

## **BUSCANDO EL REFORZAMIENTO CONSTITUCIONAL EFECTIVO Y PROPORCIONADO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD<sup>1</sup>**

### **IN SEARCH OF AN EFFECTIVE AND PROPORTIONATE STRENGTHENING OF THE CONSTITUTIONAL RIGHT TO HEALTH PROTECTION**

**Tomás Gómez Franco\***  
**José Ramón Repullo Labrador\*\***

**RESUMEN:** El derecho a la protección de la salud en la Constitución Española pierde efectividad en un contexto de aumento de necesidades, crecimiento de costes y de aplicación de políticas de contención del gasto. De cara a los próximos debates, es esencial analizar los principios que permitirían ordenar, jerarquizar y vincular necesidades sanitarias y protección constitucional.

Sobre esta base se formula una propuesta para enriquecer el debate político, jurídico y social, consistente en la articulación de los tres bloques de protección -reforzada, tutelada y selectiva-, con doce categorías de necesidad en los tres ámbitos de perjuicio individual, social y económico.

**ABSTRACT:** *The right to health protection in the Spanish Constitution loses effectiveness in a context of increasing needs, expenditure growth and implementation of cost containment policies. Looking ahead to the coming debates, it is essential to analyze the principles that would allow order, rank and link health needs and Constitutional protection.*

*On this basis, a proposal is made to enrich the political, legal and social debate, involving the articulation of the three types of Constitutional protection -reinforced, tutored, and selective, with twelve categories of need in the three dimensions of individual, social and economic harm.*

**PALABRAS CLAVE:** derecho a la salud, Constitución Española, necesidades de salud, protección de la salud, cobertura sanitaria.

**KEYWORDS:** *right to health, Spanish Constitution, health needs, healthcare protection, healthcare coverage.*

**Fecha de recepción: 30/11/2015**

**Fecha de aceptación: 14/12/2015**

---

<sup>1</sup>Este trabajo toma buena parte de su contenido de la Tesis Doctoral de Tomás Gómez Franco (La protección de la Salud desde la perspectiva de los Derechos Humanos, UNED 2015), y forma parte del Proyecto de Investigación DER 2013-41462-R, "El derecho a la atención sanitaria: delimitación, alcance y satisfacción eficiente a partir del principio de justicia distributiva" liderado por Ana Marcos del Cano y Juan A. Gimeno Ullastres de la UNED.

\*Doctor en Economía, profesor Universidad Carlos III de Madrid. tgfranco@eco.uc3m.es

\*\*Doctor en Medicina y Cirugía, profesor y jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. jrepullo@isciii.es

## **1.- INTRODUCCIÓN: EL ENCARECIMIENTO DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD.**

El incremento del nivel de gasto sanitario se ha convertido en una preocupación social de primer orden. Existe abundante literatura económica que ha investigado el origen de este aumento tendencial. Entre sus causas, destaca la correlación entre el nivel de gasto sanitario y el nivel de renta. En este sentido, Kleiman (1974) y Newhouse (1977) realizaron estudios empíricos que concluían que el principal determinante del gasto sanitario era el nivel de renta. Newhouse en su estudio sobre 13 países constata que el 90% del gasto sanitario se explica con el PIB per cápita. Barros (1998) y Roberts (2000) redundan en la misma conclusión. Entre las razones del incremento del gasto sanitario, además de los crecimientos de renta, se han apuntado otras causas como el envejecimiento o la incorporación de nuevas tecnologías a la atención médica (Zweifel et al. (1999) y Okunade y Murthy (2002)).

El indudable efecto del envejecimiento poblacional en la morbilidad no deja de ser para estos autores un distractor verosímil (arenque rojo - red herring), frente a la más potente capacidad explicativa de los factores endógenos como la introducción de tecnologías y los incrementos en los beneficios de otros agentes tales como aseguradoras y proveedores del sistema.

Sin invalidar la teoría de la compresión de la morbilidad (Fries 1980), sí parece evidente que la presentación del envejecimiento sugiere la inevitabilidad del crecimiento del gasto sanitario por la vía de nuevos pacientes crónicos y multipatológicos, y tiende a ocultar otras causas modificables y gestionables. En otro sentido, el aumento de la esperanza de vida genera un problema añadido en la obtención de ingresos dada la disminución de activos.

En 1960, el gasto en salud, en los países de la OCDE, estaba por debajo del 4% del PIB, en el año 2009 se había incrementado hasta el 9,6% y más de una decena de países se situaba en el 10%. El país que más incremento ha experimentado es EEUU, que ha pasado del 5% en 1960 al 17% en 2009. También experimentaron incrementos importantes Holanda, que alcanzó el 12% o Francia con el 11,8% (OECD (2013), 2014)).

Sin embargo, un gasto mayor no se ve correspondido por aumentos significativos de la cantidad y la calidad de salud de la sociedad, medido en términos de esperanza de vida y calidad de los años vividos. Los rendimientos marginales en salud y longevidad correspondientes a un mayor esfuerzo asistencial y económico son claramente decrecientes. Es la llamada "medicina de la parte plana de la curva", en términos popularizados por Victor Fuchs (2004) que elabora partiendo de la curva de Samuel Preston, que correlaciona renta y mortalidad. La curva relaciona el gasto per cápita de un amplio número de países del mundo (gasto sanitario total) y su esperanza de

vida. Como conclusión, se obtiene que a partir de un nivel de gasto sanitario de 1000 dólares, la curva se aplana bruscamente. Esta evidencia empírica indica un primer camino hacia la reflexión sobre cómo lograr más rendimiento del gasto en salud y liberar recursos para mejores usos alternativos de acuerdo con el coste de oportunidad.

La crisis económica que se inicia en el año 2009 representa un punto de inflexión entre dos etapas: una, en los años previos a la crisis, caracterizada por tasas crecientes del gasto sanitario positivas con importantes crecimientos en algunos países como Irlanda, Holanda o las antiguas repúblicas de socialismo real y después de 2009, donde las tasas de crecimiento de gasto negativas son imperantes y en algunos casos muy bruscas, como Grecia, situación que se suma negativamente a la caída de renta que experimentó la población griega.

La razón estriba en la caída de los ingresos públicos que, junto al aumento de gasto social, produce aumento del déficit. El control de las cuentas públicas para frenar el ascenso de la deuda ha tenido como consecuencia la disminución de la cobertura sanitaria en varios flancos.

La disminución de la cartera de servicios, de la población cubierta o la reducción económica de la propia prestación, introduciendo copagos ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de la protección del derecho, siendo función del ciclo económico.

La nueva ecuación social a resolver se escribe en términos de un gasto sanitario creciente, con mayores necesidades sanitarias a las que dar cobertura, en un contexto de crisis económica. La solución de la ecuación apunta en la dirección de una mejora de la sostenibilidad del sistema garantizando el derecho a la protección de la salud, sin que dicha garantía esté sometida a la coyuntura económica.

## **2.- EXPANSIÓN COMBINADA DEL GASTO Y LAS NECESIDADES DE SALUD: RETO PARA LA SOSTENIBILIDAD INTERNA, Y DESAFÍO PARA LA PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL SENSATA.**

La expansión del gasto sanitario va de la mano de una eclosión aparente de las necesidades sanitarias de la población, pero en realidad es un proceso combinado que ha de ser analizado desde varias dimensiones con el fin de aquilatar en cada caso si las necesidades y sus costes son legítimos y apropiados, y si existen alternativas que aporten mayor bienestar, efectividad, eficiencia y equidad. Este es el enfoque de sostenibilidad interna, reflejado también en propuestas como la "triple meta", más salud, mejores servicios, menos costes, (Mas y Wisbaum 2014). Reseñaremos seis ámbitos que podrían también ser considerados auténticos yacimientos de recursos para reorientar y reinvertirlos de forma más razonable y socialmente eficiente.

Este efecto inflacionario proyecta una expansión del criterio de necesidad en direcciones diversas que revisaremos agrupadas en seis dimensiones:

**a) Lo caro.**

Incorporando intervenciones y medicamentos enormemente costosos y de escasa e incluso dudosa efectividad.

En este ámbito, los conflictos de interés de los profesionales y la acción del complejo industrial tecnológico y farmacéutico, es muy relevante. La escalada de precios y utilización se está convirtiendo en una auténtica pesadilla, no sólo para el coste-efectividad, sino para el propio impacto presupuestario. El valor terapéutico o el grado de innovación no es un factor clave en la determinación del precio de entrada de los medicamentos nuevos, contrariamente a lo que afirmaban otros estudios sobre este tema publicados anteriormente (Puig-Junoy y López Valcárcel 2014:48).

La aparición de los antivirales de acción directa con precios astronómicos, como en el caso del "sofosbuvir" de la compañía Gilead, ha marcado una nueva era incluyendo el problema del sometimiento de los gobiernos a los monopolios internacionales, sino también en la injusta paradoja de que los gobiernos y los emprendedores asumen los riesgos, y las grandes corporaciones internalizan los beneficios (Pons2015:39-42).

**b) Lo leve pero muy frecuente.**

Es consecuencia de la medicalización del malestar y la creación de enfermedades sobre la base de trastornos y problemas de la vida cotidiana.

Ha recibido el nombre de creación o promoción de enfermedades, (*disease mongering*), (Moynihan y Cassels, 2005) y señala la acción de industria y profesionales asociados para llamar la atención sobre condiciones o enfermedades frecuentemente inofensivas con objeto de incrementar la venta de medicamentos, aparatos, suplementos nutricionales o productos sanitarios, mediante campañas publicitarias, visitadores médicos, y estudios que intentan medicalizar cualquier dolencia.

**c) Lo frágil.**

La obstinación terapéutica, la fragmentación en especialidades, y la miopía de la práctica clínica segmentada, lleva a un intervencionismo inútil, inapropiado, inclemente e insensato; que además tiene un altísimo coste, y no añade calidad de vida para el paciente grave, pluripatológico, frágil o terminal.

En una revisión de la literatura (Canadian Hospice Palliative Care Association 2012) se reseñaba la estimación de que el 60% de gastos en el seguro estadounidense para mayores Medicare, se concentraba

en el 10% de beneficiarios más enfermos, y también que el 30% de los costes totales en atención sanitaria se producían en el último año de vida. En su conclusión aportaban la estimación de que un programa alternativo basado en unidades y equipos de cuidados paliativos, no sólo evitaría intervenciones médicas inútiles e inapropiadas, sino que supondría un ahorro de entre 7 y 8 mil dólares por paciente.

**d) Lo sofisticado.**

La fascinación por la alta tecnología (por ejemplo las pruebas de imagen, o la cirugía robótica), por lo complejo y “glamuroso”, o por lo más innovador, lleva a estilos de práctica clínica muy costosos y poco efectivos en su conjunto.

Además, a partir de un punto la información diagnóstica no aporta valor para la decisión clínica. Es posible que la reducción de la incertidumbre gratifique a los médicos, e incluso, alguna información diagnóstica como, por ejemplo, la ofrecida por la medición de marcadores tumorales de alta sensibilidad y baja especificidad, puede llevar a un intervencionismo exagerado e inapropiado. Sin embargo, algunos investigadores se preguntan a cuánta certidumbre o seguridad en el diagnóstico se está dispuesto a llegar, y si es posible pagarla; pero también si esta certidumbre se traduce en cambios en la historia natural de la enfermedad (Newman, McDonald y Meltzer 2013).

**e) Lo complejo.**

La medicina moderna tiene una gran dificultad para coordinar procesos e integrar su actuación ante los pacientes. Las casi 50 especialidades, a su vez subdivididas informalmente en incontables subespecialidades y técnicas, conllevan un más que elevado coste de coordinación.

La desconexión contumaz con la atención primaria y los servicios sociales y el creciente perfil de cronicidad, comorbilidad y fragilidad de los pacientes, convierten a la coordinación e integración en el principal reto de calidad y efectividad del futuro; y también en el principal yacimiento de contención de costes sin afectar a la calidad o mejorándola en algunos casos.

En otros términos se puede hablar de fragmentación de la medicina y los sistemas sanitarios, indicando que la integración en diversos ámbitos y dimensiones es una de las alternativas más prometedoras a los problemas de insostenibilidad, mala calidad e inequidad (Stange 2009).

**f) Lo estérilmente preventivo.**

La prevención primaria reduce los factores de riesgo minorando la incidencia de una enfermedad, suele ser una excelente estrategia.

La prevención secundaria, consistente en el diagnóstico precoz o en fase pre-sintomática, puede ser una buena estrategia a veces; pero en ambos casos debe actuarse con rigor y cautela para que los

beneficios realmente obtenidos compensen a los riesgos (tratamiento de falsos positivos, efectos secundarios de tratamientos preventivos), los costes (de nutrición, tratamientos y controles), y el daño psicológico y moral (de ser etiquetados como enfermos de forma equívoca y/o precoz).

La gran industria que crece en torno a los factores de riesgo, a los hábitos de vida presuntamente preventivos, a los consumos saludables, a los exámenes en salud, los chequeos, los cribados y las revisiones médicas, supone una enorme fuente de gasto sanitario inútil, perjudicial e insensato. Discriminar y ser selectivo en lo preventivo es esencial para aportar valor a la sostenibilidad interna, y evitar la erosión económica de los presupuestos familiares en salud.

Juan Gérvas popularizó el término de "prevención cuaternaria", acotándolo para el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica, obviando actividades, limitando el impacto perjudicial de alguna actuación y reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (Gérvas, Gavilán y Jiménez 2012).

Estas seis dimensiones son en buena medida las que condicionan la sostenibilidad interna de los sistemas públicos de salud, y los que lastran el desarrollo de la propia medicina moderna. Pero también tiene el efecto de alterar el concepto de necesidad.

Es por ello que, cuando se recoge el derecho a la salud, y se intenta indagar sobre la jerarquía e importancia del mismo en el conjunto de normas constitucionales y legislativas, lo que emerge es la heterogeneidad del concepto salud y su difuminación por territorios de imposible comparabilidad. No es lo mismo una prótesis valvular cardíaca, sin la cual no se puede vivir, que una prótesis de cadera, sin la cual no se puede caminar, una prótesis de mama, que ayuda a reconstruir la anatomía deformada por un cáncer, o una prótesis auditiva, que ayuda a oír mejor.

Hasta ahora, se ha podido evitar las decisiones duras, típicas de los países en vías de desarrollo, que obligan a priorizar lo que se incorpora o no en la cobertura pública, pero a la hora de establecer un derecho reforzado a la salud, que permita elevar la protección constitucional, es inevitable plantearse si todo lo que vulgarmente se identifica como demanda sanitaria debe estar igualmente bajo el mismo paraguas de protección legal reforzada, o habría que ensayar algún tipo de cualificación de las necesidades de salud.

Desde un abordaje principialista, que no define directamente carteras de servicios, prestaciones o tecnologías, no obstante, crear unos anclajes útiles que permiten establecer en cada caso un criterio de justicia ampliamente consensuado para articular la protección de la salud de forma más armónica y efectiva.

### **3.- REVISANDO LA SITUACIÓN ACTUAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA.**

La CE distingue dos ámbitos y niveles de protección de los derechos: el de mayor rango y aplicabilidad directa se ubica en el capítulo segundo, sección primera, siendo de particular aplicación el artículo 15: *"Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte, salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra"*.

En el mismo capítulo segundo, el artículo 31 hace referencia al sostenimiento económico de los gastos públicos, dimensión que aunque no afecta al contenido subjetivo de derecho, sí lo hace a los medios y métodos para aportar recursos a los sistemas sociales, así como a los principios que han de inspirarlos.

El ámbito de menor rango se establece como principio informador o rector de la actuación de los poderes públicos para su acción en la vida económica y social, y requiere que el poder legislativo articule explícitamente los contenidos de las políticas. Los dos artículos más específicos y citados sobre el derecho a la salud, contenidos en el capítulo tercero "De los principios rectores de la política social y económica", son los artículos 41 y 43.

En lo que se refiere a la garantía de la asistencia y prestaciones del régimen público de la Seguridad Social, la redacción del artículo 41 ha contribuido a mantener la ambivalencia sobre si esta asistencia es la "sanitaria" o está definida en términos más amplios, ya que en España el Sistema Nacional de Salud se ha generado por la progresiva ampliación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social hasta la práctica universalización.

La actual financiación por impuestos generales no finalistas y su gestión autonómica han ido dejando cada vez más desajustada la redacción de ambos artículos. La opción de reformas constitucionales debería tener en cuenta la posibilidad de cambios tanto en la formalización de los derechos a la protección de la salud, como la adaptación a los marcos institucionales del actual Sistema Nacional de Salud, resolviendo la confusión entre sanidad pública y Seguridad Social. En este trabajo abordamos la reforma constitucional que formalice cambios en el derecho a la protección de la salud.

#### **4.- DE LA PROTECCIÓN FORMAL A LA EFECTIVA GARANTÍA DE DERECHOS A LOS CIUDADANOS: EL IMPACTO DE LA AUSTERIDAD Y RECORTES.**

La garantía de derechos implica un reconocimiento legal, pero también supone articular los recursos, medios y organización que hagan posible su efectiva cobertura.

Esta cobertura tiene tres dimensiones:

- 1) Por una parte la especificación de las prestaciones, servicios, procedimientos o procesos que configuran la oferta de la sanidad, lo que se reconoce habitualmente bajo la denominación de "*póliza pública*".
- 2) La segunda dimensión es la extensión poblacional, donde pueden introducirse restricciones o exclusiones a individuos o grupos poblacionales.
- 3) La tercera y última, es económica, y establece la gratuidad o el grado de cofinanciación para el paciente en el momento de la utilización de servicios.

Estos tres ángulos de la cobertura han sido afectados por las medidas de contención del gasto sanitario que han adoptado los gobiernos como consecuencia de la crisis económica.

Repullo (2014) establece varias etapas diferentes en los cambios establecidos por el gobierno central:

En la primera etapa, 2009-2010, correspondiente al inicio de la crisis, en la que se plantean reformas no rupturistas de ahorro. El RD 4/2010 marca un cambio en la política farmacéutica cargando el esfuerzo económico de reducción de costes sobre la industria farmacéutica. Se reduce el precio de genéricos, se prohíben bonificaciones y descuentos y se regula la reducción de precios al expirar la patente, entre otros.

En una segunda etapa, desde mayo 2010 a diciembre de 2011, las autoridades monetarias y económicas europeas introducen medidas más agresivas, como consecuencia de las ayudas financieras al sector bancario.

Se aprueba el RDL 8/2010, que significó la bajada del 5% de salario para los empleados públicos y la congelación nominal de las pensiones no mínimas entre otras medidas.

La tercera etapa se inicia con el cambio de gobierno producido en diciembre. Las nuevas medidas en sanidad, están determinadas por los compromisos ante la UE y tienen como objetivo una reducción del gasto desde el 6,5% del PIB en 2010 al 5,1% en 2015. La reducción de gasto actúa en dos frentes: reduciendo el precio de los factores de producción y estableciendo techos de gasto para las comunidades autónomas.

Las medidas introducidas por el gobierno son: a) el RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones; b) el RDL 1192/2012, que reduce la cobertura de servicios del sistema a algunos colectivos; c) la resolución de 2 de agosto, por la que se excluyen 417 medicamentos de la financiación pública, y d) la Ley 10/2013, referida al uso racional de medicamentos y el RDL 576/2013, por el que se establece un convenio especial de colaboración a personas que no tengan la condición de aseguradas mediante el pago de 60 o 157 euros para menores o mayores de 65 años.

Todo este conjunto de modificaciones, especialmente el Real Decreto Ley 16/2012 que, como hemos mencionado, introdujo modificaciones en la cobertura reduciendo la cartera prestacional eliminando la financiación de algunos medicamentos, limitando la cobertura poblacional de los inmigrantes no regularizados e incorporando copagos de medicamentos a los pensionistas.

La introducción de nuevos copagos, con el citado RD 16/2012, se realiza en varias líneas: a) fin de la gratuidad de medicamentos para pensionistas, que pasan a soportar el 10% del coste de los medicamentos con un límite mensual; b) incremento del porcentaje correspondiente a los activos, desde el 40% anterior hasta el 50 y el 60% en función del nivel de renta y, por último, c) la desfinanciación de más de 400 medicamentos.

Entre las medidas de recorte sanitario se espera más impacto en el gasto real en aquellas que afectan al medicamento. En todo caso, la reducción del gasto sanitario en las comunidades autónomas, debido a las medidas del gobierno central, ha sido de 3.053 millones de euros correspondientes a 2.145 millones en remuneraciones, 1.047 en transferencias sociales en especie a productores de mercado, 212 dedicados a consumos intermedios y 73 a otros empleos corrientes. (Repullo 2014:66).

Las políticas de reducción de los precios unitarios de los factores de producción tienen un menor impacto negativo en los servicios que las anteriores. Por su parte, la concentración de servicios puede generar problemas de accesibilidad y, por tanto, de equidad en el sistema. Por último, la generación interna de recursos es el método que más favorece la eficiencia asignativa.

En las medidas correspondientes del lado de la demanda, como la exclusión de colectivos de la cobertura sanitaria, genera problemas éticos y de impacto económico en el uso de las urgencias y en términos de salud pública. El cambio en el modelo de aseguramiento, por vía de exclusión de diversos colectivos, como la población inmigrante no regularizada, perjudica gravemente a un colectivo vulnerable.

Lohr et al. (1986) y Kim et al. (2005) llegaron a la conclusión de que en EEUU y Corea respectivamente, los copagos expulsaban del uso de los servicios sanitarios a los grupos socioeconómicos más pobres, con las consecuencias que ello conlleva para la salud indivi-

dual y pública. Los copagos de algunos medicamentos son una transferencia de la carga al individuo y, por tanto, una transferencia de renta desde las rentas bajas a las rentas más altas, cuestión que redundará en la ruptura de la equidad.

## **5.- EL RETO DE FORMULAR PRINCIPIOS Y CRITERIOS QUE ORDENEN Y GARANTICEN LA PROTECCIÓN Y COBERTURA SANITARIA.**

La garantía del derecho a la protección de la salud exige la definición de un contenido mínimo esencial del derecho.

La lógica en la regulación de prestaciones sanitarias exige una narrativa y una racionalidad de base. Se suele hablar de dos tipos de racionalidad: la substantiva o de contenidos y la formal o de medios. En este caso, la reflexión sobre principios substantivos nos llevaría a expresar categorías de protección para luego ser aplicadas a necesidades de salud de los ciudadanos.

Por su parte, la consideración de la racionalidad formal nos llevaría a formalizar criterios de cómo desarrollar la función protectora de la salud desde los poderes públicos. La posición defendida es que debe existir una ética de los medios, porque se ha demostrado sobradamente que éstos condicionan y alteran los fines.

### **5.1. Sobre los principios y criterios substantivos**

Permiten cualificar las necesidades sanitarias para otorgarles una protección diferenciada, propondríamos al menos tres niveles en función del grado de intensidad de la protección:

#### **a) Nivel 1. Protección reforzada.**

De necesaria aplicación a necesidades sanitarias que apelan directamente al derecho a la vida, o conectan de forma directa con la integridad física y moral de la persona (Artículo 15 de la CE).

#### **b) Nivel 2. Protección tutelada.**

Se aplica a necesidades sanitarias que expresan claramente contenidos de asistencia sanitaria de los artículos 41 y 43, y en los que la carga de la prueba para excluir o reducir la protección y cobertura debe recaer en el legislador que además debe formalizarlo.

#### **c) Nivel 3. Protección selectiva.**

Se aplica a necesidades sanitarias que conectan con preferencias o demandas del ciudadano, y cuya conexión con los artículos 41 y 43 no es directa: el legislador asume la carga de la prueba para incluir las prestaciones y cobertura de estas necesidades dentro de la responsabilidad pública.

## **5.2. Principios y criterios formales**

Permiten informar de los instrumentos y medios necesarios para la efectiva aplicación de la protección constitucional del derecho a la salud, cabría establecer una referencia al artículo 31 de la CE, y otros concordantes en donde se formulan principios y requisitos relacionados con el buen gobierno y gestión de los servicios públicos.

No forma parte del núcleo de este trabajo, pero convendría insistir en el hecho de que estos principios de gobernanza virtuosa ni son ajenos a los contenidos de protección de la salud, ni son extraños al propio interés general como expresión de valores colectivos. Bien es cierto que las sentencias del Tribunal Constitucional ceden al legislador un margen muy amplio de iniciativa a la hora de concretar estos principios en los modelos de organización, gestión, prestación y servicio.

De hecho, en la sentencia del Tribunal Constitucional al recurso de inconstitucionalidad presentado por el Grupo Parlamentario Socialista del Senado contra los artículos 62 y 63 de la Ley 8/2012, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid, el argumento esencial para dirimir que la privatización de la provisión no chocaba con el marco Constitucional fue que, a consideración del Tribunal, no se altera el régimen público de aseguramiento sanitario y que la propia regulación que el poder legislativo había establecido en su día sobre las formas de gestión (la conocida Ley 15/1997, de 25 de abril, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud).

Por ello, y sin profundizar en este ámbito, procede señalar que si la experiencia práctica señala la inconveniencia de habilitar cualquier forma de gestión para el servicio público, sería congruente tanto la reforma de la Ley, como la clarificación de los principios constitucionales que pueden ser necesarios para consolidar la garantía del interés general en los servicios públicos.

Ambos cambios irían en el sentido del buen gobierno de la sanidad pública, incorporando mandatos claros a los legisladores autonómicos y gobiernos para orientar el marco de funcionamiento de instituciones, centros y servicios públicos, evitando la externalización de la responsabilidad de la atención sanitaria a la población, y favoreciendo principios de buen gobierno en las organizaciones profesionales (y así minimizar los "fallos del Estado").

En el mismo sentido, cabría un mandato al legislador para establecer tutela efectiva de calidad y servicio en la sanidad privada, y favorecer el profesionalismo sanitario en instituciones con ánimo de lucro en defensa de los pacientes (en este caso para minimizar los fallos del Mercado).

Y como corolario de lo anterior, convendría un mandato adicional al legislador para aplicar principios de buen gobierno que reduzcan los conflictos de interés, y fomenten el profesionalismo, y la au-

tonomía de decisión de los profesionales, en beneficio del paciente (para minimizar costes de interferencia e influencia en la interacción de intereses públicos y privados).

## **6.- LA DIFÍCIL, PERO NECESARIA, TIPIFICACIÓN DE NECESIDADES SANITARIAS.**

Seleccionemos ahora tres perspectivas para caracterizar y ordenar las necesidades sanitarias. Estas pueden manifestarse en el individuo, en la sociedad o una parte de la misma y también tienen repercusiones económicas que afectan a quien tiene una necesidad sanitaria. Es decir, podemos distinguir entre:

a) **Perjuicio individual:** Referido al efecto que tienen los problemas de salud en las personas y la capacidad de la intervención sanitaria para reducir dicho impacto.

b) **Perjuicio social:** Enfoca los problemas de salud desde la sociedad como sujeto que recibe el impacto de los problemas de salud.

c) **Perjuicio económico:** Recoge la dimensión económica en el impacto individual y social de los problemas de salud.

Sobre estas tres perspectivas vamos a ensayar un intento de tipificación y categorización. Aclaremos que la propuesta tiene carácter de ensayo porque se trata de un terreno muy innovador, donde lo relevante son los análisis éticos, los consensos sociales y la propia lógica taxonómica, que debe ser también objeto de los mismos escrutinios.

Contando con esta cautela, en los siguientes apartados realizamos una agrupación por bloques de las necesidades sanitarias para que se pueda categorizar, así como cuatro niveles de intensidad en el daño o perjuicio producido si no se atendieran dichas necesidades. Proponemos para cada una de ellas algunos ejemplos, con carácter ilustrativo y de ninguna manera exhaustiva. Se intenta de esta manera que puedan tener una utilidad didáctica, a título demostrativo y positivo.

### **a) Perjuicio individual:**

La falta de salud puede producir cuatro tipos de daño individual: Perjuicio a la vida, daño físico o psíquico, malestar o contrariedad.

#### **a.1. Perjuicio de vida.**

Cuando la no cobertura de la necesidad de salud supone una amenaza para la vida de la persona (*life threatening conditions*).

Se produce una amenaza grave a la vida o a la función de los aparatos y sistemas esenciales del ser humano.

Situaciones tipificadas en este nivel de necesidad serían, por ejemplo, un accidente de tráfico con un paciente politraumatizado, un infarto agudo de miocardio, apendicitis aguda o una crisis de asma infantil grave.

La no cobertura, incluso si no llega a afectar a la vida de forma inmediata, supone una grave afectación de aparatos y sistemas esenciales que comprometen gravemente la esperanza de vida, la autonomía y dependencia, y la calidad de vida de la persona. Ejemplos: accidente vascular cerebral, insuficiencia renal crónica, hepatitis crónica activa, neumonía, cáncer, esquizofrenia, esclerosis lateral amiotrófica o aplasia medular.

#### **a.2. Perjuicio causante de daño.**

Entendiendo por tal la alteración severa y objetivable de estructuras y funciones físicas o psíquicas.

La no cobertura de este tipo de necesidades produce sufrimiento, menoscabo funcional y minusvalía, incapacidad laboral, para actividades productivas y/o de la vida cotidiana.

Podríamos citar como ejemplos tipificados en este nivel de necesidad la fractura de un brazo, una hernia discal lumbar, asma, diabetes, depresión, alzheimer, anemia severa, cataratas o problemas auditivos.

#### **a.3. Perjuicio causante de malestar.**

Entendiendo como tal sufrimiento y alteración funcional.

La no cobertura de este tipo de necesidades produce trastornos y malestar y puede interferir en el desempeño laboral, familiar o social, aunque no amenaza la vida, ni la alteración puede siempre objetivarse o cuantificarse por exploraciones o mediciones.

Ejemplos a incorporar en esta categoría: Dolor de cabeza, debilidad y dolores musculares, fobias graves, disminución de la libido, lumbago, digestión pesada, palpitaciones o caries y gingivitis.

#### **a.4. Perjuicio causante de contrariedad ante la percepción del propio estado de salud.**

La contrariedad es referida a un desajuste entre las prestaciones ofrecidas y las preferencias físicas o psicológicas.

La percepción de este tipo de necesidades varía con el individuo, y su no cobertura aunque produce contrariedad en aquellos que tienen dicha preferencia, socialmente no suele considerarse como sufrimiento o alteración de suficiente nivel como para movilizar y consumir recursos sociales en una prestación de servicios sanitarios que satisfaga al individuo.

Por tanto, son variables según la deseabilidad social y la posibilidad financiera en cada escenario político, social y económico, y que

tienen amplia relación con la consideración del envejecimiento y el malestar de la vida cotidiana como enfermedades medicalizables.

Ejemplos: balnearios; tratamientos para la alopecia (calvicie), cirugía estética (no reconstructiva o para casos graves), cirugía de cambio de sexo; malestar psíquico; falta de energía, ortodoncia, sobrepeso, masajes relajantes, técnicas de relajación o mal olor corporal.

## **b) Perjuicio social:**

En este caso no se valora individualmente el riesgo para la vida o daño originado por la no cobertura de una necesidad sanitaria, sino que se identifica la pérdida de bienestar y desarrollo social e incluso consecuencias más graves futuras. Proponemos la incorporación de cuatro bloques: Contagio, descapitalización social, alarma social y decepción.

### **b.1. Contagio de una enfermedad.**

Cuando una enfermedad contagiosa o transmisible no es tratada médicamente afecta a otros individuos. En términos económicos, referenciamos las externalidades negativas sobre terceros, individuos y sociedad, a través de contagios de enfermedades.

Ciertamente puede convertirse en un problema social de primer nivel cuando, en algunos casos, pueden llegar a epidemias de gran impacto sanitario, social y económico. La vacunación es una pieza esencial en estas estrategias, de ahí su carácter obligatorio en determinadas situaciones.

Desde otro ángulo, consideramos los efectos externos de enfermedades mentales. En este caso, su no cobertura produce graves problemas que pueden ser minimizados con una cobertura sanitaria amplia y una acción temprana y de control de riesgos.

### **b.2. Descapitalización social.**

Es referida a la erosión de capital social, cohesión intergrupala e institucional y reciprocidad que se produce cuando no se da cobertura a una necesidad.

La no cobertura en grupos sociales de baja renta, con necesidades especiales, o con problemas de cultura o acceso a los servicios, genera una merma del capital social, lo que a su vez genera descohesión social, exclusión, y problemas de integración, identidad e inseguridad, cuyo impacto en el bienestar social es enorme.

Dicho en positivo, una cobertura sanitaria amplia y accesible es uno de los instrumentos más potentes para integrar una sociedad, aumentar la pertenencia, el bienestar, y generar confianza y reciprocidad (con efectos económicos claros en la reducción de costes de transacción y de organización).

### **b.3. Alarma social.**

En este caso se produce desasosiego generalizado por inacción colectiva.

La no atención de necesidades sanitarias de un individuo o grupo, afecta a la sensibilidad colectiva de forma tan amplia que genera una externalidad negativa de tipo moral o cultural y daña a la sociedad. Un efecto muy conocido son las llamadas "reglas de rescate" que pueden conducir a acciones poco racionales técnicamente, pero ampliamente demandadas por una sociedad preocupada o alarmada. Un fenómeno de estas características se ha vivido hace un año con la crisis del ébola, merece la pena repasar los comentarios de Ricard Meneu (2014) a propósito de la repatriación de un misionero español contagiado por el virus de ébola en el verano de 2014.

### **b.4. Decepción.**

Se produce cuando los individuos y grupos ven contrariadas sus preferencias en los modos de uso de los servicios.

Los ciudadanos y pacientes pueden tener demandas de formas de utilización de servicios muy diversas, de acuerdo a su cultura y preferencias; son necesidades que el sujeto social ha de juzgar si puede o no ofrecerlas, aunque si no las incluye generan más una decepción que un daño.

Ejemplos: Disponer de habitación individual en el hospital, no respetar la lista de espera; dirigirse directamente al especialista sin ser derivado desde atención primaria, exigir un médico mujer para la exploración por razones culturales o religiosas, solicitar una visita a domicilio por comodidad, acudir a urgencias por problemas menores saltándose otros dispositivos por conveniencia o capricho.

## **c) Perjuicio económico:**

Sufrir una enfermedad tiene dos tipos de coste. Por un lado el coste total de los servicios sanitarios y farmacológicos, que en algunas enfermedades graves es un coste inasumible para muchos pacientes, y el coste de oportunidad por la imposibilidad de desempeñar tareas laborales y la merma de ingresos que ello supone. Hemos determinado cuatro grandes bloques referidos al perjuicio económico:

### **c.1. Perjuicio por ruina.**

Al hacerse cargo del pago del tratamiento y costes sanitarios. Se da en individuos cuyo poder adquisitivo es insuficiente. La OMS (2010) cifra en 100 millones al año las personas que caen en situación de pobreza como consecuencia de los costes relacionados con una enfermedad en el ámbito familiar y 150 millones de personas cada año atraviesan serias dificultades económicas por la misma causa.

Son las llamadas enfermedades económicamente catastróficas. Se trata de una prioridad ampliamente reconocida por los sistemas sanitarios y agencias internacionales, ya que producen la ruina de la familia en caso de no ser cubiertas las necesidades por un esquema de compartición de riesgos o aseguramiento público amplio. En términos sociales, el perjuicio genera problemas de iniquidad.

### **c.2. Disgregación del aseguramiento público.**

Este apartado está relacionado con las deseconomías e ineffectividad que se generan por no mancomunar riesgos y respuestas.

Cuando los grupos sociales buscan separadamente solución a sus problemas de aseguramiento se crea un daño económico por soluciones ineficientes. De hecho, el Bismarkiano concepto de "aseguramiento obligatorio" proviene precisamente de la imposición legal que evitaba escapar a individuos de su enrolamiento y contribución económica a un fondo de enfermedad comunitario. En la reforma que impulsó el presidente Obama en EEUU, la obligatoriedad se transformó en incentivos económicos, o penalizaciones, para promover entre los individuos la suscripción de un seguro que cubra sus contingencias.

La disgregación es una tendencia difícil de controlar. Los grupos con bajo riesgo y alta renta tienden a tomar dos tipos de decisiones, bien establecer un seguro colectivo diferente, en su caso un régimen separado de seguridad social pública, o bien a escapar del esquema general, "opting out".

El caso del mutualismo administrativo en España es un claro ejemplo. En países en vías de desarrollo es mucho más conspicuo: de una parte, ejército, policía, funcionarios, trabajadores de monopolios (petróleo), grandes empresas o cajas sectoriales de seguros sociales y, por otra parte, un sistema público empobrecido como red de seguridad para aquellos que carecen de un subsistema que les proteja de manera específica y preferente.

Esta fragmentación vertical, con diferentes sistemas basados en poblaciones segmentadas, es ineficiente porque destruye valor y dilapida recursos. Además plantea un problema de equidad horizontal, se produce un trato desigual para igual necesidad.

La igualdad de los ciudadanos ante la Ley es un principio constitucional que tangencialmente puede tener aplicabilidad en este punto y en el siguiente.

### **c.3. Inequidad.**

Como penalización del acceso y cobertura a individuos y grupos con mayores y diferentes necesidades de salud.

En este caso el daño económico se produce en la equidad, en particular la llamada "equidad vertical", relativa a colectivos que acumulan desventaja y problemas en el acceso y uso de los servicios.

La ruptura de la equidad vertical se produce porque se provee de igual trato para satisfacer necesidades desiguales.

Hay muchísimos ejemplos en necesidades específicas: medio rural, pacientes frágiles e inmovilizados, minorías étnicas, pobres, mendigos, refugiados, enfermos mentales, ancianos institucionalizados, etc.

#### **c.4. Inconveniencia por exclusiones y limitaciones en financiación colectiva de utilidades individuales.**

Los individuos pueden tener necesidades particulares y que por su naturaleza no exista un amplio consenso en la sociedad sobre si es justa su cobertura y satisfacción con dinero público. La cobertura pública dependerá en todo caso de consideraciones de contexto o de repercusiones colaterales relativas a los costes de oportunidad. Por ejemplo, puede considerarse injusto cubrir las vacunas para enfermedades tropicales del turismo de ocio, pero puede compensar hacerlo si se evitan casos importados de enfermedades transmisibles.

Algunos ejemplos ampliamente debatidos son los deportes de alto riesgo con posibilidad de seguro federativo, pasar las recetas del médico privado a la seguridad social, conseguir vitaminas y suplementos nutricionales vigorizantes, productos sanitarios para fines cosméticos o para paliar síntomas menores como las medias de compresión ligera de uso alternativo para varices.

## **7.- UNA PROPUESTA DE JERARQUIZACIÓN DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN RELACIÓN A LA TIPOLOGÍA DE NECESIDADES.**

En la siguiente tabla presentamos una síntesis en la que se integran los análisis anteriores. De una parte, formulamos una propuesta de articulación de los tres bloques de protección -reforzada, tutelada y selectiva-, de otra, las tres perspectivas con las que hemos contemplado las necesidades sanitarias.

La resultante son nueve categorías de diferente nivel de protección según necesidad (Tabla1):

**Tabla 1: Propuesta de jerarquización del derecho a la salud según tipología de necesidades**

	Perjuicio Individual	Perjuicio Social	Perjuicio Económico
Protección Reforzada	Vida Daño	Contagio	Ruina Disgregación
Protección Tutelada	Malestar	Descapitalización social Alarma	Inequidad
Protección Selectiva	Contrariedad	Decepción	Inconveniencia

*Fuente: Elaboración propia*

### a) Protección reforzada

De esta manera, el contenido mínimo del derecho a la salud debe tener un primer nivel de protección reforzada, esto es, cobertura plena y exigibilidad directa que contendría las siguientes categorías de necesidad:

- **Vida.** Cuando se produce una amenaza grave a la vida o a la función de aparatos y sistemas esenciales. Se trata de un perjuicio individual. Se trata de necesidades que deben ser cubiertas por su conexión con el derecho a la vida.
- **Contagio de una enfermedad que afecta a otros individuos.** Se trata de una categoría perteneciente al bloque de protección frente a perjuicios sociales. Su pertenencia a este bloque de protección está vinculada a su conexión con el derecho a la integridad física y moral.
- **Daño.** Esta es una alteración severa y objetivable de las estructuras y funciones físicas o psíquicas. Esta necesidad está relacionada con el derecho a la integridad física y moral.
- **Ruina.** En caso de que los individuos no puedan pagar tratamiento, su necesidad debe ser satisfecha, el principio de igualdad reclama un trato diferenciado ante contingencias diferentes. Corresponde a una necesidad de tipo perjuicio económico.
- **Disgregación del aseguramiento público.** Des-economías e ineffectividad por no mancomunar riesgos y respuesta. La no cobertura rompe con el principio de igualdad ante la ley y genera iniquidades. Al igual que la anterior necesidad corresponde a la tipología perjuicio económico.

### b) Protección tutelada

Un segundo nivel de protección, nivel 2 o de protección tutelada. Esta debe ser desarrollada por el legislador. En ellas el legislador debe asumir la carga de la prueba cuando decida retirar la cobertura que de antemano tiene la necesidad. Por tanto, es un nivel de protección

muy alto, pero incuestionable como el nivel 1 o de protección reforzada. Incluiría las cuatro categorías siguientes:

- **Malestar, sufrimiento y alteración funcional.** Correspondiente a la tipología de perjuicio individual.
- **Descapitalización social, erosión del capital social y de la reciprocidad.** Sería el perjuicio social derivado de la desatención y abandono de intervenciones activas para reducir las desigualdades injustas y evitables en las oportunidades de utilización de los servicios sanitarios.
- **Alarma.** Desasosiego generalizado por inacción colectiva.
- **Inequidad.** La consecuencia de la no cobertura es la penalización en el acceso y utilización efectiva por parte de individuos y grupos sociales con rentas bajas y a la alta necesidad.

### c) Protección selectiva

Es el nivel de protección más débil, la desarrollaría el legislador, y para poder llevar adelante la iniciativa de asumir esta tipología de protección debería asumir la carga de la prueba a favor de las inclusiones. Incluye tres categorías de necesidades:

- **Contrariedad,** cuando se produce un desajuste entre las prestaciones ofrecidas y las preferencias físicas o psicológicas, que pueden estar provocadas por diversos factores.
- **Decepción.** Este fenómeno se produce cuando individuos y grupos ven contrariadas sus preferencias en los modos de uso de los servicios.
- **Inconveniencia.** Las exclusiones y limitaciones en financiación colectiva de utilidades individuales también se verían incluidas en este tercer nivel de protección.

## 8.- CONCLUSIONES

La evidencia empírica ha puesto de manifiesto que incrementar los recursos destinados a la prestación de servicios sanitarios a partir de un determinado nivel, no mejora la cantidad ni la calidad de salud de la sociedad, por tanto se hace necesario mejorar la eficiencia del sistema.

El gasto sanitario ha crecido en los países de la OCDE desde el último tercio del siglo XX. Un factor determinante de este incremento es el crecimiento del producto interior bruto (PIB). Pero, en alguna medida, este incremento viene producido por la nueva caracterización de pacientes de tipo crónico y pluri-patológico, de una parte, y por el encarecimiento de la incorporación de nuevas tecnologías, de otra.

La emergencia de nuevas necesidades sanitarias y la manera de afrontarlas, desde la omisión de alternativas que aporten mayor bienestar, efectividad, eficiencia y equidad, tiene como consecuencia

un proceso inflacionario que pone en riesgo la sostenibilidad interna del sistema.

Cuando se producen periodos de ciclo económico recesivo disminuye el gasto sanitario sin que esté garantizado un núcleo de prestaciones de servicios esenciales.

Más gasto, sumado a más necesidades sanitarias y con la necesidad de contención del gasto público como consecuencia de la coyuntura económica, ha tenido como consecuencia en España ha hecho explícita la vulnerabilidad de la protección de la salud en el sistema sanitario.

La decisión de los poderes públicos de reducir la cobertura prestacional en su triple vertiente: población protegida por el sistema, cartera de servicios y reparto de la carga económica de las prestaciones entre individuo y sistema sanitario, puede tener consecuencias sobre el nivel de salud de la población que aún es pronto para determinar.

Pero la vulnerabilidad de la protección de la salud se produce, en buena medida, por la indefinición del contenido del derecho. Por otra parte, la sostenibilidad del sistema viene determinada por la mejora en el uso de los recursos en el sistema sanitario, pero esta solo es posible si se definen los ámbitos prestacionales a que esté obligada la autoridad sanitaria, es decir, delimitando el contenido mínimo esencial del derecho a la protección de la salud.

Las autoridades sanitarias han determinado, con la crisis económica, los límites prestacionales a partir de los costes del servicio y del tipo de coste, generando problemas de equidad. Se propone un contenido mínimo esencial a partir de una gradación del nivel de necesidad sanitaria y el tipo de protección, graduada según el nivel de necesidad, que debe proporcionarse.

## **Bibliografía:**

Barros, P.P. (1998): "The Black Box of Health Care. Expenditure Growth Determinants". *Health Economics*; vol. 7 (6), pp 533-44.

Canadian Hospice Palliative Care Association Cost Effectiveness of Palliative Care (2012): "A Review of the Literature"; pp 25.<http://hpcintegration.ca/media/24434/TWF-Economics-report-Final.pdf>.

Fries, J. (1980) "Ageing, natural death and the compression of morbidity". *NEJM*; pp: 130-35.  
<http://aramis.stanford.edu/downloads/1980FriesNEJM130.pdf>.

Fuchs V. (2004): "More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine". *Health Affairs*.  
<http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.va.r.104.short>.

- Gérvas J, Gavilán E, Jimenez de Gracia L. Camacho (2012): "Preven-  
ción cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria me-  
nos dañina". *AMF*; 8(6):312-317. [http://amf-  
semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=994](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994).
- Kleiman, E. (1974): "*The Determinants of National Outlay on Health*",  
The Economics of Health and Medical Care; London: MacMillan.
- Kim, J., Ko, S. y Yang, B. (2005): "The Effects of Patient Cost Shar-  
ing on Ambulatory Utilization in South Korea". *Health Policy*; 72; pp  
293-300.
- Lohr, K.N., Brook, R.H., Kamberg, C.J. et al (1986): "Use of Medical  
Care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis and Ser-  
vice-Specific Analyses in a Randomized Controlled Trial". *Med. Care*;  
24 (9 Suppl): S1-87.
- Mas Núria, Wisbaum Wendy (eds).(2014): "La Triple Meta para el fu-  
turo de la sanidad". *Papeles de Economía Española*;  
nº142.[http://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=1-  
01142](http://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=1-01142)
- Meneu, Ricard. Un espectáculo sanitario (Tribuna). El País, 8 de agos-  
to de 2014. Disponible en:  
[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/08/08/actualidad/1407513  
143\\_045955.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/08/08/actualidad/1407513143_045955.html)
- Moynihan Ray, Cassels Alan. (2005): "Selling Sickness: how the  
world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into pa-  
tients"; *Nation Books*.
- Newhouse, J.P. (1977): "Medical Care Expenditure": A Cross-national  
Survey". *Journal of Human Resources*; vol.12 pp 115-125.
- Newman David E, McDonald Kathryn M, Meltzer David O. (2013):  
"How much diagnostic safety can we afford, and how should we de-  
cide? A health economics perspective". *BMJ Qual Saf*; 22:ii11-ii20.  
[http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl\\_2/ii11.full](http://qualitysafety.bmj.com/content/22/Suppl_2/ii11.full).
- OECD (2013): "Health at a Glance 2013". Indicators: pp: 155 y 157.  
[http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-  
2013.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf).
- OECD (2014): "*OECD guidelines in corporate governance of state-  
owned enterprise*".  
[http://www.ecgi.org/codes/documents/oecd\\_so\\_e\\_guidelines\\_may201  
4\\_en.pdf](http://www.ecgi.org/codes/documents/oecd_so_e_guidelines_may2014_en.pdf).
- Okunade, A.A. y Murthy, V.N. (2002): "Technology as a "Major Driv-  
er" of Health Care Costs: A Cointegration Analysis of the Newhouse  
Conjecture". *Journal Health Economics*; vol.21 (1) pp 147-159.
- OMS (2010): "The World Health Report. Health Systems Financing.  
The path to universal coverage"; Geneva: WHO. Disponible  
en<http://www.who.int/whr/2010/en/>
- Pons, Joan M.V.(2015): "Inversión pública y beneficios privados: a  
propósito de los nuevos antivirales de acción directa contra la hepatis  
tis C". *Gestión Clínica y Sanitaria*; vol 19,  
nº2.<http://www.iiss.es/gcs/gestion59.pdf>.

Puig-Junoy, B. González López-Valcárcel (2014): "Launch prices for new pharmaceuticals in the heavily regulated and subsidized Spanish market, 1995-2007". *Health Policy*; 116: 170-181. <http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any%202014/HEAP3192.pdf>.

Repullo, J.R. (2014): "Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014 . *Gaceta Sanitaria*; vol. 28, (S1), pp : 62-68. <http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/S0213911114000910/>.

Roberts, J. (2000) "Spurious Regression Problems in the Determinants of Health Care Expenditure: A comment on Hitiris". *Applied Economics Letters*, vol. 7, pp 279-283.

Stange Kurt C. (2009): "The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions". *Ann Fam Med*; 7(2): 100-103. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653966/#>.

Zwifel, P., Ferder, S. y Meiers, M. (1999): "Aging of Population and Health Care Expenditure: A red herring?" *Health Economics*; vol. 8, pp 485-496.