

EL DESAFÍO DE FINANCIAR EL DERECHO A LA SALUD: RETOS, REMEDIOS Y LA URGENCIA DE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL (*)

JAVIER ESTEBAN RÍOS

Profesor Contratado Doctor de Derecho Administrativo
en la Universidad de Zaragoza

SUMARIO: I. UN GASTO SANITARIO CON TENDENCIA CRECIENTE Y EL RIESGO DE SOSTENIBILIDAD. II. EL DERECHO A LA SALUD DE LOS CIUDADANOS Y SU FINANCIACIÓN: 1. El derecho a la salud de los ciudadanos. 2. La financiación del derecho a la salud.– III. DELIMITACIÓN DEL ÁMBITO SUBJETIVO DE COBERTURA Y REPERCUSIÓN DE COSTES A TERCEROS.– IV. EL ESTABLECIMIENTO DE PAGOS A CARGO DE LOS PACIENTES Y EL RECURSO A FUENTES DE FINANCIACIÓN AJENAS.– V. LA NECESIDAD DE ADOPTAR UNA VISIÓN INTEGRAL Y DE SEGUIR UN ENFOQUE PREVENTIVO.– VI. CONCLUSIONES.– VII. BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN: La viabilidad de un sistema sanitario moderno, eficaz y garantista exige que el mismo sea también sostenible desde el punto de vista financiero, lo que requiere lidiar de forma decidida con distintos factores que tienden a incrementar los costes asociados a la prestación de servicios sanitarios. En este sentido, es preciso articular medidas jurídico-administrativas, tanto legislativas como organizativas y de gestión, que contribuyan a asegurar una muy compleja sostenibilidad, cabiendo enfoques de lo más diverso que han de pivotar sobre la adopción de una visión integral de la salud de los ciudadanos. Dichas medidas, sin ánimo de exhaustividad, pueden incidir sobre elementos tales como el alcance subjetivo de la cobertura sanitaria, la repercusión de costes asumidos por el sistema público a terceros o la integración de fuentes de financiación complementarias. Junto con lo anterior, resultará esencial que la intervención administrativa limite y fomente ciertas conductas de los ciudadanos. Dicha intervención habrá de partir de una perspectiva preventiva y deberá contar con un enfoque holístico que trascienda las fronteras de la asistencia sanitaria.

Palabras clave: salud; sanidad; sostenibilidad financiera; eficiencia: sistema sanitario; intervención administrativa.

(*) Este artículo es un fragmento de un trabajo más extenso, publicado en la *Revista Derecho y Salud*, que ha sido galardonado con el XIX Premio Derecho y Salud, otorgado por la Asociación de Juristas de la Salud el 7 de junio de 2024.

El trabajo ha sido realizado en el marco del proyecto de Investigación IN-SALVAN (Innovación para una salud de vanguardia: compra pública, tecnología, sostenibilidad ambiental y factores socioeconómicos), proyecto PID2021-127828NB-I00 financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

THE CHALLENGE OF FINANCING THE RIGHT TO HEALTH: CHALLENGES, REMEDIES AND THE URGENCY OF A HOLISTIC APPROACH

ABSTRACT: The viability of a modern, effective and safeguards-based healthcare system requires that it is also financially sustainable, which means that various factors that tend to increase the costs associated with the provision of healthcare services must be tackled decisively. Thus, it is necessary to articulate administrative measures that contribute to ensuring a very complex sustainability, with a wide range of approaches that hinge on the adoption of a comprehensive vision of citizens' health. These measures may affect elements such as the subjective scope of healthcare coverage, the passing on of costs assumed by the public system to third parties or the integration of complementary sources of financing. Along with the aforementioned, it will be essential for administrative intervention to limit and encourage certain behaviors on the part of the citizens. Such intervention should be based on a preventive perspective and should have a holistic approach that transcends the boundaries of healthcare.

Key words: health; healthcare; financial sustainability; efficiency; health system; administrative intervention.

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

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

A este respecto, los retos que afronta el sistema sanitario español —así como otros de nuestro entorno— son múltiples y de una notable complejidad, siendo deseable contar con el consenso de los distintos agentes implicados para acometerlos (2). Así, pueden referirse diversos factores que tienden a incrementar los costes asociados a la prestación de servicios sanitarios (3), como son el aumento de la esperanza de vida (4) y el correlativo envejecimiento

(2) La necesidad de obtener el consenso de los distintos poderes públicos y organizaciones políticas para afrontar los retos a los que se expone el sistema sanitario español se destaca en un muy interesante documento elaborado por especialistas de distintas orientaciones políticas, como es LEGIDO-QUIGLEY, BERROJALBIZ, FRANCO, GEA-SÁNCHEZ *et al.* (2023: 1).

(3) En cuanto a los distintos factores que generan incrementos de costes, puede consultarse OCDE (2015: 31 y 32).

(4) Por lo que se refiere a la esperanza de vida, los históricos crecimientos experimentados en las últimas décadas se acompañarán de subidas adicionales en los años próximos. Así, de acuerdo con estimaciones del Instituto Nacional de Estadística la esperanza de vida al

de la población (5), la necesidad de desarrollar tratamientos y terapias personalizadas (6), la cronificación de enfermedades que anteriormente resultaban letales, la investigación de enfermedades poco frecuentes o la gran dispersión de los pacientes en ciertos territorios (7).

Estas circunstancias plantean un serio desafío para la sostenibilidad de una asistencia sanitaria de calidad, pues el coste del conjunto del sistema sanitario mantiene una tendencia al alza (8). Tendencia alcista que se demuestra

nacer en España pasará de 80,4 años en hombres y 85,7 en mujeres —existente en 2023— a 86 y 90,00 en 2073. Acerca de estas estimaciones, pueden consultarse las *Proyecciones de Población 2024-2074*, del Instituto Nacional de Estadística, de junio de 2024 (nota de prensa accesible en: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/es/PROP20242074.htm>).

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

(6) Se aprecia una tendencia creciente en los costes de los nuevos tratamientos —especialmente en aquellos que requieren de tecnologías innovadoras o los dirigidos a segmentos muy reducidos de la población. En este sentido, debe asegurarse que los beneficios clínicos que acompañan a los aumentos de costes son evidentes, pues algunos estudios apuntan a las escasas mejoras que derivan de algunos nuevos medicamentos. Así, para el caso alemán, entre los años 2011 y 2017, para el 58 % de los medicamentos autorizados no se apreció evidencia de mejoras adicionales respecto de las soluciones existentes, en variables tales como la mortalidad, morbilidad o la calidad de vida de los pacientes, según WIESELER, MCGAURAN y KAISER (2019).

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

Como muestra de las diferencias de gasto entre grupos etarios puede atenderse al estudio de BORRAZ PERALES (2021: 66 a 68). En dicho estudio se pone de manifiesto como el gasto anual por paciente es elevado en el primer año de edad, desciende de forma significativa después, y remonta notable y progresivamente a partir de los 50 años.

(8) Así, de acuerdo con proyecciones de la OCDE, entre 2015 y 2030 el gasto sanitario anual —tanto público como privado— crecería un 2,7 % anual, pasando para el conjunto de la OCDE desde el 8,8 % del PIB en 2015 al 10,2 % en 2030. Las divergencias entre países son notables, destacando las relevantes variaciones de Australia cuyo gasto sanitario pasa del 10,4 % del PIB en 2015 al 13 % en 2030, o EEUU con una variación del 16,8 % al 20,2 % en el mismo periodo. Por lo que se refiere a España, el crecimiento es menos acusado, pasando del 9,1 % del PIB en 2015 al 9,9 % en 2030. Todo ello, de acuerdo con datos de LORENZONI, MARINO, MORGAN y JAMES (2019: 19).

especialmente preocupante, pues la tasa de crecimiento anual del coste del sistema sanitario supera, tradicionalmente, el porcentaje de incremento anual del PIB, de modo que dichos costes cada vez suponen una parte más relevante de los recursos totales (9).

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

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

De hecho, por lo que se refiere a nuestro país, sin perjuicio del impacto extraordinario de la pandemia de la Covid-19 —con un gasto excepcional puede distorsionar el análisis— se ha apreciado una senda creciente en los costes del sistema sanitario público, de modo que el gasto sanitario creció de 65.728 a 92.072 millones de euros entre los años 2015 y 2022 (10). Este notable incremento pone de manifiesto la necesidad de abordar la problemática de la sostenibilidad fiscal de nuestro sistema sanitario público, a fin de asegurar el adecuado mantenimiento de uno de los pilares de nuestro Estado social.

En este sentido, por sostenibilidad fiscal del sistema sanitario podemos entender la capacidad de mantener a futuro las coberturas sanitarias actuales, sin ocasionar un incremento sostenido del endeudamiento (11). Se trata, por

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

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

(10) De acuerdo con las cifras contenidas en la *Estadística de Gasto Sanitario Público*, del Ministerio de Sanidad, publicadas anualmente y que incluyen información relativa a los cinco años inmediatamente anteriores. Igualmente, para nuestro país, se ha puesto de manifiesto un paulatino incremento de la demanda de servicios sanitarios en el estudio de HURTADO e IZQUIERDO (2023).

La influencia de la pandemia ha sido determinante, pues entre 2019 y 2022 el gasto escaló de forma pronunciada, desde los 75.025 (2019) hasta los 83.624 (2020), 88.009 (2021) y 92.072 (2022) millones de euros. No obstante, la tendencia alcista previa ya era preocupante, pues el ascenso desde 65.728 (2015) a 75.025 (2019) millones de euros fue notable. En cualquier caso, sería de interés observar la tendencia en 2023, cuando existan datos consolidados disponibles, una vez pasados los rigores de la pandemia.

(11) Existen diversas definiciones de sostenibilidad fiscal, como la contenida en el documento COMISIÓN EUROPEA (2014: 5), donde se relaciona con: «*The ability to continue now and*

tanto, de acomodar los costes derivados del sistema a los ingresos del mismo, como estrategia que permita evitar un peligroso crecimiento permanente de las necesidades de financiación (12).

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

Por lo demás, en cuanto al enfoque del análisis, debe tenerse en cuenta que existen muy distintas formas de articular los sistemas sanitarios en el mundo —con muy diferentes combinaciones entre participación pública y privada—. Así, pese a que la financiación pública acostumbra a ser mayoritaria —al menos en los países miembros de la OCDE— la misma puede articularse de muy distintas maneras (13). Por ejemplo, existen redes sanitarias de titularidad pública, financiación con fondos públicos de actuaciones sanitarias privadas —especialmente para ciertas coberturas o para ciertos colectivos desfavorecidos— o financiación pública parcial de la contratación de pólizas privadas por los particulares.

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

Con las cautelas señaladas, a lo largo del trabajo se estará a diversas consideraciones, como son las conectadas con la delimitación del ámbito subjetivo de cobertura del sistema sanitario, la eventual repercusión de costes a terceros, la satisfacción de pagos por los pacientes, la búsqueda de nuevas fuentes de financiación, o la necesidad de adoptar una visión integral y

in the future current policies (with no changes regarding public services and taxation) without causing public debt to rise continuously as a share of GDP». Por otra parte, puede estarse a la definición brindada por el FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2007: 110), donde se afirma que una política es sostenible «*if a borrower is expected to be able to continue servicing its debt without an unrealistically large future correction to the balance of income and expenditure».*

(12) El carácter estratégico de la sostenibilidad financiera de los servicios públicos se subraya por VILLAR ROJAS (2023: 36 a 38).

(13) En el caso de los países miembros de la OCDE el gasto sanitario financiado con fondos públicos se sitúa por encima del 70 % del total, de acuerdo con datos obtenidos de la base de datos de la OCDE. Téngase en cuenta que las estadísticas en la materia suelen considerar recursos públicos tanto los originarios de presupuestos gubernamentales, como los vinculados a aportaciones obligatorias a esquemas sanitarios públicos o seguros privados, según se recuerda en el documento OCDE (2023: 162 y 163).

un enfoque preventivo al abordar la salud. Por el contrario, por razones de extensión, no será posible detenerse en otras áreas de notable interés para lograr la sostenibilidad fiscal, como son la mejora de la eficiencia del sistema, la adecuada articulación de los procedimientos de contratación de bienes y servicios sanitarios o el recurso a la colaboración público-privada (14).

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

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

1. El derecho a la salud de los ciudadanos

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

Por ello, en este ámbito la sostenibilidad fiscal ha de entenderse más bien como una restricción a respetar por los gestores públicos, y no tanto como un objetivo en sí mismo considerado (15). Y ello a fin de alcanzar un deseable equilibrio entre los intereses presentes, tanto fiscales como de tutela de la ciudadanía. De este modo, el logro de la necesaria sostenibilidad no se ha de circunscribir a una mera tarea contable de reducción de costes, sino que debe tenerse en cuenta la forma en la que dicha sostenibilidad impacta en otras metas.

Así, debe asegurarse que la sostenibilidad no impide que el sistema sanitario continúe cumplimiento en el futuro los objetivos que tiene encomendados, entre los que destaca la protección del derecho a la salud. Por tanto, a la hora de abordar la garantía de la sostenibilidad fiscal deben valorarse distintas alternativas de actuación, escogiendo aquellas que permitan alcanzar un mejor equilibrio con la protección de la salud de los ciudadanos.

En cualquier caso, las referencias al derecho a la salud obligan a realizar siquiera un breve análisis de su naturaleza jurídica y contenido. A este

(14) Estas consideraciones, tanto o más relevantes que las analizadas en el presente artículo, serán abordadas en publicaciones posteriores.

(15) En este sentido, THOMSON, FOUBISTER *et al.* (2009: 5 y 6).

respecto, y pese a su vinculación con la esencia humana, es complejo encontrar una definición y alcance generales en el derecho comparado, de modo que los diferentes Estados ofrecen configuraciones diversas —y generalmente relacionadas con su nivel de desarrollo económico—.

Frente a esta disparidad, se ha buscado una uniformización a través de instrumentos internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (16) y, con carácter vinculante para los signatarios, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (17). De dichos textos se extrae un derecho a la salud amplio que conecta con el disfrute y la provisión de facilidades, bienes y servicios que son necesarios para alcanzar el nivel de salud más elevado posible (18).

No obstante, esta concepción amplia convive con un enfoque posibilista, de manera que el derecho a la salud no se configura como un derecho a estar sano —algo que difícilmente pudiera garantizar ningún poder público— sino como el disfrute de diversas libertades y derechos (19). Entre estos derechos, destaca el relativo a contar con un sistema de protección de la salud adecuado.

A su vez, el pragmatismo se pone de manifiesto al hacer depender este derecho de los recursos con los que cuenta el Estado, pues es evidente que las condiciones de cada Estado han de afectar a un derecho cuya cobertura exige el desembolso de relevantes fondos (20). Por ello, al margen de ciertas libertades que operan al margen de la capacidad económica —como el derecho a no ser sometido a experimentos médicos no consensuales— la armonización es de mínimos, marcando una senda que los distintos países han de recorrer en la medida de sus posibilidades (21).

(16) Así, el artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 10 de diciembre de 1948.

(17) Derecho contenido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1996 (PIDESC).

(18) Por ejemplo, en aplicación del artículo 12 del PIDESC el derecho a la salud se ha definido como el derecho al «disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud», de acuerdo con la Observación general n° 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 11 de agosto del 2000 (E/C. 12/2000/4), apartado 9.

(19) Derechos y libertades referidos en el apartado 8 de la Observación general n° 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(20) La adecuación a las posibilidades de cada Estado se refiere en los apartados 9 y 12 de la Observación general n° 14 (2000), del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

(21) Las orientaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, contenidas en el apartado 12 de la Observación general n° 14 (2000), pivotan sobre cuatro características esenciales, como son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, cuya concreta aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado.

Este patrón se repite también en el nivel regional. Así, al margen de previsiones que afectan a Estados africanos o americanos (22), la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea recoge expresamente el derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la oportuna atención sanitaria (23). No obstante, acto seguido, vincula estos derechos a las condiciones que se hayan establecido en las legislaciones y prácticas nacionales, de modo que su específico contenido se deja en manos de los Estados miembros.

La Unión Europea también ha asumido ciertas competencias en materia de salud pública, que le han permitido desarrollar acciones de apoyo de las políticas sanitarias nacionales, a fin de alcanzar objetivos comunes y compartir recursos (24). Sin embargo, de nuevo, no se ha producido una armonización, correspondiendo a cada Estado miembro definir su propia política de salud, organizar y gestionar los servicios sanitarios y definir los recursos que se destinan a dichos servicios (25). La acción de la UE, al margen del referido apoyo a los sistemas nacionales, ha pivotado, principalmente, sobre la garantía del derecho a la libre prestación en lo relativo a los servicios sanitarios, o a la promoción de la igualdad de trato en la asistencia sanitaria transfronteriza (26).

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

Dicho precepto, que ha sido analizado por una profusa doctrina (27), se enmarca en el Capítulo III del Título I de la Constitución Española por lo que no

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

(23) Así, el artículo 35 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

(24) De acuerdo con el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

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

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

(27) Es muy numerosa la doctrina española que ha abordado el derecho a la salud, pudiendo hacerse referencia, sin ánimo de exhaustividad, a los trabajos de BARRANCO VELA y PÉREZ GÁLVEZ (dirs.) (2013); DE LA VILLA GIL (2006); ESCOBAR ROCA (2014); GARRIDO FALLA (1980); LEMA ANIÓN (2009); MARTÍNEZ RUANO (2015), RUIZ LÓPEZ (2015) o SALAMERO TEIXIDÓ (2020).

da cuerpo a un derecho subjetivo en sentido estricto —ejercitable directamente ante los tribunales— sino que contiene un mandato constitucional a los poderes públicos (28). Ello sin perjuicio de que, en ocasiones, se haya defendido la conexión entre el derecho a la salud y los derechos a la vida y la integridad física (29). Así, la Constitución legitima la actuación de los poderes públicos —y en particular del legislador— en el ámbito de la salud, estableciendo además una serie de orientaciones y límites que estos habrán de respetar.

Similares mandatos se contienen también, aunque con un mayor nivel de desarrollo, en distintos Estatutos de Autonomía, realizándose menciones a ciertas características que debe satisfacer la asistencia sanitaria (30). De nuevo, no nos encontramos ante auténticos derechos subjetivos —frente a los que quepa tutela judicial— sino con a principios o mandatos que han de orientar la actuación de los poderes públicos autonómicos (31).

En ausencia de una concreción en el bloque de constitucionalidad, la protección de salud se va a definir y articular a través de la legislación ordinaria. Así, la legislación materializa el genérico derecho a la salud mediante un extenso conjunto de derechos que, en esta ocasión, ya son susceptibles de ser exigidos ante las Administraciones y tribunales competentes. Dichos derechos son de lo más variado, alcanzando desde cuestiones informativas o documentales, hasta la posibilidad de exigir la cesación de actividades nocivas para la salud (32). Sin perjuicio de los mismos, la institución esencial que ha de destacarse sobre el resto es el derecho a la asistencia sanitaria pública, concretado en diversas prestaciones que han de ejecutarse con unos estándares de calidad determinados (33).

(28) Sin perjuicio de que algunas líneas interpretativas hayan querido ver en el literal del artículo 43.1 el reconocimiento de un «derecho» constitucional, considero que la ubicación sistemática del precepto no da lugar a dudas. Sobre este particular, me adhiero a las reflexiones de PEMÁN GAVÍN (2008: 61 y 62).

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

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

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

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

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

La concreta delimitación de estos derechos —tanto en el ámbito de la asistencia sanitaria como de la salud pública— es contingente y puede variar a lo largo del tiempo, para adaptarse a diversas necesidades, tanto sociales, como epidemiológicas o, en lo que respecta a nuestro análisis, presupuestarias (34). Así, al menos en lo que se refiere a prestaciones sanitarias que impliquen un coste para el erario público, el derecho a su disfrute estará sometido a avatares financieros, siendo susceptible de ajuste o, incluso, supresión. Es por ello que, en aras, de asegurar una consolidación del derecho a la salud, y de ampliarlo hacia nuevos horizontes, será fundamental alcanzar su sostenibilidad desde el punto de vista financiero —lo que en el ámbito público conecta con su sostenibilidad fiscal.

2. La financiación del derecho a la salud

Conocidos los caracteres del derecho a la salud, hemos de plantearnos cómo se logra la financiación del haz de derechos que lo integran pues, como se ha puesto de manifiesto, los mismos acostumbran a tener asociado un coste. En este sentido, por lo que se refiere a nuestro país, hemos de diferenciar entre la recepción de servicios sanitarios vinculados al sistema sanitario público, de la contratación de prestaciones sanitarias en el mercado con operadores privados (35).

Por lo que se refiere a las prestaciones ejecutadas en el marco del sistema sanitario público —a las que atiende el presente trabajo— hemos de tener en cuenta que su financiación depende fundamentalmente de unos presupuestos públicos nutridos a partir de la recaudación tributaria y el establecimiento de transferencias entre distintas Administraciones (36). Así, sin perjuicio de

(34) En particular, el derecho a la salud tiene una marcada dimensión colectiva. Ello lleva a los poderes públicos a introducir limitaciones en la esfera de derechos de los individuos a fin de lograr metas comunes, como pone de manifiesto, en contextos de amenazas para la salud colectiva, CIERCO SEIRA (2006).

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

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

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

la existencia de especialidades en cuanto al fenómeno de las mutualidades, se ha soslayado la financiación de la asistencia sanitaria mediante cotizaciones sociales (37). De entre los dos principales modelos de atención sanitaria —Beveridge y Bismarck— el legislador español se ha decantado progresivamente por el de origen británico (38).

Por tanto, los servicios sanitarios públicos, con carácter general, se amparan en ingresos de naturaleza tributaria, desvinculándose de su inicial naturaleza contributiva y su conexión con cotizaciones o cuotas abonadas por los ciudadanos/trabajadores (39). Esta financiación vía tributos se explica por la voluntad de conectar la asistencia sanitaria con el principio de capacidad de pago, de modo que se alcance un componente redistributivo, al financiarse el servicio en función de la capacidad económica de cada contribuyente (40). Se pretende, en consecuencia, que el sostenimiento del sistema público no se rija por el principio de beneficio, en virtud del cual los usuarios del servicio público aportan en función del efectivo uso que se haga del mismo.

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

A su vez, la financiación a través de tributos permitiría asegurar una mayor estabilidad en la dotación de recursos, pues las cotizaciones pueden sufrir severas fluctuaciones ante contracciones en el mercado laboral (41).

(37) Se refiere al fin del anterior sistema, amparado en las aportaciones de los individuos, MARTÍN LÓPEZ (2022: 90 y 91).

(38) De forma muy simplificada, el modelo Beveridge —por su defensor William H. Beveridge— se implantó en el Reino Unido en la década de los años 40 del siglo pasado, y se basa en la financiación de las prestaciones sanitarias a través de impuestos. Por su parte, el modelo Bismarck —implantado por Otto von Bismarck en la Alemania de 1883— se ampara en cotizaciones de los ciudadanos recaudadas al efecto.

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

(40) Sobre la aplicación de este principio al sistema sanitario español, BENÍTEZ-LLAMAZARES, (2020: 357 y 358).

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

Pese a que los ingresos tributarios también se someten a notables variaciones derivadas de la coyuntura económica, es posible la compensación entre las distintas fuentes de financiación o el establecimiento «ex ante» de reservas u otras técnicas de carácter anticíclico.

En nuestro marco nacional, habida cuenta de la asunción del grueso de las competencias en materia de salud por la Comunidades Autónomas, la financiación de las prestaciones será de su responsabilidad (42). Para asegurar la adecuada cobertura de dichas prestaciones se establece un complejo sistema en el que se habilitan distintas fuentes vinculadas a los tributos y presupuestos autonómicos y estatales (43).

En todo caso, debe tenerse en cuenta que la opción por la financiación pública desvinculada de cotizaciones no impide que, en ocasiones, existan pagos a cargo de los terceros beneficiarios de las prestaciones. Así, pese a que dentro de la cobertura pública, con carácter general, se opta por el sostenimiento con cargo a presupuestos públicos, cabe que la recepción de ciertas prestaciones requiera de desembolsos de los particulares como acontece, especialmente, en el caso de la prestación farmacéutica extrahospitalaria (44). La gratuidad, por tanto, no es consustancial a la totalidad de prestaciones sanitarias públicas —por supuesto tampoco lo es en relación con las prestaciones adquiridas en el sector privado.

Sea como fuere, sin perjuicio de las eventuales aportaciones de los usuarios, debe asegurarse la existencia de una financiación suficiente y estable, basada en criterios predecibles, que permita una adecuada planificación, organización y gestión de la atención sanitaria (45). Partiendo de estos requisitos, y ante un horizonte que se aventura exigente desde el punto de vista del aumento de la demanda de prestaciones, pueden adoptarse varios enfoques distintos para asegurar la sostenibilidad fiscal de la asistencia sanitaria pública.

En primer lugar, aparecería una solución a todas luces indeseable, como es la reducción de los servicios sanitarios cubiertos o la minoración de la calidad o frecuencia con la que estos se prestan. Ello permitiría acompañar una demanda creciente con la contención del gasto sanitario, asegurando su financiación con unos ingresos similares a los actuales, pero a costa de afectar negativamente a la salud de la ciudadanía.

(42) De acuerdo con el artículo de la 10 Ley 16/2003.

(43) El presente trabajo no pretende detenerse sobre el complejo marco de financiación español, pues su objeto es favorecer la sostenibilidad fiscal con independencia de quién sea el concreto sujeto financiador. En cualquier caso, para aproximarse al complejo marco de financiación de los servicios sanitarios, y a su problemática, puede consultarse SÁENZ ROYO (2022) o JIMÉNEZ COMPAIRED (2004).

(44) Posteriormente se volverá sobre estas consideraciones.

(45) Requisitos exigidos por la *Comunicación sobre sistemas sanitarios eficaces, accesibles y robustos*, de la Comisión Europea, p. 11.

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

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

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

Pese a que esta última vía de intervención pueda parecer ingenua, a la vista de que la experiencia demuestra que el coste tiene una tendencia creciente, considero que incidir sobre ella es esencial. Y es que cualquier ahorro conseguido —siquiera limitado— sin merma de las prestaciones reforzaría la sostenibilidad y supondría una mejora para los sufridos contribuyentes. No se trata de alcanzar soluciones milagrosas, sino de incidir sobre distintos factores para obtener mejoras —aunque sean modestas— que contribuyan a reforzar el sistema.

Planteadas las distintas alternativas, a continuación, se abordarán las posibilidades existentes para la implementación exitosa de algunas de ellas. En

particular, se atenderá a aquellas que pretenden conseguir mantener o mejorar las prestaciones actuales, pues considero que en el ámbito de la salud ha de regir una suerte de principio de no regresión.

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

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

Así, corresponde a la legislación definir quién es titular del derecho a la asistencia sanitaria pública, pudiendo establecerse diferencias en la cobertura, siempre y cuando las mismas estén debidamente justificadas. En este sentido, la tendencia seguida en los últimos tiempos ha pretendido la universalización de la cobertura, con una progresiva ampliación de los titulares de derechos y una extensión de la financiación con cargo a fondos públicos (46).

De este modo, se enmarcan dentro de la acción protectora del Sistema Nacional de Salud (47) los españoles residentes en territorio nacional, los españoles residentes en el exterior que cumplan ciertos requisitos (48), los extranjeros con residencia legal en España que no tengan obligación de acreditar la cobertura sanitaria por otra vía o, incluso, las personas extranjeras que no tengan su residencia legal en territorio español siempre que no se encuentren protegidos por otros medios (49). A su vez, a la hora de determinar el derecho a la asistencia sanitaria pública, será esencial atender a los

(46) Acerca de esta senda de ampliación del ámbito subjetivo, ARBELÁEZ y GARCÍA-VÁZQUEZ (2009); BALAGUER PÉREZ (2021); GUERRA VAQUERO (2015: 1282 y 1289), o RUBIO VELASCO (2021).

(47) Los titulares del derecho a la asistencia sanitaria se regulan en los artículos 3, 3 bis y 3 ter de la Ley 16/2003. Dichos preceptos experimentaron profundas modificaciones a partir del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. En la actualidad se encuentra en tramitación parlamentaria el Proyecto de Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud, que implicaría una modificación, con ampliación, de ámbito de cobertura.

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

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

convenios bilaterales que pudieran existir o a la regulación comunitaria que pudiese afectar a los ciudadanos de la Unión. En cualquier caso, de forma subsidiaria, se dispone que, si algún sujeto no tuviese derecho a la asistencia sanitaria, el mismo podrá obtenerla mediante pago puntual o suscripción de un convenio especial.

Esta vocación universalizadora ha de entenderse positiva, pues se asegura la asistencia sanitaria a colectivos especialmente vulnerables, permitiendo una mayor cohesión social y evitando situaciones personales especialmente complejas (50). Igualmente, si se asume que la asistencia sanitaria pública se financia —al menos en su mayor parte— a través de tributos, parece que cualquier contribuyente que financia el gasto sanitario público habría de verse protegido.

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

Este tipo de reclamación cabe en diversas situaciones, expresamente previstas en el ordenamiento jurídico, conectadas con la aparición de un tercero obligado al pago (51). En primer término, aparecen los supuestos en los que la asistencia sanitaria debiera ser cubierta por una entidad diferente, como en el caso de ciudadanos pertenecientes a MUFACE, MUGEJU o ISFAS que no se hayan adherido a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, o de prestaciones por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales que correspondan a mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

A su vez, se prevé la reclamación en el caso de la suscripción de seguros obligatorios, seguros escolares o seguros de responsabilidad civil que cubran accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos. En cuanto a los seguros obligatorios, es bastante habitual que la legislación imponga el deber de suscribir una póliza de seguro

(50) Acerca de los problemas derivados de las limitaciones a la universalidad, CANTERO MARTÍNEZ (2014: 109 a 117).

(51) Así, se habilitan este tipo de cobros en el artículo 83 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, existiendo un desglose preciso en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Para una aproximación a los diferentes supuestos se recomienda la consulta de CAVAS MARTÍNEZ (2019) o PORTELL SALOM (2019).

para el desarrollo de algunas actividades en las que existe un cierto nivel de riesgo (52). Me refiero, por ejemplo, a los seguros obligatorios de caza, de viajeros, de vehículos a motor, para deportistas federados y profesionales o para perros de raza potencialmente peligrosa (53).

En estos casos, si de la actividad asegurada se derivasen contingencias que conlleven la asistencia sanitaria a cargo del Sistema Nacional de Salud, la Administración que haya asumido los gastos habrá de repercutirlos a la correspondiente aseguradora (54). Aquí, las posibilidades para reducir la carga asumida por el sistema público son notables, pues pueden identificarse ciertas actividades que, por sus características, sean susceptibles de aseguramiento obligatorio. Esta extensión podría afectar a actividades en las que se aprecian elevados riesgos para la salud y que, bien implican un beneficio para su promotor, o bien se vinculan a decisiones individuales en las que se produce una asunción consciente de riesgos (55).

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

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

(52) Acerca de la repercusión de costes en casos de seguros obligatorios, GÓMEZ ZAMORA (2013).

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

(54) Ello, con los límites materiales y cuantitativos previstos en la regulación que establece las condiciones del concreto aseguramiento obligatorio.

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

En cuanto a los primeros, tendrán derecho a recibir asistencia sanitaria en situación de igualdad con los ciudadanos españoles, pero se establece que el Estado de origen habrá de reembolsar íntegramente los costes incurridos, estableciéndose un procedimiento específico para ello (56). Por su parte, en el caso beneficiarios de otros países extranjeros para los que exista un convenio bilateral en materia de Seguridad Social, se estará a las previsiones de dichos convenios en materia recuperación de costes (57). Asimismo, en relación con países cuyos nacionales precisen un visado para entrar en la Unión Europea, será preciso suscribir un seguro médico de viaje, con un capital mínimo que cubra gastos de asistencia médica y hospitalaria de urgencia en el territorio de los Estados miembros (58).

Por último, se recoge una cláusula de cierre, que permite recuperar el importe de las prestaciones que, en virtud de una norma legal o reglamentaria, deben satisfacerse por terceros. A este respecto, sería posible repercutir los costes sanitarios derivados de supuestos de hecho que impliquen responsabilidad criminal o civil de un sujeto, de modo que el causante habría de compensar al sistema de salud (59). En estos casos, por supuesto, que habrán de concurrir los requisitos que el ordenamiento exige para apreciar la concurrencia de responsabilidad civil o criminal, sin que esta se deduzca objetivamente de los daños.

En virtud de esta cláusula abierta se han definido otros supuestos de recuperación de costes. Así, por ejemplo, cabrá la repercusión de los costes si un ciudadano que dispusiese de una póliza de asistencia sanitaria privada

(56) Así, el deber de reembolso se establece en el artículo 35 del Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Por su parte, la ejecución de los reembolsos se desarrolla en los artículos 63 a 65 el Reglamento (CE) n° 987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n° 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.

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

(58) La exigencia del referido seguro médico de viaje, con una cobertura mínima de 30.000 euros, se regula en el artículo 15 del Reglamento (CE) n° 810/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 13 de julio de 2009, por el que se establece un Código comunitario sobre visados. Por su parte, el listado de países cuyos nacionales han de obtener visado para la entrada en la Unión se establece en el Anexo I del Reglamento (UE) 2018/1806 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de noviembre de 2018, por el que se establecen la lista de terceros países cuyos nacionales están sometidos a la obligación de visado para cruzar las fronteras exteriores y la lista de terceros países cuyos nacionales están exentos de esa obligación.

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

se ve desplazado a la red pública por una decisión facultativa de los profesionales privados (60). En estos casos, la red privada estaría trasladando al sistema sanitario público unas prestaciones que tiene obligación de suministrar al asegurado que se las solicite.

En todos los casos en los que existe una repercusión del coste de las prestaciones contra un tercero, será esencial determinar cuál es la cuantía a recuperar. En este sentido, los distintos servicios de salud determinan y publican los precios públicos de los servicios sanitarios que prestan a los efectos de su eventual retribución (61) o, incluso, cabe su fijación mediante convenio para ámbitos concretos (62). Al margen de la posible repercusión, la fijación de estos precios resulta de notable interés a efectos analíticos, pues exige que los servicios de salud determinen sus estructuras de costes y conozca cuál es el coste derivado de una específica prestación.

De los anteriores supuestos se deduce que el potencial de recuperación de costes con cargo a terceros es elevado, lo que ayudaría a desahogar las cuentas del sistema sanitario público. Al respecto, y salvo excepciones, la reclamación de los importes no es una posibilidad, sino que se configura como una obligación de los servicios públicos de salud (63). Obligación, esta, que parece que no siempre es correctamente ejecutada, provocando que una parte relevante de las asistencias sanitarias que han de satisfacer terceros sean asumidas por el sistema público (64).

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

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

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

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

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

(64) En este sentido, pese a su fecha, es muy relevante el *Informe de Fiscalización de la gestión de las prestaciones de asistencia sanitaria derivadas de la aplicación de los reglamentos*

A fin de optimizar las posibilidades que ofrece esta herramienta, podrían desarrollarse diversas acciones específicas. En primer lugar, es conveniente formar a los profesionales sanitarios acerca de las circunstancias que permiten reclamar fondos a terceros, de modo que estos puedan detectar las situaciones que se les presenten. A su vez, conviene establecer protocolos específicos que faciliten esta detección. Por otra parte, ha de existir el suficiente personal de gestión para la tramitación de los oportunos expedientes, teniéndose en cuenta el efecto multiplicador sobre la recaudación que deriva de la inversión en este ámbito. Asimismo, como solución más expeditiva, incluso podrían introducirse primas o mejoras retributivas para aquellos profesionales sanitarios que detecten supuestos no fácilmente identificables.

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

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

Esta financiación parcial de la asistencia por parte de los particulares favorecidos por la misma no es, ni mucho menos, un fenómeno novedoso. Así, mientras que la cartera común básica de servicios asistenciales se encuentra cubierta completamente mediante financiación pública, otras prestaciones están sujetas a aportación de los usuarios, como acontece con las carteras comunes suplementaria y de servicios accesorios (65).

Como ejemplo paradigmático de prestaciones con aportación de los ciudadanos aparece la prestación farmacéutica ambulatoria (66). En relación con

comunitarios y convenios internacionales de la Seguridad Social, del Tribunal de Cuentas, de 29 de marzo de 2012, donde se aprecian serias deficiencias en la repercusión de costes a otros Estados miembros o en la efectiva aplicación de convenios bilaterales. Como muestra, se pone de manifiesto que Alemania remite a España más de 7 facturas por cada una de las enviadas por España, cuando se estima que el flujo de personas de Alemania a España es mucho mayor.

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

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

la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a través de oficinas o servicios de farmacia se establece, como regla general, una aportación de los usuarios vinculada a los ingresos. Así, excepto en el caso de mutualistas —que abonan un 30 % con carácter general— y para ciertos colectivos desfavorecidos exentos de aportación, se fija un porcentaje en función de tramos de renta que oscilan entre el 40 y el 60 % del precio de venta al público. De estas reglas se desmarcan ciertos medicamentos vinculados a tratamientos crónicos y los pensionistas, para los que se fija una aportación del 10 % sobre el precio de venta al público (67). En el caso de los pensionistas, además, se fijan unos topes mensuales máximos de aportación procediéndose al reintegro de los excesos.

Al margen de las dudas sobre la idoneidad del modelo vigente, en el que un pensionista con mayor nivel de renta puede realizar una contribución notablemente inferior a un trabajador con idénticas necesidades de dispensación, los modelos de copago sanitario han sido profusamente analizados (68). De hecho, existen múltiples ejemplos de financiación por los usuarios en nuestro entorno más próximo, defendiéndose de forma recurrente su traslación a España (69).

Entre sus ventajas, se han apuntado principalmente la obtención de fondos adicionales para la financiación del sistema y su capacidad disuasoria, evitando visitas que puedan considerarse innecesarias o excesivamente frecuentes. Y es que se ha observado como algunos pacientes realizan un uso abusivo de los servicios sanitarios, habida cuenta de la gratuidad de los mismos y de la imposibilidad de exclusión —al configurarse la asistencia como un derecho subjetivo. Se trata, por tanto, de fomentar que los pacientes tomen conciencia del gasto derivado de los servicios sanitarios y adquieran un mayor grado de responsabilidad en sus decisiones (70).

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

(68) Para analizar al pago por uso en sanidad, así como sus ventajas y desventajas, pueden consultarse BENACH, TARAFA y MUNTANER (2012); HERCE SAN MIGUEL (2006); LUCAS DURÁN (2016); MEGÍAS BAS y LÓPEZ ANIORTE (2019); OCDE (2019); PUIG JUNOY (2001), o QUIRÓS HIDALGO (2006).

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

Se ha defendido la introducción de ciertas correcciones en el modelo español, partiendo de la experiencia internacional, por parte de AIREF (2019: 64 a 69).

(70) Desde algunos ámbitos se ha apuntado que la gratuidad de los servicios públicos puede generar la percepción entre la ciudadanía de que los mismos no consumen recursos. Así, por ejemplo, BAUZÁ MARTORELL (2022: 102 a 114).

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

A la vista de estas potenciales ventajas y problemas, diversos estudios empíricos han analizado la implantación de sistemas de pago por uso, obteniéndose resultados no completamente homogéneos (71). Hecho este que, por otra parte, no debe sorprender, habida cuenta de las relevantes diferencias existentes entre los sistemas sanitarios de distintos Estados. En cualquier caso, sí existe cierta evidencia de que el copago reduce la demanda de servicios —o al menos de parte de algunos de los servicios— pero apreciándose una mayor reducción entre la población de menor renta (72). Así, aunque la demanda sanitaria sea bastante inelástica, el grado de elasticidad varía en función de la renta del paciente.

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

En consecuencia, a la hora de definir las concretas características del pago por uso implantado será necesario alcanzar un complejísimo equilibrio entre las necesidades financieras y la efectividad del derecho a la salud, variando dicho equilibrio según cuáles sean las características poblacionales y de organización de cada sistema sanitario. En este sentido, las aportaciones pueden nivelarse en función de la renta para potenciar el efecto redistributivo, aunque la financiación a través de un sistema tributario basado en la progresividad

(71) Un compendio de distintos estudios relativos a la implantación de copagos en diferentes Estados se contiene en el interesante trabajo de SOLANAS SAURA (coord.) (2011).

(72) Así, por ejemplo, LOSTAO, REGIDOR, GEYER y AÍACH (2007: 373); KIMA, KOB y YANG (2005: 297); OCDE (2019: 3) o, en general, acerca de los desembolsos de particulares, COLLINS y RASMUSSEN (2014: 8) o RICE, ANDERS *et al.* (2018: 12).

ya conlleva una mayor financiación por quien dispone de mayor capacidad. Igualmente, pueden excluirse de los pagos ciertos colectivos desfavorecidos, aunque ello limitaría sensiblemente el efecto disuasorio sobre dichos sujetos.

Por otra parte, para evitar impactos excesivos en personas que requieren de tratamientos frecuentes, crónicos o muy costosos (73) —y que podrían verse obligadas a realizar grandes desembolsos— pueden fijarse niveles máximos de contribución en función de variables temporales (74). En esta misma línea, pueden utilizarse pagos fijos por tipo de servicio —en vez de pagos vinculados al coste de la prestación— evitando grandes desembolsos para tratamiento muy costosos y minorándose los sesgos por la clase de dolencia padecida.

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

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

(73) Se aprecia como la demanda de fármacos vinculados a dolencias crónicas —anti-diabéticos, antitrombóticos o contra la obstrucción de las vías respiratorias— es más inelástica y se ve afectada en menor medida por el establecimiento de fórmulas de copago. Así, al margen de un adelanto de las adquisiciones antes del establecimiento del copago y de una reducción temporal tras su implantación, el impacto sobre el consumo es reducido a largo plazo, según recuerdan PUIG JUNOY, RODRÍGUEZ-FEIJÓO, GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL y GÓMEZ-NAVARRO (2016: 13).

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

Se habrían de evitar los conocidos como gastos catastróficos en sanidad, definidos como aquellos que superan el 40 % del total de gasto del hogar en necesidades de subsistencia (incluyendo alimentación, vivienda y servicios básicos). Por el momento, en España, estos gastos catastróficos en concepto de servicios sanitarios afectaron al 2,9 % de los hogares en 2020, lo que sitúa a nuestro país en uno de los niveles más bajos de la Unión Europea. Ello, de acuerdo con COMISIÓN EUROPEA (2023: 15).

Por otro lado, la solución alcanzada debería ser uniforme, afectando a todo el Sistema Nacional de Salud, pues parece que el derecho a la salud debe tener un contenido lo más armónico posible, con independencia de cuál sea la entidad que efectivamente preste el servicio. En este sentido, el Tribunal Constitucional se ha mostrado contrario a permitir el establecimiento de tasas autonómicas en las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, pues ello implica invadir la legislación básica que disciplina su financiación y supone un empeoramiento del mínimo de cobertura estatal (75). Al margen de estas consideraciones financieras, no se cuestiona la posibilidad de que las Comunidades Autónomas extiendan la cobertura a servicios complementarios adicionales a los previstos en las bases estatales (76).

La limitación al establecimiento de cargas adicionales refuerza la cohesión del Sistema Nacional de Salud, evitando diferencias territoriales en un derecho cuya extensión habría de ser homogénea. Sin embargo, las experiencias autonómicas fallidas han permitido poner de manifiesto el potencial de la extensión del pago por uso a otras prestaciones. Así, en el caso catalán, la tasa de un euro cobrada por emisión de receta —con un límite de 61 euros anuales y ciertos colectivos excluidos— permitió ingresar 49,9 millones de euros en apenas 7 meses de vigencia —con un coste de implementación de la medida de 230.300 euros— y reducir la dispensación de recetas (77).

En cualquier caso, si del análisis se considerase que el copago no es oportuno o funcional, podrían aplicarse otras medidas de sensibilización de menor intensidad, como acciones formativas o campañas publicitarias, que ayuden a generar una conciencia de que los servicios a disposición de los ciudadanos tienen un coste efectivo —pues esta conciencia tiende a difuminarse con la gratuidad. En este sentido, pese al cuestionamiento y el fracaso experimentado hace unos años, puede ser de interés la remisión de facturas informativas a los

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

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

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

pacientes, pues los mismos suelen desconocer los relevantísimos costes efectivos de los tratamientos recibidos, favoreciéndose la concienciación acerca del uso racional y la puesta en valor del sistema.

Al margen de la financiación con cargo a los usuarios, pueden explorarse otras vías de obtención de recursos financieros de los particulares, aunque las mismas puedan tener una importancia marginal (78). Por ejemplo, pueden recibirse fondos —o infraestructuras y equipos— mediante donación de particulares, existiendo ejemplos en los últimos tiempos (79). Esta vía, pese a que suscite debate sobre el verdadero ánimo del donante, no debe desdeñarse, pues los pacientes obtendrán un beneficio al margen de cualquier consideración ética (80). Igualmente, en el caso de ensayos clínicos, el eventual promotor privado financiará los costes directos e indirectos en los que sea necesario incurrir, pudiendo utilizarse también los medicamentos sobrantes (81). En estas situaciones, además de permitirse avances en el conocimiento, las dolencias de ciertos pacientes son cubiertas —siquiera temporalmente— con fondos privados.

Igualmente, puede buscarse la contribución financiera directa de los operadores económicos que colaboran con el Sistema Nacional de Salud y que, en alguna medida, se favorecen de dicha colaboración. En este sentido, junto con la existencia de tributos generales que gravan los resultados empresariales, pueden establecerse contribuciones especiales dedicadas a financiar actuaciones de interés público que conciernen al referido Sistema. Por lo que se refiere al caso español, se prevé la realización de ciertas aportaciones económicas por los fabricantes e importadores que oferten medicamentos o productos sanitarios financiados con fondos públicos y dispensados —mediante receta u orden de dispensación— a través de oficinas de farmacia (82). Estos

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

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

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

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

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

sujetos deberán ingresar periódicamente un porcentaje del volumen de ventas que se haya alcanzado a través de la dispensación en dichas oficinas de farmacia (83).

Pese a las dudas planteadas por esta figura —que se asemeja a un *rappel* comercial del que disfruta el sistema público por alcanzar un cierto volumen de compras— la misma ha sido validada por la jurisprudencia constitucional, a través de su configuración como una prestación patrimonial de carácter público (84). Mediante la misma se cumplirían finalidades de inequívoco interés público, pues además de contenerse el gasto público se mejoraría el sistema sanitario, ya que los fondos recaudados se han de destinar a la investigación biomédica y a diversos programas de cohesión, formación y educación sanitaria.

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

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

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

En suma, se trata de aplicar un enfoque de tipo preventivo, que permita conocer cuáles son los principales factores que determinan la necesidad de recibir servicios sanitarios. Y ello a fin de intervenir sobre los mismos, de modo que se minore —o en el mejor de los casos incluso se evite— la problemática sanitaria que lleva a demandar el correspondiente servicio (85). Si el coste de incidir positivamente sobre uno de estos factores que condiciona la salud fuese menor que el derivado de atender a las patologías que pudieran derivarse de

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

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

(85) A modo de ejemplo, puede pensarse en la supervisión de los enfermos de diabetes por parte de podólogos, evitándose complicaciones que lleven a amputaciones que resultan costosísimas desde el punto de vista económico y personal. Sobre el particular, VIADÉ JULIÀ (2015).

los mismos, se obtendría un ahorro neto que coadyuvaría a la sostenibilidad del sistema de salud.

No se trata, ni mucho menos, de una perspectiva novedosa, pues la preocupación por las causas, circunstancias o factores que condicionan y determinan la salud de las personas cuenta con una trayectoria notable. Así, además de antecedentes remotos que llevarían a remontarse a Hipócrates de Cos (86), diversos estudios se han referido a los denominados como «determinantes» de la salud, identificándose diversos grupos de variables que influyen de forma notable en la salud de los ciudadanos (87).

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

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

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

Por una parte, la salud viene muy estrechamente condicionada por factores biológicos propios de cada individuo. Cuestiones vinculadas con la carga genética, el sexo, la edad o la propia constitución van a marcar el estado de salud de los ciudadanos. Estas variables vienen dadas por la propia naturaleza, por lo que será muy complejo establecer políticas que mejoren directamente la salud operando sobre las mismas, más allá de la adaptación de las actuaciones

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

(87) Al respecto, se aprecia un notable incremento de la preocupación científica por estos factores «determinantes» desde la década de los años 70 del siglo pasado, destacando los trabajos de LAFRAMBOISE (1973) o LALONDE (1974).

sanitarias —o de otro tipo— a las necesidades y circunstancias propias de cada colectivo que varían en función de unas condiciones biológicas dadas (88).

A su vez, en la salud van a influir cuestiones vinculadas con el estilo de vida de los ciudadanos y con sus conductas en relación con la salud. Así, al margen de los factores biológicos que le vienen dados, cada individuo tiene un relevante papel en la protección y promoción de su propia salud. De este modo, factores tales como el sedentarismo, una alimentación no equilibrada, la práctica de actividades de riesgo, el consumo de drogas o los hábitos de higiene condicionan en buena medida la salud. Igualmente, la conducta individual puede privar de eficacia a una asistencia sanitaria adecuadamente prestada, en caso de que no se respeten las prescripciones de los facultativos sobre postoperatorios, rehabilitación, hábitos de vida o consumo de fármacos (89).

Habida cuenta de esta realidad, podrían conseguirse resultados significativos a través de la promoción de conductas saludables entre los ciudadanos. Se trata de una ardua labor, pues exige una reconfiguración de los valores y hábitos de los ciudadanos que, en ocasiones, pueden estar intensamente arraigados. En esta línea, pueden utilizarse distintas técnicas administrativas (90).

Por lo que se refiere a la policía administrativa, con directa intervención limitativa sobre los derechos y libertades de los particulares, parece que la misma habría de reservarse para aquellas conductas de una mayor gravedad, a fin de evitar una interferencia indebida en la esfera de la libertad individual. Me refiero, por ejemplo, a la prohibición del consumo de drogas como acti-

(88) Así, por ejemplo, si el cáncer de mama afecta en un 98 % a mujeres y un 2 % a hombres, parece que una política de diagnóstico precoz debería poner especialmente el foco en el colectivo femenino. Ello, sin perjuicio de que, en atención a factores biológicos, sea complejo o imposible reducir la mayor propensión de las mujeres a sufrir dicha enfermedad.

(89) En este sentido, para el éxito de los tratamientos, se demuestra esencial la adherencia de los pacientes, entendida como el grado en que la conducta del paciente se corresponde con las indicaciones de los profesionales sanitarios, en relación con la toma de medicación, la modificación de hábitos o el respeto de dietas, según ha dispuesto la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003: 4 a 7).

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

(90) La elección de una u otra técnica dependerá en gran medida de cuál sea el impacto esperado sobre la conducta de los ciudadanos, debiendo definirse las oportunas relaciones de causalidad. A este respecto, resultan de gran relevancia los estudios que sirvan para acreditar dichas relaciones de causalidad, habiéndose defendido recientemente el desarrollo de estudios empíricos de grandes dimensiones, que permitirían analizar el impacto de diversas intervenciones. En este sentido, ROYER (2021).

vidad que, al menos, no debería tener lugar en espacios públicos para evitar su banalización, o a la persecución de la conducción temeraria.

Igualmente, es posible acudir a campañas de sensibilización y formación, que permitan a los ciudadanos tomar en consideración su propia capacidad de mejorar su salud. En este sentido, serían especialmente aconsejables las intervenciones en el ámbito educativo que ayuden a consolidar actitudes responsables desde la infancia. Desde otro enfoque, aunque también conectado con la sensibilización, puede limitarse la publicidad de cierto tipo de productos o servicios considerados singularmente nocivos para la salud (91).

Junto con las anteriores, se va a configurar como esencial la actividad de fomento, de modo que la ciudadanía cuente con estímulos para cambiar su conducta —pues ciertos ciudadanos requerirán de incentivos directos para cambiar sus rutinas por mera resistencia personal al cambio o por imposibilidad financiera (92). En este sentido, pueden ofrecerse estímulos con cargo a fondos públicos para la práctica de actividades deportivas, la mejora en la alimentación de ciertos colectivos o el uso de la bicicleta como medio de locomoción (93).

Además de los estímulos positivos, cabría recurrir a herramientas tributarias para penalizar ciertas actitudes, de modo que se mueva el ánimo de la ciudadanía a través del fisco. Así, por ejemplo, pueden articularse impuestos que afecten al consumo de alimentos que se revelan como singularmente nocivos para la salud, de modo que el incremento artificial de precios disuada de su consumo y lleve a la sustitución por otros que sí son saludables (94).

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

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

(93) Igualmente, pueden retirarse las medidas de fomento existentes respecto de ciertas actividades o alimentos no saludables, con la intención de alcanzar un efecto similar. Al respecto, se ha determinado que la eliminación de las subvenciones al azúcar, el queso y la mantequilla en Canarias —pensadas para asegurar el suministro— tendría un relevante impacto sobre la obesidad, según RODRÍGUEZ MIRELES, GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL y SERRA MAJEM (2021).

(94) A este respecto, cabe recordar la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, en la que se promueven políticas fiscales para aumentar el precio de venta al público de bebidas azucaradas, al considerar que un aumento sensible en los precios llevaría a una caída del consumo, disminuyendo dolencias como obesidad, caries y diabetes. Se trata del informe *Fiscal policies for Diet and Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs)*, de la Organización Mundial de la Salud, de octubre de 2016.

Con amparo en el mismo, en el caso español, se ha establecido un impuesto sobre bebidas azucaradas envasadas para Cataluña, en la Ley 5/2017 de 28 de marzo, que grave con

Por otra parte, como otros factores determinantes de la salud, aparecen los conectados con las circunstancias socioeconómicas de los individuos (95). Así, se ha observado que variables tales como el acceso a la vivienda, las condiciones laborales, la zona de residencia, la educación y el apoyo familiar y social tienen un impacto en la salud de los ciudadanos. Así, por ejemplo, las personas sin hogar cuentan con una esperanza de vida notablemente inferior a la de la población general (96), dicha esperanza de vida varía también en función del distrito de residencia (97), se observa como las personas de clases sociales más desfavorecidas tienen unas mayores tasas de sobrepeso y de obesidad (98), o se aprecia como quienes experimentan problemas financieros tienen más riesgo de padecer problemas de depresión o ansiedad (99). Gran parte de estos factores

0.10 euros por litro a las bebidas con contenido de entre 5 y 8 gramos de azúcar por cada 100 mililitros, y con 0,15 euros por litro, a las bebidas con contenido de azúcar superior a 8 gramos por 100 mililitros. Esta medida tributaria se habría visto acompañada de una reducción relevante del consumo —especialmente en aquellas zonas con mayores niveles de obesidad— de acuerdo con el estudio de VAL CASTELLÓ y LÓPEZ CASASNOVAS (2020).

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

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

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

Por otra parte, la esperanza de vida de la población de etnia gitana en España es notablemente inferior a la de la población general —en particular 11,3 años inferior para mujeres y 10,4 para hombres— de acuerdo con el informe *Roma in 10 european countries: main results*, European Union Agency for Fundamental Rights, de octubre de 2022, pp. 47 y 48 (accesible desde: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2022-roma-survey-2021-main-results_en.pdf).

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

(98) Así, parece haber correlación entre renta, sobrepeso y obesidad, de modo que la menor renta se asocia a mayores tasas de sobrepeso y obesidad. En este sentido, por ejemplo, el estudio *Adiós a la dieta mediterránea: Nutrición y hábitos saludables de la infancia en España*, de Save the Children, de marzo de 2022, p. 12.

En particular, para un estudio sobre la obesidad de menores en la ciudad de Barcelona, se apreció una diferencia enorme entre la tasa de obesidad del barrio con mayor renta —3,4 %— y el de una menor renta —21,9 %—. Así, SERRAL CANO, BRU CIGES *et al.* (2019).

(99) Sobre el particular, por ejemplo, se ha encontrado cierta evidencia en el estudio de SKAPINAKIS, WEICH *et al.* (2006).

socioeconómicos se relacionan muy estrechamente con una variable principal, como es el nivel de ingresos. Y es que unos ingresos más elevados ayudarían a proveerse de unas mejores herramientas —servicios, productos o conocimientos— para abordar con mayores garantías el cuidado de la salud.

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

De igual modo, debe asegurarse una educación suficiente que facilite a los ciudadanos adquirir formación esencial que les permita conocer las implicaciones de ciertos fenómenos en su salud, de modo que puedan evitar situaciones que generen riesgos (100). Junto con la educación habrían de reforzarse redes de apoyo y cooperación —con la vista puesta especialmente en el tercer sector— que se revelan como fundamentales para ciertos colectivos, como personas que se sienten aisladas, enfermos crónicos, o quienes padecen enfermedades mentales y adicciones. En estos casos, la pertenencia a un colectivo y el apoyo mutuo podrían ayudar a reducir la necesidad de demandar servicios sanitarios (101).

Por otra parte, se ha de promover el empleo estable y asegurar el respeto de la regulación en materia laboral y de prevención de riesgos, evitando

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

Además de la educación, se han defendido los efectos benéficos de la cultura en la salud, apreciando mejoras derivadas de la asistencia a actividades culturales en términos de salud mental, dolor crónico o bienestar. Sobre este particular, puede estarse al documento de FAN COURT y FINN (2019). Igualmente, estas conexiones se están testando a través de un proyecto financiado con fondos europeos, como es el proyecto Culture For Health (<https://www.cultureforhealth.eu/>).

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

afecciones directas a la salud y reduciendo al mínimo los siniestros a través de una intensa supervisión pública (102). En relación con el control, el marco jurídico y la actividad policial y judicial deben permitir el mantenimiento de un adecuado nivel de seguridad pública en todo el territorio, habida cuenta de los daños físicos y psíquicos derivados de la comisión de delitos y del efecto criminógeno adicional que tiene la degradación generalizada de ciertas zonas.

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

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

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

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

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

Habida cuenta de la existencia de estos múltiples determinantes de la salud, que van más allá de la asistencia sanitaria, será necesario —como se ha adelantado— adoptar un enfoque holístico de la salud, considerando la misma en todas las políticas públicas que puedan incidir sobre ella, siquiera de forma tangencial (103). Así, a la hora de elaborar políticas sectoriales —en materia de empleo, educación, medio ambiente, vivienda u otras áreas— debe considerarse su influencia en la salud. Y ello bien sea de forma principal —por ser la promoción de la salud el objetivo primario pretendido por las medidas— como de forma accesoria —siendo la salud uno de los múltiples ámbitos en los que las medidas indiquen.

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

En cualquier caso, y retomando la senda de sostenibilidad en la que se incardina el presente trabajo, hemos de tener presente que la existencia de múltiples factores determinantes de la salud de los ciudadanos puede permitir el seguimiento de políticas preventivas, que reduzcan las demandas de servicios sanitarios (104). Así, incidiendo sobre ciertos factores se evitarían o minorarían algunos problemas de salud, lo que disminuiría los fondos dedicados a su tratamiento. Igualmente, los ahorros del sistema sanitario se complementarían con un menor gasto en prestaciones sociales vinculadas a dolencias que generan incapacidad temporal o permanente.

Este enfoque preventivo alcanza, por supuesto, a medidas directamente vinculadas con el ámbito sanitario y, más concretamente, con la salud pública, siendo paradigmático el desarrollo de campañas de inmunización entre la ciudadanía (105). Sin embargo, esta perspectiva puede —y debe— trasladarse a otras áreas donde se hayan localizado factores determinantes de la salud. Así, en muchas ocasiones, será menos oneroso económicamente incidir sobre

(103) Se trata del enfoque conocido «Salud en todas las políticas» defendido por STAHL, WISMAR *et al.* (2006).

(104) Por lo que se refiere al impacto presupuestario de las medidas de prevención, el gasto per cápita en España de 95 euros anuales, relativamente por debajo del gasto medio de la UE, situado en 250 euros anuales. Ello, de acuerdo con los datos contenidos en el informe COMISIÓN EUROPEA (2023: 10).

(105) La vacunación —salvo algunas excepciones— se ha demostrado como una de las políticas de salud más coste-eficientes, pues los costes de la inmunización son relativamente reducidos en relación con los que derivan de las dolencias evitadas. En este sentido, por ejemplo, ARMSTRONG (2007), o GARCÍA ALTÉS (2013).

otras variables que prestar los correspondientes servicios sanitarios, de lo que se deduciría un ahorro presupuestario global (106). De hecho, ciertas medidas que afectan a la salud tienen impacto presupuestario nulo o muy reducido o, incluso, permiten obtener recaudación adicional —como en el caso del establecimiento de figuras tributarias que desincentivan ciertas actividades.

La fijación del concreto impacto presupuestario de una política que incide sobre determinantes de la salud es una tarea ardua —quizás sometida a irreductibles dosis de incertidumbre— habida cuenta de que las relaciones que unen causas y consecuencias distan mucho de seguir patrones sometidos a fórmulas exactas. En consecuencia, será esencial el recurso al análisis económico del derecho que, a través del desarrollo de estudios de caso concreto, permita orientar a los poderes públicos para configurar las soluciones jurídicas más eficientes. En este sentido, se requerirá la configuración de equipos pluridisciplinarios, en los que coincidan, entre otros, profesionales sanitarios, juristas, economistas o expertos en gestión de procesos y organizaciones.

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

VI. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

En esta línea, la apuesta por la universalización de la cobertura puede compatibilizarse con la repercusión de los costes asumidos por el sistema público a terceros, en caso de que dichos terceros hubieran asumido la obligación de financiar contingencias sanitarias. No se trataría, por tanto, de excluir a ciudadanos de la protección, sino de asegurar que no se asumen costes impropios. Esta perspectiva se halla presente en distintos supuestos,

como la suscripción obligatoria de pólizas de seguro vinculadas a actividades que implican riesgos, la articulación de herramientas para la recuperación del coste de los servicios prestados a ciudadanos beneficiarios de asistencia sanitaria en otros Estados y que no sean residentes en España, o la imposición de deberes normativos de satisfacción de costes en casos de existencia de responsabilidad criminal o civil.

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

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

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

A su vez, y aunque por motivos de espacio el presente análisis no pueda extenderse más allá, existen otras muchas vías de intervención administrativa

que permitirían reforzar la sostenibilidad del derecho a la salud. Así, por ejemplo, habrían de articularse medidas tendentes a incrementar la eficiencia del sistema sanitario, de modo que, con unos recursos dados, se permita la obtención de mejores resultados. Ello a través de la introducción de cambios sobre las estructuras, procesos, tecnologías y terapias actualmente vigentes, de modo que los mismos permitan una mejor asignación de los recursos existentes. Igualmente, la sostenibilidad del sistema sanitario público podría apuntarse desde la forma en la que se adquieren los productos y servicios sanitarios precisos pues, habida cuenta de los grandes volúmenes destinados a adquisiciones, alcanzar discretos grados de mejora tendría un impacto presupuestario notable. En este ámbito, no obstante, se ha de lograr un difícil equilibrio, pues los productos y servicios adquiridos para el tratamiento de los pacientes han de ser asequibles, pero también deben cumplir efectivamente con sus cometidos —evitando las dolencias y complicaciones innecesarias— y ha de asegurarse un suministro adecuado y estable.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- AIREF (2019): *Spending Review: Medicamentos dispensados a través de receta médica*, Madrid, AIREF.
- ARBELÁEZ, Mónica y GARCÍA-VÁZQUEZ, Sonia (2009): «El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes», en Eliseo AJA FERNÁNDEZ (coord.), *Los derechos de los inmigrantes en España*, Valencia, Tirant lo Blanch, pp. 437-462.
- ARMSTRONG, Edward P. (2007): «Economic benefits and costs associated with target vaccinations», en *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, vol. 13, núm. 7, pp. 12-15.
- BALAGUER PÉREZ, Amalia (2021): El derecho a la salud de los migrantes, en José María PORRAS RAMÍREZ y María Dolores REQUENA DE TORRE (coords.), *La inclusión de los migrantes en la Unión Europea y España. Estudio de sus derechos*, Cizur Menor, Aranzadi, pp. 411-442.
- BARBER, Sarah L., VAN GOOL, Kes et al. (2021): *Pricing long-term care for older persons*, OECD y World Health Organization.
- BARRANCO VELA, Rafael y PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco (dirs.) (2013): *Derecho y salud en la Unión Europea*, Granada, Comares.
- BAUZÁ MARTORELL, Felio José (2022): «El Derecho Administrativo como límite a la intervención regulatoria, subvencional y prestacional», en *Revista Española de Derecho Administrativo*, núm. 223, pp. 73-118.
- BENACH, Joan; TARAFÁ, Gemma y MUNTANER, Carles (2012): «El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política», en *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, núm. 1, pp. 80-82.

- BENÍTEZ-LLAMAZARES, Nuria (2020): «La financiación de la sanidad pública española. Especial referencia a la crisis sanitaria generada por COVID-19», en *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 5 núm. 2, pp. 356-372.
- BORRAZ PERALES, Susana (2021): «Escenarios de evolución del gasto sanitario e impacto esperado de la pandemia en el medio plazo», en *Cuadernos de Información económica*, núm. 281, pp. 65-77.
- CANTERO MARTÍNEZ, Josefa (2014): «Universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias públicas», en *Derecho y Salud*, vol. 24, núm. Extra 1, pp. 108-132.
- CAVAS MARTÍNEZ, Faustino (2019): «El reembolso del gasto sanitario frente a terceros obligados al pago», en *Revista Derecho Social y Empresa*, núm. 10, pp. 1-23.
- CIERCO SEIRA, César (2006): *Administración pública y salud colectiva: el marco jurídico de la protección frente a las epidemias y otros riesgos sanitarios*, Granada, Comares.
- COLLINS, Sara R. y RASMUSSEN, Petra W. (2014): *Too High a Price: Out-of-Pocket Health Care Costs in the United States*, The Commonwealth Fund.
- COMISIÓN EUROPEA (2014): «Identifying Fiscal Sustainability Challenges in the Areas of Pension, Health Care and Long-term Care Policies», en *European Economy Occasional Papers*, núm. 201, pp. 1-52.
- (2023): *State of Health in the EU España: Perfil sanitario nacional 2023*, Comisión Europea.
- DE LA VILLA GIL, Luis Enrique (2006): «El derecho constitucional a la salud», en María Emilia CASAS BAAMONDE; Jesús CRUZ VILLALÓN y Federico DURÁN LÓPEZ (coords.), *Las transformaciones del derecho del trabajo en el marco de la Constitución española: estudios en homenaje al profesor Miguel Rodríguez-Piñero y Bravo-Ferrer*, Madrid, Wolters Kluwer, pp. 969-1004.
- ESCOBAR ROCA, Guillermo (2014): «El derecho a la salud», en Albert NOGUERA FERNÁNDEZ y Adoración GUAMÁN HERNÁNDEZ (dirs.), *Lecciones sobre Estado Social y Derechos Sociales*, Tirant lo Blanch, Valencia, pp. 452-475.
- FANCOURT, Daisy y FINN, Saoirse (2019): *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*, Organización Mundial de la Salud.
- FONDO MONETARIO INTERNACIONAL (2007): *Manual on Fiscal Transparency*, Washington, DC., Fondo Monetario Internacional.
- GARCÍA ALTÉS, Anna (2013): «Systematic review of economic evaluation studies: Are vaccination programs efficient in Spain?», en *Vaccine*, vol. 31, núm. 13, pp.1656-1665.
- GARRIDO FALLA, Fernando (1980): «Artículo 43», en Fernando GARRIDO FALLA (dir.), *Comentario a la Constitución*, Madrid, Civitas, pp. 500-503.

- GÓMEZ ZAMORA, Leopoldo J. (2013): «Terceros obligados al pago y régimen jurídico del aseguramiento obligatorio de la asistencia sanitaria», en Alberto PALOMAR OLMEDA y Josefa CANTERO MARTÍNEZ (dir.), *Tratado de Derecho Sanitario*, vol. I, Cizur Menor, Aranzadi, pp. 253-286.
- HERCE SAN MIGUEL, José Antonio (2006): «El copago sanitario: recaudar o moderar», en *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*, Murcia, Laborum, pp. 27-41.
- HURTADO, Samuel e IZQUIERDO, Mario (2023): «Efectos económicos de un posible deterioro duradero en la salud general de la población española», *Boletín Económico del Banco de España*, núm. 2023/T1 20, pp. 1-9.
- JIMÉNEZ COMPAIRED, Ismael (2004): «La financiación de los servicios sanitarios», en Juan María PEMÁN GAVÍN (coord.), *Derecho sanitario aragonés: estudios sobre el marco jurídico de la sanidad en Aragón*, Zaragoza, Cortes de Aragón, pp. 535-572.
- KIMA, Jiyun; KOB, Sukyoung y YANG, Bongmin (2005): «The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea», en *Health Policy*, núm. 72, pp. 293-300.
- LAFRAMBOISE, Hubert L. (1973): «Health Policy: breaking the problem down in more manageable segments», en *Canadian Medical Association Journal*, núm. 108, pp. 388-393.
- LALONDE, Marc (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Minister of Supply and Services Canada.
- LEGIDO-QUIGLEY, Helena; BERROJALBIZ, Itxaso; FRANCO, Manuel; GEA-SÁNCHEZ, Montserrat et al. (2023): «Towards an equitable people-centred health system for Spain», *The Lancet*, vol. 403, núm. 10424.
- LEMA AÑÓN, Carlos (2009): *Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social*, Madrid, Dykinson.
- LORENZONI, Luca; MARINO, Alberto; MORGAN, David y JAMES, Chris (2019): «Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology», en *OECD Health Working Papers*, núm. 110, pp. 1-46.
- LOSTAO, Lourdes; REGIDOR, Enrique; GEYER, Siegfried y AÏACH, Pierre (2007): «Patient cost sharing and social inequalities on access to health care in three western European countries», en *Social Science & Medicine*, vol. 65, núm. 2, pp. 367-376.
- LUCAS DURÁN, Manuel (2016): «Reflexiones jurídicas sobre el copago sanitario», en *Crónica tributaria*, núm. 160, pp. 125-164.
- MARTÍN LÓPEZ, Jorge (2002): «El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad», en *Presupuesto y gasto público*, núm. 29, pp. 87-118.

- MARTÍNEZ RUANO, Pedro (2015): «La configuración constitucional del derecho a la salud», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco y RUIZ LÓPEZ, Francisca (dirs.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Granada, Comares, pp. 19-34.
- MEGÍAS BAS, Antonio y LÓPEZ ANIORTE, María Del Carmen (2019): «El régimen de copago de la prestación farmacéutica y su impacto en las mujeres pensionistas», en *Revista Derecho social y empresa*, núm. 10, pp. 65-85.
- OCDE (2015): *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*, París, OCDE.
- (2019): «Out-of-pocket Spending: Access to Care and Financial Protection», en *OCDE Policy Brief*, núm. april/2019, pp. 1-4.
 - (2023): *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, París, OCDE.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003): *Adherence to long term therapies: evidence for action*, Ginebra, World Health Organization.
- PEMÁN GAVÍN, Juan María (2008): «Sobre el derecho constitucional a la protección de la salud», en *DS: Derecho y salud*, vol. 16, núm. Extra 2, pp. 29-62.
- PORTELL SALOM, Nuria (2019): «Terceros obligados al pago de gastos sanitarios. Derecho de la Administración a reclamar el coste», en *DS: Derecho y salud*, vol. 29, nº. Extra 1, pp. 210-219.
- PUIG JUNOY, Jaume (2001): «Los mecanismos de copago en servicios sanitarios: cuándo, cómo y por qué», en *Hacienda Pública Española/Review of Public Economics*, núm. 158, pp. 105-134.
- PUIG JUNOY, Jaume; RODRÍGUEZ-FEIJÓO, Santiago; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, Beatriz y GÓMEZ-NAVARRO, Vanessa (2016): «Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para la obstrucción crónica del flujo aéreo», en *Revista Española de Salud Pública*, núm. 90, pp. 1-15.
- QUIRÓS HIDALGO, José Gustavo (2006): «La participación del beneficiario en el coste de la prestación farmacéutica», en *La economía de la seguridad social: sostenibilidad y viabilidad del sistema*, Murcia, Laborum, pp. 73-98.
- RICE, Thomas; ANDERS, Wilm *et al.* (2018): «Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries», en *BMC Health Services Research*, núm. 18, pp. 1-18.
- RODRÍGUEZ MIRELES, SILVIA; GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, Beatriz y SERRA MAJEM, Lluís (2021): «When Industrial Policies Conflict With Population Health: Potential Impact of Removing Food Subsidies on Obesity Rates», en *Value in Health*, vol. 24, núm. 3, pp. 336-343.
- ROYER, Heather (2021): «Benefits of megastudies for testing behavioural interventions», en *Nature*, vol. 600, núm. 7889, pp. 392-393.

- RUBIO VELASCO, María Fuencisla (2021): «El arduo camino hacia la universalidad de la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares en España», en *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 6, núm. 1, pp. 343-369.
- RUIZ LÓPEZ, Francisca (2015): «El derecho a la salud en el estado social», en PÉREZ GÁLVEZ, Juan Francisco y RUIZ LÓPEZ, Francisca (dirs.), *Reconstrucción y gestión del sistema de salud*, Granada, Comares, pp. 35-68.
- SÁENZ ROYO, Eva (2022): *La financiación de la sanidad y de la educación en el Estado autonómico. Reformas necesarias a la luz de la experiencia comparada*, Madrid, Marcial Pons.
- SALAMERO TEIXIDÓ, Laura (2020): *Retos del derecho a la salud y de la salud pública en el siglo XXI*, Cizur Menor, Aranzadi.
- SKAPINAKIS, Petros; WEICH, Scott *et al.* (2006): «Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK, Longitudinal study in the general population in the UK», en *British Journal of Psychiatry*, núm. 189, pp. 109-117.
- SERRAL CANO, Gemma; BRU CIGES, Raquel *et al.* (2019): «Sobrepeso y obesidad infantil según variables socioeconómicas en escolares de tercero de Primaria de la ciudad de Barcelona», en *Nutrición Hospitalaria*, vol. 36, núm. 5, pp. 1043-1048.
- SOLANAS SAURA, Pascual (coord.) (2011): *COPAGO Conclusiones desde la evidencia científica*, Barcelona, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- STAHL, Timo; WISMAR, Matthias *et al.* (2006): *Health in all policies, Prospects and Potentials*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health of Finland.
- THOMSON, Sarah; FOUBISTER, Tom *et al.* (2009): *Addressing financial sustainability in health systems*, Copenhage, World Health Organization.
- VALL CASTELLÓ, Judit y LÓPEZ CASASNOVAS, Guillem (2020): «Impact of SSB taxes on sales», en *Economics & Human Biology*, núm. 36.
- VIADÉ JULIÀ, Jordi (2015): «El papel del podólogo en la atención al pie diabético», en *Angiología*, vol. 67, núm. 6, pp. 483-487.
- WIESELER, Beate; MCGAURAN, Natalie y KAISER, Thomas (2019): «New drugs: where did we go wrong and what can we do better?», en *BMJ Analysis*, pp. 1-8.
- VILLAR ROJAS, Francisco José (2023): «La sostenibilidad (financiera) de los servicios públicos», en *Revista de Derecho Público: Teoría y Método*, vol. 7, pp. 7-40.