelona». *Nutrición Hospitalaria*. 36(5).
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA (2016): *Guía de evaluación económica e impacto presupuestario en los informes de evaluación de medicamentos*. Madrid.
- SOLANAS SAURA, P. (Coord.) (2011): *COPAGO Conclusiones desde la evidencia científica*. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- STAHL, T.; WISMAR, M. et al (2006): *Health in all policies, Prospects and Potentials*. Helsinki. Ministry of Social Affairs and Health of Finland.

- SUBÍAS BELTRÁN, P. (2021): «Límites de la inteligencia artificial en salud digital». *Cátedra Jean Monnet Working Paper*. 3/2021.
- THOMSON, S.; FOUBISTER, T. et al (2009): *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen. World Health Organization.
- TOPOL, E.J. (2019): «High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence». *Nature Medicine*. 25(1).
- TROYANSKAYA, O.; TRAJANOSKI, Z. et al (2020): «Artificial intelligence and cancer». *Nature Cancer*. 1(2).
- TSIACHRISTAS, A.; NOTEMBOOM, A.; GOU-DRIAAN, R. y GROOT, W. (2009): *Medical innovations and labor savings in health care. An exploratory study*. La Haya. Research commissioned by American Chamber of Commerce Pharmaceutical Committee.
- VALCÁRCEL FERNÁNDEZ, P. (Coord.) (2016): *Compra conjunta y demanda agregada en la contratación del sector público un análisis jurídico y económico*. Cizur Menor. Aranzadi.
- VALL CASTELLÓ, J. y LÓPEZ CASASNOVAS, G. (2020): «Impact of SSB taxes on sales». *Economics & Human Biology*. 36.
- VIADÉ JULIÀ, J. (2015): «El papel del podólogo en la atención al pie diabético». *Angiología*. 67(6).
- VIDA FERNÁNDEZ, J. (2023): «Regulation of Artificial Intelligence in Healthcare within the European Union». *European Review of Digital Administration & Law*. 4. 1.
- WIESELER, B.; MCGAURAN, N. y KAISER, T. (2019): «New drugs: where did we go wrong and what can we do better?». *BMJ Analysis*.
- VILLAR ROJAS, F.J. (2023): «La sostenibilidad (financiera) de los servicios públicos». *Revista de Derecho Público: Teoría y Método*. 7.
- WRANIK, D. (2021): «Healthcare policy tools as determinants of health-system efficiency: Evidence from the OECD». *Health Economics, Policy and Law*. 7(2).
- ZOZAYA, N.; MARTÍNEZ, L.; ALCALÁ, B. y HIDALGO-VEGA, Á. (2018): *Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en los países desarrollados*. Weber y Roche.