



Foro  
económico  
de Galicia

# ANUARIO 2025

EDITOR:  
JOSÉ LUIS GÓMEZ

## LA SANIDAD ESPAÑOLA: DANDO TUMBOS ENTRE RETOS

BEATRIZ GONZÁLEZ LOPEZ-VALCÁRCEL  
CATEDRÁTICA DE ECONOMÍA

*El sistema sanitario español está sobre-diagnosticado, pero poco tratado. Se han identificado más de 50 informes que describen los retos y problemas de la sanidad, pero no se percibe un rumbo claro hacia donde se dirige, y hay quien juzga que el rumbo es de colisión. Pero el sistema sanitario en España es también el buque insignia del Estado del Bienestar.*

España no es una excepción en el mundo desarrollado, aquejado por problemas comunes o similares. En todas partes, es complicado acometer lo necesario y no dejarse cegar por lo urgente y el corto ciclo electoral. La preocupación sobre sostenibilidad del sistema a largo plazo refleja dos visiones bien diferentes. Una es inercial (¿A dónde vamos a llegar con esta progresión del gasto sanitario, propulsado por el envejecimiento poblacional, la cronicidad, las tecnologías más y más caras? ¿Seremos capaces de seguir pagando una factura cada vez más cuantiosa en relación con el PIB?). La segunda visión se preocupa por la desnaturalización del sistema sanitario y el riesgo de pérdida de sostenibilidad social. La huida de las clases medias hacia la sanidad privada, mediante

pago de bolsillo o aseguramiento voluntario, en gran medida causada por el deterioro en el acceso a la sanidad pública, hace perder legitimidad social al sistema nacional de salud. Es una pérdida de sostenibilidad social para seguir financiando con impuestos unos servicios públicos de salud que, al fin y al cabo, poco se utilizan salvo en caso de enfermedad grave y gasto catastrófico.

El reto que está detrás de la primera visión es mejorar la eficiencia del SNS (conseguir más salud con los recursos disponibles, evitando el despilfarro y la iatrogenia) y, cuando se esté sobre la frontera eficiente, aumentar los recursos, buscando financiación adicional. Para ello, habría que mejorar la productividad del país, o destinar a

sanidad una proporción mayor del PIB, aumentando la presión fiscal, o con detrimento de otras políticas sociales.

**E**l reto que está detrás de la segunda visión es recuperar la confianza en el sistema público, que pasa hoy por hoy por resolver el problema más sentido por la población, las listas de espera. También implica considerar el valor que aporta la sanidad, y ese valor se mide en mejoras de salud, calidad de vida y bienestar. Los indicadores de resultado han de combinar valores objetivos, comparables internacionalmente y en el tiempo, con indicadores y experiencias valorados directamente por los pacientes (PROMs, Patient Reported Outcomes Measures y PREMS, Patient Reported Experiences Measures).

#### A LA VEZ, PROBLEMA Y SOLUCIÓN

**E**l sistema sanitario es un problema económico en la medida en que, como sector de gasto, retrae flujos de recursos cada vez más abundantes del tejido productivo, poniendo en riesgo la sostenibilidad inercial a que nos referíamos arriba. Además, induce sobrecostes evitables a las empresas

en la medida en que las esperas por diagnóstico e intervención médica o quirúrgica alargan los periodos de incapacidad laboral.

**“EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA ES TAMBIÉN EL BUQUE INSIGNIA DEL ESTADO DEL BIENESTAR”**

**P**ero el sistema sanitario en España es también el buque insignia del Estado del Bienestar. Consigue buenos resultados de salud a un coste razonable, y, sobre todo, contribuye a la equidad y cohesión social. Es el principal redistribuidor de rentas por el lado del gasto, y reduce el índice de Gini de desigualdad de rentas, de un nivel alarmantemente alto antes de la redistribución pública hasta un nivel medio en la UE. Además, es un sector productivo que genera empleos de alta cualificación, y protagoniza importantes actividades de I&D. España es el país de Europa con mayor

aportación de pacientes para ensayos clínicos. En la medida en que avanza la digitalización y la Inteligencia Artificial, el dato se está convirtiendo en un subproducto valiosísimo del sistema sanitario, con valor privado y público. La sanidad es uno de los sectores que más datos genera con su actividad, por tanto, tiene gran potencial de crear valor económico por la vía de los datos.

## EL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

El gasto sanitario representa el 9,6% del PIB en España<sup>1</sup>, estamos a casi dos puntos del máximo (Alemania, con 11,8%) pero casi cuatro puntos de PIB por encima del mínimo (Luxemburgo, Rumanía). En euros por persona ajustados por paridad de poder de compra, somos el número 14 de 24 países europeos con datos, en orden creciente. Una explicación de la relativa contención del gasto sanitario en España es el nivel de precios de los inputs en el sector sanitario (medicamentos, salarios), sensiblemente inferior a la media de la OCDE =100 (86 en España, 162 en Suiza, 143 en Noruega) A lo largo de los años, desde los primeros 2000, el gasto sanitario público ha experimentado un crecimiento cíclico, siguiendo la dinámica del PIB, pero creciendo siempre por encima del PIB (o decreciendo menos que el PIB, durante los años de crisis).

Otra característica relevante es que el 26% es gasto privado. Este porcentaje es más elevado que en otros países, incluso de seguridad social, como Alemania (12 puntos porcentuales menos de gasto privado que España) y por supuesto, más elevado que en los países nórdicos de sistemas nacionales de salud.

La descentralización sanitaria se refleja en una gran diferencia en gasto sanitario público per capita entre CC AA, que es un 40% mayor en el País Vasco que en Andalucía. Esa diferencia se mantiene a lo largo de los años.

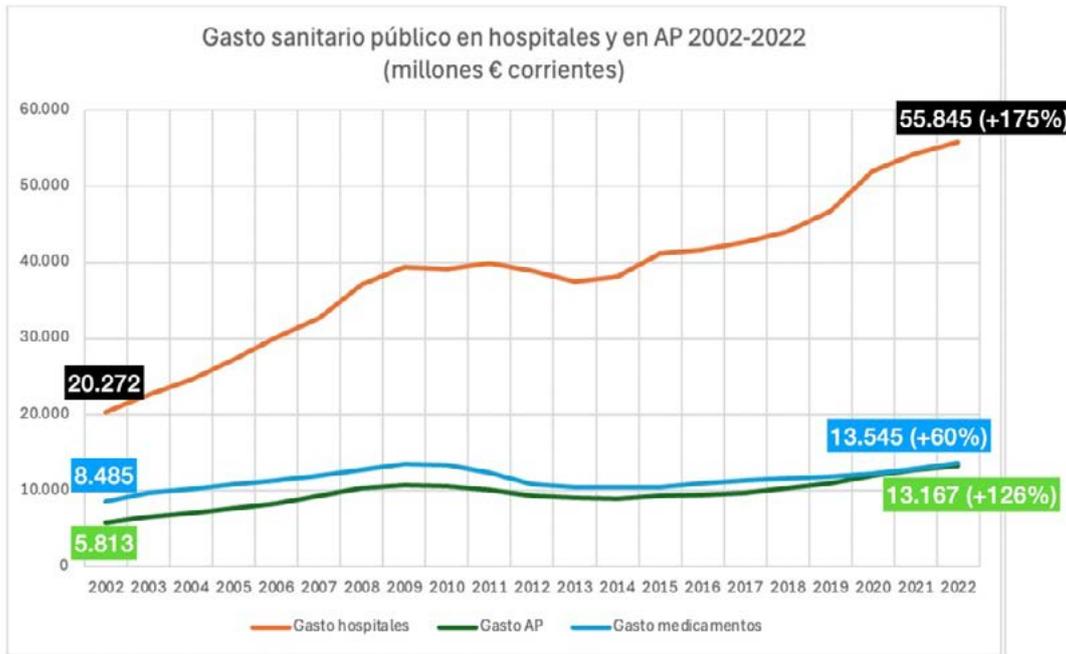
La participación de los hospitales en el gasto sanitario público ha ido en aumento, y sigue haciéndolo, mientras que la atención primaria ha ido reduciendo su porcentaje. En 2002, el gasto en hospitales era 3,5 veces el de atención primaria, en 2022 es 4,2 veces. Ajustando por inflación - el IPC aumentó un 58,1% en el periodo- el gasto en hospitales creció desde 2002 un 74%, y el gasto en atención primaria un 43%. La contención del gasto en medicamentos de prescripción, que apenas crecieron un 1% real, ha liberado recursos para permitir el crecimiento de las otras partidas (figura 1).

## LOS PROPULSORES DEL GASTO SANITARIO

La preocupación por la sostenibilidad inercial se basa en una especie de “maldición” según la cual la sanidad es insaciable y detrae una cuota de recursos sociales cada vez mayor, autopropulsada por las tecnologías biomédicas y también propulsada por

1- <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>

**FIGURA 1: GASTO EN ATENCIÓN PRIMARIA, HOSPITALES Y MEDICAMENTOS DE PRESCRIPCIÓN DESDE 2002**



Fuente: Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

fuerzas exógenas como el envejecimiento poblacional.

Antes de referirnos brevemente a cada una de esas fuerzas propulsoras del gasto, adelantemos que no se trata de una maldición imperativa, y la mejor prueba es Estados Unidos, donde

**“EL PRIMER GRAN PROPULSOR DEL GASTO SANITARIO ES EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN”**

tras décadas de aumento del gasto sanitario sobre el PIB, desde los comienzos del siglo XXI esa tendencia se ha moderado y el porcentaje sobre el PIB se ha estabilizado. El sorprendente “milagro” se debe al cambio de paradigma que permeó la sanidad desde los primeros años 2000, la atención

sanitaria basada en el valor, el llamado *value zeitgeist*<sup>2</sup>. Cambiaron los incentivos y la financiación y fijación de precios, se priorizaron las innovaciones de alto valor, se cambiaron las organizaciones de salud para enfocarse al valor, y todo ese movimiento condujo a la moderación del gasto sanitario sobre el PIB (sin que la salud de los ciudadanos mostrara signos de empeoramiento).

**E**l primer gran propulsor del gasto sanitario es el envejecimiento de la población. La longevidad es una excelente noticia, pero la necesidad y el uso de servicios sanitarios aumenta con la edad. Según un informe de la Comisión Europea<sup>3</sup>, el gasto público asociado al envejecimiento en España en 2022 era el 23,9% del PIB, y en el escenario base, aumentará más de cuatro puntos de PIB hasta 2045. Pensiones, sanidad, cuidados de larga duración a personas dependientes y educación son los cuatro componentes del gasto público más asociados al envejecimiento. Bajo el escenario de envejecimiento saludable, tanto el gasto sanitario como el de cuidados de larga duración podrían reducirse sustancialmente comparados con el escenario base. Para que la sociedad entre en la senda de envejecimiento saludable es preciso un enfoque preventivo, iniciado en los años jóvenes y mantenido a lo largo de la vida de las personas (life course). Hay evidencia científica que demuestra que general-

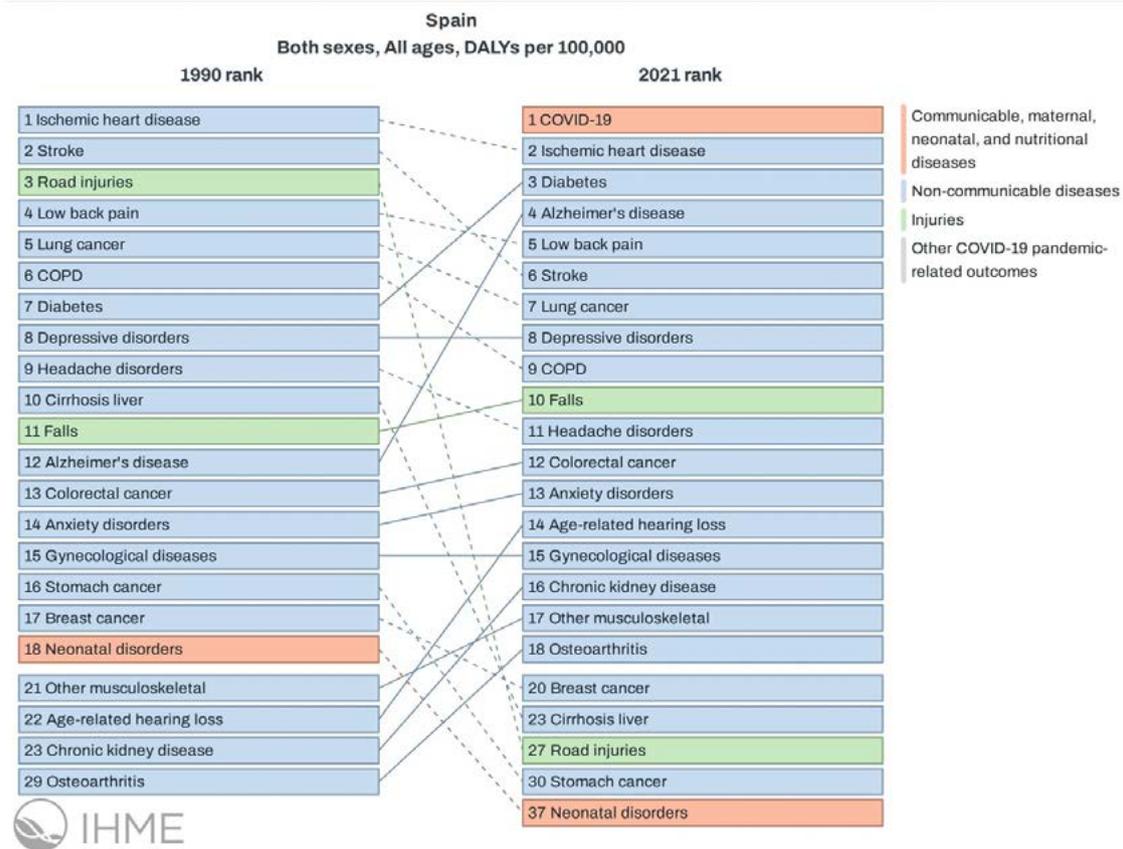
mente la prevención no clínica es más coste-efectiva que la clínica y la prevención comunitaria lo es más que la individual. Se gana más salud con menor esfuerzo con impuestos sobre el tabaco o las bebidas azucaradas, con la movilidad sostenible en las ciudades o con políticas de rentas mínimas que con medicamentos para mantener el colesterol o la tensión arterial en niveles aceptables.

**E**l envejecimiento va asociado a un aumento de la cronicidad. La figura 2 representa las principales causas de pérdida de salud en España (medida en Años de Vida perdidos Ajustados por Discapacidad) y compara 1991 con 2001. Apreciamos dos hechos: 1) la carga de enfermedades no transmisibles, en su mayor parte crónicas, es muy superior a la de enfermedades infecciosas y causas externas; 2) Algunas causas han reducido drásticamente su carga, gracias a políticas no sanitarias (accidentes de tráfico, pasan del puesto 3 al 27 gracias a políticas de la Dirección General de Tráfico) o a políticas sanitarias (ictus, pasa del segundo al sexto puesto gracias al código ictus del sistema nacional de salud). El sistema sanitario está diseñado para enfermedades agudas, pero el perfil de morbilidad en España ha evolucionado hacia enfermedades crónicas. Son generalmente más costosas, y requieren cambios organizativos en profundidad. Se están poniendo en marcha estrategias de cronicidad.

2- Buntin et al (2024) *The value Zeigeist XX*

3- [https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9\\_en?filename=ip279\\_en.pdf](https://economy-finance.ec.europa.eu/document/download/971dd209-41c2-425d-94f8-e3c3c3459af9_en?filename=ip279_en.pdf)

**FIGURA 2: CARGA DE ENFERMEDAD EN ESPAÑA 1991 Y 2021. PRINCIPALES CAUSAS DE PÉRDIDA DE AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD**



Fuente: IHME. Global Burden of Disease

El tercer gran propulsor del gasto sanitario son las nuevas tecnologías, particularmente los nuevos tratamientos farmacológicos. Mientras que el gasto en medicamentos de prescripción se ha mantenido, en términos reales, el gasto en farmacia hospitalaria (de prescripción hospitalaria) crece anualmente a dos dígitos<sup>4</sup>.

**EL GASTO ES SOLO UNA METÁFORA**

Los elementos que definen un sistema sanitario son su financiación (el origen de los fondos, quien paga) y la provisión (quien proporciona el servicio, por ejemplo, un hospital público o un consultorio médico privado). El gasto es simplemente una transferencia de fondos de unos agentes a otros,

4- Ministerio de Hacienda. Estadística de gasto en medicamentos. <https://www.hacienda.gob.es/CDI/Gasto%20Sanitario/SERIE%20Gasto%20Farmac%3%a9utico%20y%20Sanitario.xlsx>

del financiador (familia, aseguradora o servicio regional de salud) al proveedor (médico, hospital).

**E**n griego, transferencia se dice metáfora (μεταφορά). En cierta forma, el gasto es solo una metáfora de la salud. Pero no por gastar más en sanidad se consigue más salud poblacional. Siempre hay que sopesar los dos platillos de la balanza romana: costes y resultados, y aplicar el principio del coste-efectividad: para decidir la cartera de servicios, para fijar precios de los nuevos tratamientos, para diseñar cambios organizativos.

**A**fortunadamente, los indicadores de salud para España son buenos: alta esperanza de vida, baja mortalidad estandarizada por causas evitables/prevenibles, mayores tasas de supervivencia del cáncer a los cinco años que en el conjunto de la UE<sup>5</sup>. Indicadores específicos de calidad de la sanidad, como la tasa de hospitalizaciones evitables por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y complicaciones de la diabetes también son mejores que en el conjunto de la UE. Estos indicadores remiten a una aten-

ción primaria efectiva, que evita hospitalizaciones.

## SISTEMAS SANITARIOS ORIENTADOS AL VALOR

**E**n la última década ha permeado en España el nuevo paradigma de la atención sanitaria basada en el valor: lo importante son los resultados en salud, la calidad de vida relacionada con la salud y los resultados que importan a los pacientes (los llamados PROM, *Patient Reported Outcomes Measures*). Los sistemas sanitarios que se orientan hacia el valor consiguen mejores resultados y son más sostenibles.

“EL SISTEMA  
SANITARIO  
EN ESPAÑA  
CONSIGUE  
BUENOS  
RESULTADOS  
DE SALUD”

**L**a palabra valor es polisémica (13 significados en el diccionario de la Real Academia Española). Es muy relevante la diferencia entre valor privado y valor social. El valor privado de una compañía farmacéutica consiste en maximizar su cotización, sus beneficios, su rentabilidad para el accionista. El valor social es el valor de la salud que genera mediante los tratamientos que vende. El valor social del sistema sanitario es el valor de la salud que ge-

5- Ministerio de Sanidad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023

nera, y de los efectos benéficos sobre el tejido económico, sea cual sea la financiación del gasto y el proveedor del servicio.

Los grandes economistas de la salud de EE UU categorizaban las tecnologías sanitarias en tres grupos según su valor (mejora de resultado de salud por \$ de aumento de coste)<sup>6</sup>. Las de tipo I (Run Home) son altamente efectivas para todos, por ejemplo, que los cirujanos se laven las manos, la aspirina post-infarto o los tratamientos antivirales contra el HIV. Las tecnologías tipo II presentan gran heterogeneidad individual de resultados de salud. Muchos pacientes tratados no consiguen resultados de salud. En consecuencia, es necesario protocolizar la indicación, supervisar su uso y formación de los profesionales. Las tecnologías tipo III tienen eficacia (y efectividad) no demostrada y por tanto lo que requieren es más investigación, no más formación. Por eso, a los economistas de la salud no nos preocupa el SIDA,

pero sí las artroscopias de rodilla. Los tratamientos del SIDA son tecnologías Run Home, la artroscopia de rodilla es de tipo II, con enorme variabilidad de uso y una gran parte de pacientes en lista de espera con niveles mínimos de “necesidad” (se mide por una escala validada llamada WOMAC<sup>7</sup>) que desaconsejan la intervención.

### “EL GENOMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD INCORPORA VALORES. ESTÁ EN RIESGO DE MUTACIÓN A UN TRANSGÉNICO”

Hay mucha evidencia de sobreutilización sanitaria en el mundo y en España. Según una estimación conservadora<sup>8</sup>, en EE UU el coste de la sobreutilización en 2013 sería de 270.000 millones \$ al año. En los servicios de urgencia de los hospitales españoles, según una encuesta a 1449 médicos, se practica sistemáticamente la medicina defensiva, pues se piden pruebas diagnósticas innecesarias (el 90% de los encuestados lo afirma) y se prolonga la estancia en urgencias (63%)<sup>9</sup>. La OCDE estima que entre el 10% y el 34% del gasto sanitario es “desperdicio”, gasto innecesario o que provoca daños<sup>10</sup>. Se debe a múltiples causas.

6- Chandra, A., & Skinner, J. (2012). *Technology growth and expenditure growth in health care*. *Journal of Economic Literature*, 50(3), 645-680

7- Roos, M Klässbo, LS Lohmander, E. M. (1999). *WOMAC Osteoarthritis Index: Reliability, validity, and responsiveness in patients with arthroscopically assessed osteoarthritis*. *Scandinavian journal of rheumatology*, 28(4), 210-215.

8- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I., ... & Korenstein, D. (2017). *Evidence for overuse of medical services around the world*. *The Lancet*, 390(10090), 156-168.

9- <https://elmedicointeractivo.com/la-presion-judicial-condiciona-el-ejercicio-profesional-de-los-medicos-de-urgencias/>

10- [https://www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health\\_9789264266414-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en.html)

El genoma del SNS español desde la Ley General de Sanidad de 1986, consiste en financiación pública, principalmente con cargo a impuestos; aseguramiento público, y cobertura y acceso universal con criterios de salud poblacional, independientemente de renta y circunstancias personales. La equidad forma parte sustantiva de ese genoma. Lamentablemente, está en riesgo de mutar en un transgénico. Por una parte, el porcentaje de gasto privado (26%) es muy alto, 12 puntos porcentuales por encima de Alemania, Países Bajos y Nórdicos. La financiación privada, gasto directo de bolsillo y primas de seguros voluntarios, presenta un enorme diferencial según renta. El aseguramiento público es residual para muchas familias, para procesos graves y costosos, pero no para pruebas diagnósticas y consultas. El 25% de las personas tienen seguros privados voluntarios, con un evidente sesgo según renta: 34% de las familias con renta superior a 3.280 € mensuales, frente a 7% en familias con renta inferior a 790€ mensuales, según la Encuesta Europea de Salud<sup>12</sup>. Hay 58 millones de consultas médicas anuales y 113 millones de actos médicos con cargo a seguros privados. Las listas de espera de la red pública desvirtúan en la práctica el derecho a la cobertura universal. No es lo mismo “derecho” (*entitlement*) que acceso efectivo.

Si las clases medias dejan de utilizar la sanidad pública para consultas y pruebas, dejarán de legitimar el uso de sus impuestos para financiar unos servicios que al fin y al cabo no utilizan. Estamos en riesgo de perder la sostenibilidad social del gasto sanitario público.

El reto del sistema sanitario es conseguir una atención sanitaria de calidad y coste-efectiva sin perder los valores fundacionales del sistema, en particular la equidad, y además, sostenible. Esto requiere rumbo y acción.

#### MOTIVOS PARA EL OPTIMISMO

Hay algunas experiencias en España actualmente que mueven al optimismo. En Cataluña, el Comité para la Evaluación, la Innovación y la Reforma Operativa del Sistema de Salud (Cairos), creado en septiembre de 2024 y formado por 12 expertos más un presidente, tiene el encargo directo de la Generalitat de pasar del diagnóstico (ya ha habido 53 informes en los últimos años) al tratamiento. Su mandato es activar el cambio a partir del conocimiento existente, mediante un enfoque participativo, técnico y operativo. Ya están en marcha las primeras medidas, en 10 líneas de acción, para cambiar la atención primaria. A modo de experiencia piloto, se han definido

11- Consejo Económico y Social (2024) Informe El sistema sanitario. Situación actual y perspectivas para el futuro [https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF\\_012024.pdf](https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf)

y creado los Centros de Salud Integral de Referencia (CSIR), que tienen más autonomía de gestión, cambios en la forma de pago, IA en las consultas, un equipo de tres profesionales (la UBA3 incorpora a un asistente clínico además de médica y enfermera, integran la atención social, trabajarán más en domicilios y en la comunidad, y cuentan con especialistas de referencia conectados desde el hospital. La experiencia piloto se está desarrollando en 27 centros de salud y el AQUAS está encargado de su evaluación después de un año de funcionamiento. Si es positiva, se escalará al resto de la atención primaria de Cataluña.

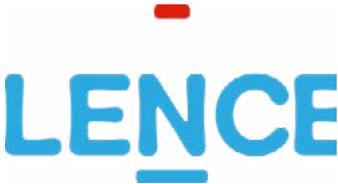
Una segunda experiencia positiva para mejorar la equidad y la eficiencia es el plan de terapias avanzadas<sup>12</sup>.

## CONCLUSIÓN

La sanidad en España tiene retos económicos, tecnológicos y organizativos importantes. La sostenibilidad económica está en riesgo, pero también la sostenibilidad social. El papel de la Economía de la Salud es fundamental para orientar la toma de decisiones con perspectiva de valor y coste social. Hay motivos para el pesimismo (barreras, intereses, inercias) pero también experiencias que alientan el optimismo.

12- Ministerio de Sanidad (agosto 2022) "Informe de seguimiento sobre el Plan para el abordaje de las terapias avanzadas en el SNS"  
[https://seom.org/images/20220715\\_Informe\\_MS\\_seguimiento\\_Plan\\_terapias\\_avanzadas\\_SNS.pdf](https://seom.org/images/20220715_Informe_MS_seguimiento_Plan_terapias_avanzadas_SNS.pdf)

SOCIOS

	 <p>Asociación Gallega Empresa Familiar</p>	 <p>construimos entorno</p>
	 <p>CORPORACIÓN DE SERVICIOS AUDIOVISUAIS DE GALICIA</p>	 <p>Cruz Roja</p>
	 <p>Algo más que gasolineras</p>	
		
		
		
		
	<p>UniversidadeVigo</p>	



**//ABANCA**

O Foro Económico de Galicia é unha plataforma de transferencia de coñecemento en materia económica dende as empresas e universidades galegas á sociedade e aos espazos de decisión pública. O Foro integra a profesores e investigadores, empresarios e directivos representativos dos diferentes sectores e áreas de Galicia, e xornalistas galegos de referencia.

**Anuario do Foro Económico de Galicia**

ISSN:

Editado en Ourense polo Foro Económico de Galicia

Julio 2025