

2 Documento de Trabajo Ivie

WP-Ivie 2026-02

EL GASTO EN SALUD

B. González López-Valcárcel

Los documentos de trabajo del Ivie ofrecen un avance de los resultados de las investigaciones económicas en curso o análisis específicos sobre debates de actualidad, con objeto de divulgar el conocimiento generado por diferentes investigadores.

Ivie working papers offer a preview of the results of economic research under way, as well as an analysis on current debate topics, with the aim of disseminating the knowledge generated by different researchers.

La edición y difusión de los documentos de trabajo del Ivie es una actividad subvencionada por la Generalitat Valenciana, Conselleria de Hacienda y Modelo Económico, en el marco del convenio de colaboración para la promoción y consolidación de las actividades de investigación económica básica y aplicada del Ivie.

The editing and dissemination process of Ivie working papers is funded by the Valencian Regional Government's Ministry for Finance and the Economic Model, through the cooperation agreement signed between both institutions to promote and consolidate the Ivie's basic and applied economic research activities.

Todos los documentos de trabajo están disponibles de forma gratuita en la web del Ivie <http://www.ivie.es>. Al publicar este documento de trabajo, el Ivie no asume responsabilidad sobre su contenido.

Working papers can be downloaded free of charge from the Ivie website <http://www.ivie.es>. Ivie's decision to publish this working paper does not imply any responsibility for its content.

Cómo citar/How to cite:

González López-Valcárcel, B. (2026). «El gasto en salud». Working Papers Ivie n.º 2026-2. València: Ivie. https://doi.org/10.12842/WPIVIE_0226

Versión: Febrero 2026 / Version: February 2026

Edita / Published by:

Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas, S.A.

C/ Guardia Civil, 22 esc. 2 1º - 46020 València (Spain)

DOI: https://doi.org/10.12842/WPIVIE_0226

WP-Ivie 2026-2

El gasto en salud

Beatriz González López-Valcárcel ¹

Resumen

En este documento se analizan datos recientes de gasto sanitario en España, en el contexto internacional, buscando las claves para entender las presiones propulsoras a medio plazo y planteando posibles vías de acción. La distinción entre *value for money* e impacto presupuestario es fundamental en esta comparación. El gasto propulsado por el envejecimiento poblacional se afronta con prevención de largo plazo y envejecimiento saludable. Las tensiones provocadas por la innovación tecnológica, particularmente en farmacia hospitalaria, se afrontan con una efectiva institucionalización de la evaluación y mediante cambios de incentivos (contratos de riesgo compartido). Las reformas organizativas tienen un enorme potencial como barrera al crecimiento inercial incontrolado de los costes en el sector.

Palabras clave: Gasto sanitario; eficiencia; medicamentos; España.

Clasificación JEL: H51, I18.

Abstract

This document analyses recent data on healthcare spending in Spain within an international context, seeking to identify the key factors driving medium-term pressures and proposing possible courses of action. The distinction between value for money and budgetary impact is fundamental to this comparison. Spending driven by population ageing is addressed through long-term prevention and healthy ageing. The tensions caused by technological innovation, particularly in hospital pharmacy, are addressed through effective institutionalisation of evaluation and changes in incentives (risk-sharing contracts). Organisational reforms have enormous potential as a barrier to uncontrolled inertial growth in costs in the sector.

Keywords: Healthcare spending; efficiency; drugs; Spain.

JEL classification: H51, I18.

¹ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión.

1.

Introducción

Conceptualmente, el gasto en salud es más amplio que el gasto sanitario, pero está disperso entre 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 mayor impacto que la propia sanidad. La prevención no clínica y la promoción de la salud son muy efectivas y coste-efectivas. En 1990, en España morían 5.736 personas en accidente de tráfico. En 2024, hubo 1.785 fallecidos. Esta drástica reducción, de 208 a 37 fallecidos por millón de habitantes, se consiguió con políticas de seguridad vial desde la Dirección

General de Tráfico, mejorando las infraestructuras y sólo en una pequeña parte, con mejor servicio del 112 y de las Unidades de Cuidados Intensivos de los hospitales. El trazado y la cuantificación del gasto en salud son difíciles. No hay estadísticas de gasto en salud. En este documento nos concentraremos en el gasto sanitario, aunque no perderemos de vista que lo importante es la salud y no la actividad del sector sanitario. Una nota positiva con la que arrancar este artículo es que a nivel macro, España queda en buen lugar en el mapa de países en cuanto a gasto sanitario y resultados de salud (OCDE 2025a).

2.

Fuentes y metodología

Afortunadamente, se ha avanzado mucho en la disponibilidad de datos de gasto sanitario comparables internacionalmente. La OCDE, en alianza con la Comisión Europea y la OMS y con la colaboración con los gobiernos nacionales, mantiene una base de datos de salud, accesible online, que se actualiza cada año en noviembre. La edición de 2025 es nuestra fuente principal en las comparaciones internacionales (OCDE 2025a), junto a documentos de análisis de la propia OCDE (2025c). En España, el Ministerio de Sanidad compila y publica los presupuestos iniciales de sanidad de las CC. AA. (Ministerio de Sanidad 2026), y elabora una Estadística de Gasto Sanitario Público (GSP, con datos de 2023 en el momento de escribir este documento) (Ministerio de Sanidad 2025a). Desde 2015, el Ministerio de Hacienda viene publicando los datos mensuales de gasto farmacéutico y en productos sanitarios, incluyendo el de prescripción (en atención pri-

maria y ambulatoria, que se dispensa en oficinas de farmacia) y el de dispensación hospitalaria (Ministerio de Hacienda 2026).

Los datos de la OCDE se basan en un sistema de cuentas de salud establecido en 2011 (OCDE/Eurostat/WHO 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 (9 grandes grupos, con subgrupos). El GSP incluye dos mecanismos, el financiado por los presupuestos públicos estatales o subestatales, y las primas de seguros obligatorios (sean cuotas de seguridad social o 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 Glance 2025* para nota de prensa, la OCDE destacaba cinco hechos para el conjunto de países de la Organización: 1) en 2024, el gasto sanitario es el 9,3% del PIB y ya ha recuperado niveles de prepandemia; 2) el GSP representa en torno al 15% del gasto público total; 3) la OCDE predice un crecimiento del 1,5% anual acumulativo hasta 2045; 4) la tecnología, el envejecimiento poblacional y las expectativas de la población son los grandes propulsores del gasto sanitario; 5) hay que prestar mayor atención a la prevención y al balance gasto-resultado de salud (*value for money*).

Esos cinco hechos para España se concretan en:

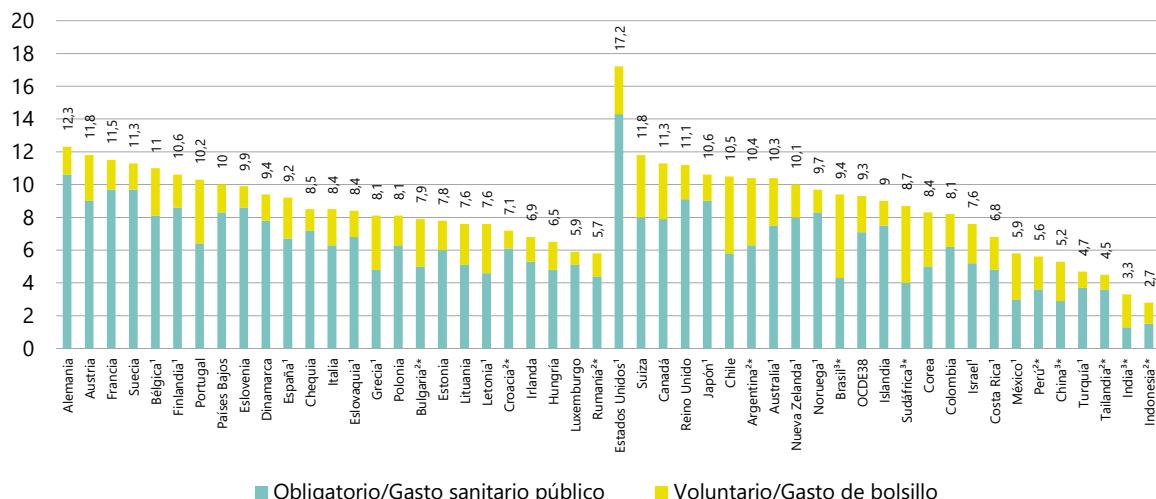
1. El gasto sanitario en 2024 es el 9,2% del PIB, una décima por debajo de la OCDE. Limitando la comparación a la UE-27 (gráfico 1) ocupamos la posición 11 de 25 países con datos. Estamos por encima de 14 países de la UE.

2. España está en la media de la OCDE en GSP respecto al gasto público total (15%) y ha aumentado un punto porcentual desde 2013 (igual a la media de la UE-27).

3. La OCDE estima un crecimiento menor del GSP para España entre 2024 y 2045 (2,11 puntos porcentuales) que para el conjunto de la OCDE (2,6 pp). Estas proyecciones se basan en un análisis desagregado por grupos etarios de 5 años, considerando exógenos el crecimiento de la renta, las restricciones de productividad, los cambios demográficos y la innovación tecnológica (OCDE 2024). Comparando las proyecciones para los 22 países de la UE-27 con datos, el GSP en España crecerá menos que en 15 países (OCDE 2025c).

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.

Gráfico 1. Gasto sanitario como porcentaje del PIB. 2024 (o año más próximo)



Nota: ¹ Estimación de la OCDE para 2024. ² Se refiere a 2023. ³ Se refiere a 2022. * Se refiere a un país en proceso de adhesión o asociado.

Fuente: OCDE (2025a) y OMS (2026).

4.

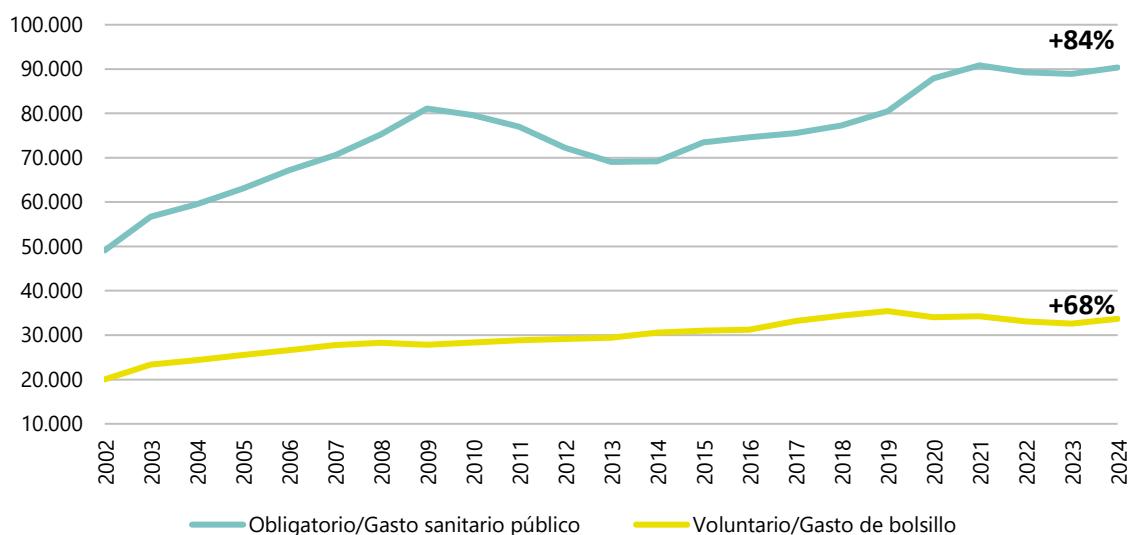
Gasto Sanitario público y privado en España y su dinámica

En 2023, el gasto sanitario público representa el 74% del gasto sanitario total. El 26% del gasto sanitario es privado, y dentro de éste la mayor parte corresponde a gasto de bolsillo. Las primas de seguros voluntarios apenas representan el 6% del gasto sanitario (Ministerio de Sanidad 2025a).

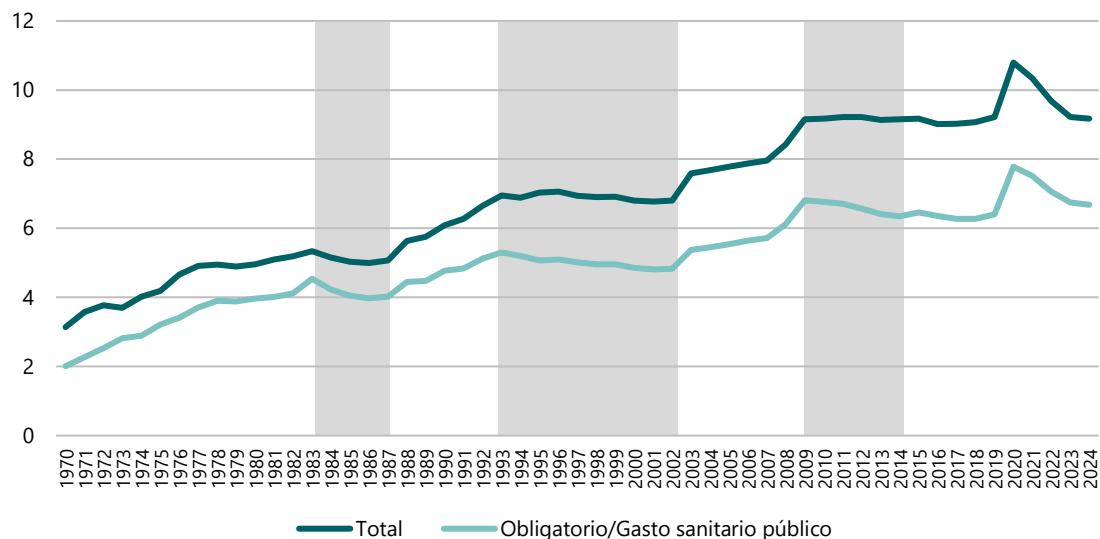
Partiendo de 2002, año de la culminación de las transferencias sanitarias a las CC. AA. que todavía formaban parte de Insalud Gestión Directa, hasta 2024 el GSP real (precios constantes de 2020) aumentó un 84% (gráfico 2), y el gasto privado, un 68%.

Remontémonos más atrás. En 1970, el gasto sanitario en España representaba el 3,1% del PIB (2% el GSP). La participación en el PIB se triplicó desde entonces (la del GSP, algo más). En el gráfico 3 apreciamos que la tendencia cae durante tres períodos (1985-87, 1994-2002 y 2010-2013). Inmediatamente después de cada uno de ellos, aumenta con fuerza la pendiente de la serie, superando los previos.

Gráfico 2. Gasto y financiación sanitaria. España. 2002-2024 (precios constantes de 2020)



Fuente: OCDE (2025a).

Gráfico 3. Gasto sanitario. España. 1970-2024 (porcentaje sobre PIB)

Fuente: OECD (2025a).

5.

Características del Gasto Sanitario Público: descentralización y deriva hacia el hospital

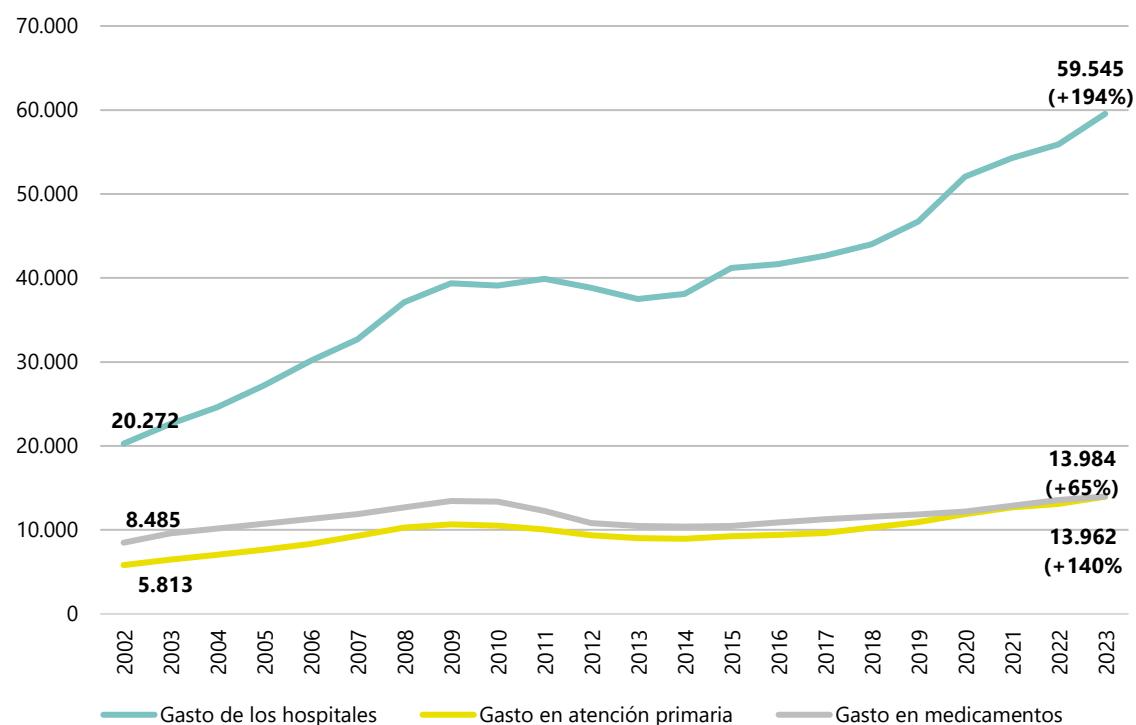
El GSP está muy descentralizado. Únicamente el 6,8% no está territorializado. Ese porcentaje aumentó durante la pandemia, período de fuerte centralización, y ha vuelto a los niveles previos. Según la Estadística de GSP, en 2023 el gasto per cápita presenta un rango de variación entre CC. AA. entre 1.648 € y 2.208 € (cuadro 1): el País Vasco gasta el 34% más que Andalucía. Este diferencial se ha mantenido estable a lo largo de la última década. Excluyendo las comunidades forales, el diferencial máximo-mínimo en GSP per cápita es del 32% (Andalucía-Asturias).

Otra característica del GSP es su progresiva deriva hacia el hospital (gráfico 4). Los hospitales gastan el 61% del GSP, mientras que la atención primaria acumula el 28,6%, de los que 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 2), 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.

Cuadro 1. Gasto sanitario público consolidado según comunidad autónoma. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. Sector de gasto Comunidades Autónomas, 2023

Comunidad	Millones de euros	Porcentaje sobre PIB	Euros por habitante
Andalucía	14.178	7,1	1.648
Aragón	2.696	5,8	2.004
Asturias (Principado de)	2.196	7,8	2.182
Baleares (Illes)	2.248	5,3	1.839
Canarias	4.365	8,1	1.962
Cantabria	1.214	7,2	2.063
Castilla y León	4.937	7,0	2.070
Castilla-La Mancha	3.946	7,3	1.886
Cataluña	15.963	5,7	2.006
Comunitat Valenciana	9.524	6,8	1.810
Extremadura	2.215	8,9	2.101
Galicia	5.365	6,9	1.988
Madrid (Comunidad de)	11.919	4,1	1.719
Murcia (Región de)	3.325	8,2	2.134
Navarra (Comunidad Foral de)	1.411	5,6	2.092
País Vasco	4.903	5,6	2.208
Rioja (La)	599	5,6	1.853
Comunidades Autónomas	91.004	6,1	1.890

Fuente: Ministerio de Sanidad (2025a).

Gráfico 4. Gasto sanitario público en hospitales y en AP 2002-2023 (millones € corrientes)

Fuente: Ministerio de Sanidad (2025a).

En 2002, el gasto de los hospitales era 3,5 veces mayor que el de la atención primaria, en 2023 es 4,3 veces mayor. La contención del gasto en medicamentos de prescripción (gráfico 4) ha liberado recursos para el hospital. Ajustando por inflación (el IPC aumentó entre 2002 y 2023 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, quizás más relevante incluso, es exógena: durante las últimas décadas, ha habido y hay una gran concentración de la innovación farmacéutica en los medicamentos hospitalarios. En las décadas previas, algunos medicamentos bajo patente para indicaciones muy prevalentes propulsaron en gasto en recetas, como los inhibidores de la bomba de protones o las estatinas (AIReF 2019).

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 SNS durante la década 2014-2024. El cuadro 2 contiene los elementos del 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 presentan un aumento muy moderado. El gasto sanitario público aumentó un 56% (la inflación, el 21,5% y la población un 4,7%).

Frente a ese crecimiento generalizado de los recursos, los indicadores de actividad presentan estancamiento (ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas) o incluso caídas (angioplastias, consultas de medicina por población). Los indicadores de actividad hospitalaria sin internamiento señalan au-

mentos importantes, por ejemplo, en sesiones en hospital de día. Una actividad destaca sobre el resto por su crecimiento, son las urgencias hospitalarias (aumento del 18,7% en la década). Este dato puede ser síntoma de sobreutilización de urgencias, sobre todo cuando se compara la actividad de urgencia en España con otros países de la OCDE: España es el segundo país en frecuentación de urgencias de los 30 países con datos, con 69 por 100 habitantes en 2023 (OCDE 2025a), 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, 10,1 en los Países Bajos) (OCDE 2025a) y todavía es menor el número de consultas presenciales por médico (incluye atención primaria y hospitalares): 1.344 en España frente a 1.908 en la OCDE (2025a). También en hospitalización de agudos, con 107 por 1.000 habitantes, estamos por debajo de la OCDE (2025a) (128).

Cuadro 2. Comparación de los recursos y actividad del Sistema Nacional de Salud. 2014-2024

Sistema Nacional de Salud	Incremento %
Médicos AP por 1000 hab. asignados	3,9
Enfermería AP por 1000 hab. asignados	16,9
Consultas medicina por habitante asignado	-3,2
Consultas enfermería por habitante asignado	7,0
Médicos Hospital por 1000 hab.	18,2
Enfermería Hospital por 1000 hab.	23,6
Camas SNS por 1000 hab.	3,1
Ingresos hospitalarios por 10.000 h	0,9
IQ por 10.000 hab.	0,1
Urgencias hospitalarias	18,7
Hospital Día uso por 1000 hab.	32,8
Angioplastia por 10.000 hab.	-11,4
Gasto Sanitario Público	56
Población	4,7

Fuente: Ministerio de Sanidad (2025a, 2025c).

En resumen, la evolución de los recursos, humanos y económicos, y de la actividad en la última década sugieren que los indicadores de productividad podrían estar empeorando, y que podrían utilizarse inadecuadamente recursos como las urgencias hospitalarias. La frecuentación de consultas, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones no son altas en comparación con otros países, y presentan dinámicas estables.

7.

El papel de los precios

El gasto es el producto de cantidad por precio ($n \cdot p$). La relativa moderación del gasto sanitario público en España en relación con el 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 en España es 67 (sobre la media 100 en la OCDE 2025a). Son precios ajustados por Paridad de Poder Adquisitivo. En la edición anterior, el nivel de precios era 82. Fundamentalmente, las dos grandes partidas son personal (el capítulo I representa el 44% del GSP) y medicamentos y otros productos sanitarios (entre los de prescripción y los de hospital acumulan el 25% del GSP Ministerio de Sanidad 2025a). Por tanto, entre personal y medicamentos acumulan en torno al 70% del GSP.

Los precios de los medicamentos presentan una enorme variabilidad entre países, mayor que cualquier otro tipo de productos homogéneos. El coste medio de tratamiento mensual de los fármacos oncológicos (nuevos, para tumores sólidos) en 2019 era casi el triple en EEUU que en Alemania (\$14.580 vs. \$5.888) (Vokinger *et al.* 2021). La misma molécula (sorafenib) para tratar el cáncer de hígado cuesta en EEUU \$90.800, que es 33,6 veces el precio en la India y más del triple que en Australia (Sullivan 2018). Esos datos están ajustados por PPA.

En España, los precios de los medicamentos son opacos. La Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios (CIPMPS) autoriza un precio llamado «notificado», pero en la práctica se paga por debajo (es el llamado precio financiado), según acuerdos bilaterales con la industria, a nivel centralizado en la Comunidad Autónoma o incluso en el hospital. Una sentencia de la Audiencia Nacional obliga a declarar

los precios (Civio 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 *status 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 (con cargo a la mutualidad) algunos fármacos. La explicación es simple: «*Lo hacen porque pueden*».

8.

Value for Money frente a impacto presupuestario

No hay que confundir dos cuestiones muy distintas.

La primera es el coste de un medicamento comparado con el valor terapéutico que aporta (*Value for Money*). 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 se calcula, en las evaluaciones económicas, con metodología estandarizada. Si un nuevo tratamiento contra tal enfermedad consigue ganar un AVAC más que el tratamiento habitual por 100.000€ (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, García y Serrano 2018). Si una nueva tecnología es coste-efectiva, en principio debería financiarse o sería de esperar que se financiara.

La segunda cuestión es la solvencia, la capacidad de pago, el impacto presupuestario. Una nueva tecnología coste-efectiva puede ocasionar tensiones presupuestarias serias, por los techos 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 CC. AA. por parte del Ministerio de Hacienda (y, por cierto, animaron a ese Ministerio a publicar datos de gasto farmacéutico hospitalario (Ministerio de Hacienda 2026), que desde entonces están disponibles mensualmente).

Esas dos cuestiones deben ir en este orden: primero, valorar el *value for money*, luego buscar como se financia.

Hay una especial sensibilidad en España hacia las injusticias por desigualdades de acceso a los tratamientos médicos entre CC. AA. 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 (este tratamiento, esa vacuna, aquella prueba diagnóstica). Advertimos que esa competición solo tiene sentido para el acceso a innovaciones efectivas y coste-efectivas, pues no existe el derecho a la equidad en el despilfarro.

9.

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 y de Domingo 2019). Si se mantuviera ese patrón, en la medida en que el número (y la proporción) de personas mayores va aumentando, el gasto sanitario también lo hará. La longevidad española es una buena noticia, pero en España, el 23,9% del PIB (2022) está asociado al envejecimiento según el análisis de la Comisión Europea (2024), y las previsiones en el escenario base son de más de 4 puntos de PIB de aumento hasta 2045, fundamentalmente por el crecimiento del gasto en pensiones. El gasto sanitario público asociado al envejecimiento aumentará 1 punto de PIB en ese escenario base hasta 2045. 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 y González López-Valcarcel 2023).

La innovación tecnológica es otro gran impulsor del gasto sanitario, sobre todo los medicamentos hospitalarios. En la última década el gasto en farmacia hospitalaria creció un 107% mientras que el gasto en recetas aumentó el 43% (cuadro 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 mucho 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, puesto que no tienen copago, suponen mayor carga. 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 financieran en torno al 12% del gasto en esas recetas, con un diseño basado en las fuentes de rentas (pensión u otra), claramente mejorable (Pinilla *et al.* 2025).

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 2025). 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 2025b) 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 canceres hematológicos.

Por otra parte, una cantidad indeterminada de medicamentos se dispensan bajo el epígrafe de medicamentos en situaciones especiales. Regulados por el RD1015/2009, incluye 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, 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 medicamentos que todavía no han sido comercializados en España y están pendientes de determinación de precio y 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 medicación autorizada en España, pero para otras indicaciones son el tercer caso de situación especial.

Cuadro 3. Gasto en medicamentos hospitalarios y de prescripción ambulatoria 2014-2024

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

Fuente: Ministerio de Hacienda (2026).

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. No hay datos (debería haberlos) sobre el gasto en este tipo de tratamientos. Conviene velar para 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.

Possiblemente el mayor potencial de control del gasto sanitario está en las reformas organizativas (visto desde la otra cara, un gran propulsor del gasto sanitario está en la organización, en la falta de integración asistencial entre niveles, en la práctica de actividades de bajo valor, de medicina defensiva, etc.). Las estrategias de cronicidad, primero establecidas en el País Vasco (Nuño, Orueta y Mateos 2012) y posteriormente en otras CC. AA. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012), incorporan indicadores de coste para su evaluación en Castilla León, Extremadura y Navarra (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012). A nivel meso y micro, España es un gran laboratorio con múltiples ensayos en gestión sanitaria. Basta revisar los premios Barea para conocer ese bullir 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 y González López-Valcarcel 2025), que ha diseñado un cambio en la organización de la atención primaria. Actualmente está en fase de pilotaje, tras un año de funcionamiento se evaluará por la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AQuAS). Si la evaluación es positiva, se escalará al resto del territorio.

10.

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 recuperado los niveles prepandemia. 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 desde 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 CC. AA. (max/min per capita=1,34). Se ha ido escorando hacia el hospital. El GSP hospitalario ha crecido un 86% entre 2002 y 2023, el gasto en atención primaria un 52% y el gasto en medicamentos de prescripción apenas un 4%. Ese gasto en medicamentos de prescripción «alivia» la presión alcista de los otros dos componentes.

En la última 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 los indicadores de productividad podrían estar empeorando. Viendo la foto fija de 2024 (o último año disponible) en una comparativa internacional, en España la frecuentación presencial de consultas médicas es baja, el número de consultas por médico también lo es, así como la tasa de hospitalizaciones. Sin embargo, 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).

Hay tres grandes propulsores del GSP, cada uno de ellos 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. Vamos por buen camino (la tasa de sedentarismo en población adulta se ha reducido a la mitad desde 2003, según la Encuesta Nacional de Salud), pero hay que avanzar mucho 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 (OCDE 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 plenamente sustitutivos. Aunque a 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.

Referencias

AIREF (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal) (2019). Medicamentos dispensados a través de receta médica, *Spending review 2018 - 2021. Fase I* <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2019/06/Estudio2-SR/ANEXOS/A11P2.pdf>

_ (2025). *Estudio mutualismo administrativo.* Madrid. Puede acceder en: <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2025/03/Spending Review 2022-2026 Fase 1 Mutualismo administrativo/Estudio.pdf>

BLANCO, A. y V. DE DOMINGO (2019). «Mejoras en el cálculo de la población protegida equivalente como factor de demanda en relación con gasto en servicios sanitarios». *Presupuesto y Gasto Público* n.º 96: 147-165. Puede acceder en: https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/revisitas/pgp/96_07.pdf

CIVIO (2023). «Un juzgado vuelve a dar la razón a Civio frente a Novartis para que el precio de los medicamentos sea público». Novedades. Madrid: Fundación Ciudadana Civio. Puede acceder en: <https://civio.es/novedades/2023/09/12/transparencia-precios-medicamentos-zolgensma-novartis/>

COMISIÓN EUROPEA (2024). *2024 ageing report. Economic & budgetary projections for the EU Member States (2022-2070).* Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2024. Puede acceder en: <https://doi.org/10.2765/022983>.

MARTÍ, T. y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL (2025). «Hacia la transformación del sistema de salud catalán: Cairos y la atención primaria» [post de un blog]. Nada es Gratis, 10 de abril. Puede acceder en: <https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/hacia-la-transformacion-del-sistema-de-salud-catalan-cairos-y-la-atencion-primaria>

MINISTERIO DE HACIENDA. Indicadores sobre gasto en productos farmacéuticos y sanitarios [fichero excel]. Madrid. Disponible en: <https://www.hacienda.gob.es/cdi/gasto%20sanitario/se-rie%20gasto%20farmac%C3%A1utico%20y%20sanitario.xlsx> [consulta: ene. 2026].

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid. Puede acceder en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA ABORDAJE CRONICIDAD.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD (2019). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación.* Madrid. Puede acceder en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Evaluacion_E.Cronicidad_Final_0.3.pdf

_ (2025a). *Estadística de gasto sanitario público 2023.* Madrid. Puede acceder en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf#page=8.13>

_ (2025b). *Plan de Terapias Avanzadas en el Sistema Nacional de Salud 2025-2028.* Madrid. Puede acceder en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/infoMedicamentos/terapiasAvanzadas/docs/AFTerapiasAvan2025.pdf>

—. Indicadores clave Sistema Nacional de Salud. Madrid. Disponible en: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html> [consulta: dic. 2025c].

—. Recursos económicos del SNS actualización 2025 [fichero excel]. Madrid. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosl-niciales.xls> [consulta: ene. 2026].

Nuño, R., J. F. Orueta y M. Mateos (2012). «An answer to chronicity in the Basque Country: primary care-based population health management». *The Journal of ambulatory care management* 35, n.º 3: 167-173. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31823e83b8>

OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2017). *Tackling wasteful spending on health.* París: OECD Publishing. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>

— (2024). *Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?.* París: OECD Publishing. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1787/880f3195-en>

— (2025a). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators.* París: OECD Publishing. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

— (2025b). «Health expenditure - Figure 7.25. Observed and projected annual growth in per capita health spending from public sources (real terms), 2001-2023 and 2024-2045» [fichero excel]. *Health at a Glance 2025.* París. Puede acceder en: <https://stat.link/files/8f9e3f98-en/5fuemj.xlsx>

—. «Health spending and financial sustainability». Topics. París. Disponible en: <https://www.oecd.org/en/topics/health-spending-and-financial-sustainability.html> [consulta: nov. 2025c].

OCDE/Eurostat/WHO (2017). *A system of health accounts 2011: revised edition.* París: OECD Publishing. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1787/9789264270985-en>

OMS (Organización Mundial de la Salud). Global Health Expenditure Database. Ginebra. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/> [consulta: ene. 2026].

PINILLA, J., C. GONZÁLEZ, B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, F. LOBO y J. PUIG (2025). «Análisis de equidad y sostenibilidad presupuestaria del sistema de copago farmacéutico en España». *Gaceta Sanitaria* 39, n.º S1: 102427. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102427>

REGUEIRO, C. y B. GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL (2023). «Los retos del sistema sanitario a la luz de la transición demográfica». *Papeles de Economía Española* n.º 176: 112-131. Puede acceder en: <https://www.funcas.es/articulos/los-retos-del-sistema-sanitario-a-la-luz-de-la-transicion-demografica/>

SULLIVAN, R. (2019). *WHO Technical Report: Pricing of Cancer Medicines and Its Impact.* Ginebra: OMS (Organización Mundial de la Salud). Puede acceder en: https://www.academia.edu/38247163/WHO_Technical_Report_Pricing_of_Cancer_Medicines_and_Its_Impact

VALLEJO, L., B. GARCÍA y P. SERRANO (2018). «Estimating a cost-effectiveness threshold for the Spanish NHS». *Health Economics* 27, n.º 4: 746-761. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1002/hec.3633>

VOKINGER, K. N., T. J. HWANG, P. DANIODE, C. C. LEE, A. TIBAU, T. GRISCHOTT y A. S. KESSELHEIM (2021). «Analysis of launch and postapproval cancer drug pricing, clinical benefit, and policy implications in the US and Europe». *JAMA Oncology* 7, n.º 9: e212026-e212026. Puede acceder en: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.2026>

Ivie