

PROPUESTAS PARA ESPAÑA
EL GASTO EN SALUD EN ESPAÑA:
ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

AUTORES:

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL
SANTIAGO LAGO PEÑAS

PROPUESTAS PARA ESPAÑA
EL GASTO EN SALUD EN ESPAÑA:
ANÁLISIS Y RECOMENDACIONES

AUTORES:

BEATRIZ GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL
SANTIAGO LAGO PEÑAS

1- Ese documento es una ampliación y actualización del trabajo de Beatriz González López-Valcarcel publicado en 2026 por el IVIE bajo el título El gasto en salud (DOI: https://doi.org/10.12842/WPIVIE_0226)

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO

1. INTRODUCCIÓN

2. FUENTES Y METODOLOGÍA

3. COMPARACIONES INTERNACIONALES DE LOS GRANDES AGREGADOS DEL GASTO SANITARIO

4. LA DINÁMICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO EN ESPAÑA

5. CARACTERÍSTICAS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO: DESCENTRALIZACIÓN Y DERIVA HACIA EL HOSPITAL

6. COMPARANDO RECURSOS Y ACTIVIDAD DEL SNS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

7. GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

8. EL PAPEL DE LOS PRECIOS

9. VALUE FOR MONEY FRENTE A IMPACTO PRESUPUESTARIO

10. LOS GRANDES PROPULSORES DEL GASTO SANITARIO

11. SOBRE EL DOBLE DIVIDENDO DE LOS BUENOS HÁBITOS: MEJOR SALUD Y MENOS GASTO

12. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

Editado por el Foro Económico de Galicia
Junio de 2026

RESUMEN EJECUTIVO

1. El gasto en salud desborda el contenedor presupuestario del gasto en Sanidad. Bajo el paradigma “salud en todas las políticas”, las políticas de vivienda, urbanismo, trabajo o de erradicación de la pobreza pueden generar salud de manera más eficaz que la política sanitaria en ocasiones. La prevención no clínica es muy efectiva a bajo coste. Por ejemplo, la drástica reducción de los fallecidos en accidentes de tráfico en España desde principios de los años noventa se logró principalmente por políticas de seguridad vial, no por mejoras en los servicios hospitalarios. Sin embargo, la ausencia de estadísticas de gasto en salud obliga a centrar el análisis en el gasto sanitario.

2. España gasta en sanidad cerca de la media de la OCDE

El gasto sanitario total en España alcanzó el 9,2% del PIB en 2024, una décima por debajo de la media de la OCDE (9,3%), lo que nos sitúa en el segundo cuartil de la UE-27. El gasto sanitario público (GSP) representa el 15% del gasto público total, en línea con la media de la OCDE, y ha aumentado un punto porcentual desde 2013. Las proyecciones indican que el GSP crecerá menos en España que en la mayoría de los países de la UE-27 entre 2024 y 2045.

3. Crecimiento histórico del GSP, con episodios de contracción. En perspectiva de largo plazo, el GSP ha multiplicado por más de tres su participación en el PIB desde 1970: del 2% al 6,7% en 2024. En términos reales, entre 2002 y 2024 el GSP creció un 84%. No obstante, se aprecian dinámicas contractivas en tres periodos (1985-87, 1994-2002 y 2010-2013), seguidas siempre de recuperaciones intensas.

4. El GSP está muy descentralizado y es desigual entre comunidades autónomas. Las Comunidades Autónomas ejecutan el 93,6% del GSP. El gasto per cápita varía en 2024 entre 1.658 € (Andalucía) y 2.332 € (País Vasco). Esta desigualdad responde a tres factores: diferencias en necesidades de gasto por habitante (envejecimiento, escala poblacional, dispersión...), recursos del sistema de financiación autonómica, y preferencias políticas e institucionales.

5. Deriva estructural del gasto hacia el hospital. El GSP hospitalario absorbe el 62% del total en 2024, frente al 28,8% de la atención primaria. La ratio hospital/primaria ha pasado de 3,5 en 2002 a 4,3 en 2024. Ajustando por inflación, el gasto hospitalario creció un 86%, el de atención primaria un 52% y el de medicamentos de prescripción apenas un 4%. La contención del gasto en recetas ha liberado recursos hacia el hospital.

6. Los indicadores de productividad del SNS muestran señales de deterioro

En la década de 2014-2024, el GSP creció un 56% mientras la población solo aumentó un 4,7%. Los recursos humanos crecieron más que la actividad asistencial: ingresos hospitalarios e intervenciones quirúrgicas se estancan o caen, mientras las urgencias hospitalarias crecen un 18,7%. España es el segundo país de la OCDE en frecuentación de urgencias (69 por 100 habitantes), más del doble de la media, con tasas bajas de consultas presenciales y hospitalizaciones en perspectiva internacional.

7. La reforma del sistema de financiación autonómica es una prioridad sanitaria

Pendiente desde 2014, la reforma del sistema de financiación autonómica tiene dos prioridades desde la perspectiva sanitaria: corregir situaciones de infrafinanciación estructural en algunas comunidades, y mejorar la suficiencia global para afrontar tensiones persistentes al alza. La solución no pasa por financiación condicionada ni por compartimentos estancos para la sanidad, sino por ampliar la autonomía tributaria y reforzar la corresponsabilidad autonómica. También es urgente aprovechar mejor la capacidad de experimentación que ofrecen 17 sistemas autonómicos, mediante eva-

luación rigurosa y difusión de buenas prácticas.

8. Los precios sanitarios en España son bajos; los de medicamentos, opacos

El nivel de precios de la sanidad ajustado por PPA es de 67 en España frente a una media de 100 en la OCDE, lo que explica en parte la relativa moderación del GSP. Los precios de los medicamentos presentan enorme variabilidad internacional y cierta opacidad en España: el precio “notificado” difiere del precio realmente pagado, según acuerdos bilaterales confidenciales. Este sistema adelanta el acceso a la innovación, pero genera problemas de transparencia y puede inducir comportamientos estratégicos por parte de la industria.

9. Los tres grandes propulsores del gasto sanitario definen los retos de política

- **Envejecimiento poblacional:** una persona mayor de 85 años gasta 8,5 veces más que un adolescente. La clave del GSP futuro está en el envejecimiento saludable y la prevención a lo largo de la vida.

- **Innovación tecnológica, especialmente farmacia hospitalaria:** el gasto en farmacia hospitalaria creció un 107% en la última década y ya repre-

senta el 43% del gasto farmacéutico total. Las terapias avanzadas (génicas, celulares) supondrán una presión creciente. El reto es institucionalizar la evaluación de “value for money” y “acelerar el acceso a la innovación coste efectiva para evitar el uso desproporcionado de las puertas traseras, como los medicamentos en situaciones especiales, que eluden los criterios de coste de efectividad”..

- **Organización asistencial:** La integración asistencial, las estrategias de cronicidad y la reorganización de la atención primaria tienen un enorme potencial de ahorro y creación de valor terapéutico. Al contrario, las ineficiencias, la falta de integración asistencial y la medicina defensiva son grandes propulsores del gasto. España innova

mucho en gestión sanitaria, pero evalúa y difunde poco. Hay que evaluar más y escalar las buenas prácticas.

10. La prevención es la estrategia de sostenibilidad más rentable

Según simulaciones de la OCDE, si España redujera la prevalencia de los principales factores de riesgo hasta el nivel del mejor cuartil de países, el ahorro potencial anual alcanzaría unos 4.278 millones de dólares PPA. Las prioridades son la obesidad y el sedentarismo, el tabaquismo, la dieta poco saludable y la contaminación atmosférica. Invertir en prevención no es un gasto complementario o discrecional, sino una estrategia central para la sostenibilidad fiscal y sanitaria del SNS.

1. INTRODUCCIÓN

Desde un punto de vista conceptual, el gasto en salud desborda ampliamente el perímetro del gasto sanitario; y, desde un punto de vista presupuestario, se halla disperso en múltiples departamentos gubernamentales. Bajo el paradigma de “salud en todas las políticas”, se reconoce que las políticas de vivienda, de urbanismo, laborales, de erradicación de la pobreza y otras políticas públicas generan salud, incluso con un impacto superior al de la propia política sanitaria. Porque la prevención no clínica y la promoción de la salud son herramientas muy efectivas a un coste limitado. Por ejemplo, en 1990 murieron 5.736 personas en accidentes de tráfico en España. En 2024, hubo 1.785 fallecidos. Esta drástica reducción, que se amplifica al expresarla en términos relativos (de 208 a 37 fallecidos por millón de habitantes), se consiguió mediante políticas de seguridad vial de la Dirección General de Tráfico, mejorando las infraestructuras y, sólo en una pequeña parte, el servicio del 112 y el de las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales.

No obstante, esa amplitud dificulta el trazado y la cuantificación del gasto en salud. De hecho, no existen estadísticas de gasto en salud. Por ese motivo, este documento pone el foco en el gasto sanitario, aunque no perderemos de vista que lo importante es la salud y no la actividad del sector sanitario per se.

2. FUENTES Y METODOLOGÍA

En las últimas décadas, se ha avanzado sustancialmente en la disponibilidad de datos de gasto sanitario internacionalmente comparables. La OCDE, en alianza con la Comisión Europea y la OMS y con la colaboración de los gobiernos nacionales, mantiene una base de datos de salud, accesible en línea, que se actualiza anualmente en noviembre. La edición de 2025 será la fuente principal cuando se tracen comparaciones internacionales en lo que sigue. Una información que complementamos con otros documentos de la propia OCDE (2025a). Para España, el Ministerio de Sanidad compila y publica los presupuestos iniciales de sanidad de las CCAA (Ministerio de Sanidad, 2025a) y elabora una Estadística de Gasto Sanitario Público (GSP), con datos correspondientes a 2024, en el momento de redactar este documento (Ministerio de Sanidad, 2025a). Finalmente, desde 2015, el Ministerio de Hacienda proporciona los datos mensuales de gasto en farmacia y en productos sanitarios, incluyendo el de prescripción (en atención primaria y ambulatoria, que se dispensa en oficinas de farmacia) y el de dispensación hospitalaria (Ministerio de Sanidad, 2025b).

Las estadísticas de la OCDE se basan en un sistema de cuentas de salud establecido en 2011 (*OECD et al, 2017*), que diferencia entre agentes y mecanismos financiadores y clasifica el gasto sanitario según funciones (atención sanitaria curativa, rehabilitadora, en cuidados de larga

duración, servicios auxiliares, insumos médicos, prevención, gastos de administración y otros) y según tipos de proveedor (nueve grandes grupos, con subgrupos). El GSP incluye dos mecanismos: el financiado por los presupuestos públicos estatales o subestatales, y las primas de seguros obligatorios; tanto cuotas de seguridad social como seguros sociales. Para la definición y cuantificación del GSP no es tan relevante el agente financiador como el mecanismo o esquema de financiación.

3. COMPARACIONES INTERNACIONALES DE LOS GRANDES AGREGADOS DEL GASTO SANITARIO

En el resumen de *Health at a Glance* 2025, la OCDE destaca algunos hechos estilizados para el conjunto de países miembros de la Organización:

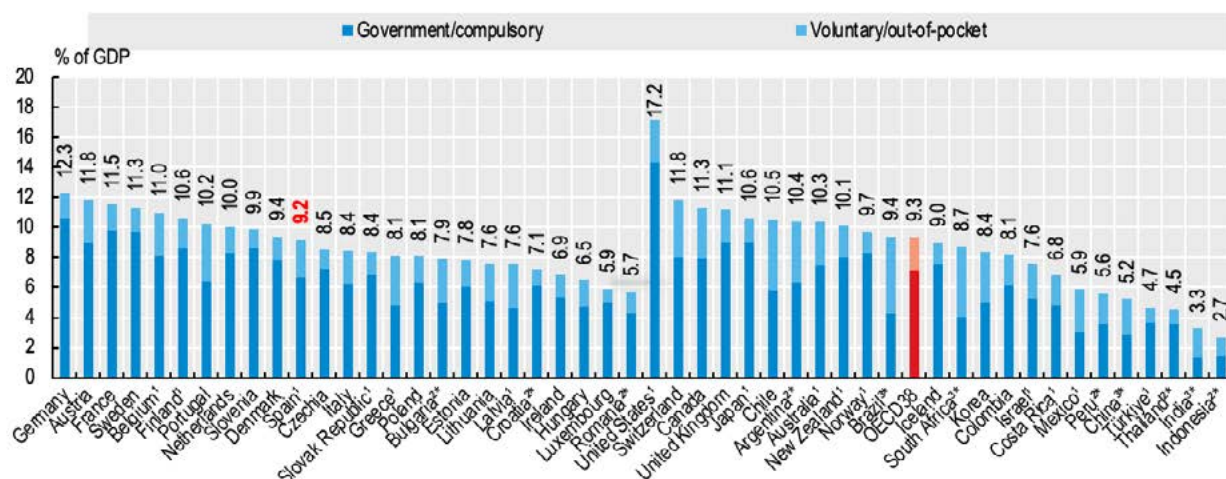
1. En el año 2024, el gasto sanitario supuso el 9,3% del PIB y ya ha recuperado el nivel de prepandemia. En 16 países de la OCDE supera el 10%.
2. El GSP representa alrededor del 15% del gasto público total.
3. En promedio, el gasto público supondrá 1,5 puntos adicionales del PIB hasta 2045, impulsado principalmente por el cambio tecnológico, el aumento de las expectativas sobre la sanidad y el envejecimiento de la población.
4. La tecnología, la mayor longevidad y las expectativas de la población son los grandes propulsores del gasto sanitario.

5. Resulta necesario prestar mayor atención a la prevención y al balance gasto-resultado en el ámbito de la salud (*value for money*).

Para el caso de España, la lista del anterior se concreta de la siguiente manera:

1. El gasto sanitario en 2024 es el 9,2% del PIB, una décima por debajo de la media de la OCDE. Limitando la comparación a la UE-27 (figura 1), España ocupa la undécima posición de 25 países con datos, lo que nos sitúa en el segundo cuartil.
2. España se sitúa en la media de la OCDE en GSP respecto al gasto público total (15%), y ha aumentado un punto porcentual desde 2013, lo mismo que la media de la UE-27.
3. La OCDE estima un aumento menor del GSP sobre el PIB para España entre 2024 y 2045 que el que experimentará el conjunto de la OCDE. Estas proyecciones se basan en un análisis desagregado por grupos etarios de cinco años, considerando exógenos el crecimiento de la renta, las restricciones de productividad, los cambios demográficos y la innovación tecnológica (OECD, 2024). Comparando entre sí las proyecciones para los 22 países de la UE-27 con datos, el GSP en España crecerá menos que en 15 países (OECD, 2025b).
4. El gasto en prevención en España (3% del GSP) está en línea con los demás países de la OCDE y de la UE-27. La OCDE advierte que debería aumentarse.

FIGURA 1



Note: 1. OECD estimate for 2024. 2. Refers to 2023. 3. Refers to 2022. * Refers to accession/partner country

Fuente: OECD, 2025b

4. LA DINÁMICA DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO Y PRIVADO EN ESPAÑA

En 2023, el gasto sanitario público representó el 74% del gasto sanitario total. El restante 26% del gasto es privado y, dentro de este, la mayor parte corresponde a “gasto de bolsillo”. Las primas de seguros voluntarios apenas representan el 6% del gasto sanitario.

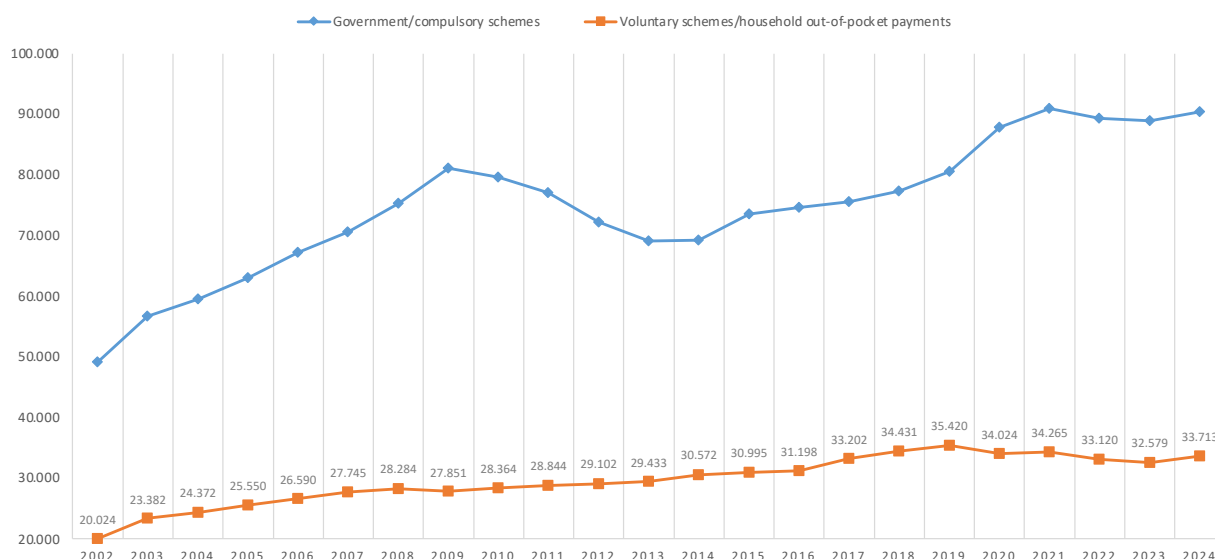
Partiendo de 2002, año de la culminación de las transferencias sanitarias a las CCAA que todavía formaban parte de In-salud Gestión Directa, hasta 2024, el GSP real a precios constantes de 2020 aumentó un 84% (figura 2) y el gasto privado un 68%. Si retrocedemos más en el análisis, el gasto sanitario en España representaba en 1970 el 3,1% del PIB (2% del GSP). La participación en el PIB se triplicó des-

de entonces; algo más la del GSP. Como muestra la figura 3, en ese marco expansivo general, la dinámica es contractiva durante tres periodos (1985-87, 1994-2002 y 2010-2013). Inmediatamente después de cada uno de ellos, aumenta con fuerza la pendiente de la serie, compensando el efecto de esas dinámicas de corto plazo.

5. CARACTERÍSTICAS DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO: DESCENTRALIZACIÓN Y DERIVA HACIA EL HOSPITAL

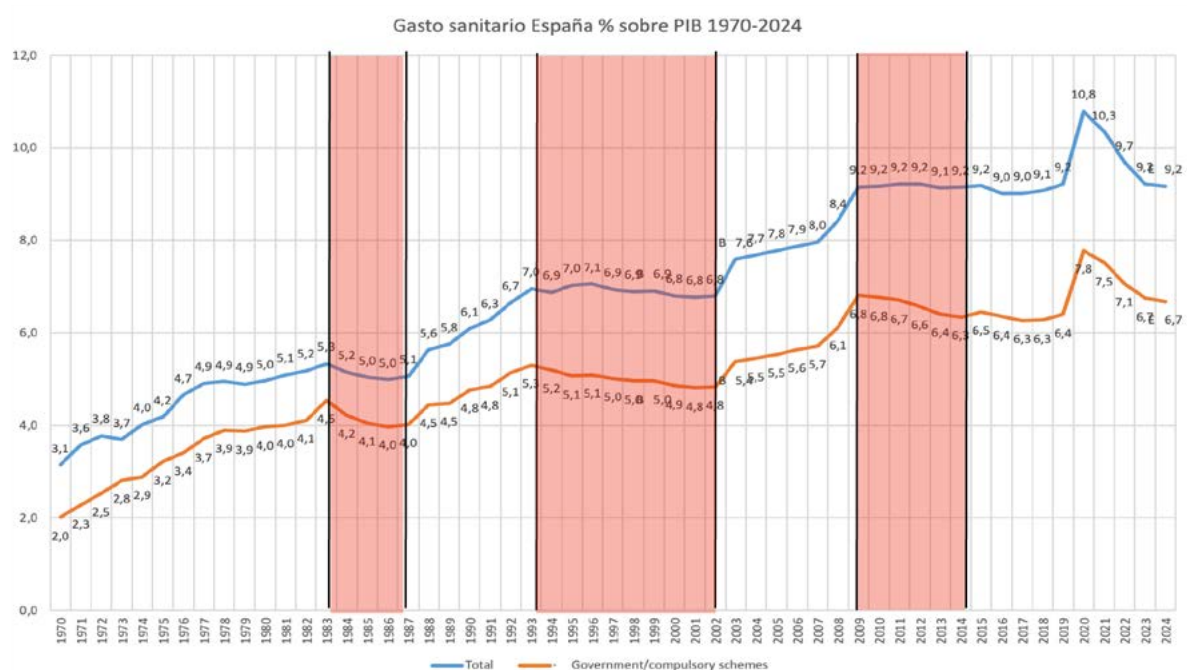
El GSP está muy descentralizado en España: en 2024, el 93,6% lo ejecutaron las Comunidades Autónomas. Aunque este porcentaje aumentó durante la pandemia, debido a las necesidades financieras de una parte de las soluciones implementadas, ha vuelto al nivel previo. Según la Estadística de GSP, en 2024 el gasto per

FIGURA 2



Fuente: OECD, 2025b

FIGURA 3



Fuente: OECD, 2025b

cápita presenta un rango de variación entre CCAA que va desde 1.658 € a 2.332 € (tabla 1): el País Vasco gasta un 41% más que Andalucía. Este diferencial se ha mantenido estable en la última década.

Excluyendo las comunidades forales, el diferencial máximo-mínimo en GSP per cápita es del 40% y lo marcan Andalucía y Asturias.

Esa diversidad del gasto sanitario en-

TABLA 1

Comunidad Autónoma	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	14.337	6,8%	1.658
Aragón	2.971	6,0%	2.190
Asturias (Principado de)	2.347	7,8%	2.322
Balears (Illes)	2.428	5,4%	1.956
Canarias	4.574	7,9%	2.036
Cantabria	1.326	7,5%	2.242
Castilla y León	5.306	7,2%	2.218
Castilla-La Mancha	4.136	7,4%	1.957
Cataluña	16.611	5,5%	2.061
Comunidad Valenciana	10.017	6,8%	1.867
Extremadura	2.365	8,9%	2.246
Galicia	5.603	6,8%	2.071
Madrid (Comunidad de)	12.535	4,0%	1.779
Murcia (Región de)	3.398	8,0%	2.155
Navarra (Comunidad Foral de)	1.467	5,5%	2.156
País Vasco	5.212	5,7%	2.332
Rioja (La)	611	5,5%	1.878
Total Comunidades Autónomas	95.243	6,0%	1.958

Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, 2026

tre comunidades autónomas responde, en lo esencial, a tres tipos de factores (Lago Peñas, 2021; Lago Peñas y Vaquerro, 2023). El primero tiene que ver con las

diferencias en las necesidades de gasto por habitante. En particular, no todas las comunidades cuentan con la misma estructura etaria ni prestan los servicios en

condiciones equivalentes. En los territorios donde la población está más envejecida, la presión sobre el sistema sanitario tiende a ser mayor, porque aumenta la demanda de atención médica, farmacéutica y de cuidados de larga duración. Además, aunque de forma menos robusta, también influye el tamaño total de la población: las comunidades con menor población total suelen disponer de menos economías de escala en la provisión de servicios, lo que eleva el coste medio y acaba traduciéndose en un mayor gasto per cápita.

El segundo factor son los recursos por habitante que aporta el sistema de financiación autonómica a cada comunidad, lo que condiciona la capacidad de gasto en sanidad. No obstante, la evidencia empírica muestra que existe una correlación negativa entre los recursos por habitante y la proporción del gasto destinada a sanidad. Es decir, las comunidades peor financiadas tienden a dedicar una parte relativamente mayor de su presupuesto a los servicios esenciales, como la sanidad, la educación y los servicios sociales.

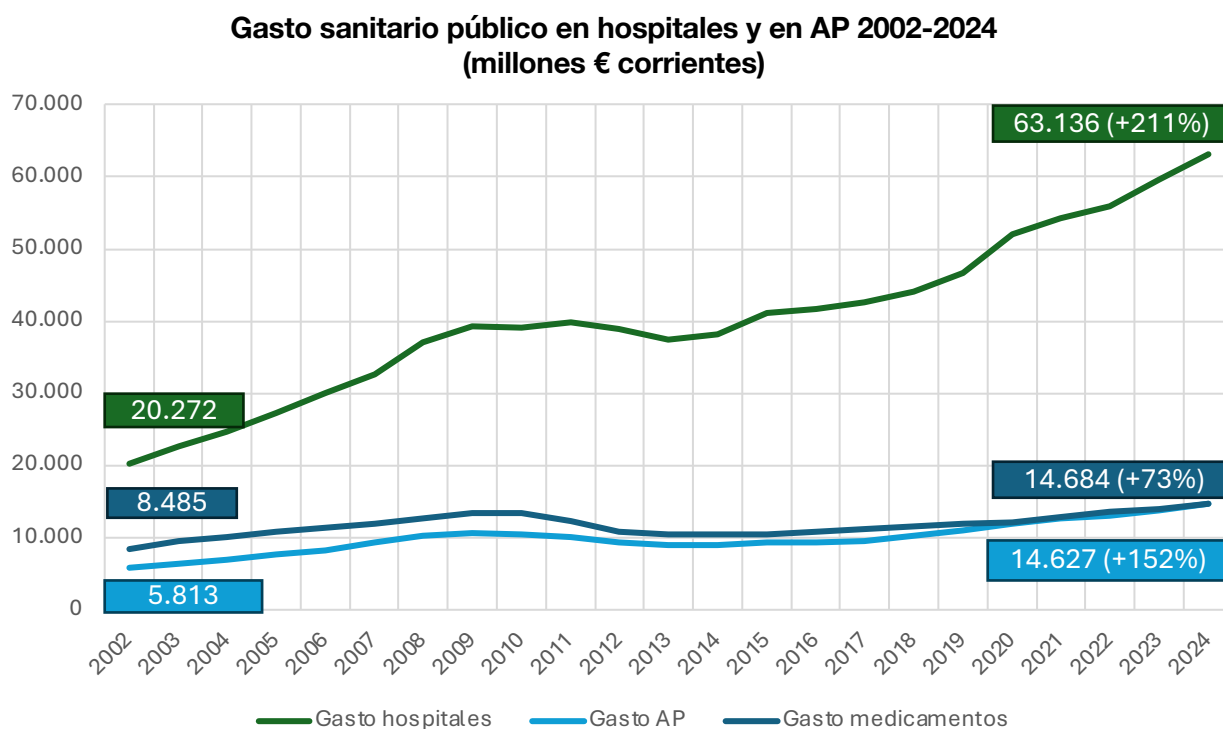
Por último, también hay que tener presentes las preferencias políticas y sociales, así como las distintas formas de organización de los servicios públicos. En definitiva, la diversidad observada en el gasto en sanidad no responde a una única causa, sino a la combinación de necesidades, financiación y preferencias institucionales y políticas.

Otra característica del GSP es su progresiva deriva hacia el ámbito hospitalario (figura 4). Los hospitales gastaron en 2024

el 62% del GSP, mientras que la atención primaria absorbió el 28,8%, de los que aproximadamente la mitad corresponde a gasto en medicamentos de prescripción. Hay que tener en cuenta que el gasto en medicamentos de dispensación hospitalaria se incluye en el gasto de los hospitales (capítulo II), mientras que, contablemente, el gasto en medicamentos prescritos desde la atención primaria o ambulatoria se contabiliza como gasto farmacéutico, fuera de los presupuestos de los centros de atención primaria.

La brecha entre ambos porcentajes ha ido creciendo en el tiempo. Si en 2002, el gasto de los hospitales era 3,5 veces mayor que el de la atención primaria (sin contar el gasto en medicamentos de prescripción), en 2024 la ratio es de 4,3. La contención del gasto en medicamentos de prescripción (figura 4 panel inferior) ha liberado recursos para el hospital. Ajustando por inflación (el IPC aumentó entre 2002 y 2024 un 58,1%), el gasto hospitalario público aumentó un 86%, el de atención primaria, un 52% y el de medicamentos de prescripción (recetas), apenas un 4%. Una de las razones para la contención del gasto en recetas es la política de uso racional del medicamento, pero otra razón potencialmente más relevante es exógena: durante las últimas décadas, se ha producido una gran concentración de la innovación farmacéutica en los medicamentos hospitalarios. En las décadas previas, algunos medicamentos bajo patente para indicaciones muy prevalentes propulsaron el gasto en recetas, como los inhibidores de la bomba de protones o las estatinas (AIReF, 2019).

FIGURA 4



6. COMPARANDO RECURSOS Y ACTIVIDAD DEL SNS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

En esta sección presentamos una comparativa entre el aumento del gasto, el de los recursos humanos y materiales y el de la actividad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) durante la década 2014-2024. La tabla 2 recoge las cifras fundamentales para ese análisis. Los recursos humanos han aumentado más que la actividad, particularmente los de enfermería (23,6% de incremento en hospitales, 16,9% en atención primaria), y los recursos humanos en hospitales mucho más que en atención primaria. Las camas de

hospital acreditan un aumento muy moderado. Mientras que el gasto sanitario público aumentó un 56%, la inflación lo hizo un 21,5%, y la población solo un 4,7%.

En cuanto a la composición de ese gasto, las dos partidas dominantes son la de personal y medicamentos y otros productos sanitarios, tanto los de prescripción como los de hospital. El Capítulo I representa el 44% del GSP y los medicamentos, sumando los de dispensación hospitalaria y los de prescripción, suponen en torno a otro 25%. Por tanto, personal y medicamentos suman alrededor del 70% del GSP.

TABLA 2

Última década (2014-2024): comparando recursos y actividad del SNS

	Incremento %	
Médicos AP por 1.000 hab asignados	3,9 %	
Enfermería AP por 1.000 habitantes asignados	16,9 %	
Consultas medicina por habitantes asignados	-3,2 %	
Consultas enfermería por habitante asignados	7,0 %	
Médicos hospital por 1.000 habitantes	18,2 %	
Enfermería hospital por 1.000 habitantes	23,6 %	
Camas SNS por 1.000 habitantes	3,1 %	
Ingresos hospitalarios por 10.000 habitantes	0,9 %	
IQ por 10.000 habitantes	0,1 %	
Urgencias hospitalarias	18,7 %	
Hospital de Día uso por 1.000 habitantes	32,8 %	
Angioplastia por 10.000 habitantes	-11,4 %	
Gasto Sanitario Público	56 %	IPC: 21,5%
Población	4,7 %	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Indicadores Clave del SNS y Estadística de Gasto Sanitario Público

Frente al crecimiento generalizado de los recursos destinados, indicadores de actividad como los ingresos hospitalarios y las intervenciones quirúrgicas presentan estancamiento; otros reflejan incluso caídas: angioplastias y consultas de medicina por población. Los indicadores de actividad hospitalaria sin internamiento señalan aumentos importantes en sesiones de hospital de día. Una actividad destaca sobre el resto por su crecimiento: las urgencias hospitalarias, con un incremento acumulado del 18,7%. Este dato puede ser síntoma de sobreutilización de urgencias, sobre todo cuando se compara la actividad de urgencias en España con otros países de la OCDE. Según los datos de la OECD (2025b), España es el segundo país en frecuentación de urgen-

cias de los 30 países con datos, con 69 por 100 habitantes en 2023, más del doble de la media de la OCDE. En España, la frecuentación de consultas médicas presenciales no es alta (5,9 frente a 6,5 de la OCDE-31 y 10,1 en los Países Bajos) y todavía es menor el número de consultas presenciales por médico, incluyendo atención primaria y hospitales: 1.344 en España frente a 1.908 en la OCDE. También en hospitalización de agudos, con 107 por 1.000 habitantes, estamos por debajo de la OCDE (128).

En resumen, la evolución de los recursos humanos y económicos y de la actividad en la última década sugiere que los indicadores de productividad podrían estar empeorando, y que podríamos es-

tar utilizando inadecuadamente recursos como las urgencias hospitalarias. La frecuentación de consultas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones no es alta en comparación con otros países y presenta dinámicas estables.

7. GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

Si la sanidad está fundamentalmente en manos de las administraciones regionales, lo que ocurra con la financiación autonómica termina trasladándose de manera directa a los recursos disponibles para sostener el sistema sanitario. Es cierto que la crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 precipitó la creación y aplicación de fondos extraordinarios para financiar, sobre todo, el aumento del gasto sanitario. Aquella respuesta fue necesaria en un contexto excepcional. Pero el funcionamiento ordinario de la sanidad española no puede depender del recurso intermitente a mecanismos extraordinarios. Un sistema sanitario robusto exige certidumbre, estabilidad y suficiencia financiera estructural.

Dicho lo anterior, sería una mala solución volver a la financiación de la sanidad mediante transferencias condicionadas, como hicimos en el siglo pasado. La creación de un compartimento para una partida que representa alrededor del 40% del gasto de muchas CC.AA. afectaría negativamente a algunas de las propiedades que debe reunir un buen sistema de financiación de los gobiernos subcentrales. Si queremos autonomía y corresponsabilidad fiscal y nos preocupa la eficiencia en la asignación de recursos públicos, la solución no es fragmentar

el sistema en compartimentos estancos de sanidad, educación, servicios sociales, etcétera; y dentro de sanidad, hacer lo propio con hospitalaria, primaria, etcétera, asignando, además, porcentajes ad hoc y arbitrarios sobre el gasto total a cada uno de los componentes. Lo que de verdad nos tiene que preocupar es que el sistema de financiación funcione adecuadamente y posibilite financiar de forma suficiente los servicios públicos que deseen los ciudadanos; y que se despliegue una actividad de evaluación extensa y sofisticada que nos permita repartir con un criterio bien fundamentado los recursos entre funciones, departamentos y programas.

En este sentido, la reforma del actual sistema de financiación autonómica está pendiente desde 2014. Desde la perspectiva de la sanidad, hay dos prioridades evidentes. La primera es corregir las situaciones de infrafinanciación estructural que padecen, con particular intensidad, algunas comunidades autónomas. La segunda es mejorar la suficiencia global del sistema para que las autonomías puedan afrontar tensiones persistentes al alza del gasto sanitario, derivadas del envejecimiento, la cronicidad, el aumento de los costes tecnológicos y las expectativas crecientes de la población. Esa mayor suficiencia debería lograrse, preferiblemente, mediante una ampliación de la autonomía tributaria. Reforzar la capacidad de decisión fiscal de las comunidades mejora la corresponsabilidad y hace más transparente el vínculo entre ingresos y gastos.

Más allá de los recursos financieros, conviene aprovechar mejor algo valioso que ya tenemos: la capacidad de expe-

rimentación y de aprendizaje que proporciona la existencia de 17 comunidades autónomas. Nuestra sensación es que estamos avanzando sustancialmente más en lo primero que en lo segundo. La evaluación rigurosa, la identificación de mejores prácticas y la posterior difusión de experiencias son esenciales. El objetivo último debería ser fortalecer la dimensión cooperativa del sistema autonómico.

8. EL PAPEL DE LOS PRECIOS

Analíticamente, podemos descomponer el gasto total observado como producto de cantidad por precio. La relativa moderación del gasto sanitario público en España respecto al PIB se debe en gran parte a la moderación de los precios en el sector. Una comparación transversal para 2023 indica que el nivel de precios de la sanidad ajustado por la Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) es de 67 en España frente a una media igualada en 100 en la OCDE (OECD, 2025b). En la edición anterior, el nivel de precios era 82.

Dos ideas adicionales sobre el vector de precios a tener muy presentes. La primera es que los precios de los medicamentos presentan una enorme variabilidad entre países, superior a la de cualquier otro tipo de productos homogéneos. El coste medio del tratamiento mensual de los fármacos oncológicos (nuevos, para tumores sólidos) en 2019 era casi el triple en Estados Unidos que en Alemania: 14.580 frente a 5.888 dólares (Vokinger et al, 2021). La misma molécula (sorafenib) para tratar el cáncer de hígado cuesta en Estados Unidos 90.800 dólares, que es 33,6 veces el precio en la India y más del

triple que en Australia (Sullivan, 2019). Y hay que tener en cuenta que todos estos datos están ajustados por PPA. A este respecto, hay gran incertidumbre sobre el impacto que pueda tener la política de EE. UU. de “nación más favorecida” sobre los precios en España y sobre el acceso a la innovación farmacéutica (González López-Valcarcel, 2026).

La segunda idea, que se refiere específicamente a España, es que los precios de los medicamentos adolecen de una cierta opacidad. La Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIPMPS) autoriza un precio llamado “notificado”, pero en la práctica se paga por debajo: el llamado precio financiado. Y ello, según acuerdos bilaterales con la industria, a escala centralizada en la Comunidad Autónoma o incluso en el hospital. Una sentencia de la Audiencia Nacional obliga a declarar los precios (Salud y Fármacos, 2023) arguyendo que *“el conocimiento del consumo o precio de un determinado medicamento supera con mucho el interés particular del laboratorio para que no se ofrezca dicha información sobre la base de su simple interés particular”*, pero el statu quo, basado en descuentos confidenciales, tiene la ventaja de adelantar el acceso a los medicamentos innovadores en España sin que precios bajos se contagien a otros países a través del sistema de Precios de Referencia Internacionales. El informe de la AIREF sobre mutualismo administrativo (AIReF, 2025) ha puesto en evidencia el plus de precios al que las aseguradoras privadas facturan a los hospitales algunos fármacos, con cargo a la mutualidad. La explicación es simple: *“lo hacen porque pueden”*.

9. VALUE FOR MONEY FRENTE A IMPACTO PRESUPUESTARIO

En el debate público a veces se confunden dos ideas con significados e implicaciones muy diferentes. Es un error que debemos evitar, desplegando toda la pedagogía que sea precisa.

La primera de esas ideas es el coste de un medicamento comparado con el valor terapéutico que aporta, lo que habitualmente se denomina “Value for Money”. En este caso, se comparan beneficio clínico y coste, y se calcula cuánto cuesta ganar un año de vida ajustado por calidad (AVAC) con ese medicamento comparado con el tratamiento estándar. Ese número se llama Ratio de Coste-Efectividad Incremental y su acrónimo es ICER en inglés. En las evaluaciones económicas, se calcula mediante una metodología estandarizada. Si un nuevo tratamiento contra una enfermedad consigue ganar un AVAC más que el tratamiento habitual a cambio de 100.000 euros (ICER=100.000€), en España se considerará que no es coste-efectivo porque con 100.000€ se podría ganar más de un AVAC con otros programas: es un coste de oportunidad muy alto. Posiblemente, ese nuevo medicamento no entrará en la cartera básica de servicios, no será financiado por el SNS a ese precio, y la compañía farmacéutica tendrá que bajar el precio si quiere entrar. Aunque en España no existe un umbral oficial para la disposición a pagar por un AVAC, se manejan cifras de ICER en torno a 22.000-30.000€ por AVAC (Vallejo-Torres et al., 2018).

La segunda cuestión es la solvencia, la capacidad de pago y el impacto presupuestario. Una nueva tecnología coste-efectiva puede ocasionar tensiones presupuestarias serias, por el obligado respeto del llamado techo de gasto. El problema entonces es de necesidad de financiación, no de value for money. Un ejemplo fue la irrupción en 2014 de los antivirales contra la hepatitis C, que curaban la enfermedad. Muy efectivos, dirigidos a una enfermedad con alta prevalencia, crearon fuertes tensiones de financiación, que se resolvieron abriendo líneas de crédito a las CCAA por parte del Ministerio de Hacienda. Como efecto secundario positivo, cabe reseñar que animaron a ese Ministerio a publicar datos de gasto farmacéutico hospitalario⁶, que desde entonces están disponibles mensualmente.

Esas dos cuestiones deben ir en el orden expuesto: primero, evaluar el value for money, luego buscar cómo se financia. Hay una especial sensibilidad en España hacia las injusticias por desigualdades de acceso a los tratamientos médicos entre CCAA. Se azuza inteligentemente desde la industria, y es fácil caer en la trampa de una escalada para emular a la Comunidad Autónoma que más da en este tratamiento, esa vacuna, o aquella prueba diagnóstica. Parece evidente que esa competición solo tiene sentido y está justificada para el acceso a innovaciones efectivas y coste-efectivas, pues no debería apostarse por un hipotético “derecho a la equidad en el despilfarro”.

10. LOS GRANDES PROPULSORES DEL GASTO SANITARIO

Entre los principales propulsores del gasto sanitario se encuentran el envejecimiento de la población, las nuevas tecnologías, sobre todo de medicamentos hospitalarios, y la forma de organizar y de gestionar la sanidad.

En España, una persona de 85 años o más gasta en sanidad unas 8,5 veces más que un adolescente de 14 años (Blanco-Moreno & De Domingo-Sanz, 2019). Si se mantuviera ese patrón, en la medida en que el número y la proporción de personas mayores van aumentando, el gasto sanitario también lo hará. Aunque la mayor longevidad es una buena noticia, en el año 2022 el 23,9% del PIB español está asociado al envejecimiento, según el análisis de la Comisión Europea (2024). Las previsiones en el escenario base son de un alza de más de cuatro p.p. del PIB de hasta 2045, fundamentalmente por el crecimiento del gasto en pensiones. El gasto sanitario público asociado al envejecimiento aumentará un punto de PIB en ese escenario base. El aumento del gasto sanitario hasta 2070 bajo un escenario de envejecimiento saludable es la mitad que bajo el escenario alternativo de mantenimiento de la tendencia actual. Por tanto, la clave del GSP futuro está en el envejecimiento saludable, que solo será posible con prevención río arriba en el curso de la vida (Regueiro Ons & González López-Valcárcel, 2023).

La innovación tecnológica es otro gran propulsor del gasto sanitario, sobre todo los medicamentos hospitalarios. En particular, las terapias avanzadas utilizan

genes, células o tejidos para tratar enfermedades, en lugar de compuestos químicos tradicionales. Son muy innovadoras, y muy costosas. En España hay un plan de Terapias Avanzadas, actualizado en 2025, que unifica criterios de acceso y acredita centros para administrarlas, con buenos resultados (Ministerio de Sanidad, 2025c). Representan una revolución en la medicina porque permiten abordar patologías graves, raras o sin tratamiento eficaz hasta ahora. En noviembre de 2025 hay 11 medicamentos (Ministerio de Sanidad, 2025d) en la lista, y la perspectiva es de una explosión en los próximos años, con desarrollo de terapias avanzadas para tratar tumores sólidos y no solo como hasta ahora cánceres hematológicos.

En la última década, el gasto en farmacia hospitalaria creció un 107%, mientras que el gasto en recetas aumentó el 43% (tabla 3). En 2014, el gasto en farmacia hospitalaria representaba un tercio del total, en 2024 la participación había crecido hasta el 43%, y esa tendencia es difícilmente reversible. El ritmo de innovación es significativamente más dinámico para los tratamientos de dispensación hospitalaria, y además algunos que podrían dispensarse en atención primaria se reservan para el hospital. En términos de gasto público, suponen mayor carga, al no estar sujetos a copago. Los medicamentos de receta, prescritos desde atención primaria o ambulatoria y dispensados en farmacia tienen un copago en función de la renta. En conjunto, los usuarios financian en torno al 12% del gasto en esas recetas, con un diseño basado en las fuentes de rentas claramente mejorable (Pinilla et al., 2024).

TABLA 3

Gasto en medicamentos (millones €)	Hospital	Prescripción (Recetas)
2014	5.165	9.934
2024	10.686	14.235
Incremento	107 %	43 %

Fuente: Ministerio de Hacienda (2025)

Por otra parte, una cantidad indeterminada de medicamentos se dispensan bajo el epígrafe de medicamentos en situaciones especiales. Regulados por el RD1015/2009, se incluyen los tratamientos de uso compasivo, los medicamentos extranjeros y los que se dispensan fuera de indicación (“off-label”). En los tres casos se conceden sobre base individual y por tanto, al margen de criterios de coste-efectividad o value for money. El uso compasivo de medicamentos que todavía están en investigación ha de ser autorizado por la Agencia del Medicamento (AEMPS). Los medicamentos extranjeros que se administran a pacientes españoles son importados y financiados por el servicio de salud de la Comunidad Autónoma donde reside el paciente. Se trata de productos que todavía no han sido comercializados en España y están pendientes de la determinación del precio y de las condiciones de financiación por la CIPMPS. En algunos casos, se administran tratamientos que no llegarán a comercializarse en España, y se pagan al precio del país exportador. Inducen, o pueden inducir, un fuerte incentivo a la industria para retrasar su entrada en España y un desalineamiento de incentivos. Los tratamientos off-label con medi-

cación autorizada en España, pero para otras indicaciones, son el tercer caso de situación especial.

La asignación de recursos basada en situaciones especiales debería ser la excepción, limitada en el tiempo, pues obvia el principio del value for money antes mencionado. Aunque debería haberlos, hoy no existen datos sobre el gasto en este tipo de tratamientos; y conviene velar por que la excepción no adquiera vocación de regla. Si el problema fuera de excesivos tiempos de acceso a la innovación en España, comparados con otros países, la solución estaría en agilizar el proceso, pero si el problema fuera de comportamientos estratégicos para utilizar la puerta de atrás para colar tecnologías de eficacia muy incierta o claramente no coste-efectivas, la solución sería otra.

Posiblemente, el mayor potencial de control del gasto sanitario radique en las reformas organizativas. Visto a través del negativo, un gran propulsor del gasto sanitario está en las ineficiencias organizativas, en la falta de integración asistencial entre niveles, en la práctica de actividades de bajo valor, de medi-

cina defensiva, etcétera. Las estrategias de cronicidad, primero establecidas en el País Vasco (Nuño-Solinís et al, 2012) y posteriormente en otras CCAA (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), incorporan indicadores de coste para su evaluación en Castilla León, Extremadura y Navarra (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019). A nivel meso y micro, España es un gran laboratorio con múltiples ensayos en gestión sanitaria. Basta con revisar los premios Barea para conocer ese bullicio de proyectos que, en su mayoría, fluyen de abajo hacia arriba. Hay mucha innovación, pero menos evaluación, y muy poca difusión en revistas científicas. Ese es el reto. En Cataluña está en marcha una reforma del sistema sanitario, promovida por un grupo independiente por encargo de la Presidencia de la Generalitat, el Cairós (Martí & González López-Valcárcel, 2025), que ha diseñado un cambio en la organización de la atención primaria. Actualmente está en fase de pilotaje; tras un año de funcionamiento, será evaluado por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS). Si la evaluación es positiva, se escalará al resto del territorio.

11. SOBRE EL DOBLE DIVIDENDO DE LOS BUENOS HÁBITOS: MEJOR SALUD Y MENOS GASTO

Las enfermedades no transmisibles —principalmente las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica— constituyen uno de los principales vectores de presión estructural sobre el gasto sanitario en los países de la OCDE. Su importancia no

deriva únicamente de su impacto sobre la mortalidad prematura y la calidad de vida, sino también de su impacto sobre la demanda asistencial continuada, polimedización, ingresos hospitalarios, seguimiento crónico y necesidades crecientes de coordinación entre niveles asistenciales. Cualquier estrategia de sostenibilidad del gasto sanitario debe considerar no solo la eficiencia en la provisión de servicios, sino también el potencial económico de reducir la incidencia futura de estas enfermedades mediante políticas preventivas.

La OCDE (OECD, 2026) ofrece una estimación útil de este potencial a través de su modelo SPHeP-NCDs, que simula los efectos sanitarios y económicos de alinear, para cada sexo y grupo de edad, la prevalencia de seis factores de riesgo con los niveles observados por los países situados en el mejor cuartil de países de la OCDE y la Unión Europea. Aunque la propia OCDE subraya que, incluso bajo este escenario, persiste una parte relevante del riesgo, tanto por exposiciones pasadas como porque muchas enfermedades crónicas se desarrollan durante largos periodos, el ejercicio permite identificar órdenes de magnitud. Para el conjunto de países, alcanzar el mejor cuartil en los factores de riesgo reduciría el gasto sanitario total en un 6,2% anual de media entre 2026 y 2050; en la Unión Europea, el ahorro estimado sería del 4,6%.

Para España, la OCDE muestra que ese ahorro potencial se concentraría en un conjunto relativamente reducido de factores de riesgo. El mayor potencial aparece asociado a la obesidad. Si España redujera la prevalencia de obesidad has-

ta los niveles del mejor cuartil, el gasto sanitario anual caería en 1.346 millones de dólares medidos en Paridades de Poder Adquisitivo (PPA), lo que equivale al 1% del gasto sanitario total. Además, se evitarían unas 1.406 muertes prematuras anuales.

El segundo ámbito de ahorro potencial es el tabaquismo. La convergencia de España hacia el mejor cuartil de la OCDE en prevalencia de consumo de tabaco generaría un ahorro sanitario anual estimado de 930 millones de dólares PPA, equivalente al 0,7% del gasto sanitario total, y evitaría alrededor de 2.473 muertes prematuras al año. A diferencia de la obesidad, el tabaquismo presenta un impacto especialmente relevante sobre la mortalidad, en particular por su relación con distintos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares. Además, la OCDE estima para España un aumento del PIB del 0,2% en este escenario, consistente con los canales que incorpora el modelo (mayor participación laboral y menor pérdida de productividad por enfermedad), lo que sugiere que reducir el tabaquismo no solo disminuiría costes sanitarios, sino que también generaría beneficios económicos más amplios.

El tercer gran bloque de ahorro corresponde a la dieta poco saludable. Situar en el mejor cuartil en este factor permitiría reducir el gasto sanitario en 886,6 millones de dólares PPA, el 0,6% del total, y evitar unas 910 muertes prematuras cada año. La magnitud del ahorro es significativa porque los patrones alimentarios afectan simultáneamente a varias patologías crónicas, entre ellas la diabetes tipo 2, la enfermedad cardiovascular y algunos cánceres.

La contaminación atmosférica (exposición a PM2.5) es otro factor de riesgo con impacto presupuestario apreciable. La OCDE estima que situar a España en el mejor cuartil reduciría el gasto sanitario en 774 millones de dólares PPA al año, un 0,5% del total, y evitaría 861 muertes prematuras anuales. Este dato es particularmente importante porque amplía el perímetro de la política sanitaria en línea con lo que se comenta al principio del documento: parte del ahorro potencial no depende solo del sistema sanitario, sino de políticas urbanas, medioambientales, de movilidad y calidad del aire.

Finalmente, el consumo de alcohol y la inactividad física presentan, según la OCDE, impactos presupuestarios más modestos, aunque el avance de resultados de nuestras propias investigaciones en curso apunta hacia valores significativamente más elevados.

Si hiciésemos una suma simple, los seis factores de riesgo analizados por la OCDE representarían para España un ahorro potencial anual de unos 4.278 millones de dólares PPA. Sin embargo, los impactos por factor no son necesariamente aditivos, ya que existen solapamientos entre riesgos, enfermedades y costes asociados a la multimorbilidad. No obstante, esa suma mecánica ofrece una idea del orden de magnitud del margen preventivo. La comparación con las mejoras en supervivencia refuerza esta conclusión. La OCDE estima que mejorar la supervivencia cardiovascular y oncológica hasta el mejor cuartil evitaría muertes prematuras en España, pero aumentaría el gasto sanitario en 156 y 485 millones de dólares PPA, respectivamente, porque más personas vivirían más

tiempo con enfermedades crónicas que requieren tratamiento y seguimiento. Esto no reduce la importancia de mejorar la calidad asistencial; al contrario, confirma que el éxito clínico debe acompañarse de prevención primaria para contener la carga futura de enfermedad.

En síntesis, las simulaciones de la OCDE indican que España dispone de un margen significativo para reducir el crecimiento del gasto sanitario actuando sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Las prioridades económicas más claras son la obesidad, el tabaquismo, la dieta poco saludable y la contaminación atmosférica. La implicación para la política pública es directa: invertir en prevención no debe considerarse un gasto complementario o discrecional, sino una estrategia central para la sostenibilidad fiscal y sanitaria. En un contexto de envejecimiento y presión creciente sobre el Sistema Nacional de Salud, reducir los factores de riesgo al nivel de los países con mejores resultados de la OCDE permitiría liberar recursos, reducir la mortalidad prematura y mejorar la productividad, al tiempo que reforzaría la salud y el bienestar de la población.

12. SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

En términos de PIB, el gasto sanitario total en España (9,3% del PIB en 2024) es similar al de la OCDE y, como en otros países, hemos vuelto al nivel anterior a la pandemia. El 74% es gasto público, doce puntos porcentuales por debajo de Alemania, Suecia o Noruega. En una perspectiva temporal de largo plazo, el gasto sanitario público ha multiplicado por más de tres su participación en el PIB des-

de 1970. Aquel año era el 2% del PIB, el 4,8% en 2002 y el 6,7% en 2024. El GSP está muy descentralizado y es desigual entre CCAA, con un cociente entre el gasto per cápita máximo y el mínimo de 1,40 en 2024. Además, su estructura ha cambiado. El GSP hospitalario real ha crecido un 91% entre 2002 y 2024, el gasto en atención primaria un 55% y el gasto en medicamentos de prescripción apenas un 6%. Ese gasto en medicamentos de prescripción alivia la presión alcista de los otros dos componentes.

En la década 2014-2024, los recursos humanos (particularmente, enfermería) y el GSP han crecido muy por encima de la actividad, salvo la de urgencias. La actividad hospitalaria sin ingreso (hospital de día, hospitalización a domicilio) ha aumentado mucho más que los ingresos hospitalarios, las camas o las intervenciones quirúrgicas por 1.000 habitantes. En conjunto, el análisis de recursos y actividad en la última década sugiere que algunos indicadores de productividad podrían estar empeorando. Viendo la foto fija de 2024 en una comparativa internacional, en España la frecuentación presencial de consultas médicas es baja; al igual que el número de consultas por médico y la tasa de hospitalizaciones. En contraste, la frecuentación de urgencias es muy alta: somos el segundo país de la OCDE tras Portugal.

Una de las claves de la contención (relativa) del GSP es el nivel de precios del sector, específicamente los costes laborales y precio de los insumos (medicamentos en particular: los precios de los medicamentos en España son inferiores a los de otros países europeos).

Existen tres grandes propulsores del GSP, cada uno de los cuales define un reto:

1. El envejecimiento poblacional. En términos de gasto, se asocia al reto del envejecimiento saludable y la prevención a lo largo de la vida. Aunque datos como que la tasa de sedentarismo en población adulta se haya reducido a la mitad desde 2003, según la Encuesta Nacional de Salud, indican que vamos por buen camino, falta mucho por avanzar todavía.

2. La farmacia hospitalaria y la innovación tecnológica en general. El reto asociado es la evaluación del “value for money”, la institucionalización de la evaluación y el control de las puertas traseras.

3. La organización asistencial. En torno al 20% del gasto sanitario en la OCDE, también en España, es inútil, sin valor o incluso iatrogénico (OECD, 2017). La reorganización, la integración asistencial y las estrategias de cronicidad tienen un enorme potencial de ahorro de costes sanitarios y a la vez de creación de valor terapéutico.

Una clarificación final: aumentar el gasto sanitario de financiación privada no es una solución para la contención del GSP, pues no son perfectamente sustitutivos. Aunque en el corto plazo el que la población utilice servicios sanitarios privados con pago de bolsillo podría ser un alivio a la presión en las listas de espera, no es solución eficaz a medio plazo y, sobre todo, viola los principios más elementales de equidad.

- AIReF. (2019). *Medicamentos dispensados a través de receta médica*. Spending Review 2018-2021. Fase I. AIReF, Madrid. <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2019/06/Estudio2-SR/ANEXOS/A11P2.pdf>
- AIReF. (2025). *Estudio sobre el mutualismo administrativo*. AIReF, Madrid <https://www.airef.es/es/estudios/estudio-sobre-el-mutualismo-administrativo>
- Blanco-Moreno, A., & De Domingo-Sanz, J. M. (2019). Mejoras en el cálculo de la población protegida equivalente como factor de demanda en relación con el gasto en servicios sanitarios. *Presupuesto y Gasto Público*, (96), 145–164.
- European Commission. (2024). 2024 Ageing Report: *Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022–2070)*. Institutional Paper 279. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2765/022983
- González López-Valcárcel, B. (2026). Drug policy in the Trump era: Expected and observed consequences for the United States and Europe. *Journal of Healthcare Quality Research*, 41(3), 101206.
- Lago Peñas, S. (2021). *40 años de descentralización en España (1978-2018): Balance y perspectivas*, Madrid: FUNCAS.
- Lago Peñas, S. & Vaquero, A. (2023). Sobre las estimaciones econométricas de las necesidades de gasto autonómicas: ¿son suficientemente robustas?, *Investigaciones Regionales – Journal of Regional Research*, 56: 133-159.
- Martí, T., & González López-Valcárcel, B. (2025, 23 de abril). *Hacia la transformación del sistema de salud catalán: Cairos y la atención primaria*. <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/hacia-la-transformacion-del-sistema-de-salud-catalan-cairos-y-la-atencion-primaria>
- Ministerio de Hacienda (2025). *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026 de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación [Informe técnico]*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Evaluacion_E.Cronicidad_Final_0.3.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad. (2025a). *Recursos económicos del SNS actualización 2025*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026, desde <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.xls>
- Ministerio de Sanidad. (2025b). *Indicadores sobre gasto farmacéutico y sanitario*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026, desde <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>

- Ministerio de Sanidad. (2025c). *Plan de Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud 2025-2028*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026, desde <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/infoMedicamentos/terapiasAvanzadas/docs/AFTerapiasAvan2025.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2025d). *Terapias avanzadas en el Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026, desde <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/infoMedicamentos/terapiasAvanzadas/home.htm>
- Ministerio de Sanidad (2026). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2024*. Gobierno de España. Descargado en mayo de 2026, desde https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/infoRecopilaciones/gastoSanitario2005/tablasEstEGSP/Principales_resultados.pdf
- Nuño-Solinís, R., Orueta, J. F., & Mateos, M. (2012). An answer to chronicity in the Basque Country: Primary care-based population health management. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 35(3), 167–173. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31824d9b63>
- OECD (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OECD (2024). *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>.
- OECD (2025a), “Health spending and financial sustainability” [Topic page]. OECD. Retrieved May 2026, from <https://www.oecd.org/en/topics/health-spending-and-financial-sustainability.html>
- OECD (2025b), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- OECD (2026), *The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e20cbbc3-en>.
- OECD, Eurostat & World Health Organization (2017). *A System of Health Accounts 2011*. Revised Edition, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- Pinilla, J., González-Martel, C., López-Valcárcel, B. G., Lobo, F., & Puig-Junoy, J. (2024). Análisis de equidad y sostenibilidad presupuestaria del sistema de copago farmacéutico en España. *Gaceta Sanitaria*, 38, Artículo 102427. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102427>
- Regueiro Ons, C., & González López-Valcárcel, B. (2023). Los retos del sistema sanitario a la luz de la transición demográfica. *Papeles de Economía Española*, (176), 118–132.
- Salud y Fármacos. (2023). *Boletín Fármacos*. Retrieved May 11, 2026, from https://www.saludy-farmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov202302/44_es/
- Sullivan, R. (2019). *WHO Technical Report: Pricing of Cancer Medicines and Its Impact*. https://www.academia.edu/38247163/WHO_Technical_Report_Pricing_of_Cancer_Medicines_and_Its_Impact
- Vallejo-Torres, L., García-Lorenzo, B., & Serrano-Aguilar, P. (2018). Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS. *Health economics*, 27(4), 746–761. <https://doi.org/10.1002/hec.3633>
- Vokinger K.N., Hwang T.J., Daniore P., et al. (2021). Analysis of Launch and Postapproval Cancer Drug Pricing, Clinical Benefit, and Policy Implications in the US and Europe. *JAMA Oncol.* 7(9):e212026. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.2026>

SOCIOS



//ABANCA

El Foro Económico de Galicia es una plataforma de transferencia de conocimiento en materia económica desde las empresas y universidades gallegas a la sociedad y a los espacios de decisión pública. El Foro integra a profesores e investigadores, empresarios y directivos representativos de los diferentes sectores y áreas de Galicia, y periodistas gallegos de referencia.

Editado por el Foro Económico de Galicia
Junio de 2026