ESTUDIO PRELIMINAR REFLEXIONES INTRODUCTORIAS SOBRE LOS CAMINOS PARA MEJORAR NUESTRO SISTEMA DE SALUD CON COSTES ASUMIBLES

JUAN M. PEMÁN GAVÍN
Catedrático de Derecho Administrativo
Universidad de Zaragoza

SUMARIO: I. INTRODUCCIÓN.– II. LUCES Y SOMBRAS DE UN PANORAMA COMPLEJO Y CAMBIANTE.– III. LÍNEAS DE TRABAJO PROVECHOSAS PARA MEJORAR LOS NIVELES DE SALUD DE LA POBLACIÓN CON COSTES ASUMIBLES Y PARA PROMOVER LA EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO SANITARIO: 1. Salud pública, prevención y hábitos saludables. 2. Progreso científico, nuevas tecnologías e innovación. 3. Evaluación del gasto y contratación eficiente. 4. Cuestionando tópicos de escaso valor añadido.– IV. CONSIDERACIONES FINALES.

I. INTRODUCCIÓN

Se me ha invitado por los directores de este volumen colectivo sobre innovación en salud a realizar algunas reflexiones generales de carácter introductorio sobre los retos que afrontan la Sanidad y el Derecho sanitario en la presente encrucijada; encomienda que sin duda tiene que ver con mi veteranía en el seguimiento de la materia, además de la cercanía y amistad que me une con los directores aludidos, Elisa Moreu y Gerardo García-Álvarez.

Al cumplir este encargo, que asumo gustoso y agradecido, no puedo dejar de recordar mis primeros escauceos sobre cuestiones de Derecho sanitario, que tuvieron lugar allá por los primeros años ochenta, cuando abordé algunas cuestiones vinculadas con la organización sanitaria y con la problemática de los derechos de los pacientes. Problemática esta última sobre la que versaba el primer trabajo que publiqué sobre la materia a principios de 1984.

Cuando evoco el escenario en el que los juristas nos desenvolvíamos entonces, emerge con fuerza la visión de su contraste radical con el contexto que actualmente nos circunda. Aquella aproximación inicial a los derechos de los pacientes, como tantas otras temáticas del marco jurídico de la actividad médico-sanitaria, se producía en un terreno carente por completo de tratamiento legal y apenas roturado por la doctrina y por la jurisprudencia en nuestro país; un terreno que estaba protagonizado por las reglas deontológi-

cas —ciertamente, muy exigentes y plenamente interiorizadas por los profesionales de la Medicina— y por la mentalidad del denominado «paternalismo médico», que podía condensarse en la idea «todo por el paciente pero sin el paciente». Algo completamente diverso a lo que sucede en la actualidad, dado que disponemos de una regulación legal profusa, la jurisprudencia es muy abundante y la doctrina se despliega con frondosidad sobre todos los aspectos de la materia y desde todas las perspectivas posibles, hasta el punto de resultar inabarcable (1). De manera que es también muy distinto el papel que los juristas estamos llamados a desempeñar —y, en particular, los juristas académicos— en un contexto tan profundamente transformado.

II. LUCES Y SOMBRAS DE UN PANORAMA COMPLEJO Y CAMBIANTE

Imposible componer un relato cabal de lo sucedido desde entonces en torno a la materia, y menos aún en un texto de extensión necesariamente limitada. Imposible exponer y explicar qué ha cambiado y qué se mantiene en pie —la narración de los elementos de continuidad sería seguramente más breve que la de los mutantes— dada la enorme complejidad del mundo sanitario, consecuencia de la multiplicidad de factores que intervienen y de la diversidad de los puntos de vista que se pueden utilizar en los análisis. Me limitaré por ello a trazar algunas pinceladas sobre lo que me parece más relevante del contexto actual a los efectos de servir como pórtico del presente libro colectivo, teniendo en cuenta especialmente lo acontecido en el periodo más reciente, que contribuye a conformar nuestro presente de una manera más directa e inmediata.

1. La sociedad española aborda en la actualidad un conjunto de problemáticas que son habituales y conocidas en los países que han alcanzado un cierto nivel de prosperidad económica y de consolidación en el ámbito sanitario, incluyendo a estos efectos tanto el desarrollo de los servicios preventivos y asistenciales de salud como de los conocimientos científicos y técnicos que están en su base.

(1) Aquel primer trabajo al que he aludido (*Hacia un estatuto del enfermo hospitalizado*) se publicó en el número 103 de la Revista de Administración Pública (enero-abril de 1984). Posteriormente, la Ley General de Sanidad (1986) incorporó, como es sabido, una extensa lista de derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios sanitarios públicos y privados (arts. 10 y 11). Pero los aspectos centrales de la relación clínica serían objeto de una regulación más completa y precisa por la Ley de Autonomía del Paciente (ley 41/2002, de 14 de noviembre). Ley que ha ofrecido a partir de entonces el marco legal general de referencia a partir del cual se ha generado un extensísimo *corpus* jurisprudencial y doctrinal sobre la materia, en relación especialmente con todos los aspectos de la información clínica y del denominado «consentimiento informado».

Atrás quedaron problemas que en otro tiempo fueron devastadores entre nosotros —y que todavía tienen presencia significativa en otras latitudes— como los vinculados a la desnutrición o a la falta de una higiene mínima, la altísima mortalidad infantil y maternal que diezmaba las familias, o la elevada incidencia de enfermedades contagiosas que costó mucho erradicar. En cambio, se sitúan ahora en un primer plano nuevos desafíos en cuya enumeración no podrían dejar de incluirse los siguientes: a) las enfermedades y discapacidades vinculadas a la mayor longevidad de la que hoy disfrutamos —como consecuencia en gran medida del éxito de los sistema de atención sanitaria— que hace aumentar la presencia de las enfermedades propias de lo que podríamos calificar como «cuarta edad», en particular las de carácter neurodegenerativo como el Alzheimer y otras demencias; b) las patologías que tienen que ver con los estilos de vida poco saludables (alimentación excesiva o inadecuada, sedentarismo, consumo abusivo de alcohol, etc.); c) los problemas derivados de las diversas adicciones, como el tabaco, las drogodependencias o las ludopatías; d) el aumento de los problemas de salud mental y trastornos del comportamiento (anorexia y trastornos alimentarios, autismo y situaciones de aislamiento social, déficit de atención, ansiedad y estrés, etc.), lo cual es consecuencia de ciertos elementos de toxicidad ambiental para la salud mental que concurren en nuestras sociedades, pero también de la mayor capacidad de diagnóstico que hoy existe respecto a situaciones que en otro tiempo no se detectaban y trataban (2); y e) los riesgos derivados de la propia expansión de los sistemas de atención sanitaria y de la multiplicación de las actuaciones

(2) Un indicador muy claro y significativo respecto a este tema es el número de bajas laborales debidas a problemas de salud mental, cuyo drástico incremento convierte en una quimera el logro de un «Estado del bienestar» o de una sociedad del bienestar. Como es bien sabido —dado que los medios de comunicación han venido informando de ello—, las bajas por incapacidad temporal se han disparado últimamente en España y, dentro de ellas, especialmente las debidas a problemas anímicos, básicamente depresión, estrés y ansiedad y trastornos del comportamiento. En el año 2023 las bajas motivadas por los problemas aludidos superaron las 600.000, más del doble de la cifra que se produjo en 2016, y tuvieron una duración media superior a los 100 días. Y durante el primer semestre de 2024 se habían producido ya 337.362 bajas por motivos relacionados con la salud mental, lo que supera el número de bajas producidas por esta causa durante todo el año 2017.

Son cifras ciertamente abultadas que reflejan una verdadera pandemia cronificada, siendo de subrayar que en algunos ámbitos (por ejemplo, en determinados centros de enseñanza) el elevado número de bajas existente redundan en una mayor presión laboral y de estrés para los que no están de baja por la necesidad de cubrir los huecos que dejan los compañeros, lo cual puede producir un arrastre o «efecto dominó» sobre ellos.

Si a estos datos unimos los numerosos trastornos de salud mental que se detectan en la población infantil y juvenil —que no se traducen obviamente de forma mayoritaria en bajas laborales—, y las enfermedades neurodegenerativas con deterioros cognitivos que afectan sobre todo a las personas de edad avanzada, el escenario conjunto resulta muy complejo y desbordante.

diagnósticas, preventivas y curativas que se llevan a cabo, buena parte de las cuales no son inocuas y pueden producir efectos adversos (abuso o mal uso de los medicamentos, infecciones hospitalarias, errores médicos, daños derivados de las vacunas, etc.) (3). A todo lo cual se añaden las múltiples oportunidades y riesgos que conllevan la generalización del uso de Internet y las conexiones a distancia —la denominada *salud digital*— y, más recientemente, las aplicaciones de la Inteligencia Artificial.

Tales retos pueden considerarse en efecto comunes a los países de nuestro entorno —por ejemplo, en los Estados miembros de la UE— sin perjuicio de las especificidades que presentan cada uno de ellos y, en particular, España. Pero no cabe duda de que es una constante con la que tenemos que contar el hecho de que tras la solución o mitigación de algunos problemas sanitarios aparecen siempre otros nuevos, derivados de las cambiantes circunstancias y de la evolución del modo de ser de nuestra sociedad, lo que a la postre no es sino el reflejo de la fragilidad y limitaciones de la condición humana.

2. No obstante, sin perjuicio de esta problemática enorme, incluso abrumadora, que nos circunda, el hecho cierto es que en España los indicadores de salud han ido mejorando globalmente de forma constante en las últimas década-

(3) Desde hace algunos años se viene apuntando por los expertos en salud pública que los problemas sanitarios que hoy afrontamos en las sociedades occidentales derivan no tanto de las *carencias* que en otro tiempo hubo que abordar (pobreza y desnutrición, falta de higiene y de atención médica, etc.) sino de *excesos* muy extendidos en el comportamiento humano y, en particular, del consumismo, de los hábitos insanos y de las adicciones.

Entre nosotros, véase al respecto el estudio de L. PALOMO y otros, «La salud pública frente a los efectos secundarios del progreso», en *Gaceta Sanitaria*, 2006, 20 (Supl. 1), pp. 2019 y ss., que presentaba la recapitulación del Informe SESPAS 2006, cuyo objetivo fue analizar las consecuencias que tiene para la salud el actual modelo de crecimiento y de vida de las sociedades desarrolladas. Dentro de este planteamiento general, se abordaron en el Informe aspectos tales como la obesidad y sus determinantes, las adicciones, las consecuencias sanitarias del estrés, la violencia y el suicidio como problemas de salud pública, las lesiones consecuencia de los accidentes o los propios efectos adversos de la asistencia sanitaria.

Para el Reino Unido, véase el estudio de J. LE GRAND, «The giants of excess: a challenge to the nation's health», *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistic in Society)*, vol. 171, 4 (2008), pp. 843 y ss., en el que se recoge una importante conferencia pronunciada por el autor con ocasión del 65 aniversario del Informe Beveridge. LE GRAND subrayó el contraste entre los grandes problemas a los que tuvo que hacer frente el Estado del bienestar en el momento de redactarse el célebre Informe mencionado (1942) —piedra angular del servicio nacional de salud británico—, que eran problemas derivados de las carencias de la época (pobreza, falta de empleo, ignorancia, falta de vivienda y deficiente atención médica) con los retos del momento presente, que a su juicio están vinculados a los «gigantes del exceso» y, en concreto, a los excesos en el consumo de diverso tipo (tabaco, alimentos altos en calorías, grasas y azúcar, alcohol y drogas ilegales), en las actividades sedentarias o en la conducción de vehículos.

das (4) —salvo el brusco retroceso del fatídico año de la pandemia (2020)— y que nos situamos en muy buenas posiciones en cualquier comparación que se haga a nivel internacional.

De lo primero da cuenta el dato elocuente de que entre 2007 y 2019 pasáramos de una esperanza de vida al nacer de 81 años a 83,5 años, es decir, dos años y medio de incremento en 12 años, sin que la gran crisis de 2009-2013 y las diversas medidas de ajuste implantadas como consecuencia de la misma —recortes en el gasto público sanitario— truncaran esa tendencia general de mejora (5). En 2020 se produjo un retroceso significativo en este

(4) Ha habido por supuesto mejoras importantes de forma generalizada a nivel mundial incluyendo también a los países más pobres o subdesarrollados. Véase sobre este último aspecto algunas indicaciones en mi trabajo sobre «El derecho a la salud entre aspiraciones y realidades. Marco conceptual y perspectiva internacional», en el vol. col. dirigido por L. SALAMERO TEIXIDÓ, *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Aranzadi, 2020, en cuyas pp. 49-54 se da cuenta de algunas mejoras significativas producidas en los países pobres durante el período 2000-2018.

(5) Lo cual se explica teniendo en cuenta que las medidas de ajuste no afectaron al contenido sustancial de las prestaciones garantizadas (medicamentos esenciales, urgencias, tratamientos quirúrgicos, etc.) y también el hecho de que durante las crisis económicas los eventuales efectos negativos vinculados a las mismas pueden quedar holgadamente compensados por la evolución favorable de diversos factores o «determinantes» de salud: éxito de las políticas de salud pública que tienen unos efectos de ciclo largo (por ejemplo, en materia de tabaquismo), reducción de accidentes, mejoras en los estilos de vida, mejoras cualitativas en el sistema de salud, etc.

Sobre la compleja relación existente entre ciclos económicos y estado de salud de la población hay una abundante producción bibliográfica que ha identificado algunos efectos positivos para la salud de las personas que se producen en las etapas de recesión; efectos positivos que están conectados con la mejora de los estilos de vida (menor consumo de alcohol, más ejercicio físico, etc.) y con la disminución de los accidentes. Véase sobre ello, por ejemplo, C. RUHM, «Are Recessions Good For Your Health?», *Quarterly Journal of Economics*, 115 (2000), pp. 617 y ss.

Sobre la falta de correlación entre el crecimiento económico y la cuantía del gasto público sanitario y los indicadores generales de salud —precisamente a propósito de los recortes del gasto sanitario realizados en España con ocasión de la crisis aludida—, véase Félix LOBO, *La economía, la innovación y el futuro del Sistema Nacional de Salud*, Madrid, FUNCAS, 2017, en especial, pp. 169-170, donde se destaca, entre otras conclusiones, que el nivel de gasto no determina por sí solo el nivel de salud de la población, ni la calidad del sistema sanitario. También G. LÓPEZ CASASNOVAS, en la reseña de esta obra publicada en la Revista *Gaceta Sanitaria*, 2018. vol. 32, n. 6, p. 592, que cuestiona la vinculación entre los recortes en la asistencia sanitaria y el aumento de la mortalidad.

Respecto a los efectos sanitarios de la crisis económica vivida en España a partir del año 2009, en el estudio de M. RUIZ RAMOS y otros, «Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014», *Gaceta Sanitaria*, 28, sup. 1 (2014), pp. 89 y ss., se constató —si bien con referencia a los tres primeros años de la crisis, es decir, hasta el año 2011— que a raíz de la crisis no se produjo ninguna modificación adversa en la evolución de las tasas de mortalidad relativas a las diversas causas específicas. A juicio de estos autores ello se explica por la existencia

indicador, que descendió a 82,3 años, pero posteriormente hemos vuelto a recuperar la senda ascendente (83,2 años en 2022) (6). En cuanto al segundo aspecto apuntado —la buena posición comparativa que ocupa nuestro país—, baste subrayar que España se mantiene en el primer lugar del conjunto de los países de la Unión Europea en la esperanza de vida al nacer (7).

Por lo que se refiere a los indicadores de satisfacción de la población con el sistema sanitario público, también cabe observar una tendencia positiva hasta el año 2019 y una caída brusca a partir de 2020, pero en este caso con el importante dato añadido, ciertamente nada halagüeño, de que el grado de satisfacción en la opinión pública no ha mejorado tras la superación de la pandemia, sino que, por el contrario, se ha mantenido en niveles mínimos (8) sin perjuicio de que haya diferencias significativas entre CCAA (9).

Por lo demás, sucede que esta bajada en los indicadores de aprecio público por el sistema de salud, tradicionalmente muy alto en España, converge

en España de sólidas redes de apoyo familiar, así como por el mantenimiento de algunas prestaciones sociales. También puede verse el estudio de E. REGIDOR y otros, «Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people», *The Lancet*, 26 de noviembre de 2016, pp. 2642-2652, en el que se concluye que la mortalidad por todas las causas disminuyó en España durante la crisis con más rapidez que antes de ella.

(6) Véanse los datos que figuran en el *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023* elaborado por el Ministerio de Sanidad, p. 26, donde también se incluyen los datos de la esperanza de vida saludable al nacer (79,4 años en 2022) y la esperanza de vida saludable a los 65 años (18,7 en 2022). En todos los casos existe, como es sabido, una importante «brecha de género» a favor de las mujeres, que tienen cinco años más, aproximadamente, de esperanza de vida al nacer.

(7) Así consta en el estudio publicado por la OCDE y el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, *State of Health in the EU. Spain. Country Health Profile 2023*, pp. 4 y ss., donde se indica también que ya en 2010 España ocupaba la primera posición en este indicador (esperanza de vida al nacer) y que el mismo siguió aumentando algo más rápido que en otros países de la Unión durante la década siguiente hasta 2019. No obstante, en 2020 se produjo una bajada relevante de este indicador, por encima de la media europea, como consecuencia del gran número de fallecimientos que tuvieron lugar en España durante la pandemia.

(8) El *Informe anual* del SNS 2023 antes mencionado refleja (p. 162) una evolución favorable de la valoración del sistema sanitario en España entre 2014 y 2019, período durante el cual el porcentaje de población que consideraba que «funciona bien» subió del 62,7% al 72,1% y el que consideraba que «habría que rehacerlo completamente» bajó de un 6,3% a un 4,1%. No se recogen en el Informe datos sobre el nivel de satisfacción de la población durante los años 2020 y 2021, pero sí se incluyen datos que reflejan el drástico empeoramiento detectable en 2022 respecto al año 2019. En 2022 solo el 57,1% consideró que funcionaba bien, y nada menos que el 14,5% opinó que habría que rehacerlo completamente. Y estos porcentajes permanecen en niveles muy similares en 2023 (56,7% y 14,3% respectivamente), que son mucho peores que los que hubo en 2012 y 201, en plena crisis económica.

(9) En 2023 las que cuentan con mayores niveles de satisfacción son Navarra y Baleares, por este orden, y las peores son Canarias y Andalucía, también por este orden.

con otros síntomas preocupantes que podemos percibir de cuanto acontece a nuestro alrededor, ya sea a través de los medios o por observación directa de la realidad: carencia de médicos y profesionales sanitarios en no pocos ámbitos y dificultades para cubrir las plazas de los que se jubilan, cronificación del problema de las listas de espera, utilización por un creciente sector de la población de los seguros privados de salud, clima laboral tensionado en los servicios sanitarios con episodios no infrecuentes de agresividad por parte de los usuarios, etc.

Las responsabilidades o «culpas» de este escenario complejo y problemático están por supuesto repartidas, sin que sea fácil calibrar el reparto de las mismas, y las soluciones no son inmediatas ni sencillas. Pero tengo para mí que la situación que hoy vivimos es el resultado de un marco general predominante durante mucho tiempo de políticas cortoplacistas y de mero «parcheo» inmediato en el sector sanitario; algo ciertamente no exclusivo del mismo, pero que en este ámbito puede ser más difícil de enderezar que en otros. Y ello a su vez tiene que ver con el clima de autocomplacencia que ha venido predominado en la materia (10), que ha dificultado detectar y abordar debidamente ciertos problemas que requieren respuestas implementadas en procesos de ciclo largo. Así ha sucedido en materia de política de recursos humanos —personal médico, de enfermería y otros profesionales sanitarios— cuya entrada en juego no puede improvisarse habida cuenta de la extensa duración de su formación teórica y práctica (11).

(10) Ello se explica por el hecho de que, como hemos señalado, los indicadores de salud y de satisfacción con el sistema público han venido siendo en España muy buenos. De hecho, la percepción de que nuestro Sistema Nacional de Salud es «uno de los mejores del mundo» se ha plasmado más de una vez en sede parlamentaria. Así en el Informe emitido en 2014 por una subcomisión creada en el Congreso de los Diputados para analizar el sistema sanitario (véase BOCG, Congreso de los Diputados, serie D, 476, 12 de junio de 2014, p. 6) y en el Dictamen de la Comisión para la reconstrucción social y económica creada con ocasión de la pandemia (BOCG, Congreso de los Diputados, Serie D, 21 de julio de 2020).

Por cierto que, en el mismo apartado del Dictamen citado de 2020 en el que se expresa la aspiración de que el Sistema Nacional de Salud «pueda seguir siendo uno de los mejores del mundo», se aboga por un gran pacto de Estado en materia de Sanidad: «ahora más que nunca todas las fuerzas políticas deberíamos alcanzar un Pacto de Estado (Pacto Cajal) por la Sanidad que tendría que dar acogida a los propuestas que aquí aparecen recogidas, siendo el consenso político y social la mejor vía para dar estabilidad a las medidas reformadoras». Suenan muy bien sin duda estos deseos, pero qué lejos están de la realidad política que hemos vivido en los últimos años a nivel nacional, en los que no solo no ha habido acuerdos de calado con la oposición parlamentaria, sino que el propio Gobierno ha tenido notorias dificultades de cohesión interna y para llegar a acuerdos con sus aliados parlamentarios.

(11) Hace ya tiempo que existían señales de alerta acerca de lo que podía pasar. Así, hace ya algunos años que J. L. RODRÍGUEZ-VIGIL RUBIO advirtió (en su libro *Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud*, Thomson-Civitas, Cizur Menor, 2008, especialmente, pp. 323-388) de las debilidades que presentaban las políticas

Sea como fuere, lo cierto es que nunca habíamos dedicado tantos recursos a la Sanidad como ahora, como ponemos de relieve a continuación y, sin embargo, ello coincide con un período de notorias dificultades y de manifiesta insatisfacción en la materia.

3. La evolución del gasto sanitario público en España durante el presente siglo y las perspectivas que tenemos sobre su evolución futura no son precisamente tranquilizadoras sino más bien lo contrario.

No hace falta entrar en el detalle de los datos estadísticos disponibles, que son muchos, para percatarse de ello. Basta al efecto subrayar lo siguiente: entre los años 2000 y 2009 el gasto sanitario público en España (12) tuvo una evolución altamente expansiva, reflejada en un crecimiento del 85% , con una tasa media anual del 5,5% frente al 4.2% de los países de la OCDE en su conjunto (13); durante los años 2010 a 2013 se produjeron ajustes importantes que condujeron a una cifra de gasto público en 2013 que fue inferior en un 13.1% respecto a la de 2009. A partir de 2014 volvió a aumentar paulatinamente el gasto hasta recuperarse en 2017 la cifra de 2009; y con posterioridad (a partir de 2018), los crecimientos han sido de nuevo importantes hasta alcanzarse en 2022 la cifra de 99.347 millones de euros (14),

de personal sanitario en España (carrera profesional, retribuciones, movilidad, etc.) como consecuencia de su fragmentación y diversidad entre CCAA —que han venido negociando aisladamente las condiciones de trabajo con los respectivos sindicatos—, así como de la falta de coordinación y de planificación a medio y largo plazo en la materia. RODRÍGUEZ-VIGIL denunciaba el «abigarrado y preocupante conjunto de disfunciones que existen en el SNS en relación con el personal más específicamente sanitario». Lamentablemente, no parece que su análisis tuviera eco.

(12) Dejamos ahora fuera de nuestra consideración el gasto sanitario privado, que ha venido creciendo también globalmente en proporciones similares representando aproximadamente un 25% del gasto sanitario total (se ha movido en una horquilla situada entre el 20 y el 30% de dicho gasto sanitario total).

(13) Vid. F. LOBO, *La economía, la innovación y el futuro*, pp. 123 y 169-170.

(14) Es el dato que figura en el *Sistema de cuentas de salud* que publica anualmente el Ministerio de Sanidad, suficientemente ilustrativo a los efectos que aquí interesan, si bien debe advertirse que dicha cifra no coincide con la que figura en la *Estadística de Gasto Sanitario Público* que elabora el propio Ministerio de Sanidad. Este último dato viene siendo considerablemente inferior, lo cual se debe a la diversidad de criterios utilizados en cuanto a los componentes que se incluyen (vid. sobre ello F. LOBO, *ob. cit.*, pp. 116-117, donde se indica que la aludida estadística de gasto sanitario público se calcula según criterios diferentes a los de otras fuentes de información, en particular, no incluye los gastos derivados de los cuidados de larga duración y atención sociosanitaria).

De acuerdo también con los datos que figuran en el *Sistema de cuentas de salud*, la media anual del crecimiento del gasto sanitario público entre 2018 y 2022 fue del 6,4%, frente a un crecimiento inferior del gasto sanitario privado (el 1.5% anual como media). Ello explica que, durante el mismo período, el gasto sanitario público incrementara su participación en el gasto sanitario total de un 70,3% a un 74,1%.

que triplicaba holgadamente la correspondiente al año 2000 a pesar de los recortes producidos con ocasión de la gran recesión del período 2010-2013. Y ha aumentado también significativamente el porcentaje del PIB que dedicamos a gasto público sanitario, que pasó de un 4,85% en 2000 a un 7,4% en 2022 (15).

Pero más que los detalles concretos de estas cifras, importa subrayar que detrás del crecimiento descrito hay algunas circunstancias estructurales presentes en el sector sanitario que no van a desactivarse en el futuro, sino que, por el contrario, pueden todavía intensificarse en determinados aspectos. Entre tales elementos estructurales (16) se encuentra sin duda la continua aparición de nuevos medios diagnósticos y terapéuticos que el progreso científico pone en escena, buena parte de los cuales redundan en un incremento de los costes, así como también la dinámica expansiva derivada de la permanente aspiración a ampliar el sistema prestacional público para atender aspectos no cubiertos o insuficientemente cubiertos por el mismo (enfermedades raras, psicología clínica y psiquiátrica, salud bucodental, etc.). Y asimismo resulta evidente que en España tiene un particular protagonismo el aumento de la población de edad avanzada, tanto en términos absolutos como también relativos —dada nuestra bajísima natalidad—, así como su ubicación dispersa en pequeñísimos y menguantes núcleos de población en buena parte del territorio nacional. Todo lo cual hace que resulte muy difícil revertir la tendencia expansiva del gasto.

En estas circunstancias, no cabe duda de que la aspiración de mantener y mejorar lo que tenemos se torna un objetivo que no es en absoluto sencillo. Especialmente, si se tiene en cuenta la necesidad de atender otros ámbitos que absorben de forma ineludible un creciente volumen de recursos públicos (especialmente, un generoso sistema de pensiones que cubre a un colectivo de personas cada vez mayor y un empleo público que ha disparado sus cifras en los últimos años), lo cual no deja mucho margen de maniobra para aumentar

Respecto a 2023, todo parece indicar que se superó holgadamente el umbral de los 100.000 millones de euros: en los medios de comunicación ha aparecido una cifra que supera los 104.500 millones de gasto sanitario público, pero no he visto todavía reflejada dicha cifra en un documento oficial.

(15) La comparativa con el año 1978 ofrece un recorrido expansivo de alcance ciertamente espectacular. Se habría pasado de 2.884 millones de euros en aquel año a otra cifra treinta y cuatro veces superior en 2022, obviamente en términos nominales. Y en porcentaje del PIB se ha pasado de un 3,90% al aludido 7,4%.

(16) Dejo aquí fuera la consideración de otros factores que tienen una incidencia general sobre todo el Sector Público, aunque no ciertamente en los mismos términos, como es la tendencia al incremento de los costes de personal como consecuencia de las progresivas mejoras en los derechos de los empleados públicos en un contexto de sindicalización y de negociación colectiva de las condiciones de trabajo.

los recursos destinados a la Sanidad, como no lo deja tampoco la existencia de una fiscalidad ya muy elevada que grava a la ciudadanía y las empresas.

Así las cosas, resulta obvia la conveniencia de encontrar vías para mejorar los niveles de salud de la población sin incrementar costes para el erario público y fórmulas idóneas para reducir y reorientar el gasto sanitario sin merma del contenido prestacional de los servicios públicos, lo cual requiere medidas maduras e implantadas en un contexto reflexivo y gradual o paulatino. En otro caso, no cabe excluir que en un futuro no lejano nos encontremos en la tesitura de tener que introducir medidas de ajuste en el gasto que conlleven reducción de prestaciones, ya sea *de iure* o *de facto* (listas de espera inasumibles, calidad defectuosa de la atención sanitaria derivada de la obsolescencia de los medios o de un personal insuficientemente formado, etc.).

4. Desde el punto de vista del marco legal, no descubro nada si afirmo que hoy disponemos de un conjunto normativo muy extenso que ha ido cubriendo cada vez más parcelas de la materia con numerosas regulaciones estatales y autonómicas, sin perjuicio también de la incidencia del Derecho de la UE en determinados ámbitos. Más atrás me he referido a la legislación sobre derechos de los pacientes, pero son muchos otros los aspectos que han sido objeto de unas regulaciones cada vez más extensas y pormenorizadas: la organización de los servicios públicos sanitarios y el contenido de las prestaciones reconocidas, los medicamentos y productos sanitarios, los diversos aspectos de la salud pública incluyendo la seguridad alimentaria, la prevención de los riesgos laborales, las profesiones sanitarias y el personal de los servicios públicos de salud, y un larguísimo etcétera.

Todo este frondoso marco legal requiere sin duda un seguimiento y un esfuerzo adaptativo continuado, habida cuenta de la dinamicidad que es propia de muchas cuestiones en el ámbito sanitario, pero no creo que, salvando excepciones puntuales —alguna de ellas clamorosa (17)—, nuestros problemas se sitúen en el terreno de las carencias legislativas y que los numerosos retos que más atrás han quedado apuntados requieran en general nuevas leyes.

(17) Hay materias puntuales en las que, en efecto, la aprobación de una nueva ley puede ser conveniente, e incluso necesaria. Puede ser ejemplo de ello la reciente Ley 3/2024, de 30 de noviembre, relativa a la Esclerosis Lateral Amiotrófica y otras enfermedades complejas e irreversibles, aprobada por unanimidad en las Cortes Generales. Como carencia legislativa llamativa importante que se presenta en nuestro país es preciso aludir a la falta de regulación de las respuestas de las autoridades sanitarias ante emergencias graves de salud pública, materia objeto de un tratamiento manifiestamente insuficiente y precario por el Derecho positivo vigente en España. Me remito al respecto a mi trabajo «Debilidades en la cohesión sanitaria. Un balance tras dos décadas de vigencia de la Ley de Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud», REALA, 21 (2024), pp. 21-23, y bibliografía allí citada.

Es más fácil reconocer formalmente nuevos «derechos» y llenar las páginas de los Boletines Oficiales de normas con declaraciones bien sonantes y acumulación de principios generales y buenos deseos (18) que recorrer con tino y determinación los caminos, mucho menos vistosos y a veces espinosos, que permiten mejorar la gestión pública sanitaria. Y sin embargo creo que este segundo enfoque es más provechoso para todos, porque a la postre, disponiendo de unos recursos ya elevados pero limitados —como es el caso—, las mejoras de eficacia y eficiencia en la gestión van a traducirse en aumento de los niveles de salud de la población, lo cual comporta mejoras en el grado de satisfacción efectiva de los derechos que ya están reconocidos y, en último término, en el del disfrute efectivo del derecho constitucional a la salud. Un derecho constitucional que, en el escenario en el que nos desenvolvemos aquí y ahora, se juega más en el terreno de la buena gestión de las políticas públicas que inciden sobre la salud y de las mejoras de la eficiencia en el gasto sanitario que en el de las disquisiciones sobre sus efectos jurídicos o en las propuestas para intentar «blindar» legal o constitucionalmente su protección. Propuestas que no servirán de mucho si nuestro sistema de salud se deteriora en su capacidad de responder —en condiciones adecuadas de tiempo y calidad— a los numerosos retos que afronta. Y existen señales de que dicho deterioro se está produciendo en algunas esferas.

Esta segunda perspectiva —más fecunda en los momentos actuales que la de los nuevos desarrollos legales— conecta con no pocos de los estudios que se incluyen en el presente libro colectivo. A ella dedico las consideraciones que desarrollo a continuación.

(18) Comparto plenamente el extendido estado de opinión doctrinal que es muy crítico con la hipertrofia normativa y los excesos regulatorios que padecemos. Una visión sintética de dicho estado de opinión, no referido específicamente a la materia que nos ocupa sino con una proyección general, puede verse en las páginas introductorias de la monografía de D. BADULES IGLESIAS, *Análisis de la retroalimentación del ciclo normativo*, Colex, La Coruña, 2024, especialmente, pp. 31 y ss. Sobre el deterioro cualitativo del flujo normativo que nos abruma hay también una extensa literatura, entre la cual cabe destacar últimamente las duras —pero por desgracia muy certeras— reflexiones contenidas en el estudio de F. SOSA WAGNER y M. FUERTES, «El maltrato de la ley, eclipse democrático», en *Revista Española de Derecho Constitucional*, 123 (2023), pp. 19 y ss. En dicho estudio se denuncia el «nocivo destrozo» de la Ley que se está produciendo entre nosotros, con un énfasis especial en el «deterioro monstruoso» acaecido en la XIV Legislatura (diciembre de 2019 a mayo de 2023). Situación que por desgracia no se ha frenado en el año transcurrido de la presente Legislatura (la XV), sino más bien lo contrario. Véase también la STC 149/2023, de 7 de noviembre, referida al ámbito de la tributación —sin duda uno de los más maltratados por el legislador español últimamente— y, especialmente, el espléndido voto particular que la acompaña, en el cual se pone de manifiesto la gravedad de la situación habida cuenta de las quiebras del principio democrático y del de seguridad jurídica que se están produciendo.

III. LÍNEAS DE TRABAJO PROVECHOSAS PARA MEJORAR LOS NIVELES DE SALUD DE LA POBLACIÓN CON COSTES ASUMIBLES Y PARA PROMOVER LA EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO SANITARIO

Como ha quedado apuntado, existen amplios espacios para mejorar los indicadores de salud sin incurrir en costes adicionales, o con costes insignificantes, y para ganar eficiencia en la utilización de los cuantiosos recursos públicos que venimos destinando a financiar los servicios sanitarios (19). Lo cual resulta necesario para mejorar lo que tenemos, e incluso para conseguir sostenerlo. Formulo a continuación apuntes sobre algunas de las principales líneas de trabajo que se vienen desarrollando y en las que se debe seguir profundizando.

1. Salud pública, prevención y hábitos saludables

Una primera perspectiva relevante a considerar —acaso la más relevante—, viene dada por las *acciones encaminadas a mejorar la salud pública y, en particular, a promover los hábitos saludables*. Este es un enfoque que podemos considerar como clásico o tradicional, en la medida en que ha venido teniendo una presencia ostensible en las actuaciones pública sanitarias —se encuentra reflejada en nuestro propio texto constitucional (20)—, pero que sigue ofreciendo perspectivas de mejora importantes, esto es, aspectos sobre los que se puede y se debe seguir trabajando, como muestra el estudio de Javier Esteban Ríos incluido en presente libro. Y ello a partir de la constatación, ampliamente compartida, de que el grupo más importante de «determinantes» de la salud está relacionado con lo que pueden considerarse como factores de riesgo conductuales, es decir, los estilos de vida que adoptamos (21), así

(19) Es ampliamente compartida la percepción intuitiva de que una parte no pequeña del gasto sanitario público se pierde por ineficiencia —probablemente también en el gasto privado, pero ahí los incentivos al ahorro suelen ser más fuertes—. La OMS se atrevió a cuantificar dicha pérdida en un Informe del año 2010: según dicho Informe, la misma se situaría entre el 20 y el 40% del gasto, señalando en particular como áreas más relevantes a estos efectos la inadecuada utilización de los servicios hospitalarios, el exceso de pruebas médicas y el excesivo gasto en fármacos (F. LOBO, *Op. cit.*, p.205).

(20) El art. 43 CE se refiere en su apartado 2 a las medidas preventivas y los servicios necesarios para tutelar la salud pública, y propugna, en su apartado 3, el fomento de la educación sanitaria, la educación física y el deporte, así como una adecuada utilización del ocio.

(21) Sobre la importancia relativa de los diferentes grupos de determinantes de la salud resulta ilustrativa la aproximación realizada por J. M. McGINNIS y otros, «The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion», *Health Affairs* 21, 2 (2002), p. 83, en un texto referido a los Estados Unidos, pero que parece aplicable también en otras latitudes como la nuestra sin grandes diferencias. Estos autores propusieron un esquema numérico 40/30/20/10

como de la evidencia de que la mejora en los estilos de vida de la población genera unos impactos favorables en salud que son significativos y unos ahorros de gasto cuantiosos (22). De modo que hay plena constancia de que las mejoras en los estilos de vida contribuyen de forma decisiva a apuntalar la sostenibilidad del sistema sanitario público.

En particular, son perfectamente conocidos cuáles son los principales hábitos insanos generadores de riesgos para la salud pública —que son, por este orden, el tabaquismo, los hábitos alimenticios inadecuados, el consumo excesivo de alcohol y la baja actividad física (sedentarismo)— sobre los cuales se ha venido incidiendo en los últimos años en nuestro país —por ejemplo, se han podido en marcha medidas que han reducido significativamente el número de fumadores—, pero que ofrecen todavía un considerable recorrido de mejora porque continúan siendo muy relevantes (23).

para cuantificar el impacto de los distintos tipos de determinantes. Según dicho esquema, el 40% de los fallecimientos prematuros en USA estaría causado por factores de comportamiento (estilos de vida), el 30% de los mismos sería consecuencia de la predisposición genética de cada persona, el 20% derivaría de las condiciones externas ambientales y sociales, y tan sólo el 10% restante estaría asociado a las carencias en materia de atención médica. Existen aproximaciones realizadas por otros autores que afinan más estos porcentajes —modificándolos al alza o a la baja— pero no se alejan significativamente de los mismos ni alteran el orden de prelación de los grupos de determinantes.

(22) Hay evidencias en efecto de la enormidad de los costes económicos vinculados a los estilos de vida poco saludables, tanto por los gastos de la asistencia sanitaria requerida para atender las enfermedades vinculadas a los mismos, como por las pérdidas económicas consecuencia de las muertes prematuras y las discapacidades producidas por tales enfermedades. Pueden variar las metodologías de cálculo y los concretos resultados a los que llegan las diferentes estimaciones, pero en ningún caso cabe cuestionar que los impactos económicos son muy elevados.

En el Reino Unido, ya el informe Wanless de abril de 2002 (*Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*, Informe preparado por un grupo de trabajo dirigido por Derek Wanless para el Tesoro Británico) incorporó este enfoque contemplando diversos escenarios de sostenibilidad del NHS (*National Health Service*) en función del grado de compromiso de los ciudadanos con su propia salud, es decir, de su comportamiento más o menos saludable.

En España no son pocos los estudios económicos que se sitúan en esta línea. Por ejemplo, la Fundación MAPFRE impulsó un estudio publicado en noviembre de 2017 (PINILLA, J.; BARBER, P.; y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B., *El coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España*, Fundación MAPFRE, Madrid, 2017) en el que se consideraban tres problemas de salud evitables mediante cambios en los estilos de vida: la enfermedad isquémica del corazón, la diabetes tipo 2 y la osteoporosis y las caídas no intencionadas, problemas que se encuentran muy vinculados a factores de riesgo conductuales (tabaquismo, consumo de alcohol y drogas, dieta inadecuada y baja actividad física). La conclusión a la que se llegó es que las tres enfermedades implicaban una carga económica de 26.489 millones de euros, de los cuales el 62%, esto es, 16.425 millones se evitarían si desaparecieran los factores de riesgo aludidos.

(23) En el estudio antes citado, *State of Health in the EU. Spain. Country Health Profile 2023*, se subraya (p. 7) que los cuatro factores de riesgo aludidos de carácter conductual fueron causantes de un 33% de las muertes producidas en España durante 2019, porcentaje

En relación con estos y otros factores de riesgo conductuales hay un frondoso debate abierto, de dimensiones infinitas, que se sitúa en dos planos distintos, en los que obviamente no puedo adentrarme en esta ocasión: el debate sobre lo que hay que considerar conductas saludables e insanas y el que se refiere al tipo de medidas a establecer para promover las primeras y evitar las segundas.

En el primero de los planos apuntados hay cuestiones que presentan evidencias muy claras —por ejemplo, la nocividad del tabaco—, pero otras muchas son objeto de matices y controversias, entre otras cosas por las múltiples singularidades personales y sociales que ofrecen los temas de salud. Pero en todo caso es obvio que el protagonismo al respecto se sitúa en las disciplinas médicas y sanitarias, sin perjuicio de que todos podamos aportar datos de experiencia. Pero en cuanto al tipo de medidas que resultan más idóneas para promover los hábitos saludables, no cabe duda de que se sitúan en un primer plano las perspectivas que ofrecen el Derecho y otras ciencias sociales.

Como es bien sabido, el abanico de herramientas utilizables es muy extenso: desde las más coercitivas —prohibición de ciertas conductas bajo amenaza de sanción— hasta las más «blandas» consistentes en la mera difusión de información y advertencias. Pero el elenco de opciones intermedias existentes es ciertamente variado —hay una amplia escala de «grises»: fiscalidad penalizadora de ciertos productos o actividades, publicidad disuasoria de inserción obligatoria en otros, recomendación de ciertas medidas preventivas (entre ellas, las vacunas) y provisión de las mismas por el sistema asistencial público, fomento mediante incentivos económicos por razones de salud pública (subvenciones, desgravaciones fiscales o premios), campañas institucionales de sensibilización que van más allá de la mera difusión de información, etc.

Últimamente se está abriendo paso una veta importante de reflexión y de experiencias en torno a los denominados *nudges* (acicates o incitaciones) que, con apoyo en la psicología cognitiva y las ciencias del comportamiento, propugna una serie de medidas que favorecen conductas beneficiosas tanto para el individuo que las realiza como para los intereses generales, sin recurrir a las formas de carácter coercitivo ni a los estímulos económicos. El campo de la promoción de las conductas saludables es precisamente uno de los más

inferior al promedio de la UE como consecuencia especialmente del menor nivel de riesgos vinculados a las dietas inadecuadas en nuestro país, lo que se traduce en un porcentaje de fallecimientos considerablemente inferior a la media europea por este concepto.

Por lo que se refiere en concreto al problema de la obesidad, se ha detectado en nuestro país un notable crecimiento de la obesidad entre los adolescentes en los últimos años. En torno a esta problemática, muy vinculada a un régimen alimenticio excesivo o inadecuado y al sedentarismo, véase F. DE MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, «Epidemia de la obesidad y sostenibilidad del sistema sanitario: las respuestas del Derecho», *Revista Derecho y Salud*, 24,2 (2014), 29 y ss.

propicios para la implantación de este tipo de medidas —que no coartan la libertad personal ni implican gasto público—, como sucede también en materia de protección del medio ambiente y de ahorro energético (24). Y es clara su superioridad desde el punto de vista de la eficiencia respecto de otro tipo de medidas, como son las de carácter obligatorio —que exigen unos medios de inspección y en su caso sanción—, o los incentivos económicos.

Como ha quedado apuntado, no es esta la ocasión para desarrollar toda esta rica problemática. Expresaré tan sólo mi proclividad a situarme en una línea que calificaría como de intervencionismo público *moderado* o *equilibrado*. Un intervencionismo en el que existe por supuesto un espacio para las medidas de carácter coercitivo respecto de las conductas que afectan o ponen en riesgo la salud de los demás (caso del tabaquismo) o para los productos de toxicidad contrastada, cuya comercialización debe prohibirse sin más. Pero en muchos otros terrenos debe buscarse un razonable equilibrio respecto a las medidas referidas a las conductas y hábitos con mera transcendencia individual, evitando los dos extremos posibles. De una parte, el representado por una actitud abstencionista de los poderes públicos, que no encaja en un modelo de Estado como el nuestro, que recibe el encargo constitucional de tutelar la salud pública mediante actuaciones preventivas (25) y que asume la carga de atender las enfermedades y secuelas derivadas de los hábitos insanos. Y por

(24) Amplias explicaciones al respecto, con ejemplificación de experiencias en torno a los *nudges* e identificación de algunos que están ya incorporados a la legislación positiva, así como —más ampliamente— sobre la proyección de la Psicología cognitiva en el Derecho Público, pueden verse en el volumen colectivo coordinado por J. PONCE SOLÉ, *Acicates (nudges), buen gobierno y buena administración*, Marcial Pons, 2022, y en la monografía de J. P. LÓPEZ PULIDO, *Perspectiva cognitiva y nudge público. La actuación conductual de los poderes públicos*, Aranzadi, 2023, con estudio preliminar de V. AGUADO CUDOLÀ. Precisamente este último libro profundiza en la aplicación del *nudge* en relación con la alimentación saludable a propósito del semáforo nutricional «nutri-score». Para una exposición de síntesis sobre el concepto de *nudge*, con su delimitación positiva y negativa, y sobre sus distintas modalidades véase E. MOREU CARBONELL, «Nudges y Derecho público. Oportunidad y regulación», en el vol. col. citado dirigido por J. PONCE SOLÉ, pp. 83 y ss. En el ámbito de los documentos de *soft law* de la UE, un cierto espaldarazo a los *nudges* se produjo a través del Dictamen del Comité Económico y Social que lleva por título *Integrar los nudges en las políticas europeas* (15 de diciembre de 2016).

(25) En esta función de tutela de la salud pública, que incluye un compromiso de los poderes públicos con la salud individual a través de medidas de orden preventivo, parece insoslayable la labor que realizan las Administraciones Públicas competentes a través de la difusión de información y advertencias sobre riesgos y nocividades de productos y actividades. Al menos la *ilustración del público* es una tarea indeclinable encomendada a las Administraciones sanitarias. Véase sobre ello, con referencia a Alemania, R. GRÖSCHNER, «La ilustración del público como una tarea de la Administración», *Documentación Administrativa* 235-236 (1993) pp. 135 y ss., quien distingue entre la función de ilustración en sentido estricto, la recomendación y la advertencia.

otra parte, debe evitarse también el extremo consistente en un paternalismo estatal que llegue a ser asfixiante, esto es, un dirigismo exacerbado practicado por unos poderes públicos presuntamente omniscientes que pretendan imponer a la ciudadanía patrones uniformes de conducta sobre lo que resulta saludable (26). Lo cual no es tampoco de recibo en nuestro sistema político-jurídico, en el que debe primar la libertad personal en todas aquellas cuestiones en las que no están involucrados la salud o los derechos de los demás, teniendo en cuenta además que en materia de salud pública son muchas las cuestiones en las que existen posiciones científicas y convicciones minoritarias que deben respetarse y que el propio concepto de salud no está exento de un componente subjetivo con valiosos matices individuales que cada persona debe poder construir autónomamente (27).

2. Progreso científico, nuevas tecnologías e innovación

Una segunda perspectiva o línea de trabajo de consideración necesaria viene dada por el continuo *desarrollo científico y tecnológico* que impacta de manera ostensible sobre la Sanidad y presenta, como es bien sabido, una doble faz desde el punto de vista de la sostenibilidad financiera. Por un lado, este desarrollo es el responsable directo de una parte relevante del crecimiento del gasto sanitario, en la medida en que la incorporación de los nuevos medios diagnósticos y terapéuticos que se van abriendo paso conlleva en no pocos casos costes elevados que deben asumirse, obviamente tras una evaluación rigurosa de las novedades. Pero el progreso científico y tecnológico viene también en nuestra ayuda desde este punto de vista dado que brinda opciones que permiten ahorrar costes sin menoscabo de la calidad de las prestaciones que se ofrecen e, incluso, puede impactar positivamente en los resultados de salud a costes inferiores.

(26) El paternalismo higienista o sanitarista conlleva una suerte de «infantilización» de la ciudadanía, que recuerda el paternalismo médico en otro tiempo imperante en la praxis profesional de la atención sanitaria. No resulta sorprendente por ello que se utilice el concepto de «Estado niñera» (*nanny State*) para expresar esa tendencia, con connotaciones intencionadamente negativas.

(27) El concepto de salud, y a diferencia de lo que sucede en otros ámbitos (prestaciones del sistema de pensiones o la propiedad privada), se mueve más en el terreno del ser que en el del tener, de manera que hay un componente de libertad que es inherente a la misma. Y solo con muchos matices puede afirmarse que existe un verdadero «derecho a» la salud pues en cierto modo el sujeto y el objeto del mismo se identifican; con más rigor cabe decir que en torno a la salud se reconocen múltiples derechos y deberes, que el ordenamiento jurídico establece un amplio abanico de derechos y de obligaciones relacionadas con la salud humana. Algo no muy diferente podría proyectarse sobre el concepto de educación y el derecho a la educación.

De nuevo estamos ante una perspectiva que viene de muy atrás, pero en relación con ella estamos viviendo últimamente una verdadera eclosión a partir de la irrupción hace ya algunos años de las *nuevas tecnologías de la información* en el ámbito sanitario. A partir de esta irrupción se han desarrollado y diversificado las aplicaciones de tales tecnologías —que ya no son tan nuevas (28)— en torno a lo que suele denominarse *salud electrónica* o *salud digital*; entre ellas, las historias clínicas informatizadas y las recetas electrónicas, los servicios de telemedicina (diagnóstico y tratamiento a distancia), la televigilancia de enfermos crónicos a través de dispositivos móviles, o los sistemas de agregación masiva de datos sanitarios (*big data*) (29). A las cuales se han unido más recientemente los desarrollos vinculados con la inteligencia artificial, la robótica y las neurotecnologías, manteniéndose por supuesto a la vez la continua aparición de nuevos medicamentos y productos sanitarios que se van incorporando. No puede sorprender por ello que el contenido de uno de los PERTE (proyectos estratégicos para la recuperación y transformación económica) aprobados en el contexto del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia sea el relativo a la denominada «salud de vanguardia», en el cual se engloban una amplia serie de acciones vinculadas con la digitalización, el uso de la inteligencia artificial, así como con el desarrollo de terapias avanzadas y fármacos innovadores (30).

Es mucho por tanto lo que está en juego en nuestro sistema sanitario con la correcta integración y aprovechamiento de todas las oportunidades que brinda el desarrollo tecnológico, que se nos presenta repleto de oportunidades pero que conlleva también riesgos y problemas a superar; entre otros, las «brechas» o exclusiones digitales, la «tecnolatría» o excesiva fascinación tecnológica en

(28) Téngase en cuenta que ya en 2004 la Comisión Europea elaboró un Plan de Acción en la materia reflejado en la Comunicación de 30 de abril de 2004 sobre *La salud electrónica —hacia una mejor asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: plan de acción a favor de un espacio europeo de la salud electrónica*, COM (2004) 356 final.

(29) Dentro de una voluminosa bibliografía, cabe citar los trabajos de J. F. PÉREZ GÁLVEZ, «La E-salud: retos que plantea la evolución tecnológica y su incidencia sobre el sistema sanitario», *Revista Derecho y Salud*, vol. 25, extraordinario XXV Congreso, 2015, pp. 16 y ss., J. A. MARTÍNEZ NAVARRO, «Salud electrónica, tecnologías y evaluación de las tecnologías sanitarias», *Revista Derecho y Salud* 28, 1, 2018, pp. 63 y ss. y más recientemente, J. ESTEBAN RÍOS, «El Derecho como herramienta imprescindible para asegurar la sostenibilidad financiera del sistema sanitario: la necesidad de adoptar un enfoque integral», en la misma *Revista* 34, extraordinario, 2024, pp. 7 y ss., 35-38.

(30) Dicho PERTE contempla una inversión de 2.358 millones de euros (2.056 aportados por el Sector Público) durante el período 2021-2026 (véase el Documento *PERTE para la Salud de Vanguardia. Resumen ejecutivo*, Gobierno de España, actualizado a marzo de 2024). Dentro de las acciones de dicho PERTE se ha incluido la denominada *Estrategia de Salud digital del Sistema Nacional de Salud*, elaborada por la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS, Ministerio de Sanidad, 2 de diciembre de 2021.

determinados ámbitos (31), o el deslizamiento hacia una ausencia de contacto directo entre médico y enfermo expresada en el eslogan crítico «medicina *high-tech, low-touch*» (32). Algunos de las oportunidades y riesgos que presenta el desarrollo tecnológico se analizan en el presente libro colectivo; en particular, en relación con la promoción del envejecimiento activo y saludable (Elisa Moreu Cabonell) y a propósito del espacio que abren las neurotecnologías en el ámbito sanitario (Jesús Tahirí Moreno). Un libro sobre la innovación en salud desde la perspectiva del Derecho público que está claramente alineado los objetivos de PERTE aludido sobre salud de vanguardia.

3. Evaluación del gasto y contratación eficiente

Un tercer bloque de herramientas y propuestas de mejora viene dado por los *análisis de eficiencia en el gasto sanitario público* y, en particular, por los informes que viene elaborando la AIREF al respecto. En dichos análisis, que van abordando globalmente determinados componentes o bloques de dicho gasto (33), se propugnan una serie de medidas de diversa índole para mejorar la eficiencia, entre las cuales se incluyen numerosas recomendaciones que tienen que ver con la contratación pública. Perspectiva esta última desde la que se están produciendo en los últimos años numerosos análisis y

(31) Como muestra de lo cuestionable que pueden ser algunas innovaciones, puede verse, con referencia específicamente al campo de la cirugía, una plasmación de la línea crítica con el «discurso tecnócrata» en el artículo del cirujano A. SITGES-SERRA, «Tecnología o tecnolatría: ¿a dónde van los cirujanos?», *Cirugía Española* (2012), 90 (3), pp. 156-161. Sobre la base del estudio de los efectos colaterales y adversos derivados de una tecnología concreta —la cirugía laparoscópica— cuestionaba la «presión innovadora» y la credibilidad de algunas innovaciones sanitarias, detrás de las cuales puede haber conflictos de interés, deseos desmesurados de promoción personal, así como promoción sensacionalista de las «marcas hospitalarias». Su conclusión es que el aludido discurso tecnócrata comporta riesgos innecesarios y atenta contra los valores de la profesión médica.

(32) Atinadas observaciones al respecto en F. J. RUBIA VILA (dir.), *Libro blanco sobre el sistema sanitario español*, Academia Europea de Ciencias y Artes, Madrid, 2011, pp. 73-76. Entre otras cosas, se subraya al respecto lo siguiente: «Necesitamos docentes que verdaderamente comprendan el valor de la historia clínica y de la exploración física: el valor de saber pensar y de la importancia de la responsabilidad [...] que utilicen su cerebro y su corazón y no una legión de consultores para atender a sus pacientes».

(33) Distintas a estos análisis de conjunto son las evaluaciones económicas o de eficiencia que, con carácter específico para cada nuevo medicamento o tecnología sanitaria que se incorpora al sistema público, se vienen realizando por los órganos competentes para dicha evaluación. En relación con el marco jurídico y la realidad aplicativa de estas evaluaciones véase F. LOBO, J. OLIVA y J. VIDA, *La evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias en España: origen, evolución y estado actual*, Funcas, septiembre 2022. Un ambicioso programa de actuación en la materia se contiene en la *Estrategia de la industria farmacéutica 2024-2028* recientemente aprobada por el Gobierno (10 de diciembre de 2024). Véanse en particular las medidas contempladas en los apartados 1.1 a 1.12 de este documento.

aportaciones por parte de los especialistas que buscan un uso más eficiente de las herramientas contractuales en manos de las Administraciones públicas en el ámbito de la salud, esto es, mejorar la *compra pública sanitaria*, que absorbe como es sabido un cuantioso volumen de recursos públicos a través fundamentalmente de los numerosos contratos de suministros y de servicios que celebran las Administraciones prestadoras de los servicios de salud (34). De manera que la buena gestión contractual aparece como una palanca poderosa para lograr una buena gestión pública, con carácter general y de una manera especial en el ámbito de la salud (35).

Los informes aludidos de la AIREF se encuadran dentro de una línea de trabajo que es complementaria de lo que constituye su misión principal —la supervisión en materia de estabilidad presupuestaria—. Línea de trabajo que ha ido acometiendo el análisis del gasto público en diversos sectores en ejecución de un programa iniciado en 2017 al que se denomina *Spending review* (evaluación del gasto) (36). Algunos de estos informes se han referido al sector sanitario, entre los cuales destacamos dos de ellos: el dedicado al gasto público en medicamentos dispensados a través de las oficinas de farmacia, esto es, fuera del ámbito hospitalario (37), y el referido al gasto en farmacia hospita-

(34) Según los datos que ofrece la Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación (OIRESCON), el importe total de los contratos licitados en España durante 2023 ascendió a 107.557 millones de euros (cifra obtenida de la agregación de los presupuestos bases de licitación sin impuestos). Si tenemos en cuenta que en el año 2022, según la misma fuente, el 31,85% de la contratación correspondió al ámbito de la salud y aplicamos dicho porcentaje al importe total de 2023, ello nos permitiría obtener una aproximación al volumen de contratación pública sanitaria en dicho año situada en la elevada cifra de 34.256 millones de euros. Véase OIRESCON, *Las cifras de la contratación pública en 2023, 2024*, pp. 10 y 21.

(35) Culminando aportaciones anteriores, véase en este sentido la monografía de J. M. GIMENO FELLIÚ, *Hacia una buena administración desde la contratación pública*, Marcial Pons, 2024, que en su Capítulo IV aborda el tema «Buena administración y la necesaria singularidad en la adquisición de prestaciones de salud».

(36) Este programa tiene su origen en un encargo realizado por el Gobierno a la AIREF en 2017, dentro del marco de la *Actualización del Programa de Estabilidad de 2017-2020*, y puede considerarse actualmente consolidado como un proceso permanente. Así se desprende del hecho de que el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (2021) incluya el proceso de revisión y evaluación del gasto público dentro del componente 29 («Mejora de la eficacia del gasto público»). En este contexto, se ha elaborado por el Ministerio de Hacienda y Función Pública un *Informe de seguimiento de las recomendaciones formuladas en los procesos de revisión del gasto público (spending reviews)* en el cual se ha considerado el primer ciclo de informes de evaluación (2018-2021) realizados por la AIREF.

(37) Informe sobre *Medicamentos dispensados a través de receta médica*, AIREF, 2019. Según se hace constar en dicho informe (p. 11), en 2017 la cifra de gasto público en medicamentos dispensados a través de las farmacias superó los 10.000 millones de euros (10.171 millones).

laria y en bienes de equipo de alta tecnología (38); bloques que constituyen sin duda partidas muy relevantes en el conjunto del gasto público sanitario. En ambos informes se lleva a cabo un estudio en profundidad de los modelos de gestión que se han venido utilizando y se formulan numerosas propuestas para mejorar su eficiencia en diversos aspectos, entre ellos, el de la gestión de las compras públicas (39).

Merece la pena destacar la importancia que tienen estas evaluaciones dado que, además de las mejoras que se van incorporando —sus recomendaciones no parecen haber caído en saco roto (40)—, proporcionan una fuente valiosa de conocimiento sobre la realidad de la gestión pública en España y constituyen un hito relevante en el afianzamiento de la cultura de evaluación de las políticas públicas en nuestro país, escasamente desarrollada hasta el momento (41).

De forma paralela, como he apuntado, se está desarrollando por parte de la comunidad jurídica una línea de trabajo que está presidida por la búsqueda de un uso eficiente de las herramientas contractuales en el ámbito sanitario; línea de trabajo que está plenamente consolidada y se ha plasmado en numerosas aportaciones al respecto.

(38) Se trata del informe *Gasto hospitalario del Sistema Nacional de Salud: farmacia e inversión en bienes de equipo*, AIREF, octubre de 2020. Dicho gasto hospitalario alcanzó en 2017 una cifra situada en torno a los 7.000 millones de euros.

(39) Véanse especialmente al respecto las pp. 92-101 del informe sobre *Gasto hospitalario* citado. En particular, se incidió sobre la necesidad de incrementar la contratación electrónica, los acuerdos marco y los sistemas dinámicos de adquisición, sobre la elaboración de Pliegos-tipo, el aumento del grado de centralización de las compras públicas, la mejora en la profesionalización del personal que gestiona la contratación y la introducción de algunas adaptaciones en la Ley de Contratos del Sector Público.

(40) Véase el *Informe de Seguimiento* citado, en el que se indica que un alto porcentaje de las recomendaciones formuladas por la AIREF en sus evaluaciones han sido implementadas o parcialmente implementadas y, en el caso de que no haya sido así, se exponen las razones de la no implementación, conforme al modelo de «cumplir o explicar». Por lo que se refiere a las evaluaciones del gasto público sanitario a las que nos hemos referido, véase lo que se indica en las páginas 88 y ss. y 285 y ss. del *Informe de Seguimiento*.

(41) La consolidación de esta función evaluadora de la AIREF se ha producido sin apenas apoyaturas en la legislación por la que se rige dicho organismo. Desde diciembre de 2022 disponemos de un marco legal general sobre evaluación de las políticas públicas (la Ley 27/2022, de 20 de diciembre, de institucionalización de la evaluación de las políticas públicas en la Administración General del Estado), pero es pronto para valorar si esta Ley *ad hoc* redonda efectivamente en la consolidación de una praxis evaluadora rigurosa en España, o se queda en el terreno de la prosa legal carente de efectividad. Una reflexión general sobre la evaluación de las políticas en el sector salud puede encontrarse en B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, «Evaluación de políticas. Salud y Sanidad», *Papeles de Economía Española*, 172 (2022), pp. 101 y ss.

En este sentido, cabe mencionar las relativas a los instrumentos de racionalización de la contratación pública incorporados a la LCSP (Acuerdos marco, Sistemas dinámicos de adquisición y Centrales de contratación) (42) —cuya proyección sobre el ámbito sanitario tiene respaldo expreso en el propio texto de la Ley (43)— o los análisis que respaldan la compra pública sanitaria mediante contratos celebrados al margen de la legislación de contratos públicos, concretamente a través de los denominados contratos «*open-house*» o abiertos (44). Adicionalmente, se viene propugnado la aplicación en el ámbito sanitario de nuevos enfoques contractuales centrados en a la creación de valor en salud, esto es, en el resultado terapéutico derivado de la adquisición de nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias, a cuyo efecto se exploran los anclajes que ofrece nuestra legislación de contratación pública para incorporar dicho enfoque. En concreto, se postulan sistemas de retribución del contratista que tengan en cuenta los resultados efectivamente producidos por la utilización de los nuevos medicamentos o tecnologías, muchas veces inciertos en el momento de su adquisición. Así sucede con los denominados *acuerdos de riesgo compartido*, que pueden encontrar encaje en la regulación legal vigente del contrato de servicios (45) y se abordan en el trabajo de Gerardo García-Álvarez incluido en el presente libro colectivo.

(42) Véase sobre esta cuestión T. MOREO MARROIG, «El futuro de la contratación pública sanitaria», *Presupuesto y Gasto Público*, 93 (2018), pp. 93 y ss. en especial, pp. 105-107.

(43) La Disposición Adicional 27ª de la LCSP aborda, en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la adquisición centralizada de medicamentos, productos y servicios sanitarios, así como los Acuerdos marco concluidos de forma conjunta por la Administración del Estado, las CCAA y los entes locales.

(44) En términos esquemáticos, cabe indicar que se trata de contratos predispuestos por la Administración con condiciones totalmente cerradas, entre ellas el precio, en los que no hay licitación ni presentación de ofertas por parte de los operadores económicos. La entidad pública contratante anuncia su disposición para contratar en unas determinadas condiciones y celebra un contrato idéntico con cada uno de los operadores económicos que estén interesados y cumplan las condiciones fijadas. En la medida en que no hay selección de una determinada empresa adjudicataria excluyendo a los demás competidores, no resultan de aplicación los principios y normas que rigen la contratación pública. Esta modalidad de contrato tiene su origen en una consolidada experiencia de adquisición de productos farmacéuticos en Alemania, ha sido respaldada por el TJUE y en España se ha incorporado a la legislación de algunas CCAA. Véase al respecto la completa exposición de S. DIEZ SASTRE, «Contratos “open-house”: comprar sin licitar», REALA 15 (2021), pp. 5 y ss., en la que concluye que en el marco jurídico vigente las entidades adjudicadoras no están obligadas a utilizar únicamente los contratos públicos como forma de proveerse de bienes y servicios en el mercado, y que dichos contratos públicos no son necesariamente la forma óptima de garantizar el buen funcionamiento del mercado.

(45) Véase al respecto J. M. GIMENO FELIÚ y G. GARCÍA-ÁLVAREZ, *Compra pública de medicamentos y servicios de innovación y tecnología sanitaria: eficiencia y creación de valor*, Aranzadi, 2020, en especial pp. 179 y ss. También, J. M. GIMENO FELIÚ, *Hacia una buena administración*, especialmente, pp. 175 y ss.

Por último, muy conectados con lo tratado en el epígrafe anterior se encuentran los desarrollos que promueven la denominada *compra pública de innovación* en salud, ya sea a través de las herramientas que proporciona la regulación de la contratación pública ordinaria en la LCSP, a través de los contratos de servicios cuyo objeto son las actividades de investigación y desarrollo (excluidos de la LCSP conforme a su art. 8), o a través del procedimiento específico de «asociación para la innovación» (arts. 177 y ss. LCSP) (46). De ello se ocupa el estudio de Carmen De Guerrero incluido en el presente volumen, en el que se realiza un balance general de la experiencia española en torno a la compra pública de innovación en salud, así como el de Leticia Fuertes, centrado en la fase de planificación de estos contratos y en los niveles de madurez tecnológica.

Mención aparte merecerían las experiencias —muchas de ellas no muy halagüeñas— y los aprendizajes en torno a los aprovisionamientos de productos y material sanitario realizados durante la pandemia COVID a través de la tramitación de emergencia (art. 120 LCSP) y de un importante Acuerdo Marco celebrado por el Ministerio de Sanidad para la compra centralizada de material sanitario en 2020. Pero la consideración de esta cuestión, que ha dado lugar como es sabido a diversos procedimientos penales en curso, debe quedar para otra ocasión (47).

4. Cuestionando tópicos de escaso valor añadido

En definitiva, no se trata de gastar más sino de gastar mejor: hay espacios para la mejora que no conllevan costes significativos —o tienen coste nulo— y vías para ahorrar que no producen impactos negativos en términos de salud, o que puede compensarse con otras opciones más provechosas. El ejercicio de elegir —dentro de las diversas alternativas factibles— la más eficiente en

(46) Sobre las dos últimas opciones apuntadas, véanse los estudios de M. A. BERNAL BLAY, «Principios de adjudicación de los contratos de servicios de investigación y desarrollo previos a la comercialización (o compra pública precomercial)», en J. M. GIMENO (dir.), *Observatorio de los contratos públicos 2013*, Aranzadi, 2014, pp. 233 y ss. y C. DE GUERRERO MANSO, «La Asociación para la Innovación. Nuevo procedimiento de adjudicación que permite a los órganos de contratación ser protagonistas del proceso de adquisición de bienes, servicios u obras innovadoras», en M. FERNÁNDEZ SALMERÓN y R. MARTÍNEZ GUTIÉRREZ (dirs.), *Transparencia, innovación y buen gobierno en la contratación pública*, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 271 y ss.

(47) Respecto a los contratos tramitados por vía de emergencia, véase el informe realizado al efecto por la OIRESCON con el título de *Informe especial de supervisión de los contratos tramitados por vía de emergencia en el 2021*, julio de 2022. De forma paralela, se elaboró un informe específico sobre la materia por el Tribunal de Cuentas, fechado el 28 de julio de 2022: *Informe de fiscalización de los contratos de emergencia celebrados en 2020 para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el covid-19* (Informe nº 1481, BOE de 5 de agosto de 2024).

términos de coste/resultado debe ser un hábito permanente en los gestores de la Sanidad y en los propios profesionales que en su día a día protagonizan el devenir de los servicios sanitarios.

Como ha quedado apuntado, resulta perceptible que se están dando pasos en esta dirección (48), pero hay también señales claras de que permanecen en nuestro entorno mediático-político-sindical algunos tópicos que están firmemente anclados y no actúan precisamente como impulsores de una gestión cuidadosa de los recursos, sino más bien lo contrario.

No me parecen así particularmente esclarecedoras ni útiles como máximas para el gobierno de la Sanidad, en lo público y en lo personal, eslóganes tan simplistas como «la salud es lo primero» —que parece olvidar que la salud no solo tiene que ver con los servicios sanitarios, sino que es marcadamente multifactorial (depende de muchas otras cosas que hay que cuidar también como el trabajo y la renta disponible, la educación, el entorno familiar, etc.), «la salud no tiene precio» —sí lo tienen los servicios profesionales que se reciben, se paguen o no, y es preciso priorizarlos racionalmente—, o «la austeridad mata» —un recorte en cuestiones prescindibles puede ser vivificante si se dedica a objetivos más provechosos para la salud y la vida—. Eslóganes detrás de los cuales puede percibirse en ocasiones la mera defensa de intereses corporativos —por parte de quienes se benefician de un mayor gasto— o simples excusas para una gestión pública poco rigurosa, cuando no despilfarradora (49). Otro tanto puede decirse de la descalificación de cualquier análisis de eficiencia como «economicismo» —puede haber un economicismo soberbio y miope, incapaz de reconocer que hay siempre aspectos de la realidad no mensurables, pero una sensata consideración de los costes en relación con los resultados es sumamente benéfica para la gestión pública sanitaria— o también, del uso

(48) Cabe subrayar al respecto que las conclusiones de la Comisión para la Reconstrucción social y económica más atrás aludida, creada en el Congreso con ocasión de la pandemia del Coronavirus (BOCG, Congreso de los Diputados, Serie D, 21 de julio de 2020) incluyeron algunas que apuntan hacia la evaluación de la eficiencia en la gestión pública sanitaria, en particular en relación con la política farmacéutica (apartados 45 a 48). Por otra parte, la elaboración del *Informe de Seguimiento* de las recomendaciones de la AIREF, al que más atrás nos hemos referido, proporciona otro dato elocuente al respecto.

(49) Véanse en esta línea las lúcidas observaciones de F. LOBO, *La economía, la innovación y el futuro*, en especial, pp. 215-217, donde expone las diversas circunstancias que a su juicio explican las fuertes resistencias de la sociedad española a los cambios que impliquen la reordenación de los recursos sanitarios. A juicio de este autor, «la reacción negativa ante posibles cambios de cualquier componente del sistema público en España está, pues, muy arraigada en la sociedad y constituye una grave dificultad para emprender reformas, como si no existieran despilfarros e ineficiencias». Sin embargo, enfatiza que «la búsqueda de la eficiencia debe ser una obsesión, porque permite proporcionar más y mejores cuidados de salud, absorbiendo los menores recursos posibles y, por tanto, sin comprometer la sostenibilidad o viabilidad financiera a largo plazo del sistema».

recurrente de argumentos comparativos muy poco afinados, como la afirmación de que en España el gasto público en salud es inferior a la media de la UE o de la OCDE en términos de porcentaje del PIB (50).

En cambio, lo que sí que resulta esclarecedor y útil para el gobierno de la Sanidad es contar con un acervo analítico y reflexivo serio que proporcione un soporte sólido a las decisiones que se adoptan en los diferentes niveles del gobierno sanitario desde el punto de vista de su eficiencia, ya se trate de decisiones incardinadas en la gestión ordinaria o de reformas de calado que se acometan. Si no existe tal acervo analítico, o no hay voluntad política para implementarlo, es muy probable que volvamos a vivir situaciones marcadas por la necesidad apremiante de corregir los desequilibrios presupuestarios; situaciones que conducen a la adopción de medidas improvisadas que no son precisamente las mejores, sino las de más fácil implantación y de efectos más inmediatos.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

Termino este estudio preliminar, ya más extenso de lo que me había propuesto inicialmente, volviendo a su inicio. Cuando me separo de la observación de cuestiones específicas y lanzo una mirada al conjunto de lo que acontece a nuestro alrededor en el ámbito sanitario no puedo dejar de tener una sensación de desbordamiento y pequeñez, que no percibo además como estrictamente individual sino más bien compartida. Los responsables de la gestión pública sanitaria están desbordados —o deberían estarlo— ante la magnitud de los problemas que afrontan y los requerimientos que reciben. Los propios médicos y personal sanitario también lo están en muchos casos, como podemos comprobar en el día a día cuando acudimos a las consultas médicas (suelo hacerlo bien pertrechado de lecturas para afrontar las posibles esperas). Puede intuirse que los gestores de los seguros privados de salud están sujetos a fuertes tensiones (51). Los que en algún momento nos hemos acercado al estudio del mundo sanitario desde alguna de las múltiples perspectivas posibles también hemos tenido la sensación de que la problemática existente resulta abrumadora. No damos abasto.

(50) En relación con las inconsistencias en las que suelen incurrir este tipo de comparaciones resulta muy ilustrativo el trabajo de G. LÓPEZ I CASASNOVAS, «Las cifras del gasto sanitaria en su comparativa. Errores y omisiones», *Gestión Clínica y Sanitaria*, 12 (1), 2010, pp. 27 y ss., quien pone de relieve la falta de rigor en la que muchas veces incurren y ha seguido trabajando sobre la materia en estudios posteriores.

(51) Síntoma de ello son los desencuentros y controversias que estamos viviendo últimamente en torno a la continuidad de las entidades aseguradoras privadas en la provisión de servicios sanitarios en el marco del principal sistema de mutualismo funcional (MUFACE).

Y ante la envergadura de los retos, surge también, como derivación natural de la misma, la idea de corresponsabilidad o de compromiso compartido. La magnitud del empeño nos convoca a todos de una u otra manera. Cabe decir, con fórmula manida y algo desgastada por el uso demagógico que a veces se hace de ella, pero que creo aquí pertinente, que todos somos parte del problema y a la vez parte de la solución, sin que la mentalidad pasiva de meros «consumidores» de servicios y reivindicadores de prestaciones resulte suficiente.

Somos responsables en primer lugar de promover nuestra propia salud mediante la gestión de los hábitos personales y de los riesgos que asumimos; somos corresponsables también de la creación de entornos saludables o no tóxicos para los demás (*primum non nocere*) incluyendo los elementos de «toxicidad» ambiental o social que tienen que ver con los trastornos del comportamiento y la salud mental; somos corresponsables del buen uso de los servicios públicos de salud, que tienen un coste compartido que no siempre percibimos, e incluso de los servicios sanitarios privados —también mutualizados mayoritariamente a través de los seguros de salud—. Y a todos nos involucra de alguna manera la atención de las personas con limitaciones y enfermedades que están en nuestro entorno en aspectos a los que difícilmente van a poder llegar los cuidados profesionalizados que proporcionan los sistemas públicos de asistencia sanitaria y sociosanitaria. El cuidado de nosotros mismos y de los demás se presenta así como una tarea necesariamente compartida: todos formamos parte del sistema sanitario —entendido en sentido amplio, con minúsculas— y somos agentes relevantes del mismo.

Desde la perspectiva concreta del jurista que se aproxima al mundo de la Sanidad, reitero mi percepción de que el centro de gravedad en los momentos actuales no se sitúa ya en el reconocimiento formal de derechos (del paciente o usuario, del consumidor, o del ciudadano) y en la emanación de textos legales repletos de declaraciones y principios genéricos, sino en el terreno concreto de las mejoras en la gestión sanitaria. Terreno en el que la perspectiva jurídica tiene también mucho que aportar. Así, en el diseño de las estructuras organizativas y de los procedimientos más adecuados al efecto y en el apoyo a las líneas de trabajo que promueven la eficiencia, incluyendo en su caso las modificaciones normativas que coadyuven a ello, que normalmente no serán especialmente vistosas ni rentables electoralmente (52). Desde

(52) Hay muchas problemáticas abiertas que ni siquiera han podido ser apuntadas en estas reflexiones preliminares. Entre ellas, el diseño del marco competencial y de las conexiones entre las Administraciones Públicas competentes, las estructuras organizativas que operan en la Sanidad pública, el estatuto de los profesionales sanitarios y la política de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud, los denominados «copagos» a cargo de los pacientes, o la provisión de servicios sanitarios públicos a través de formas de colaboración con empresas y entidades del sector privado. Sobre algún aspecto concreto de estas problemáticas versan

la convicción de que el camino de las ganancias de eficiencia en el gasto sanitario es a la postre el camino para la elevación en el nivel de protección efectiva del derecho a la salud. Lo que debe hacerse por supuesto respetando los demás principios del Estado de Derecho y el marco constitucional, con los derechos fundamentales y la libertad personal en todas sus facetas a la cabeza. Necesitamos no solo el «pegamento» inherente al compromiso compartido al que antes me refería —que consolida los vínculos comunitarios—, sino también el «oxígeno» que deriva del respeto a la libertad y al pluralismo reflejado en la diversidad de concepciones sobre lo que es la salud y sobre lo que a cada uno conviene (53).

las aportaciones de José Luis Bermejo Latre (profesiones sociosanitarias) y de Lucía Cofrades Aquilué (sanidad rural) incluidas en el presente libro colectivo. Y el tema de los copagos se aborda por Javier Esteban Ríos.

(53) No resulta de recibo por tanto un entendimiento literalista de la máxima ciceroniana *salus populi suprema lex esto* que resultaría incompatible con nuestro orden constitucional y podría dar cobertura a actitudes propias de los sistemas autoritarios o de los despotismos más o menos ilustrados. Como apunta O. FARRÉS JUSTE, «*Salus populi suprema lex*», *Revista de Bioética y Derecho*, 50 (2020), pp. 5-17, la propia traducción que suele hacerse de la expresión latina *salus populi* por *salud pública* resulta apresurada y reduccionista dado que, en el contexto en el que se formuló, apelaba a un bienestar comunitario o bien común de la sociedad al que no resulta ajena la propia libertad personal y la necesidad de corregir y matizar las medidas más expeditivas adoptadas por las autoridades. La cita de esta máxima por el Tribunal Constitucional en su reciente Sentencia 123/2024, de 5 de noviembre (FJ 4.B.c), parece cumplir —afortunadamente— una función meramente ornamental, sin mayores consecuencias.