

UE SALUD

Una visión española de la Europa de la Salud



Índice

03	04
Carta del editor	UE Salud
España ante el futuro sanitario	Descripción del Estudio
06	22
La visión de las Comunidades Autónomas	Capítulo 1. Cartera de derechos y servicios sanitarios
42	70
Capítulo 2. La asistencia sanitaria en la Unión Europea	Capítulo 3. La cadena de valor del medicamento
94	116
Capítulo 4. Atención a la dependencia	Agradecimientos

El Estudio de la UE de Salud, elaborado por Prestomedia grupo, ha sido desarrollado por el Departamento de Análisis de Prensamedia, en coordinación con las redacciones especializadas de Aquí Europa y Crónica Sanitaria.

El trabajo incorpora asimismo las colaboraciones institucionales expresamente señaladas a lo largo del estudio, así como las aportaciones de las firmas colaboradoras que participan en los distintos capítulos, contribuyendo con su análisis y experiencia a una visión plural y rigurosa del estado y los retos de la Europa de la Salud.

Carta del editor

España ante el futuro sanitario europeo

Una propuesta española para construir una Europa más cohesionada en salud

La salud ha dejado de ser un asunto exclusivamente nacional para convertirse en una cuestión estratégica a escala europea. La pandemia de COVID-19, la escasez de medicamentos esenciales, los desafíos del envejecimiento o la transformación tecnológica de los sistemas sanitarios han evidenciado con claridad que la Unión Europea necesita una gobernanza sanitaria más robusta, coherente y solidaria. Es en este contexto donde nace "Una visión española de la Europa de la Salud".

Este estudio pretende ofrecer una mirada rigurosa y crítica, desde la perspectiva de España, sobre el proceso de construcción europea en el ámbito de la salud. A lo largo de sus capítulos, se abordan cuestiones clave como los derechos y servicios sanitarios comunes, la asistencia transfronteriza, los modelos de prestación entre Estados miembros, la

cadena de valor del medicamento o la atención a la dependencia, todo ello con vocación comparativa y propositiva.

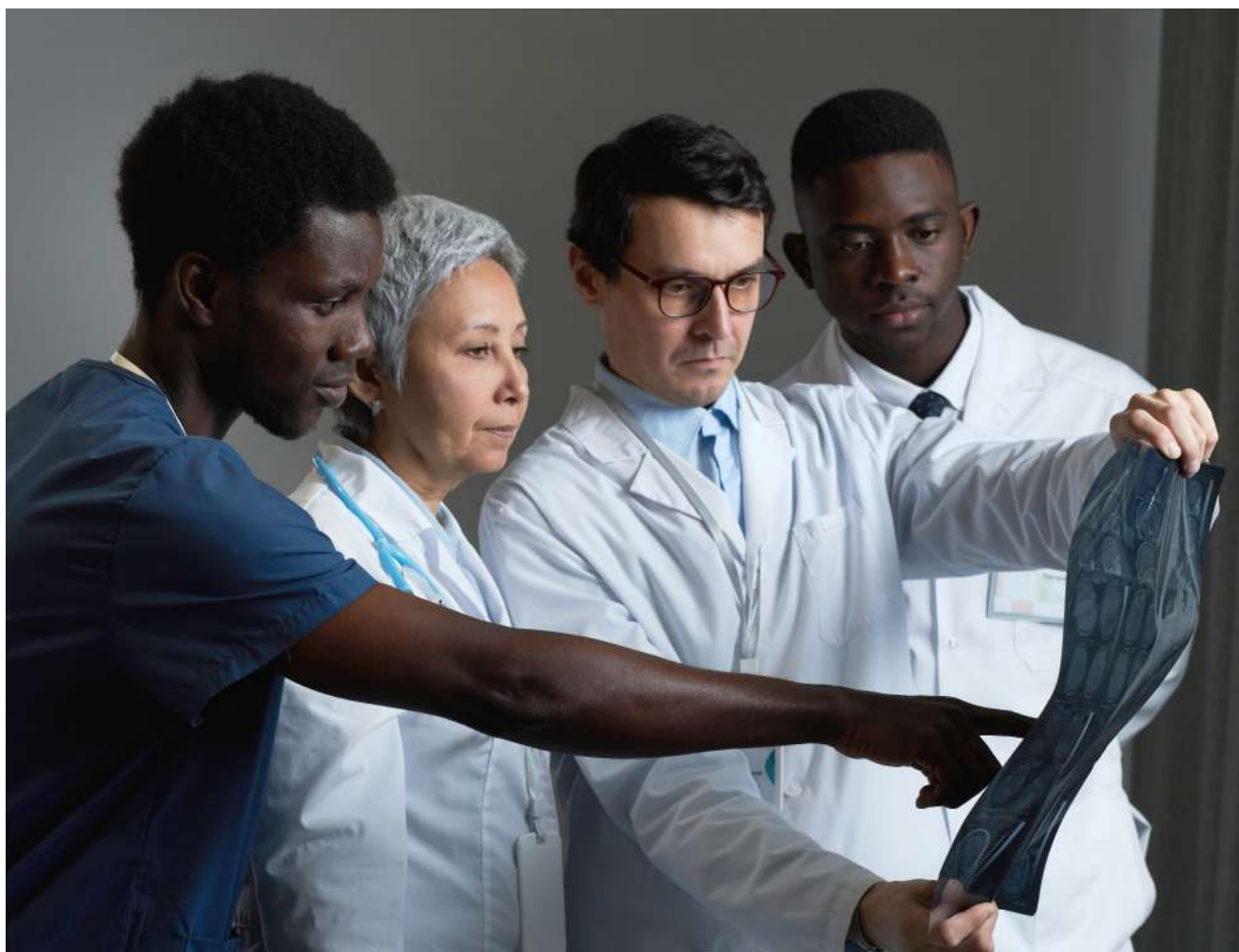
Nuestra intención no es solo describir, sino contribuir al debate. España, como país con un sistema sanitario consolidado y experiencia en gestión pública, tiene mucho que aportar al proyecto de una Europa más cohesionada en salud. Y también mucho que aprender de sus socios europeos.

Desde Crónica Sanitaria, medio especializado del grupo Prestomedia, esperamos que este trabajo sirva como herramienta útil para decisores, profesionales y actores del sector, y como punto de partida para una conversación más ambiciosa sobre la salud que queremos para Europa.



YAGO GONZÁLEZ

CEO Prestomedia grupo



UE Salud

Un estudio comparativo sobre los sistemas sanitarios de la UE, con enfoque español, que analiza derechos, modelos asistenciales, dependencia y cadena del medicamento.



JESÚS GONZÁLEZ MATEOS
Director Editorial de Prensamedia

La salud ha adquirido un peso creciente en el debate político europeo. En los últimos años, la Unión Europea ha dado pasos importantes hacia una mayor coordinación, pero sigue lejos de consolidar un verdadero espacio común en materia sanitaria. Este estudio, *Una visión española de la Europa de la Salud*, parte de esa constatación y propone una reflexión estructurada y comparativa sobre el estado actual del proyecto europeo en salud, con el propósito de identificar avances, señalar divergencias y plantear propuestas.

El trabajo se articula en cuatro capítulos. El primero analiza los derechos y servicios sanitarios reconocidos en los Estados

miembros y su grado de armonización con la normativa comunitaria. Examina también la legislación profesional vinculada a las titulaciones sanitarias. El segundo capítulo se centra en los modelos de prestación de servicios: compara estructuras organizativas, recoge el marco normativo sobre asistencia transfronteriza y aborda el papel de la tecnología en la evolución de los sistemas.

El tercer bloque está dedicado a la cadena de valor del medicamento, desde la investigación biofarmacéutica hasta la capacidad industrial y el acceso a terapias innovadoras. Se incluye aquí una visión estratégica de la medicina personalizada en Europa. Finalmente, el cuarto capítulo se adentra en uno de

los grandes retos comunes: la atención a la dependencia. Se exploran las necesidades demográficas, los marcos legales y los derechos sociales en esta materia, así como la legislación comunitaria existente.

El objetivo de este estudio no es ofrecer una visión cerrada, sino estimular un debate informado desde una perspectiva española, abierta al diálogo y al aprendizaje mutuo. Como grupo editorial especializado en información sanitaria, desde Prestomedia aspiramos a contribuir a la construcción de una Europa de la Salud más integrada, equitativa y eficaz. Este trabajo colectivo quiere ser un paso en esa dirección, desde el sector sociosanitario español.

La visión de las Comunidades Autónomas

Los consejeros autonómicos de Sanidad aportan su visión sobre la Europa de la Salud





ANTONIO SANZ

Consejero de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía



Si los Estados y las regiones son los responsables de la organización y de la prestación de los servicios sanitarios, la UE complementa estas políticas mediante la coordinación, la financiación y la legislación en distintos ámbitos de la salud pública: los medicamentos, los derechos de los pacientes, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

La pandemia de COVID-19 reforzó el liderazgo de la UE en el ámbito de la salud a través de su programa EUforHealth para el período 2021-2027 que debía responder no sólo a la pandemia sino también a las futuras amenazas de salud pública. De manera paralela, la UE renovó para el mismo periodo su programa Horizonte Europa para la investigación e innovación.

El Informe de Enrico Letta publicado en abril de 2024 subraya que un sector de la salud fuerte es esencial para la competitividad y la autonomía estratégica de Europa. Una población saludable no solo refuerza el mercado único, sino que también contribuye a la innovación, el crecimiento y la resiliencia.

Andalucía participa de manera muy activa en diversos proyectos de estos dos programas europeos en ámbitos como el cáncer, la vigilancia epidemiológica, la obesidad infantil, la promoción de la salud, la diabetes, la salud mental, las resistencias antimicrobianas y la atención primaria, entre otros.

En 2024, Andalucía se ha involucrado en 82 iniciativas financiadas con fondos competitivos de la Unión Europea, lo que supone una captación de más de treinta millones de euros. Por número de proyectos, así como por el liderazgo en los mismos y la captación de fondos, los ámbitos más relevantes son los servicios de salud, las enfermedades infecciosas, el cáncer y la salud digital.

Cabe destacar la acción conjunta que coordinamos desde Andalucía, dedicada a la transferencia de buenas prácticas en Atención Primaria, denominada CIRCE-JA. La Atención Primaria no solo constituye el primer nivel de atención, sino que es el eje vertebrador de un sistema

sanitario integral, centrado en las necesidades de los pacientes. En este proyecto, se están transfiriendo seis buenas prácticas en este nivel de atención a más de 40 sitios de implementación en 12 Estados miembros de la Unión Europea, siendo una de estas seis prácticas de origen andaluz. Este proceso supone un reto dada la diversidad de sistemas sanitarios que coexisten en Europa. Por ello, se ha desarrollado una sólida metodología para la transferencia de buenas prácticas que, junto con actividades de formación específicas, facilita este proceso. La adecuada evaluación de la iniciativa permitirá generar conocimiento que será compartido con los diferentes actores implicados.

Y es que no podemos olvidarnos de que la Atención Primaria es uno de los pilares básicos de la atención sanitaria y es necesario volver a los principios de la atención primaria que tuvimos que dejar un poco de lado durante la pandemia. Volver a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación comunitaria.

En este sentido, la promoción y la prevención se erigen como las estrategias más eficaces para garantizar una población más sana y reducir el impacto de las enfermedades en la sociedad. Y es que no hay mejor forma de ganar en salud en el futuro que fortaleciendo la promoción y la prevención en el presente. Y Andalucía, tiene un compromiso con las políticas de salud pública, que han demostrado que apostar por la prevención no solo salva vidas, sino que también optimiza los recursos del sistema sanitario.

Por lo que sería igualmente conveniente reorientar los sistemas sanitarios hacia la promoción de una vida saludable y la prevención de enfermedades, facilitando una atención integral centrada en la persona y en sus necesidades. Por otro lado, Andalucía participa en varias asociaciones europeas (European Partnerships) en el ámbito de la investigación e innovación en salud, como los relativos a la transformación de los sistemas sanitarios y de cuidados (THCS), la agenda de investigación europea en salud (ERA4Health) o la medicina personalizada (EP PerMed).

Estas asociaciones tienen convocatorias anuales de financiación en las que se están implicando grupos andaluces, tanto como participantes como en calidad de coordinadores de proyectos.

En el ámbito de la investigación e innovación en salud, en Andalucía contamos con una estrategia específica para el desarrollo del conocimiento biomédico y sanitario y la innovación y con planes específicos en materia de terapias avanzadas y medicina personalizada y de precisión.

En este marco, implementamos el Programa de Compra Pública de Innovación (CPI) en Salud, que pretende generar soluciones innovadoras de valor para la prestación de asistencia sanitaria, respondiendo a necesidades identificadas en un proceso de co-creación. Actualmente, llevamos a cabo cinco proyectos de CPI financiados por convocatorias regionales, nacionales y europeas, que abordan problemas específicos como la terapia CAR-T o el uso de inteligencia artificial, reflejando nuestro compromiso con la innovación y la mejora continua. Compartir experiencias y fomentar el aprendizaje mutuo son algunos de los valores añadidos que se plantean gracias a la participación en redes europeas de salud. Estas permiten el intercambio de información sobre buenas prácticas y la participación en actividades conjuntas. En concreto, Andalucía forma parte de la Red Colaborativa de Sitios de Referencia en Vida Activa y Saludable (Reference Site Collaborative Network -RSCN-), a través de la cual estamos vinculados a la coalición europea sobre vida activa y saludable EURAHL.

En este contexto, destaca el reconocimiento de Andalucía como Sitio de Referencia en Vida Activa y Saludable, inicialmente en el marco de la iniciativa European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (2012-2020), y que continúa vigente en la actualidad gracias a un enfoque integral de la salud, la atención sanitaria y la estrategia digital en salud, entre otras iniciativas. Quiero recordar que, durante el 2024, Andalucía aprobó la Estrategia de Promoción de una Vida Saludable con el objetivo de fomentar hábitos y comportamientos saludables para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles. Una Estrategia que se centra, preferentemente, en la promoción de hábitos y comportamientos relacionados con la alimentación saludable, la actividad física, el sueño saludable, el bienestar emocional, la sexualidad responsable y el uso positivo de tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC). Estos hábitos y comportamientos saludables, que se relacionan entre sí, contribuyen a prevenir y afrontar, en su caso, los procesos

de enfermedad, convirtiéndose en parte activa de la recuperación del proyecto vital de las personas.

Asimismo, contribuimos a la iniciativa europea en innovación en salud EIT Health y somos miembros de la red EuroHealth-Net (EHN), una entidad sin ánimo de lucro con sede en Bruselas cuya misión es mejorar la salud en Europa y reducir las desigualdades sanitarias entre y dentro de los Estados europeos, a través de acciones sobre los determinantes de la salud. Igualmente, en el ámbito de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud, la Consejería de Salud y Consumo es miembro de la Red de Regiones por la Salud (RHN).

Las necesidades sanitarias siguen en aumento debido al cambio demográfico, que genera una mayor presión sobre los sistemas de salud europeos. Por ello, se debería fortalecer la resiliencia y flexibilidad de los sistemas sanitarios para responder eficazmente en un contexto de escasez de profesionales de la salud. En este sentido, recientemente se ha aprobado el Plan Andaluz de Atención a la Cronicidad 2025-2028, que tiene como objetivo general prevenir las enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas con estas patologías, mediante una nueva organización de la asistencia sanitaria que promueva la personalización de la atención basada en el valor y la adecuación de los recursos a las necesidades y expectativas de cada persona, garantizando la equidad en salud, la eficiencia y la calidad de la atención.

Por otro lado, tenemos que tener en cuenta que la transformación digital derivada de la reciente publicación del Reglamento del Espacio Europeo de Datos Sanitarios supone un gran desafío para la adecuación de los sistemas digitales de salud existentes a esta nueva normativa de obligado cumplimiento.

Y no puedo concluir este artículo sin recordar que la salud del planeta es la salud de todos. En este sentido, Andalucía lidera el camino hacia una sanidad más sostenible, y en el Servicio Andaluz de Salud trabajamos por un futuro más saludable para todos nosotros y para las próximas generaciones.

Uno de los objetivos estratégicos de la Consejería de Salud y Consumo es gestionar la sanidad andaluza de manera sostenible y respetuosa con el medioambiente. Nuestro entorno influye en nuestra salud, y todas nuestras acciones tienen un impacto ambiental.

La preocupación social por el medioambiente es también nuestra preocupación. Por ello, en nuestra comunidad autónoma contamos con el Plan Estratégico de Gestión Ambiental Integrada del Servicio

Andaluz de Salud Horizonte 2030 que busca reducir el impacto de las operaciones del SAS sobre el medio ambiente promoviendo la descarbonización y fomentando el uso de energías renovables. Asimismo, persigue conseguir un servicio de salud más resiliente a los efectos del cambio climático, trabajando para la adaptación a los riesgos inherentes al mismo.

Además, la sostenibilidad ambiental y social son pilares esenciales para garantizar la viabilidad del sistema sanitario, siguiendo los principios de universalidad, equidad y solidaridad social.

Hablar de salud ambiental es hablar también de las zoonosis, nos preocupan las cifras crecientes de enfermedades e infecciones transmitidas entre los animales y las personas, directa o indirectamente y que están causando problemas de salud pública. Nos preocupan y también nos ocupan, nuestro compromiso con las estrategias One Health es firme y trabajamos el enfoque integral que conecta la salud humana, animal y ambiental en la gestión sanitaria. El enfoque de una única salud viene impregnando las estrategias que ponemos en marcha desde la Consejería. Como la referente a la vigilancia y control de vectores con incidencia en salud humana de Andalucía o la referida a antibioresistencias, que incluyen líneas de actuación en ámbitos sanitarios, animales y medioambientales con un elemento integrador en su desarrollo y coordinación. Además, desde la Junta de Andalucía hemos creado el Centro Andaluz de Investigación de Zoonosis y Enfermedades Emergentes (CAIZEM) junto a la Universidad de Córdoba y la Fundación de Investigación Biomédica de Córdoba (FIBICO). Un centro que mejorará la eficiencia de la gestión pública de la investigación y que permitirá, entre otras cosas, la colaboración, la coordinación y la suma de los esfuerzos de equipos de investigación que desarrollan su actividad en el ámbito de la salud, la salud pública, la sanidad animal y el medio ambiente.

La Unión Europea debe mantener la salud como una de sus prioridades estratégicas, al ser un elemento esencial para garantizar la competitividad y la autonomía de Europa.



CÉSAR PASCUAL FERNÁNDEZ

Consejero de Salud del Gobierno de Cantabria



La salud es uno de los pilares fundamentales del bienestar social, y en un mundo cada vez más interconectado, la gestión y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios han adquirido una dimensión internacional, europea en nuestro caso. En el contexto de la Unión Europea, la salud presenta retos y oportunidades que requieren de la colaboración y la integración de políticas entre los Estados miembros. España, como país miembro de la UE, tiene una perspectiva particular sobre el panorama de la salud en Europa, influenciada por nuestro modelo sanitario, los desafíos demográficos y la experiencia con la pandemia de COVID-19.

Desde la perspectiva española, construir una "Europa de la Salud" no solo se concibe como un espacio de colaboración, sino como un reto y una oportunidad para impulsar un modelo sanitario inclusivo, innovador y resiliente, que responda a las necesidades de sus ciudadanos y a las demandas de un entorno global en constante cambio.

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de los sistemas de salud de toda Europa, resaltando la interdependencia entre los Estados miembros. Si bien España ha aprendido lecciones valiosas sobre la gestión de crisis sanitarias, la experiencia ha evidenciado múltiples debilidades, como la falta de coordinación en la respuesta y la necesidad de fortalecer los sistemas de salud pública.

Los sistemas sanitarios de los países europeos suelen articularse en modelos eficientes y equitativos orientados hacia ofrecer el mejor acceso a la atención sanitaria con independencia de las condiciones socioeconómicas de los individuos, lo que se alinea con los principios fundamentales de la UE en términos de justicia social y equidad.

Sin embargo, todos ellos se enfrentan a varios desafíos. Entre ellos, ha quedado clara la necesidad de una mayor inversión en recursos y personal, así como la adaptación a las nuevas demandas de una población europea que envejece y a la creciente carga de enfermedades crónicas. En este sentido la eficiencia del modelo español (no solo justificada

por las remuneraciones económicas de los profesionales) puede servir como un referente en las discusiones sobre políticas de salud a nivel europeo

Afrontar desafíos comunes, como las enfermedades no transmisibles y la salud mental, la sostenibilidad, la política farmacéutica, la resistencia a los antibióticos, por poner algunos ejemplos requieren una acción conjunta a nivel europeo. En este sentido la creación de una sólida Agencia Europea de Salud podría ser una solución estratégica para asegurar una respuesta unificada ante futuras crisis.

La visión española de la Europa de la salud parte de la convicción de que una cooperación más estrecha y una integración de políticas sanitarias pueden mejorar la salud de todos los ciudadanos europeos. A medida que la UE se enfrenta a desafíos contemporáneos como el cambio climático, las crisis económicas y las amenazas a la salud pública, es esencial que los países miembros trabajen juntos para desarrollar soluciones sostenibles.

La integración en una Europa de la Salud significa aprovechar estas fortalezas y, a la vez, aprender de las prácticas de otros países para construir una red de protección común ante desafíos transnacionales como pandemias, crisis medioambientales o problemas de salud emergentes.

Pero no todo son oportunidades. Europa tiene debilidades que de una u otra forma quedan de manifiesto a la hora de abordar grandes retos continentales donde en muchas ocasiones no es fácil conjugar los intereses nacionales de un número tan grande de paises integrantes con enormes diferencias socioculturales, demográficas, económicas y geopolíticas. Entre los principales desafíos que una Europa de la Salud debe afrontar se encuentran:

- en primer lugar sin duda la necesidad de una mayor coordinación y armonización de políticas sanitarias. En efecto la diversidad de sistemas sanitarios en la Unión Europea exige mecanismos de coordinación que permitan compartir recursos, información y estrategias

para garantizar respuestas eficientes no solo en situaciones de emergencia sino para afrontar los retos comunes que los estados europeos poseen en relación a la salud.

- la apuesta por la innovación y digitalización. La transformación digital en el ámbito sanitario es imprescindible. En España, como el resto de Europa, hemos apostado claramente por integrar nuevas tecnologías en la gestión de la salud, promoviendo la telemedicina, el uso de big data y la inteligencia artificial para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Ciertamente disponemos de alguna ventaja competitiva por el mayor grado de digitalización que nuestro país posee, pero ello no debe en modo alguno hacernos relajar en nuestro esfuerzo común por el cambio que representa la salud digital y en ese sentido el intercambio de mejores prácticas entre los Estados miembros en áreas como la telemedicina, la salud digital y los tratamientos innovadores puede mejorar los estándares sanitarios en toda la UE.

- asegurar la sostenibilidad y equidad. Una Europa de la Salud debe asegurar el acceso universal a servicios sanitarios de calidad, especialmente en contextos de vulnerabilidad y desigualdad socioeconómica. Nuestra visión tradicionalmente ha abogado por políticas que combinen la excelencia asistencial con la equidad en el acceso a los recursos, pero ello no tiene el mismo grado de desarrollo en todos los países de la unión europea.

- la resiliencia ante crisis sanitarias. La reciente experiencia de la pandemia ha evidenciado la necesidad de contar con estructuras sólidas y flexibles que puedan adaptarse rápidamente a emergencias sanitarias, garantizando la continuidad de los servicios y protegiendo a la población más vulnerable y puesto de relieve que debe ser un reto europeo compartido

Desde el enfoque español hemos de considerar que la construcción de una Europa de la Salud no puede fundamentarse más que en la estrecha colaboración entre Estados miembros, instituciones y organizaciones civiles. Algunas propuestas en ese sentido debieran articularse en torno a:

- el intercambio de buenas prácticas potenciando los foros y redes de colaboración en los que se comparta el conocimiento y la experiencia especialmente en áreas como la prevención, el tratamiento de enfermedades crónicas y la gestión sostenible de recursos sanitarios.

- la inversión en investigación y desarrollo impulsando proyectos conjuntos que fomenten la innovación en el ámbito

biomédico y tecnológico. En este sentido desde España considero que estamos en condiciones desde el conocimiento y la experiencia de nuestro sistema público de salud de liderar iniciativas que contribuyan a mejorar la salud en toda Europa.

- el fortalecimiento de la atención primaria promoviendo políticas que incrementen su eficacia y accesibilidad y reafirmando la importancia de la misma no solo como puerta de entrada al sistema sanitario sino como el punto focal donde resolver la mayor parte de los problemas de salud de los ciudadanos y sobre todo promover estilos de vida saludables desde la intervención comunitaria

- la formación profesional facilitando programas de formación continua para los profesionales que desarrollan su trabajo en los sistemas de salud para enriquecer el capital humano y asegurar que las mejores prácticas se difundan de manera efectiva en todo el continente.

Es evidente que debemos avanzar en la creación de un marco regulatorio común que permita la interoperabilidad de sistemas de salud digital, la promoción de la inversión en infraestructura sanitaria y el fortalecimiento de la investigación y desarrollo en salud. Sin embargo, no debemos caer en el error tan común en la Unión Europea de su tendencia a la excesiva regulación que estrangula la innovación.

Por otra parte, resulta crucial que se fomente la participación activa de los ciudadanos en la toma de decisiones relacionadas con su salud, garantizando que se tengan en cuenta sus necesidades y perspectivas.

En resumen, la salud en Europa es una cuestión de bienestar común que trasciende fronteras. La experiencia y las estrategias implementadas en España pueden servir como modelo de referencia y guía en el camino hacia una Europa más saludable, resiliente e inclusiva. A través de la colaboración y el compromiso, los países europeos pueden forjar un futuro donde la salud sea verdaderamente un derecho garantizado para todos.

La visión española de la Europa de la Salud constituye, ante todo, un llamamiento a la solidaridad, la cooperación y la innovación. En un entorno en el que los desafíos sanitarios trascienden las fronteras nacionales, la integración y el intercambio de experiencias han de convertirse en herramientas esenciales para garantizar un futuro en el que la salud sea un derecho real y alcanzable para todos los ciudadanos europeos. La apuesta por una Europa de la Salud no es solo una estrategia de política pública,

sino una declaración de principios que sitúa el bienestar colectivo en el centro del proyecto europeo.



MARÍA MARTÍN DÍEZ DE BALDEÓN

Consejera de Salud y de Políticas Sociales Gobierno de La Rioja



La Rioja comparte realidades y retos en materia de Salud con el resto de España y, también, con el conjunto de la Unión Europea. Desafíos inéditos, pero también oportunidades únicas que no vamos a desarrollar en solitario, porque si algo hemos aprendido es que la cooperación y la coordinación interterritorial no son opciones sino una necesidad de nuestro tiempo.

La pandemia puso de manifiesto que en Salud no hay fronteras. Es por tanto imprescindible poner el foco en lo común, aunque en nuestro caso lo que nos diferencia también resulta ventajoso.

España cuenta con una esperanza de vida de las más altas de Europa, 84 años, incluso un poco por encima de Francia. Nuestros vecinos franceses se colocan junto a los daneses a la cabeza en los estudios de calidad asistencial y cobertura universal, pero nosotros ostentamos con orgullo el tercer puesto.

Está claro que algo hemos hecho y seguimos haciendo bien. Situarnos a tan alto nivel no es fruto de la casualidad sino de un modelo claro implantado desde hace décadas. Así lo entendemos desde La Rioja, con una apuesta constante por una medicina que debe ser preventiva, curativa y paliativa; que investiga e incorpora avances tecnológicos e innovación en procesos y gestión; que tiene muy en cuenta los proyectos de humanización y avanza en el cuidado de la salud mental, una gran olvidada hasta hace bien poco.

Esta buena salud que nos permite cumplir muchos años nos plantea no obstante nuevos escenarios. La atención a pacientes mayores, pluripatológicos y con necesidades específicas, se ha convertido en una línea de acción primordial para los servicios sanitarios y sociales, teniendo además en cuenta que las estructuras tradicionales han experimentado un notable cambio. Las familias no ofrecen el mismo soporte que antes y es más difícil que existan entornos propicios para que los mayores permanezcan por siempre en sus hogares. Aunque prima el principio de desinstitucionalización en las políticas públicas, hay otras opciones de vida cada vez más asentadas.

En La Rioja lo estamos abordando desde la estrecha coordinación que nos posibilita el tener dentro de la misma consejería las competencias tanto de Salud como de Políticas Sociales. Desde el área sanitaria desarrollamos la Estrategia del Paciente Mayor Complejo y desde sociales los mayores siguen siendo uno de los colectivos a los que dispensamos una atención preeminente. Y, conjuntamente, implementamos experiencias tan bonitas y exitosas como un programa en centros de mayores liderado desde Atención Primaria pero en el que intervienen Geriátrica, Hospitalización a Domicilio, Medicina Interna y Paliativos. Se trata de una atención en la que también estamos incorporando la innovación. Pondré un ejemplo sencillo que sirve también para ejemplificar el apoyo que representan los fondos europeos. Los sensores de monitorización de la diabetes están ofreciendo seguridad y comodidad a los pacientes, al tiempo que benefician al sistema al reducir ingresos y recaídas. Los estamos implantando gracias al Plan de Atención Digital Personalizada vinculado a la UE que en buena parte sustenta uno de los ejes de nuestra estrategia de modernización.

Esta población cada vez más mayor está además sumándose a un planteamiento que ha comenzado en los últimos tiempos a estar muy presente: la Salud Mental. Tras la pandemia, se hizo aun más visible, pero llevaba tiempo requiriendo una respuesta. Así, los trastornos mentales, el bienestar emocional y la soledad no deseada son caras de una misma realidad que atañe a jóvenes, a mayores, a cualquier persona, y sobre la que hay que actuar con decisión como ya figura en la agenda de todos los países europeos.

La falta de profesionales sanitarios es la principal amenaza que padece el bienestar de nuestra sociedad. Lo compartimos con el conjunto de Europa, pero eso no nos consuela. Tanto en la Unión Europea, como centrándonos en España, todas las comunidades autónomas buscamos nuestros puntos fuertes para retener y captar el talento. No sólo es una cuestión económica sino un conjunto de factores muy relacionados

con la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo profesional. La Rioja es un territorio afortunado en ese sentido. Pero fortalecer nuestras plantillas no se puede convertir en una competición entre comunidades o países vecinos. Nuestro Ministerio de Salud tiene que empezar a poner soluciones eficaces, pero también debe ser motivo de reflexión en el espacio europeo, en el que es preciso unificar planes de formación, garantizar la movilidad y condiciones laborales dignas con un sello común.

La sostenibilidad del sistema sanitario siempre es una de las grandes preocupaciones de los gestores públicos; lo era con parámetros tradicionales, pero se ha ido agudizando a medida que la innovación, la tecnología, la investigación ocupan un lugar preeminente en las organizaciones. Europa tiene un papel fundamental y una responsabilidad que ejercer para que no sean un privilegio para unos pocos. Se debe garantizar el acceso igualitario al equipamiento de vanguardia, a los medicamentos, a terapias avanzadas.

En el Centro de Investigación Biomédica de La Rioja los avances son constantes. Quedan patentes en 13 unidades de investigación agrupadas en seis áreas estratégicas: enfermedades infecciosas, oncología, neurodegenerativas, resistencia a antibióticos, economía de la salud e investigación en cuidados. Los Fondos FEDER nos han permitido impulsar 24 proyectos de I+D+i en estas áreas y como no podía ser menos, el CIBIR trabaja en red con institutos de toda Europa, demostrando que la investigación no solo supera fronteras sino que unos estudios se complementan con otros, magnificando los hallazgos con la inteligencia de todos. La investigación y la innovación avanzan muy rápido en nuestros días y saltan todos los límites, las limitaciones del conocimiento y mucho más las geográficas. Estamos en contacto con Europa, pero también con el resto del mundo. El nuevo Centro de Investigación de medicamentos innovadores contra el Cáncer que inauguramos este verano en el mismo CIBIR es una buena prueba de ello. Cuenta con apoyo europeo y llega de la mano del centro de investigación americano START, proporcionará asistencia sanitaria a una población superior a los cuatro millones de habitantes y esperanza a muchos enfermos que han agotado otras vías terapéuticas.

Algunos barómetros posicionan a España como una de las potencias mundiales en ensayos clínicos, sólo por detrás de Estados Unidos y China, liderando la capacidad de atracción de investigación clínica en la Unión Europea. Al leer estos informes me siento orgullosa porque creo que en ellos se cuantifica el granito de arena que desde La Rioja estamos

aportando.

Somos una comunidad pequeña, pero estamos muy comprometidos con la excelencia sanitaria, entendida como el poder ofrecer a nuestros ciudadanos la mejor sanidad que existe en estos momentos; sin olvidar que la prioridad es la prevención y el autocuidado, la salud frente a la sanidad. Es esa conciencia de formar parte de un todo más amplio la que nos ha llevado a apostar por el enfoque One Health, esa visión integral de la persona con lo que nos rodea, la salud humana ligada a la salud animal y al entorno. El cambio climático, la contaminación, la pérdida de biodiversidad impactan en la salud pública. Comprenderlo nos ha hecho agudizar nuestros sistemas de alerta y de coordinación para mejorar nuestro día a día y para hacer frente a esas nuevas pandemias que pueden volver a comprometer nuestro futuro.

En el escenario europeo va confluyendo por tanto un modelo en Salud que yo calificaría de preventivo, humano, colaborativo e innovador; con el grave problema común del déficit de profesionales sanitarios y con el envejecimiento y la salud mental como los grandes retos que sin duda vamos a transformar en oportunidades.



JUAN JOSÉ PEDREÑO

Consejero de Salud de la Región de Murcia



Vivimos una era de transformación sin precedentes en el ámbito de la salud. Un momento en el que los desafíos demográficos, tecnológicos y medioambientales exigen respuestas coordinadas, valientes y con una visión que trascienda las fronteras.

La Unión Europea se erige como el marco idóneo para construir esta respuesta colectiva, y desde la Región de Murcia no solo asumimos nuestra responsabilidad, sino que estamos decididos a ser un actor proactivo y referente en el diseño de esa sanidad global europea.

Los retos que debatimos en foros europeos –la demografía médica, el enfoque ‘Una sola Salud, el cambio climático, las enfermedades raras y el envejecimiento saludable– no son abstractos, son realidades cotidianas en nuestras consultas y hospitales. Abordarlos con éxito requiere de una cooperación genuina entre estados miembros, y en este contexto, la medicina española, y en concreto la murciana, tienen mucho que aportar.

Uno de los mayores desafíos comunes es la demografía médica. La planificación de recursos humanos es la columna vertebral de cualquier sistema sanitario. En la Región de Murcia somos muy conscientes de ello. En los últimos cinco años, hemos incrementado en un 21 por ciento el número de facultativos, incorporando 1.236 médicos más a nuestro sistema público, hasta alcanzar los 7.065. Sin embargo, la falta de especialistas es una emergencia sanitaria nacional.

Llevamos más de dos años exigiendo al Ministerio de Sanidad un Plan Nacional que aborde este problema estructural. Es paradójico que, mientras reclamamos más profesionales, se abran frentes que ahondan la incertidumbre, como el nuevo estatuto marco sin el consenso imprescindible con los verdaderos protagonistas que son los profesionales y las comunidades autónomas.

La UE debe fomentar sistemas de planificación que permitan retener y cuidar a los profesionales, equilibrar la distribución entre zonas urbanas y rurales, y gestionar inteligentemente la libre circulación dentro de la Unión.

El segundo pilar indiscutible de la sanidad del futuro es la innovación tecnológica. En Murcia hemos entendido que invertir en tecnología es invertir en salud y en sostenibilidad. Una de nuestras apuestas más decididas ha sido la cirugía robótica. Las unidades de cirugía robótica de la Región de Murcia han superado ya las 4.000 intervenciones con este tipo de tecnología desde su adquisición en 2021. Estos equipos están instalados en los hospitales Virgen de la Arrixaca, Reina Sofía y Morales Meseguer, en Murcia, y el hospital Santa Lucía de Cartagena.

Pero la innovación va más allá. Gracias a los fondos europeos, estamos impulsando el diagnóstico genético, la medicina personalizada y la oncología de precisión. Estamos modernizando nuestras infraestructuras con la renovación de quirófanos, equipos de alta tecnología y el desarrollo de la telerradiología y la telemedicina.

Pero el verdadero reto no es tecnológico, sino cultural y organizativo. La digitalización y la irrupción de la Inteligencia Artificial deben mejorar la atención, no sustituir la esencia humanista de la medicina, ya que la humanización de la sanidad es un principio transversal e irrenunciable en todas nuestras políticas.

Compromiso con la Salud

Este compromiso se materializa con hechos concretos. Para 2025, la sanidad pública de la Región de Murcia contará con un presupuesto histórico de 2.585 millones de euros, la mayor cifra hasta ahora. Cerca de cuatro de cada diez euros del presupuesto de la Comunidad se destinan a la salud de los ciudadanos. Esta inversión sin precedentes se traduce en 212 millones de euros al mes, 7 millones de euros al día para garantizar una asistencia sanitaria de calidad.

Una parte fundamental de este esfuerzo financiero se dirige a la reducción de las listas de espera. Los Presupuestos incrementan la partida destinada a este fin hasta los 31,5 millones de euros, un millón más que el año anterior, para agilizar las pruebas quirúrgicas, las consultas externas y las pruebas diagnósticas. El Gobierno regional ha diseñado unos

presupuestos que ponen un énfasis especial en el refuerzo de la Atención Primaria, reconociéndola como la base del sistema. El primer nivel asistencial contará con un presupuesto propio de 563,5 millones de euros, 14,6 más que en 2024. De esta cantidad, casi 346 millones se destinarán específicamente a reforzar las plantillas y reducir los tiempos de espera en los centros de salud y consultorios. En línea con esta estrategia, se prevé un incremento masivo de la plantilla de Atención Primaria con la creación de 534 nuevas plazas entre 2023 y 2026. Esta iniciativa, enmarcada en la Estrategia de Mejora de Atención Primaria 2023-2026, representa una inversión global de más de 180 millones de euros solo en inversiones y recursos humanos, con el objetivo de adaptar este nivel asistencial a las nuevas demandas sociales.

Salud Mental: Una Prioridad tras la pandemia

La atención a la salud mental se ha consolidado como uno de los ejes prioritarios de la acción de gobierno que preside Fernando López Miras. En 2025, un total de 70 millones se dedicarán al refuerzo de las plantillas de Salud Mental, y 2,6 millones a mejorar las infraestructuras previstas en la Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026.

Esta Estrategia, dotada con más de 41 millones de euros, es un plan integral que incluye la creación de 208 nuevos puestos de profesionales de Salud Mental entre 2023 y 2026 y se centra en prevención del suicidio y de las conductas adictivas y la lucha contra el estigma. Asimismo, tiene como objetivo impulsar la coordinación entre los niveles asistenciales de Salud Mental y Atención Primaria.

Dentro de este marco, se acaba de presentar el 'Código Riesgo Suicida', un protocolo asistencial diseñado por expertos para ofrecer una respuesta coordinada, rápida y eficiente desde los centros de Salud Mental y los servicios de Urgencias.

Investigación e Innovación

La apuesta por la investigación es otro de los pilares de la sanidad murciana. Para 2025, la partida presupuestaria para investigación científica y la formación sanitaria alcanzará los 18,7 millones de euros, 10 por ciento más respecto al año anterior. De ellos, 14,7 millones se destinan al Instituto de Investigación Biosanitaria (IMIB) Pascual Parrilla, recientemente reacreditado por el Instituto de Salud Carlos III como uno de los mejores institutos de investigación de España. El IMIB, donde trabajan 1.169 profesionales agrupados en 60 grupos de investigación, es un motor de innovación. En los últimos cinco años ha desarrollado

numerosos ensayos clínicos innovadores y proyectos traslacionales, con una participación en redes nacionales y europeas. Una de sus líneas estratégicas es potenciar la investigación en Atención Primaria y actualmente tiene en marcha 540 estudios de investigación clínica y 220 proyectos competitivos.

Además, se ha dado un impulso a la investigación con la creación de la Subdirección Científica de Atención Primaria y la puesta en marcha de becas y ayudas para fomentar el doctorado en el primer nivel asistencial de nuestra sanidad pública regional.

Prevención: Vacunación y Lucha contra las Adicciones

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud es la filosofía transversal en nuestra política sanitaria. El presupuesto de 2025 incluye 38 millones de euros para Salud Pública, de los que más del 70% se destinan al Programa de Vacunación de la Región.

Este programa es uno de los más amplios y avanzados de España. Entre sus novedades para la próxima campaña 2025-2026 destacan la inclusión de la vacunación antigripal hasta los 9 años en los centros educativos –que alcanza a 120.000 escolares– y la incorporación de la vacuna frente al Virus Respiratorio Sincitial para más de 13.000 personas de alto riesgo, como mayores residentes en centros y pacientes inmunodeprimidos. Asimismo, se está llevando a cabo una acción de gran envergadura: la revacunación masiva contra el neumococo con la nueva vacuna conjugada de 20 serotipos. Esta campaña, que incluirá a aproximadamente 150.000 personas (en torno al 10% de la población de la Región), es la acción más importante de protección frente a esta enfermedad desde 2002.

En el ámbito de la prevención, también estamos trabajando en la elaboración de una nueva Ley de Adicciones, anunciada por nuestro presidente regional. Esta ley actualizará la normativa existente para abordar no solo las drogas tradicionales, sino también las adicciones emergentes, con especial énfasis en la protección de los menores frente al consumo de bebidas energéticas, alcohol, tabaco, vapeadores, el acceso a la pornografía en internet, el juego de apuestas y la adicción a los videojuegos. Mientras se tramita la ley, se han puesto en marcha campañas en redes para adolescentes y programas escolares como el Programa Argos, que este año ha girado en torno a la prevención del vapeo.

Donación y Trasplantes

La Región de Murcia es un referente nacional en donación y trasplantes de

órganos. El hospital Virgen de la Arrixaca volvió a ser en 2024 el primer centro hospitalario de España en donación de órganos, con 86 donaciones. A nivel regional, se alcanzaron los 109 donantes, lo que permitió realizar 525 trasplantes, un 8,7% más que el año anterior. La Región de Murcia se sitúa en 69,4 donantes por millón de habitantes, muy por encima de la media nacional de 52.

Entre los hitos de 2024 destacan 135 trasplantes renales (la cifra más alta de la historia), 79 trasplantes de hígado y 10 cardíacos. Desde el inicio del programa en 1985, se han realizado 6.838 trasplantes. Para reconocer la generosidad de las familias murcianas, el Gobierno regional ha instaurado el 'Día Regional del Donante de Órganos Sólidos y de Médula Ósea', que se celebra el segundo mes del mes de mayo.

Una Visión Integral para Europa

La Región de Murcia está construyendo la sanidad del futuro con una visión integral que aúna la innovación tecnológica más vanguardista con el fortalecimiento de los servicios básicos, todo ello sustentado por un compromiso presupuestario histórico. Nuestra experiencia demuestra que es posible avanzar simultáneamente en cirugía robótica, investigación de excelencia, una Atención Primaria reforzada, una salud mental priorizada y una prevención robusta, mientras se mantiene un liderazgo indiscutible en donación de órganos.

Este modelo, basado en la planificación, la inversión estratégica y la humanización de la asistencia, es el que queremos y podemos aportar al proyecto sanitario europeo. Los retos son compartidos, y las soluciones deben construirse de manera colaborativa. Desde la Región de Murcia ofrecemos nuestra determinación para trabajar unidos en la mejora de la salud y calidad de vida de los ciudadanos para avanzar hacia una longevidad saludable.



OLGA PANÉ

Consellera de Salut de la Generalitat de Catalunya



El sistema sanitario catalán ha sido, históricamente, uno de los más valorados tanto a nivel estatal como internacional. Con una esperanza de vida de las más altas del mundo (86,6 años para las mujeres y 81,3 para los hombres), una cobertura pública universal y una sólida red hospitalaria y de atención primaria, Cataluña ha demostrado una clara apuesta por el bienestar de sus ciudadanos. Sin embargo, la sociedad actual, en constante cambio, plantea nuevos retos que hacen imprescindible una profunda transformación del modelo sanitario. El Plan Departamental de Salud responde a esta necesidad con una visión integradora, valiente y a largo plazo. Es un plan para afrontar retos reales.

La baja natalidad

Con una tasa de natalidad por debajo del relevo generacional, se produce un desequilibrio en la pirámide poblacional que tiene consecuencias directas sobre el sistema de salud y de bienestar. Menos jóvenes significa menos cotizantes y, por tanto, más presión sobre la financiación pública de un sistema cada vez más utilizado por una población envejecida. La sostenibilidad económica El sistema, tal como está diseñado actualmente, es difícilmente sostenible a largo plazo si no se introducen reformas estructurales. Por ello, el Govern de la Generalitat se ha comprometido a destinar progresivamente el 7% del PIB a Salud, un objetivo ambicioso que debe ir acompañado de gestión eficiente, digitalización y corresponsabilidad ciudadana.

El cambio climático y la salud

Fenómenos como las olas de calor, la contaminación atmosférica o el aumento de las enfermedades emergentes son realidades que impactan directamente en la salud pública. El Plan Departamental incluye una mirada ecosistémica y preventiva, impulsando una respuesta sistémica y transversal a los efectos del cambio climático sobre la salud.

El CAIROS: brújula estratégica del Plan Departamental

Ante estos desafíos, era necesaria una respuesta fundamentada y objetiva. Por

ello, al inicio de la legislatura se creó el CAIROS (Comité Asesor Independiente para la Reforma del Sistema de Salud), un órgano consultivo formado por expertos del ámbito sanitario, académico y de gestión. Su misión es clara: evaluar las propuestas existentes, analizar la evidencia y priorizar las medidas más adecuadas para transformar el sistema.

El CAIROS ha estructurado la reforma sanitaria en tres grandes ejes:

Modelo de organización

Se están impulsando nuevas formas de organización asistencial. Una de las acciones más destacadas es el despliegue de 27 Equipos de Atención Primaria (EAP) que funcionan bajo el modelo CSIR (Centro de Salud Integral de Referencia). Estos equipos cuentan con mayor autonomía, capacidad de gestión y un sistema de retribución basado en resultados. El objetivo es garantizar una atención más eficiente, accesible y de calidad y potenciar el domicilio como espacio de atención. Para la consecución de los objetivos, se habilita a los CSIR para organizar y estructurar sus equipos de atención primaria bajo unidades básicas asistenciales integradas con los profesionales asistenciales y de gestión que, en cada caso, sirvan mejor para una prestación efectiva y eficiente de la atención primaria y comunitaria y de mayor proximidad a la población de referencia asignada.

Desarrollo profesional

El Plan también apuesta por mejorar las condiciones laborales y profesionales, especialmente en ámbitos como las zonas rurales, donde el déficit de profesionales es más acusado. Se impulsan medidas como:

- Incremento de plazas de medicina y enfermería.
- Nuevos roles profesionales dentro de los equipos de salud.
- Refuerzo del catalán como lengua vehicular.
- Consolidación de mejoras laborales para retener talento.

Nuevo modelo de atención

Se trabaja hacia una atención más integrada y resolutive, con una coordinación fluida entre atención primaria, hospitalaria y servicios sociales. En

este sentido, se ha iniciado el proceso de creación de la Agencia de Atención Integrada Social y Sanitaria, junto con el Departament de Drets Socials i Inclusió, para dar respuesta a personas con necesidades complejas, no solo mayores, sino también con discapacidad, problemas de salud mental o vulnerabilidad social.

La medida prioritaria es desarrollar, con transparencia y participación, y aprobar en el Parlament de Catalunya, la normativa que permita crear el órgano administrativo que integre la Atención Integrada Social y Sanitaria. Paralelamente, se prioriza el despliegue operativo de 4 líneas estratégicas: atención integrada en el ámbito residencial, atención domiciliaria integrada social y sanitaria, atención integrada social y sanitaria en salud mental e integración de sistemas de información sociales y sanitarios.

El Plan Departamental se fundamenta en grandes ejes estratégicos que se desarrollan con medidas concretas y factibles: Transformación digital e innovación. Otro de los pilares del Plan Departamental es la transformación digital del sistema sanitario. El Departamento de Salud prevé una inversión de 200 millones de euros en cinco años para modernizar tecnológicamente el sistema.

Algunos ejemplos clave incluyen:

- Historia clínica electrónica unificada e interoperable.
 - Implementación de herramientas de inteligencia artificial, como el sistema "Soporte clínico", ya testado por 280 profesionales, que ayudará en el diagnóstico y tratamiento.
 - Mejora de los sistemas de logística y diagnóstico entre proveedores.
- Este proceso no solo optimizará recursos, sino que reducirá la burocracia y mejorará la experiencia tanto del paciente como del profesional.

Accesibilidad y confianza: ejes de sostenibilidad

Una de las prioridades más destacadas del Plan es mejorar el acceso a la atención primaria, con el objetivo de que el 90% de la población obtenga cita en 48 horas. Para lograrlo:

- Se refuerza la atención domiciliaria.
- Se potencia el rol del administrativo sanitario para descargar a los profesionales.
 - Se incrementa la capacidad resolutoria de los centros de atención primaria (CAP).
- Esta mejora en la accesibilidad busca también recuperar la confianza ciudadana en el sistema público. Hoy, 4 de cada 10 catalanes tienen un seguro

privado, un indicador de que el sistema público no se percibe como suficientemente ágil. Esta desafección genera un círculo vicioso: menos confianza, menos presión para mejorar el sistema público y mayor dependencia de la sanidad privada.

Vigilancia epidemiológica y preparación ante pandemias

Uno de los aprendizajes más evidentes tras la COVID-19 es la necesidad de sistemas de vigilancia epidemiológica en tiempo real. En colaboración con la Agencia de Salud Pública de Cataluña, se está desarrollando una red de inteligencia epidemiológica que permitirá anticiparse a emergencias sanitarias. Esta red:

- Será multidisciplinaria y colaborativa.
- Integrará universidades, centros de investigación y agentes de salud pública locales.
- Generará datos útiles para la toma de decisiones rápidas y eficaces

El reto de la falta de profesionales

A pesar de contar con un alto número global de médicos (4,25 por cada 1.000 habitantes), la distribución territorial de los profesionales es desigual. La falta de personal en zonas rurales o periféricas es un problema persistente. A ello se suma:

- La dependencia de médicos extranjeros (el 56% de los nuevos colegiados son de fuera).
- Una tasa de enfermería inferior a los estándares de la OCDE.

Para revertir esta situación, se ha impulsado un registro de profesionales que permita conocer la realidad del capital humano. También se trabaja para reducir el tiempo de incorporación laboral, con más plazas formativas y apoyo a los nuevos graduados.

La corresponsabilidad ciudadana

La necesidad de corresponsabilidad ciudadana es un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema. Para ello, se ha incorporado un mayor número de indicadores en la compra de servicios sanitarios vinculados a la opinión de los ciudadanos. Se persigue:

- Adaptar la oferta de servicios sanitarios a las necesidades expresadas por la ciudadanía y promover un mayor foco en la humanización de la atención.
- Confiar en la atención primaria como primera opción
- Hacer un uso adecuado de los servicios sanitarios.
- Seguir los consejos de prevención y adoptar estilos de vida saludables.
- Valorar y defender el sistema público

de salud, especialmente mediante el compromiso fiscal.

Un sistema sanitario solo puede ser fuerte si cuenta con el apoyo y la confianza de la ciudadanía.

Necesidades sociales y condicionantes extrapolables a Europa

El Plan Departamental de Catalunya no solo responde a una realidad local. Muchos de sus retos y líneas de actuación son extrapolables al resto de Europa. En este sentido, cabe destacar tres grandes áreas:

La transición demográfica

El envejecimiento y la baja natalidad son fenómenos compartidos por gran parte del continente europeo. Estos condicionantes obligan a pensar en modelos de salud más comunitarios, preventivos e integrados, con una clara apuesta por la atención primaria.

La sostenibilidad y la financiación

El dilema entre sostenibilidad y calidad es universal. Por ello, es imprescindible avanzar hacia modelos de financiación más eficientes, pero también más solidarios, donde el sistema fiscal garantice la cobertura sanitaria para todos, con un acceso equitativo.

El impacto del cambio climático y la digitalización

El cambio climático no conoce fronteras, y los sistemas de salud deberán cooperar en materia de prevención, vigilancia y respuesta conjunta ante emergencias sanitarias globales. Del mismo modo, la transformación digital debe estar al servicio de las personas y no solo de la eficiencia económica.

A modo de conclusiones

El Plan Departamental de Salud de Catalunya marca un antes y un después en la manera de entender y gestionar la salud pública. Con una mirada a largo plazo, apuesta por una reforma valiente, sostenible y centrada en las personas. La existencia de un comité asesor como el CAIROS garantiza una toma de decisiones informada, basada en la evidencia y alejada de la improvisación. El futuro de la salud pasa por una mejor organización, una atención primaria fuerte, una apuesta decidida por la innovación y una ciudadanía corresponsable. Y lo que hoy Catalunya está intentando construir puede -y debería- servir como referente para la transformación sanitaria europea.



FERNANDO DOMÍNGUEZ

Consejero de Salud de la Comunidad Foral de Navarra



El proyecto europeo no debe sostenerse únicamente sobre las estructuras de los Estados, sino que debe hacerlo también sobre las regiones, ya que pueden incorporar con mayor solvencia la diversidad de la propia Europa y lograr una verdadera soberanía en distintos ámbitos estratégicos entre los que se encuentra el sanitario.

Navarra tiene una clara vocación europeísta y se identifica plenamente con los valores de la Unión Europea: libertad, democracia, igualdad, estado de derecho, tolerancia, progreso y respeto a los derechos humanos y reconoce que formar parte de la UE ha sido un factor de desarrollo y cohesión social para la Comunidad, contribuyendo a situarla entre las regiones más avanzadas del continente.

Por ese motivo, Navarra busca tener voz propia en Europa, aumentar su presencia en todos los espacios de decisión posibles favoreciendo el progreso social y económico con el objetivo de crear y poder garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas, estando firmemente comprometida con el proyecto europeo y con los valores que lo sostienen. Importancia extraordinaria cobra este objetivo de contribuir a una Europa unida y fuerte, que siga siendo referente mundial en derechos democráticos, libertades civiles y Estado del Bienestar, en un contexto de incertidumbres y amenazas.

La salud es un aspecto esencial en el estado del bienestar y para que exista un auténtico proyecto europeo es imprescindible la creación de un espacio sanitario en el que los ciudadanos sean realmente el centro de la atención. El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra considera imprescindible el impulso de su participación dentro de la Unión Europea, garantizando la presencia de la Comunidad en foros, organismos comunitarios, instituciones, proyectos y redes europeas, que resultan vitales para facilitar la formación de consorcios estratégicos y el desarrollo de propuestas que le permitan apostar por la ciencia y liderar iniciativas innovadoras que nos refuercen como región competitiva en Salud.

Desde Navarra se puede observar la fortaleza del sistema sanitario español,

reconocido internacionalmente, y la armonización de las políticas sanitarias entre los países de la Unión Europea, donde la asistencia sanitaria pública, aun siendo común, todavía presenta importantes variaciones. La comparativa de la legislación y de los sistemas de salud de los países miembros evidencia que a pesar de su diversidad convergen en objetivos y garantías, basados en la universalidad, solidaridad y calidad. España, y Navarra, comparten este suelo común y afrontan el reto de equilibrar la autonomía territorial con cohesión, actualizar carteras, fortalecer la atención primaria y atraer y retener talento. El sistema de Salud de Navarra ocupa actualmente un lugar destacado en el Sistema Nacional de Salud; sin embargo, tiene áreas susceptibles de mejorar en distintos ámbitos, que lo harían de manera más rápida y eficiente si existiese un marco europeo diferente, que pudiera constituirse como un terreno para acelerar mejoras, aumentar la resiliencia y la equidad del sistema sin menoscabo de la autonomía y competencia nacionales y autonómicas.

Una colaboración más estrecha y una integración de políticas sanitarias pueden mejorar la salud de los europeos, como quedó de manifiesto durante la crisis sanitaria de la pandemia COVID. Pero la creación de un espacio sanitario común europeo exige empezar a trabajar en el propio país desplegando estrategias que mitiguen las debilidades que se dan en Europa, propiciadas por la enorme disparidad de intereses nacionales difíciles de conjugar y que dificultan el resto de acciones de coordinación de las distintas políticas sanitarias europeas. Dar pasos sólidos y bien asentados en el propio país facilitará superar con éxito las deficiencias y afrontar los retos a los que el intento de creación de un espacio común europeo nos abocará inexorablemente.

Este es el motivo por el cual la construcción de un espacio europeo de la salud debe estar precedida por un llamamiento a la solidaridad, la cooperación e innovación en los distintos estados; una declaración de principios que sitúe el bienestar de los ciudadanos

europeos en el centro del proyecto europeo y permita definir los servicios que sean considerados derechos universales y bajo qué condiciones.

Mucho hay que avanzar todavía para que este espacio sanitario europeo sea una realidad y se consolide; a ello contribuye la inequidad en, y entre, los distintos estados, que propicia que sigan existiendo poca coordinación, escasos y poco estructurados acuerdos bilaterales entre sistemas sanitarios, etc..., lo que pone en riesgo la sostenibilidad y potencia el turismo sanitario hacia países con mayor desarrollo tecnológico o mayor accesibilidad al sistema.

Se deben favorecer las circunstancias y el caldo de cultivo para que se ofrezcan oportunidades de políticas que hagan más sostenibles los sistemas de salud de los diferentes países. Pero la necesidad de adoptar políticas comunes europeas se enfrenta ya, y seguirá haciéndolo, a intensos desafíos que deberán ser superados si Europa pretende llegar a una unidad de acción, al menos en sus sistemas sanitarios. La búsqueda de esta unidad pondrá en evidencia las carencias que, más o menos larvadas, subyacen en la mayoría de los estados miembros: la necesidad de inversión en recursos y profesionales; la participación ciudadana; la garantía de la salud como un derecho universal; el establecimiento de una cartera común básica de servicios; el difícil fortalecimiento de la Atención Primaria sostenida por modelos diferentes; hacer frente al reto de enfermedades no transmisibles emergentes, a la realidad de las enfermedades mentales, a la sostenibilidad, a las políticas farmacéuticas, a la equidad entre distintos países, etc.. Grandes avances como la innovación tecnológica y las terapias personalizadas se complementan con fármacos de alto coste que, unidos a la presión social y de las empresas farmacéuticas para forzar su implementación, suponen ya un peligro para la equidad y la sostenibilidad del sistema.

Superar todas estas dificultades va a requerir una acción conjunta a nivel europeo que debe superar ampliamente el marco de las políticas sanitarias.

La equidad de los sistemas sanitarios de los diferentes países debe asentarse en el sólido pilar de la generalización en todos los países miembros del reconocimiento de los derechos del paciente: información, consentimiento, confidencialidad, cuidados paliativos, muerte digna, derecho al aborto, etc..., que marcan profundas diferencias entre unos y otros países, siendo fuente de profundas inequidades y desigualdades entre distintas regiones europeas.

Lamentablemente la polarización política, cada vez más evidente, provoca que el consenso no siempre sea posible abocando hacia un camino por el cual el poco deseable disenso en políticas sanitarias sea cada vez menos infrecuente. Más que nunca es necesaria en estos momentos la lealtad institucional, y en salud más que en cualquier otro ámbito puesto que nunca debería ser utilizada como arma política. Sólo el respeto a la lealtad institucional y el sometimiento a principios democráticos pueden evitar el progresivo distanciamiento en las políticas estatales en Europa que dificultan el establecimiento de un marco regulatorio común.

La creación del ansiado espacio sanitario europeo, si asienta sobre bases sólidas, ofrecerá la oportunidad de favorecer la sostenibilidad de los distintos sistemas sanitarios de la Unión Europea; ello contribuirá a tener mayor fuerza en la negociación del coste de los fármacos, uno de los mayores problemas para la sostenibilidad, y al fomento de la investigación biofarmacéutica en el espacio europeo que aumentará la independencia frente a países situados fuera del entorno europeo y ofrecerá mayores garantías frente al riesgo de desabastecimiento de fármacos en un mundo globalizado y polarizado.

Europa ofrece un amplio abanico de posibilidades de desarrollo y las dificultades que han quedado expuestas, y otras muchas no mencionadas, podrían quedar superadas si existiese auténtica voluntad política. Una mejor aplicación de la legislación comunitaria encaminada a mejorar la salud pública, el uso de medicamentos y productos sanitarios, la movilidad de pacientes, la homologación de cualificaciones profesionales y la movilidad de los profesionales sanitarios como reconoce la directiva 2005/36/CE, etc..., son exigibles para la construcción de una auténtica Europa de la Salud.

La creación de un espacio europeo sanitario se verá facilitada si previamente se trabaja en el refuerzo de la colaboración en ámbitos estratégicos: planificación de recursos humanos, interoperatividad digital, establecimiento de estándares europeos de calidad y seguridad para el paciente, el impulso de redes clínicas especializadas, criterios comunes de evaluación de tecnologías, de acreditación de centros, armonización de criterios de formación a profesionales y de reconocimiento de titulaciones que contribuiría a una movilidad ordenada y segura de los profesionales, etc...

Solamente con una sincera declaración de principios por parte de los países miembros, la férrea voluntad política por parte de todos ellos y las autoridades europeas y el liderazgo facilitador de la UE será posible la creación del deseable es-

pacio sanitario europeo.



FÁTIMA MATUTE

Consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid



Me solicitan muy atenta y cortésmente Crónica Sanitaria y Prestomedia unas palabras para la publicación UE Salud, Una visión española de la Europa de la Salud y no puedo menos que sentirme honrada de poder aportar la visión y el concepto que desde la Comunidad de Madrid tenemos de la salud.

Mi diagnóstico como Consejera de Sanidad y como médica es que el sistema sanitario madrileño goza de buena salud. Pero hemos de ser honestos con nosotros mismos y reconocer que Madrid es una parte del Sistema Nacional de Salud. No podemos concebir un Sistema Sanitario sólido, perdurable y sostenible si alguna de sus partes no goza de la misma salud que el conjunto. La sanidad es uno de los pilares del Estado del Bienestar, y hemos de tomarla tan en serio como merece.

Las Comunidades Autónomas tenemos la responsabilidad de gestionar la competencia sanitaria, en coordinación con el Ministerio, y garantizar de manera efectiva y equitativa los derechos de los ciudadanos a nivel nacional, independientemente de la zona en la que residan.

Las políticas sanitarias son responsabilidad de todos los componentes del sistema. La cogobernanza es “el reto de decidir con y no por los demás¹”. En este sentido, y volviendo a hacer hincapié en la importancia y trascendencia de la sanidad como pilar fundamental del Estado de Bienestar, como Consejera y como médica, siento que el Ministerio de Sanidad ha ido perdiendo identidad. Hubo voces agoreras que señalaron la prescindibilidad del Ministerio de Sanidad; hubo momentos en los que el Ministerio se concibió como una plataforma electoral; quedan resortes de quienes consideran el Ministerio como un ariete ideológico... Pero la realidad es que los gestores sanitarios necesitamos de un Ministerio serio y robusto, técnico, abierto, dialogante, constructivo. Necesitamos un Ministerio al que lleguemos para plantear problemas propios y salir con soluciones comunes, al que lleguemos con experiencias de éxito y salgamos con aportaciones a todo el sistema.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud debe ser el espacio de diálogo constructivo que los ciudadanos,

sanitarios y gestores merecen, no un concurso de justas medievales ideológico. Porque ya estamos viendo, viviendo y sufriendo los primeros síntomas de habernos olvidado del verdadero sentido de este órgano: plantear situaciones, anticipar escenarios, coordinar soluciones.

Como decía, Madrid goza de buena salud. Así lo constatan los datos. Pero las cifras no tienen alma si no hay detrás un trabajo profesional y humano, si no hay una responsabilidad e intencionalidad. Diría, sin rubor, que la Comunidad de Madrid es el Km. 0 de la sanidad nacional: contamos con 110 CSUR en 67 patologías o procedimientos, en 9 de nuestros hospitales. 1 de cada 3 CSUR nacionales está en nuestra región. De los 929 ensayos clínicos que se autorizaron en 2024 a nivel nacional, 722 contaron con la participación de al menos un centro de la Comunidad de Madrid. 1 de cada 5 institutos de investigación sanitaria que hay en España se encuentran en la región. 1 de cada 4 solicitudes de tratamiento con CAR-T corresponde a pacientes que proceden de otras Comunidades Autónomas. Pero insisto que, por solidaridad, de nada servirían estos datos si no trabajamos en pos de una cohesión real y efectiva.

No me olvido de la vertiente europea de esta reflexión: constato que los Fondos Next Generation EU han constituido un gran impulso innovador (y renovador) para el sistema. Ahora contamos con recursos materiales e infraestructuras renovados y más competitivos. Sin embargo, de nuevo necesito volver al ámbito doméstico: ¿Y los recursos humanos? Porque contamos con excelente tecnología, pero no hemos acompasado la planificación de recursos humanos, personal formado y especializado, a esa tecnología. Por eso, reconociendo y agradeciendo el impulso europeísta, considero que debemos volver a mirar hacia dentro. Necesitamos formar más y mejores profesionales sanitarios para que el sistema sanitario español siga siendo referencia internacional.

El presente ya nos está dando muestras de que el mundo venidero va a suponer un cambio profundo en la manera de entenderlo y afrontarlo. En la medida que podamos, hemos de comenzar a anticiparnos al futuro. Los cambios sociales, económicos, políticos, geográficos, socio-

lógicos, demográficos van a tener inevitablemente repercusiones en el ámbito sanitario y sociosanitario.

Una premisa que no podemos ni debemos pasar por alto es “actúa antes de que sea tarde”. Si seguimos enrocados en trasladar al siglo XXI normativas, mentalidades, visiones y precepciones obsoletas decimonónicas, no sólo no estaremos contribuyendo a anticipar el futuro, sino que estaremos retrotrayéndonos a pasos agigantados hacia el pasado. Si utilizamos la sanidad para hacer política, estaremos perdiendo la oportunidad de hacer políticas sanitarias.

Los ciudadanos nos necesitan, las instituciones nos respaldan, pero ni la legitimidad es gratuita ni los recursos son infinitos. Es un momento trascendental. De nuestro compromiso y entrega depende la perdurabilidad y la confianza en el sistema.



En España, la gestión de la sanidad es competencia principal de las Comunidades Autónomas, que organizan y administran sus servicios sanitarios, mientras que el Estado establece las bases generales, la legislación básica y coordina el Sistema Nacional de Salud (SNS) a través del Ministerio de Sanidad, garantizando la cohesión y equidad.



Capítulo 1

CARTERA DE DERECHOS Y SERVICIOS SANTARIOS



Introducción

España cuenta con uno de los sistemas sanitarios más valorados del mundo por su cobertura universal, su accesibilidad y su orientación hacia la equidad. La configuración de la cartera de derechos y servicios sanitarios es el eje estructural que articula la garantía efectiva de los principios fundamentales que rigen el sistema: universalidad, gratuidad en el acceso, calidad asistencial y cohesión territorial. Esta cartera no solo define el alcance de las prestaciones a las que tienen derecho los ciudadanos, sino que también delimita las obligaciones de los poderes públicos y las condiciones bajo las cuales se articula la sostenibilidad del sistema.

En el marco de la Unión Europea, el modelo español representa una forma singular de conjugar los principios de solidaridad interterritorial con la descentralización de la gestión sanitaria, en un contexto en el que la definición de los derechos sanitarios ha ido evolucionando en paralelo al reconocimiento de la salud como un derecho fundamental. Este apartado explora la configuración de la cartera común de servicios, su evolución normativa, los retos actuales y su encaje dentro de la Europa de la Salud.

1.1 Cartera de derechos y servicios sanitarios en España

“

Desde su establecimiento la cartera común de servicios ha evolucionado para adaptarse a los cambios científicos, tecnológicos y sociales.

Marco normativo y conceptual

El concepto de “cartera de servicios” se incorporó formalmente al ordenamiento jurídico español con la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde se estableció la necesidad de garantizar una cartera común para todo el territorio nacional. Esta ley fue una pieza clave para reforzar el principio de equidad tras la descentralización plena de los servicios sanitarios a las comunidades autónomas, completada en 2002.

La ley distingue entre tres niveles de prestación:

- La cartera común básica de servicios asistenciales, que incluye la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades.
- La cartera común suplementaria, referida a prestaciones como la farmacia, los productos ortoprotésicos, el transporte sanitario o la dietoterapia.
- La cartera común de servicios accesorios, que comprende actividades no esenciales pero que mejoran la calidad de la atención.

Además, cada comunidad autónoma puede ampliar esta cartera con sus propios recursos, siempre y cuando no reduzca los mínimos garantizados en la cartera común estatal.

La cartera se basa en el principio de evi-

dencia científica, por lo que cualquier incorporación de nuevos servicios debe superar un proceso de evaluación a través de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS), bajo la coordinación del Ministerio de Sanidad.

Evolución de la cartera de servicios

Desde su establecimiento, la cartera común de servicios ha evolucionado para adaptarse a los cambios científicos, tecnológicos y sociales. Algunas de las ampliaciones más relevantes en los últimos años han incluido:

- La incorporación progresiva de terapias avanzadas, como la medicina personalizada y tratamientos CAR-T.
- Nuevas coberturas en salud bucodental, especialmente para grupos vulnerables como menores, embarazadas y personas

con discapacidad.

- Ampliación de servicios en salud mental, con la inclusión de terapias psicológicas para trastornos de ansiedad y depresión moderada.
- Pruebas genéticas en el diagnóstico de enfermedades raras y en programas de cribado neonatal.
- Mejora de las prestaciones en salud reproductiva, incluyendo la financiación de tratamientos de fertilidad para mujeres sin pareja masculina.

La actualización de la cartera está condicionada, sin embargo, por factores presupuestarios y organizativos, lo que a menudo genera tensiones entre el principio de equidad y las posibilidades reales de financiación. Esto ha dado lugar a notables diferencias en la implementación práctica entre comunidades autónomas, especialmente en aspectos como los



tiempos de espera, el acceso a determinados medicamentos o la disponibilidad de recursos humanos especializados.

Derechos del paciente en el sistema sanitario

La cartera de servicios se complementa con un conjunto de derechos individuales de los pacientes reconocidos legalmente, entre los que destacan:

- Derecho a la información y al consentimiento informado.
- Derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos clínicos.
- Derecho a la libre elección de médico y centro (con limitaciones organizativas).
- Derecho a una segunda opinión médica.
- Derecho a recibir cuidados paliativos integrales.
- Derecho a la atención sanitaria en igualdad de condiciones, sin discriminación por razón de género, orientación sexual, religión, origen nacional o condición socioeconómica.

Estos derechos se desarrollan en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que supuso un paso decisivo hacia una atención centrada en la persona.

En los últimos años, se ha abierto paso el debate sobre nuevos derechos emergentes, como el acceso a los datos sanitarios personales, el uso de inteligencia artificial en decisiones clínicas, o la protección frente a la discriminación algorítmica en los procesos de asignación de recursos.

Desigualdades y desafíos territoriales

Aunque el diseño de la cartera común busca garantizar la equidad, en la práctica exis-

ten importantes diferencias territoriales. Estas desigualdades se manifiestan en:

- Diferencias en la cartera complementaria o en los servicios ampliados por las CCAA.
- Variabilidad en los tiempos de espera para acceder a pruebas diagnósticas o intervenciones.
- Disparidad en la cobertura de tratamientos innovadores.
- Diferencias en salud digital y en la interoperabilidad de los sistemas de información.

Estas brechas han llevado a varios informes del Defensor del Pueblo y del Tribunal de Cuentas a advertir sobre la necesidad de reforzar los mecanismos de coordinación y evaluación interterritorial. La creación del Comité de Evaluación de Prestaciones, en 2023, pretende ser una herramienta para homogeneizar la aplicación de nuevos servicios.

El papel del Consejo Interterritorial

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) juega un papel clave en la definición, actualización y seguimiento de la cartera de servicios. Aunque sus acuerdos no son legalmente vinculantes, su papel como foro de consenso político y técnico ha sido fundamental para mantener una mínima cohesión del SNS.

No obstante, las tensiones entre comunidades con diferente color político, junto con la creciente complejidad técnica de la evaluación de tecnologías sanitarias, dificultan en ocasiones los acuerdos. La gobernanza multinivel del sistema español requiere, por tanto, una combinación de liderazgo estatal y lealtad institucional por parte de las CCAA.

Participación ciudadana y legitimidad del sistema

Uno de los aspectos menos desarrollados en la configuración de la cartera de servicios en España ha sido históricamente la participación ciudadana estructurada. Aunque el sistema reconoce formalmente el derecho de los ciudadanos a participar en las decisiones que afectan a su salud, lo cierto es que los mecanismos existentes —como los consejos de salud o los órganos consultivos en algunas comunidades autónomas— tienen escasa capacidad real de influencia en la definición o priorización de servicios.

La percepción de legitimidad y justicia en la configuración de la cartera es clave para la sostenibilidad política del sistema. En los últimos años, han emergido propuestas para avanzar hacia formas más deliberativas de gobernanza, incluyendo paneles ciudadanos, consultas públicas o procesos participativos sobre la inclusión de nuevas tecnologías sanitarias. En este sentido, el trabajo del Comité de Bioética de España y algunas experiencias piloto impulsadas por la RedETS abren la puerta a una mayor integración del juicio social en las decisiones clínicas y presupuestarias.

Fortalecer la participación no solo contribuye a la calidad democrática del sistema sanitario, sino que permite incorporar de forma más explícita criterios como la aceptabilidad social, la percepción del beneficio y la priorización de colectivos vulnerables.

Innovación tecnológica e impacto en la cartera

El avance vertiginoso de la ciencia médica y la tecnología plantea un reto constante a la actualización de la cartera de servicios. La llegada de terapias personalizadas, medicina genómica, inteligencia artificial y soluciones digitales exige no solo capacidad de evaluación rigurosa, sino también una redefinición del concepto mismo de servicio sanitario. Ya no se trata solo de poder ofrecer prestaciones estandarizadas, sino de incorporar servicios adaptados al perfil individual

del paciente, lo cual exige un nivel de sofisticación organizativa considerable.

España ha avanzado en la incorporación de algunas de estas tecnologías, pero enfrenta obstáculos estructurales como la fragmentación territorial, la falta de interoperabilidad de los sistemas de información y la escasez de profesionales con competencias en salud digital. La cartera común aún no ha integrado plenamente muchos de estos elementos, lo que genera una creciente brecha entre lo que es técnicamente posible y lo que es efectivamente financiado por el sistema.

La inclusión de soluciones digitales, como aplicaciones de salud mental, monitorización remota de pacientes crónicos o algoritmos de ayuda al diagnóstico, está llamada a ser uno de los grandes debates de los próximos años. ¿Hasta qué punto deben formar parte de la cartera común? ¿Quién valida su seguridad y eficacia? ¿Qué papel juegan las empresas tecnológicas privadas en este proceso?

Sostenibilidad financiera y priorización

La ampliación de derechos y servicios sanitarios plantea inevitablemente el desafío de la sostenibilidad financiera. El sistema sanitario español opera con un nivel de financiación pública situado en torno al 6,9% del PIB, por debajo de la media de países de su entorno como Francia o Alemania. Esta limitación obliga a establecer criterios claros de priorización y desinversión: no todo lo que es técnicamente posible es asumible desde el punto de vista económico.

En este contexto, España necesita fortalecer sus capacidades institucionales para llevar a cabo procesos de evaluación económica, análisis de coste-efectividad y toma de decisiones explícitas sobre qué tecnologías se financian y cuáles no. La transparencia y la rendición de cuentas en estas decisiones es aún limitada, lo que puede alimentar la desconfianza pública cuando se excluyen determinadas prestaciones o medicamentos.

Asimismo, la incorporación de la perspectiva de salud poblacional, la equidad y el impacto presupuestario a largo plazo debería formar parte central del diseño de la cartera. En un entorno de recursos limitados, priorizar servicios con alto impacto en salud, especialmente en prevención y atención primaria, será clave para garantizar un sistema sostenible y justo.

Convergencia europea y cooperación entre sistemas

En el contexto de la Europa de la Salud, la armonización progresiva de las carteras de servicios representa una oportunidad para reforzar la cohesión y facilitar la movilidad de pacientes, profesionales y tecnologías. España puede jugar un papel activo en este proceso, especialmente en áreas donde ya cuenta con fortalezas institucionales, como la evaluación de tecnologías sanitarias, la salud pública o la cobertura de enfermedades raras.

Sin embargo, esta convergencia requiere resolver importantes tensiones entre soberanía nacional y coordinación europea, así como entre diversidad cultural y

estándares comunes. La definición de un "mínimo europeo" de derechos y servicios sanitarios podría funcionar como referencia compartida, pero debe respetar la flexibilidad necesaria para adaptar las prestaciones al contexto social, demográfico y epidemiológico de cada país.

España, con su sistema descentralizado y su apuesta por la equidad, puede aportar al debate europeo una experiencia valiosa sobre cómo articular diversidad y cohesión en la definición de derechos sanitarios.

Conclusión

La cartera de derechos y servicios sanitarios en España constituye uno de los pilares más sólidos del Estado del bienestar. Su evolución ha permitido incorporar progresivamente nuevas tecnologías, ampliar coberturas y reforzar la atención centrada en el paciente. Sin embargo, persisten retos importantes: desigualdades territoriales, tensiones políticas, sostenibilidad financiera y la necesidad de mayor transparencia y participación en los procesos de evaluación y toma de decisiones.

En un escenario europeo marcado por el impulso hacia una Europa de la Salud, la experiencia española puede ofrecer claves útiles para una gobernanza basada en la equidad, la evidencia y la participación. La definición de qué servicios son derecho de todos, y bajo qué condiciones, será una de las grandes preguntas de los próximos años en la construcción del espacio europeo de salud.





1.2. Las carteras de derechos y servicios sanitarios en los Estados miembros de la UE: un análisis comparativo

Introducción

La Unión Europea no dispone de una política sanitaria común plenamente armonizada, pero los sistemas de salud de los Estados miembros comparten ciertos principios —universalidad, solidaridad, equidad y acceso a cuidados de calidad— que han sido reforzados por el marco normativo europeo, en particular a través de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, la Directiva 2011/24/UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza y la acción conjunta sobre evaluación de tecnologías sanitarias (HTA).

No obstante, la diversidad nacional en la

organización, financiación y contenido de las carteras de servicios es significativa. Cada Estado miembro define de forma autónoma qué servicios cubre su sistema público, en qué condiciones, con qué niveles de copago y con qué derechos garantizados para los pacientes. Este apartado ofrece una visión comparada de las carteras de derechos y servicios sanitarios en la UE, analizando convergencias, divergencias y tendencias comunes, con especial atención al papel de los marcos constitucionales, los sistemas de financiación, los niveles de descentralización y las políticas de inclusión de tecnologías sanitarias.

Tipología de modelos sanitarios en la UE

Los Estados miembros de la UE pueden clasificarse en tres grandes familias de sistemas sanitarios, según su modelo de financiación y cobertura:

- Modelos nacionalizados (Beveridge): Financiados principalmente con impuestos generales, con provisión pública dominante y acceso gratuito en el punto de atención. Ejemplos: España, Italia, Portugal, países nórdicos.
- Modelos de seguro social (Bismarck): Financiados a través de contribuciones obligatorias a fondos de seguro de salud (públicos o semipúblicos), con provisión pública y privada. Ejemplos: Alemania, Bélgica, Países Bajos, Austria.
- Modelos mixtos o transicionales: Esta diversidad de modelos se refleja en la composición y alcance de las carteras de servicios. Aunque todos los países garantizan al menos una atención básica universal, las diferencias son notables en servicios como salud bucodental, óptica, salud mental, rehabilitación o terapias avanzadas.

Tabla comparativa de coberturas sanitarias básicas en 10 Estados miembros

Derechos sanitarios en las legislaciones nacionales

Aunque la UE no impone una lista

común de derechos sanitarios, muchos países han constitucionalizado el derecho a la protección de la salud, con distintas consecuencias jurídicas:

- España, Portugal e Italia recogen este derecho en sus constituciones como una obligación del Estado.
- Francia y Alemania lo integran a través de legislación ordinaria y jurisprudencia constitucional.
- Países del este de Europa han reformulado este derecho en sus transiciones postcomunistas, pero su aplicabilidad real sigue limitada por restricciones presupuestarias.

Además, algunos países han adoptado cartas de derechos del paciente con valor normativo, que incluyen garantías sobre el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica, la elección de médico o la confidencialidad.

Un caso singular es el de Suecia, donde la Ley de Atención Sanitaria establece la obligación de priorizar los tratamientos con mayor beneficio clínico poblacional, lo que introduce explícitamente el principio de coste-efectividad en la definición de la cartera.

Inclusión y evaluación de nuevas prestaciones

La mayoría de los países de la UE han creado agencias nacionales de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA) que analizan la eficacia, seguridad, impacto presupuestario y valor social de nuevas tecnologías antes de su inclusión en las carteras. Sin embargo, los procedimientos y criterios difieren:

- Alemania y Francia cuentan con agencias fuertes y procesos bien institucionalizados (IQWiG, HAS).
- España y Suecia han reforzado redes colaborativas, como la RedETS y la red regional sueca.

- Polonia, Hungría o Bulgaria tienen mecanismos más limitados, a menudo condicionados por restricciones presupuestarias.

Con la futura regulación europea sobre HTA, a partir de 2025, se espera una mayor convergencia en los procesos de evaluación clínica, aunque la decisión final de incluir o no un tratamiento seguirá siendo nacional.

Tendencias comunes: convergencia parcial en un marco diverso

Pese a las diferencias, se observan algunas tendencias convergentes en la evolución de las carteras en la UE:

- Ampliación progresiva de servicios de salud mental, especialmente tras la pandemia.
- Avances en digitalización sanitaria y telemedicina como parte de las carteras.
- Incorporación de terapias innovadoras en enfermedades raras o cáncer, aunque

con desigual ritmo.

- Mayor peso de la participación del paciente en decisiones sanitarias.

- Creación de mecanismos de evaluación más robustos, en conexión con la agenda europea HTA.

Desafíos para la convergencia europea

El principal obstáculo para una armonización real de las carteras en la UE es la soberanía nacional en salud. Aunque la UE impulsa la cooperación y establece estándares técnicos, los Estados siguen siendo reacios a ceder competencias clave, especialmente en materia de financiación y prestaciones.

Además, las desigualdades económicas y organizativas entre países hacen difícil adoptar una cartera mínima común sin reforzar los mecanismos de solidaridad financiera. El debate sobre un “fondo europeo de salud” o una cartera mínima obligatoria aún está en fases muy preliminares, aunque el Espacio Europeo de

Datos Sanitarios, el Reglamento HTA y el Plan Europeo contra el Cáncer apuntan hacia una mayor convergencia funcional.

Conclusión

Las carteras de derechos y servicios sanitarios en la UE son el reflejo de la pluralidad de sistemas y culturas sanitarias del continente. Si bien se observa una convergencia creciente en algunas áreas, como la digitalización, la salud mental o la evaluación de tecnologías, persisten diferencias notables en la amplitud de servicios cubiertos, el grado de equidad y la protección frente a copagos.

España, con su modelo basado en la universalidad, la planificación estatal y la evaluación técnica, se encuentra en una posición intermedia entre los países más avanzados en cobertura y aquellos con sistemas segmentados. Este análisis comparado permite situar el modelo español en el contexto europeo y ofrece una base sólida para reflexionar sobre los retos de una futura cartera europea de derechos sanitarios.

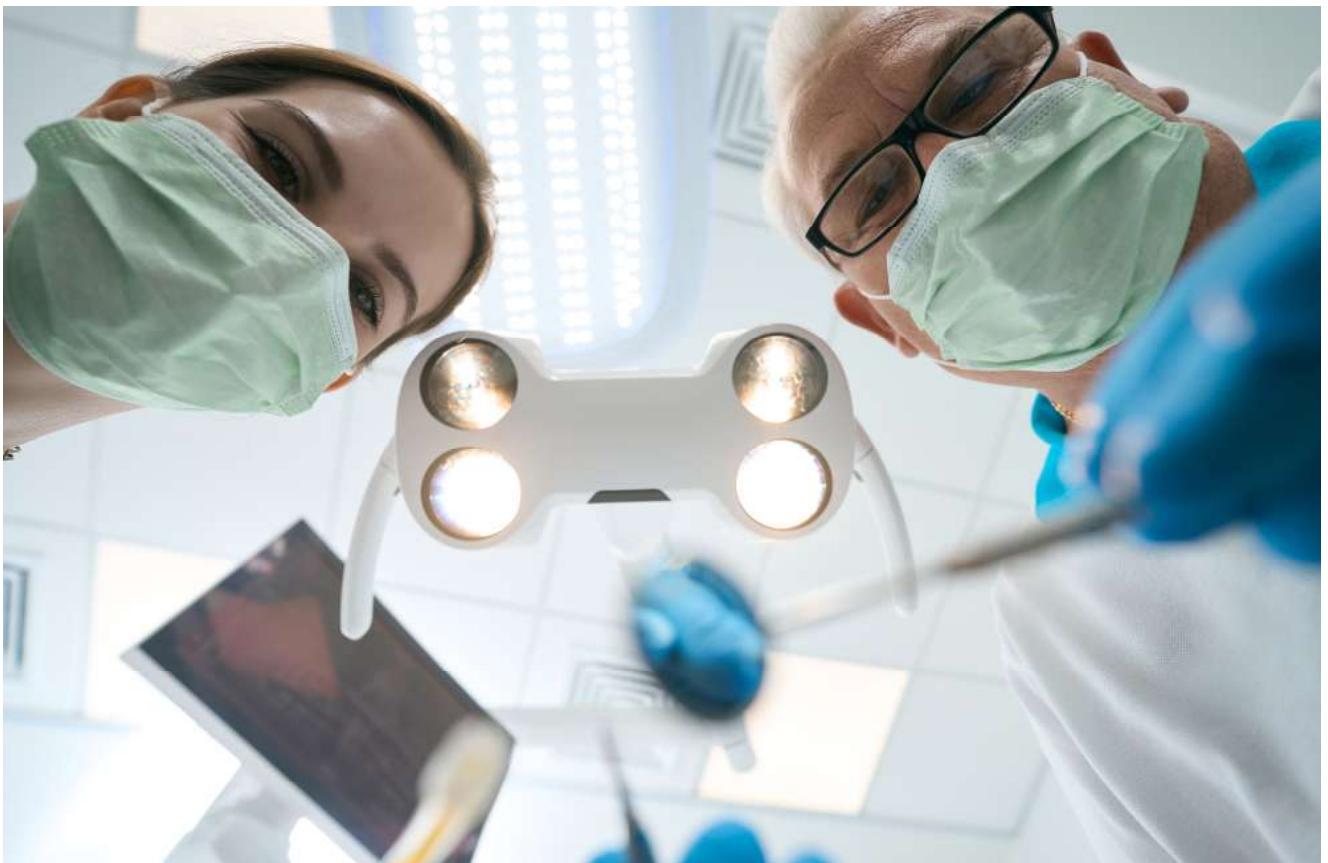


Tabla comparativa de la cartera de derechos sanitarios en los Estados miembros de la Unión Europea

País	Cobertura universal	Atención primaria
Alemania	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí
Bulgaria	Parcial	Sí
Chipre	Sí	Sí
Croacia	Sí	Sí
Dinamarca	Sí	Sí
Eslovaquia	Sí	Sí
Eslovenia	Sí	Sí
España	Sí	Sí
Estonia	Sí	Sí
Finlandia	Sí	Sí
Francia	Sí	Sí
Grecia	Sí	Sí
Hungría	Sí	Sí
Irlanda	Sí (limitada)	Sí
Italia	Sí	Sí
Letonia	Sí	Sí
Lituania	Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí
Malta	Sí	Sí
Países Bajos	Sí (oblig. seguro)	Sí
Polonia	Sí	Sí
Portugal	Sí	Sí
Rumanía	Parcial	Sí
Suecia	Sí	Sí
Chequia	Sí	Sí



Especializada	Salud bucodental	Salud mental	Copagos
Sí	Parcial	Sí	Sí (ticket mod.)
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Parcial	Muy limitada	Limitada	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí (bajo)
Sí	Limitada	Limitada	Sí
Sí	Limitada	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí (farmacia)
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí (bajo)
Sí	Parcial	Sí	Sí (reembolso)
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Limitada	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí (altos)
Sí	Muy limitada	Sí	Sí
Sí	Limitada	Limitada	Sí
Sí	Limitada	Limitada	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Sí	Muy limitada	Sí	Sí (franquicia)
Sí	Limitada	Muy limitada	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí
Parcial	No	Limitada	Sí
Sí	Parcial	Sí	Sí (bajo)
Sí	Limitada	Sí	Sí





1.3. Legislación comunitaria de la Unión Europea sobre salud y derechos sanitarios en el ámbito común

Introducción

El marco normativo de la Unión Europea en materia de salud ha evolucionado de forma significativa desde la creación de las primeras comunidades europeas. Aunque el derecho a la protección de la salud ha sido tradicionalmente competencia de los Estados miembros, la progresiva construcción de un espacio común europeo ha exigido el desarrollo de una legislación comunitaria que regule aspectos transversales vinculados a los derechos sanitarios, la seguridad del paciente, la calidad de los servicios, la movilidad de los profesionales y pacientes, así como la respu-

ta coordinada ante amenazas sanitarias.

La legislación de la UE sobre salud no constituye una política común en sentido estricto, como sí ocurre con la agricultura o el comercio. Sin embargo, se ha construido un cuerpo normativo relevante en virtud de los principios de subsidiariedad y proporcionalidad, así como de las competencias complementarias que los Tratados otorgan a la Unión en esta materia. Este apartado analiza los instrumentos legislativos clave, los tratados fundacionales, las directivas y reglamentos en vigor, así como los programas de acción sanitaria que han vertebrado la acción comunitaria en el ámbito de los derechos y servicios sanitarios.

Fundamento jurídico de la acción comunitaria en salud

El Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) establece el marco legal que delimita las competencias de la UE en materia sanitaria. En concreto, el artículo 168 TFUE señala que "al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión, se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana", y añade que la acción de la Unión "complementará las políticas nacionales", favoreciendo la cooperación entre Estados miembros y fomentando la coordinación de sus políticas y programas.

Este artículo fija los límites de la acción europea, que no sustituye a las competencias nacionales en organización y financiación de los sistemas sanitarios, pero sí actúa en cuestiones como:

- Mejora de la salud pública y prevención de enfermedades
- Lucha contra las amenazas transfronterizas graves para la salud
- Establecimiento de normas de calidad y seguridad en medicamentos y productos sanitarios
- Movilidad de pacientes y recono-

cimiento mutuo de títulos profesionales sanitarios

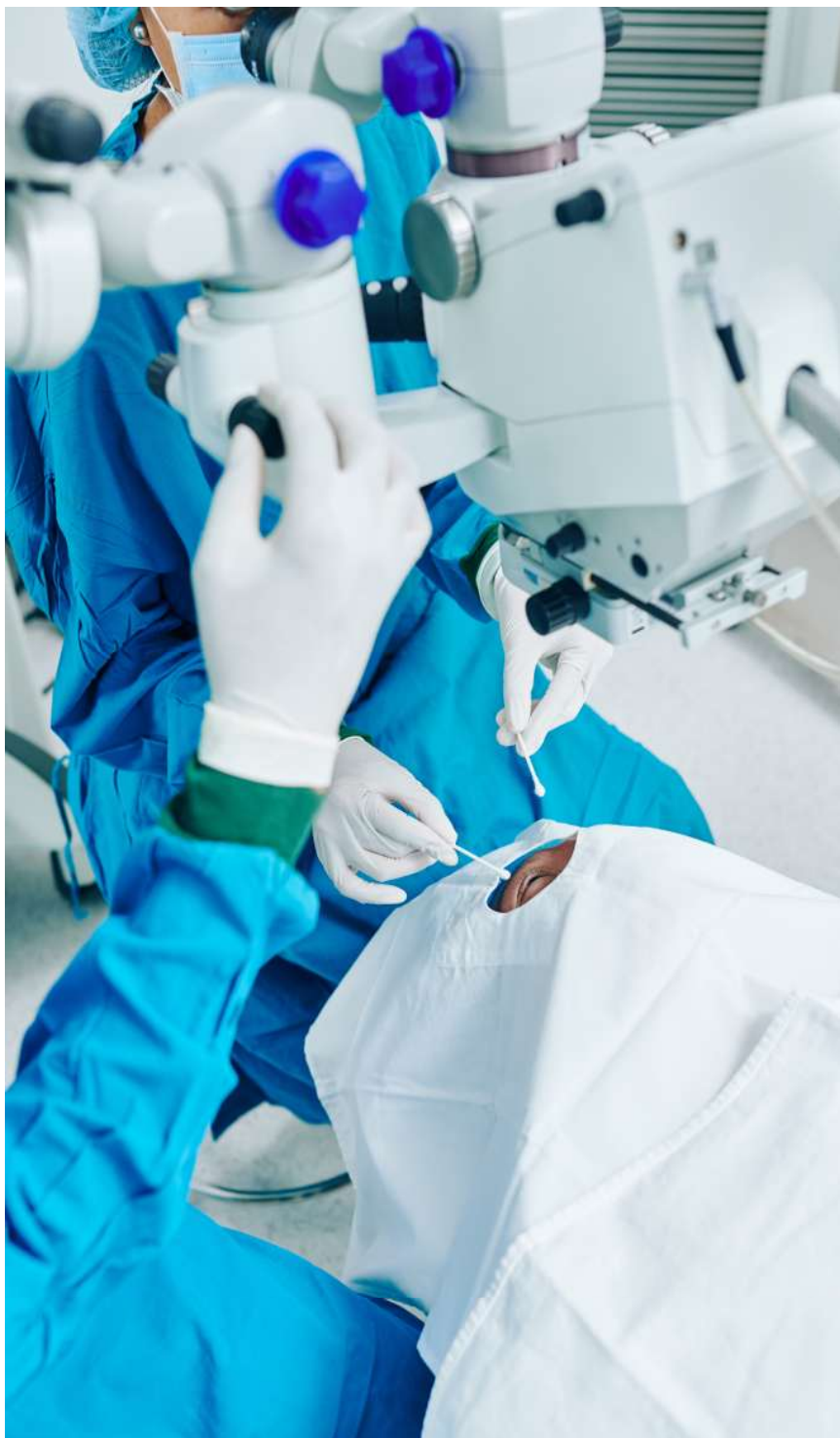
Asimismo, el artículo 114 TFUE otorga a la UE competencia para establecer normas de armonización cuando así lo exija el buen funcionamiento del mercado interior, lo que ha permitido la adopción de directivas sobre servicios sanitarios transfronterizos, derechos de los pacientes y seguridad de productos sanitarios.

Principales directivas y reglamentos en el ámbito sanitario

Uno de los hitos normativos más relevantes ha sido la aprobación de la Directiva 2011/24/UE, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Esta directiva establece el derecho de los ciudadanos europeos a recibir tratamiento médico en otros Estados miembros, garantizando la portabilidad de los derechos sanitarios y el reembolso de los costes en condiciones similares a las del país de origen. Asimismo, establece principios comunes sobre calidad y seguridad, y crea mecanismos de cooperación como los Puntos Nacionales de Contacto y las Redes Europeas de Referencia (ERNs) para enfermedades raras.

Otros instrumentos legislativos relevantes incluyen:

- El Reglamento (CE) 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, que permite a los ciudadanos conservar sus derechos en materia de sanidad cuando se desplazan entre países.
- La Directiva 2005/36/CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales, que facilita la movilidad de médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios.
- El Reglamento (UE) 2017/745 sobre productos sanitarios, y el Reglamento (UE) 2017/746 sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro, que fortalecen



La dimensión de derechos del paciente ha adquirido un peso creciente en la normativa europea

la seguridad del paciente y armonizan los requisitos en todo el espacio europeo.

- La Directiva 2001/83/CE por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano, que regula aspectos como la autorización, farmacovigilancia y comercialización de fármacos en la UE.

Derechos de los pacientes en la legislación comunitaria

La dimensión de los derechos del paciente ha adquirido un peso creciente en la normativa europea. Aunque su consagración ha sido desigual entre los Estados miembros, la Unión ha contribuido a establecer principios comunes de equidad, calidad, información y consentimiento.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en su artículo 35, reconoce el derecho a la protección de la salud como parte del acervo comunitario. Este principio ha sido reforzado por diversas normativas secundarias que desarrollan los siguientes derechos:

- Acceso a tratamientos sanitarios seguros y de calidad.
- Información transparente y comprensible sobre prestaciones y tratamientos.
- Consentimiento informado como requisito previo a cualquier intervención médica.
- Continuidad asistencial y respeto a la intimidad y dignidad del paciente.
- Reclamación y reparación en caso de daños derivados de la atención sanitaria.

Estos derechos se ven ampliados por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), que ha confirmado el derecho de los ciudadanos a recibir tratamiento en otro Estado miembro sin autorización previa, siempre que cumpla los criterios establecidos por la Directiva 2011/24/UE y la normativa so-



bre coordinación de la seguridad social.

Programas de salud pública de la Unión Europea

Desde los años noventa, la Unión ha impulsado varios Programas de Acción en Salud Pública, con el fin de apoyar a los Estados miembros en retos compartidos. El actual Programa EU4Health (2021–2027), con un presupuesto sin precedentes de 5.300 millones de euros, fue adoptado tras la pandemia de COVID-19 y refleja una apuesta más ambiciosa por reforzar la dimensión sanitaria europea.

Sus principales objetivos son:

- Mejorar la preparación frente a crisis sanitarias.
- Fortalecer los sistemas de salud y su digitalización.
- Garantizar el acceso equitativo a medicamentos esenciales.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica y la respuesta ante amenazas transfronterizas.
- Impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades crónicas.

EU4Health coexiste con otros programas relacionados, como Horizonte Europa, que financia proyectos de I+D en salud, y Digital Europe, centrado en la transformación digital de los servicios sanitarios. Estas iniciativas refuerzan el enfoque transversal de la UE en salud, uniendo ciencia, innovación, tecnología y derechos ciudadanos.

Salud digital y espacio europeo de datos sanitarios

Una de las apuestas más significativas en los últimos años ha sido la creación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios (EHDS), cuyo reglamento se encuentra

en fase avanzada de tramitación. Este nuevo marco normativo pretende armonizar el acceso, uso y reutilización de datos sanitarios en toda la UE, tanto para fines asistenciales como de investigación.

Los objetivos del EHDS son:

- Facilitar el acceso transfronterizo a historiales clínicos electrónicos para pacientes y profesionales.
- Promover la interoperabilidad de los sistemas digitales de salud.
- Establecer estándares comunes para el uso secundario de datos en investigación, salud pública, formulación de políticas o innovación farmacéutica.

Esta propuesta legislativa plantea desafíos relevantes en cuanto a protección de datos personales, consentimiento y gobernanza ética, pero representa un paso decisivo hacia una integración más profunda de los sistemas sanitarios europeos en el entorno digital.

La respuesta legislativa de la UE a la pandemia de COVID-19

La crisis sanitaria provocada por el SARS-CoV-2 supuso un punto de inflexión en la política sanitaria europea. Ante la fragmentación inicial en la respuesta de los Estados miembros, la Comisión Europea impulsó una serie de medidas legislativas y de coordinación inéditas, que han redefinido la posición de la salud en la agenda comunitaria.

Entre las más relevantes destacan:

- El refuerzo del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), con mayores competencias y recursos.
- La creación de la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), una nueva agencia

encargada de anticipar y gestionar amenazas transfronterizas.

- La adopción de un certificado digital COVID que facilitó la movilidad segura entre países de la UE.

- El impulso a mecanismos conjuntos de compra y distribución de vacunas, como la estrategia COVAX.

Estos avances han reforzado la idea de una Unión Europea de la Salud, aún en construcción, pero con una base legislativa más sólida y orientada a la resiliencia y la soberanía sanitaria compartida.

Conclusión

La legislación comunitaria en materia de salud ha adquirido un papel estratégico en la configuración de una Europa más cohesionada, segura y solidaria en el ámbito sanitario. Aunque las competencias en sanidad siguen siendo, en gran parte, nacionales, la acción de la UE ha permitido desarrollar marcos normativos compartidos, fortalecer derechos ciudadanos, mejorar la calidad de los servicios y facilitar la cooperación entre sistemas.

El equilibrio entre respeto a la soberanía nacional y convergencia regulatoria ha sido posible gracias al principio de subsidiariedad, pero también a la voluntad política de avanzar hacia una gobernanza sanitaria común, especialmente ante desafíos globales como las pandemias, el envejecimiento demográfico o las desigualdades en el acceso a la atención médica.

El desarrollo del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, el programa EU4Health y el fortalecimiento de agencias como el ECDC o HERA son pasos en esa dirección. En conjunto, la legislación comunitaria configura un entorno jurídico en constante evolución, cuyo impacto sobre la protección de la salud y los derechos sanitarios de los ciudadanos europeos será cada vez más visible y determinante.



1.4. Legislación comparada de los sistemas sanitarios en los Estados miembros de la UE

Introducción: un mosaico normativo bajo paraguas común

Los sistemas sanitarios de la Unión Europea comparten principios que han ido consolidándose en torno a la universalidad del acceso, la solidaridad en la financiación y la calidad/seguridad de la atención. Sin embargo, la arquitectura jurídica que sostiene esos principios es nacional y diversa. Cada Estado miembro articula su sistema mediante leyes marco, códigos sanitarios y normas de aseguramiento, combinando competencias estatales, regionales y locales con distintos roles para aseguradoras públicas o mutualidades, proveedores públicos y privados,

y mecanismos de regulación de precios y calidad. Aunque el marco comunitario (p. ej., la Directiva 2011/24/UE de asistencia sanitaria transfronteriza; el Reglamento (CE) n.º 883/2004 de coordinación de sistemas de seguridad social; la normativa farmacéutica y de productos sanitarios) condiciona aspectos clave de movilidad de pacientes, seguridad y mercado interior, el diseño institucional y la financiación siguen siendo de competencia nacional (art. 168 TFUE). Eso explica que, en paralelo a objetivos similares, se observe una heterogeneidad legislativa notable.

En términos de modelos, puede hablarse —con todas las cautelas— de tres grandes familias jurídicas:

- Beveridge o servicio nacional de salud (financiación fiscal, cobertura universal, provisión mayoritariamente pública y gestión descentralizada): España, Italia, Portugal, Dinamarca, Suecia, Finlandia, Malta, Grecia (con particularidades), y, en menor medida, Chipre (reforma reciente).

- Bismarck o seguro social (financiación por cotizaciones, aseguramiento obligatorio a través de fondos/"cajas", proveedores mixtos): Alemania, Austria, Bélgica, Países Bajos (modelo regulado de aseguradoras privadas con obligaciones públicas), Luxemburgo, Eslovenia, Croacia, República Checa, Eslovaquia, Hungría, Polonia, Rumanía, Bulgaria, Estonia, Letonia, Lituania.

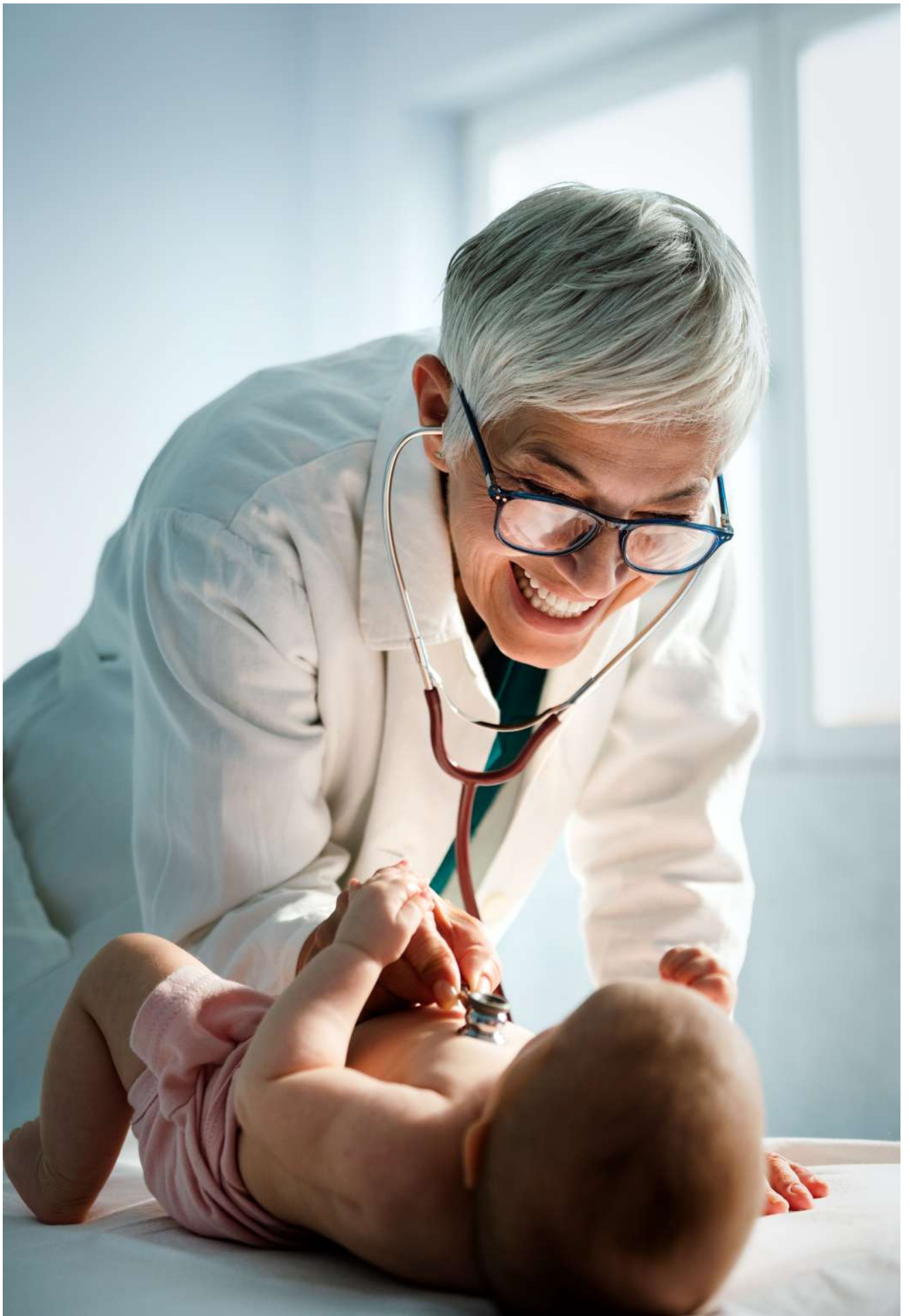
- Modelos mixtos regulados (combinaciones de impuestos y cotizaciones; pluralidad de aseguradores públicos/privados bajo fuerte regulación; separación comprador-proveedor): Francia y juntos con los Países Bajos son los ejemplos paradigmáticos.

El grado de constitucionalización del derecho a la protección de la salud también varía: constituciones como las de Italia (art. 32), España (art. 43), Portugal (art. 64), Grecia (art. 21), Polonia (art. 68), Rumanía (art. 34) o Finlandia (§19) reconocen explícitamente el derecho y/o obligaciones estatales, condicionando la interpretación de la legislación ordinaria.

Rasgos legislativos por familia de sistemas

a) Servicios nacionales de salud (SNS) Las leyes marco definen la universalidad, la cartera de servicios y la descentralización. En España, la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad, y normas posteriores (p. ej., RDL 7/2018 sobre universalidad; Ley 33/2011 de Salud Pública) estructuran un sistema descentralizado a CCAA, con financiación impositiva y garantía estatal de cohesión. Italia asienta su SSN en la Ley 833/1978 y los Decretos Legislativos 502/1992 y 517/1993 (y 229/1999), que regionalizan la gestión y definen la "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA). Portugal fija el SNS en la Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019), que actualiza principios, gobernanza y papel del regulador (ERS). Los países nórdicos (Dinamarca, Suecia, Finlandia) organizan la prestación desde los entes territoriales (regiones/condados), con leyes sanitarias marco —Sundhedsloven (DK), HSL 2017:30 y Patientlagen 2014 (SE), Health Care Act 1326/2010 y reformas de integración 2021 (FI)— que subrayan la responsabilidad pública, la libre elección y la calidad.

b) Seguro social obligatorio (SHI) En esta familia, la norma clave es el cuerpo legal de aseguramiento y la regulación del/los fondo(s) de seguro. Alemania se rige por el SGB V (Libro V del Código Social), que define el aseguramiento obligatorio, la negociación colectiva de prestaciones, la competencia regulada entre "cajas" y la relación con proveedores. Austria se apoya en el ASVG (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz), y Bélgica en la Ley coordinada de seguro obligatorio de salud e indemnidades (1994) bajo el INAMI/RIZIV y el papel de las mutualidades. Luxemburgo integra el aseguramiento en el Code de la Sécurité Sociale y la Caisse Nationale de Santé (CNS) (ley de 2008). En Europa Central y del Este (CZ, SK, PL, HU, RO, BG), las reformas de los noventa y dos mil establecieron leyes de seguro público (p. ej., Polonia 2004, República Checa 1997, Eslovaquia 2004, Hungría 1997, Rumanía 2006, Bulgaria 1998), con



fondos nacionales y carteras explícitas.

c) Modelos mixtos regulados Francia combina seguro social con una fuerte regulación pública y codificación (Code de la santé publique), junto con reformas como HPST 2009 y la Ley de modernización de 2016, que refuerzan la gobernanza territorial, prevención y digitalización. Países Bajos introdujo en 2006 la Zorgverzekeringswet (Zvw): aseguradoras privadas con obligaciones públicas, contratación selectiva y regulador de mercado (Wmg). La cobertura es universal vía mandato de aseguramiento y subsidios a rentas bajas; la Wlz (2015) cubre cuidados de larga duración.

Elementos transversales de la legislación comparada

Derechos del paciente y seguridad clínica. La mayoría de Estados han positivizado derechos de información, consentimiento y reclamación (v. gr., Patientlagen en Suecia; leyes de derechos del paciente en Letonia 2009 y Eslovenia 2008; transposición de la Directiva 2011/24/UE).

Carteras explícitas y evaluación de tecnologías sanitarias (HTA). Se observan catálogos/LEA (Italia), Nomenclaturas (Bélgica), “benefit packages” (Europa Central y del Este) y agencias de valoración para financiar innovación bajo criterios de coste-efectividad.

Gobernanza multinivel. El reparto de competencias entre Estado y regiones/municipios (España, Italia, nórdicos) se regula en leyes marco y decretos de coordinación (consejos interterritoriales, objetivos de salud, planes estatales).

Relación comprador-proveedor y contratación. Las leyes definen los regímenes de concierto/contratación (España, Portugal, Francia, Países Bajos) y la negociación con proveedores (Alemania, Bélgica).

Financiación y pagos. Normas específicas regulan copagos moderadores (farmacia, óptica, dental, urgencias no justificadas en algunos casos), así como DRG/tarifas y presupuestos globales.

Digitalización y datos. Proliferan leyes/planes sobre historia clínica electrónica, identidad digital sanitaria y interoperabilidad, alineados con el Espacio Europeo de Datos Sanitarios.

Resiliencia y emergencias sanitarias. Reajustes tras la COVID-19 (reservas estratégicas, compras centralizadas, refuerzo de salud pública, capacidad hospitalaria flexible) con sustento legal.

Tendencias y divergencias

Convergencia en derechos del paciente, transparencia y evaluación de prestaciones; expansión de la salud mental y la atención comunitaria; énfasis en prevención y crónicos.

Divergencia en grado de copago, amplitud de carteras (dental/adultos, óptica), gobernanza (central vs. regional), y mecanismos de competencia regulada (más intensos en Países Bajos y, en otra clave, en Alemania).

Reformas en curso: sostenibilidad financiera, demografía y profesionales (escasez y movilidad intra-UE), integración sociosanitaria, salud digital y big data.

Desde la perspectiva española, el análisis sugiere varias líneas de convergencia y palancas de mejora:

Carteras explícitas y evaluación de prestaciones. España ya cuenta con cartera común y procedimientos de actualización. La práctica comparada (Italia-LEA, Francia-listados, Bélgica-nomenclatura, Países Bajos-HTA y contratación selectiva) refuerza la necesidad de actualización ágil y evaluación sistemática (incluida salud digital y terapias avanzadas), con transparencia en coste-efectividad y desinversión cuando proceda.

Gobernanza y cohesión. La descentralización española es comparable a la italiana y a los modelos nórdicos. La experiencia de metas nacionales vinculantes (tiempos de espera en SE/FI/DK) y de acuerdos de gestión por resultados puede informar reformas para reducir

variabilidad y mejorar accesibilidad.

Relación público-privada regulada. La contratación y el concierto están presentes en casi todos los sistemas. Las reglas de transparencia, evaluación de resultados y pago por valor (caso neerlandés) pueden inspirar una evolución del marco español hacia mayor orientación a resultados.

Profesionales y planificación. La escasez de talento sanitario es europea. Países con marcos de planificación plurianual, incentivos en áreas de difícil cobertura y nuevas competencias avanzadas (enfermería, farmacia clínica) ofrecen pistas normativas para España.

Copagos y protección financiera. La mayoría de países aplican copagos moderadores con topes y exenciones. España mantiene copago fundamentalmente farmacéutico. En clave comparada, los esquemas con techos anuales y protección de crónicos/vulnerables son buenas prácticas.

Salud pública, crónicos y digital. Tras la pandemia, las leyes refuerzan salud pública, reserva estratégica y vigilancia. La interoperabilidad y el acceso seguro a datos (alineados con el futuro Espacio Europeo de Datos Sanitarios) exigen una actualización legislativa coordinada.

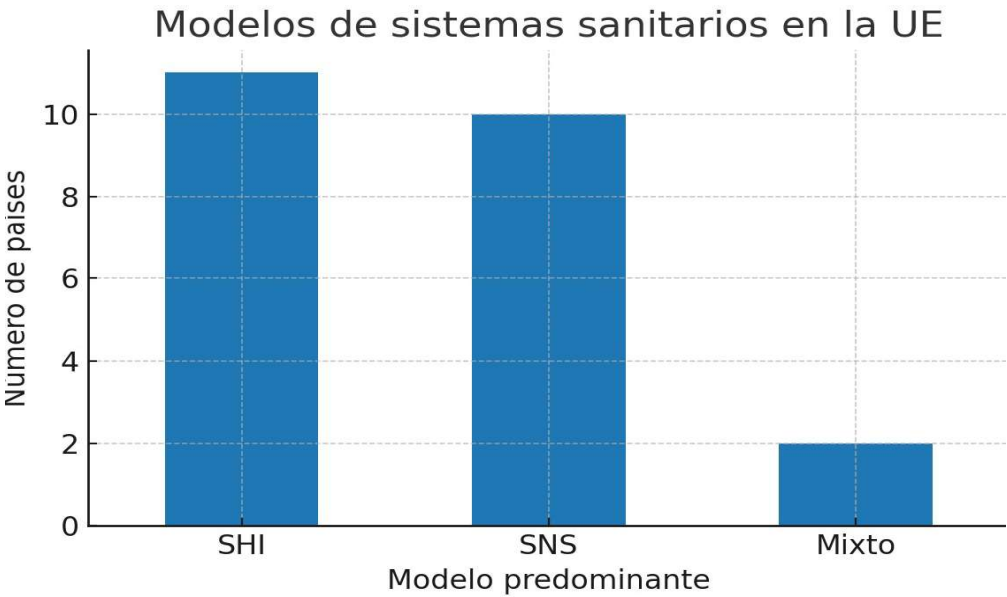
Conclusión

La comparación muestra que, pese a la diversidad, los sistemas de la UE convergen en objetivos y garantías, apoyados en leyes marco que aseguran universalidad, solidaridad y calidad. España comparte ese suelo común y, como otros Estados descentralizados, afronta el reto de equilibrar autonomía territorial con cohesión, actualizar carteras con criterios de valor, fortalecer la atención primaria y atraer/retener talento. La dimensión europea —coordinación de prestaciones transfronterizas, evaluación de tecnologías, datos sanitarios— ofrece un cauce para acelerar mejoras que, sin menoscabar la competencia nacional, refuercen la resiliencia y la equidad del sistema.

Cuadro resumen: Legislación comparada de los sistemas sanitarios en la UE

País	Modelo	Norma marco principal
Alemania	SHI	SGB V (1988)
Austria	SHI	ASVG (1955)
Bélgica	SHI	Ley coordinada (1994)
Bulgaria	SHI	Health Insurance Act (1998)
Croacia	SHI	Act on Compulsory Health Insurance (2013)
Chipre	SNS	GESY Law (2017)
Chequia	SHI	Act 48/1997
Dinamarca	SNS	Sundhedsloven (2005)
Eslovaquia	SHI	Acts 580/2004-581/2004
Eslovenia	SHI	Health Care and Health Insurance Act (1992)
España	SNS	Ley 14/1986; Ley 16/2003
Estonia	SHI	Health Insurance Act (2002)
Finlandia	SNS	Health Care Act (2010)
Francia	Mixto	Code de la santé publique; HPST (2009)
Grecia	SNS	Ley 1397/1983; Ley 3918/2011
Hungría	SHI	Act LXXXIII/1997; CLIV/1997
Irlanda	SNS	Health Act (2004)
Italia	SNS	Legge 833/1978; D.Lgs. 502/1992
Letonia	SHI	Law on Medical Treatment (1997)
Lituania	SHI	Law on Health Insurance (1996)
Luxemburgo	SHI	Code de la Sécurité Sociale; Ley CNS (2008)
Malta	SNS	Health Act (2013)
Países Bajos	Mixto	Zorgverzekeringswet (2006); Wlz (2015)
Polonia	SHI	Act 2004
Portugal	SNS	Lei de Bases da Saúde (2019)
Rumanía	SHI	Law 95/2006
Suecia	SNS	HSL 2017:30; Patientlagen (2014)

Cuadro–resumen: principales normas marco y rasgos por Estado miembro
 Nota: se indican la norma troncal (año de referencia) y el modelo predominante a efectos comparados.
 Muchos sistemas cuentan con legislación complementaria extensa.





1.5. Legislación comparada de titulaciones profesionales en los Estados miembros de la UE: análisis comparativo

Introducción

La libre circulación de profesionales sanitarios en la Unión Europea constituye uno de los pilares del mercado interior. Este principio, consagrado en los Tratados y desarrollado en el marco de la Directiva 2005/36/CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales, plantea sin embargo importantes desafíos cuando se aplica a profesiones reguladas, como las sanitarias. El presente apartado examina la legislación vigente en los Estados miembros en materia de titulaciones profesionales sanitarias, identificando convergencias, divergencias y zonas de fricción en la armonización normativa. A través de un análisis comparado, se pretende ar-

rojar luz sobre el grado de cohesión existente entre los sistemas nacionales y sus implicaciones para la Europa de la Salud.

Marco normativo comunitario

La Directiva 2005/36/CE, modificada por la Directiva 2013/55/UE, constituye el marco jurídico de referencia para el reconocimiento de cualificaciones profesionales en la UE. Introduce el sistema de reconocimiento automático para siete profesiones sanitarias: médico, enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, farmacéutico, matrona, veterinario y arquitecto. Este sistema se basa en normas mínimas comunes de formación fijadas a nivel europeo. No obstante, la directiva permite cierta flexibilidad a los Estados para estructurar sus programas educativos y definir competencias profesionales, lo que genera disparidades entre países.

La legislación europea también contempla mecanismos de compensación — como periodos de adaptación o pruebas de aptitud— cuando las cualificaciones difieren sustancialmente. Además, la tarjeta profesional europea, el sistema IMI (Internal Market Information System) y el principio de alerta temprana para sanciones disciplinarias son instrumentos clave para garantizar la transparencia y la seguridad de los pacientes.

Metodología del análisis comparativo

Para este estudio se ha procedido a analizar la legislación de nueve Estados miembros de la UE, seleccionados por su representatividad geográfica, tamaño y peso sanitario: Alemania, Francia, Italia, España, Países Bajos, Suecia, Polonia, Irlanda y Portugal. Se han examinado textos legislativos, marcos regulatorios, estructuras académicas y criterios de habilitación profesional. El enfoque se centra en tres aspectos clave:

1. Estructura de la formación y duración de los estudios.
2. Requisitos legales para el ejercicio profesional.

3. Mecanismos nacionales de reconocimiento de cualificaciones extranjeras.

1. Estructura de la formación profesional sanitaria

El Espacio Europeo de Educación Superior ha promovido una convergencia formal en la organización de los estudios universitarios, incluyendo los de las profesiones sanitarias. Sin embargo, persisten diferencias relevantes en la duración, contenidos y enfoque de los planes de estudio.

Duración de los estudios y carga lectiva

La duración de los estudios de Medicina en Europa oscila entre los 5 y los 6 años, con un predominio del modelo de seis años en países como España, Italia, Portugal y Polonia. En Alemania y Francia, el modelo es similar, aunque con una estructura interna modular más flexible. En cambio, en Países Bajos e Irlanda, se ha adoptado un sistema de dos ciclos (grado + máster) alineado con Bolonia, con tres años de grado seguido de tres años de máster clínico.

En Enfermería, la duración está más estandarizada en tres años, cumpliendo con la exigencia comunitaria de 4.600 horas de formación total. No obstante, países como España y Suecia han optado por grados de cuatro años, que permiten mayor formación práctica o interdisciplinar.

Contenido formativo y prácticas clínicas

Existe una gran diversidad en la integración de las prácticas clínicas. En Alemania y Francia, estas se inician en fases tempranas, mientras que en Italia o España tienden a concentrarse en los últimos cursos. Suecia, Irlanda y los Países Bajos favorecen modelos de aprendizaje basado en problemas y rotaciones continuas desde etapas tempranas, lo que mejora la transición al ejercicio profesional.

Especialización y formación continuada

La especialización posterior al grado es obligatoria para el ejercicio clínico en la mayoría de profesiones sanitarias. En Medicina, los sistemas de acceso y formación especializada varían ampliamente. España

y Francia utilizan un modelo de examen nacional competitivo (MIR y ECN respectivamente), mientras que otros países, como Alemania o Suecia, se basan en contratos laborales con hospitales acreditados, sin examen nacional obligatorio.

La formación continuada, aunque ampliamente promovida, no siempre es obligatoria. Alemania, Irlanda y Francia han iniciado sistemas de recertificación periódica con exigencias mínimas de desarrollo profesional continuo, mientras que en España o Polonia estos sistemas aún no tienen carácter vinculante.

Competencias digitales e interprofesionalidad

El grado de incorporación de competencias digitales, de salud pública y de trabajo interprofesional es muy desigual. Países como Suecia, Irlanda y Países Bajos incluyen formación transversal en ética digital, inteligencia artificial y trabajo en equipos multidisciplinares. En otros contextos, como el italiano o el polaco, estos contenidos son aún marginales.

Estas diferencias no impiden el reconocimiento automático, pero generan percepciones de desequilibrio

en la calidad o relevancia de la formación, que pueden afectar a la movilidad y al reconocimiento práctico dentro del mercado laboral europeo.

2. Requisitos legales para el ejercicio profesional

Los requisitos legales que regulan el acceso al ejercicio profesional varían entre Estados miembros, si bien todos parten de una base común: la necesidad de una titulación reconocida y, en muchos casos, de un registro o inscripción profesional. Las diferencias se manifiestan en los mecanismos de colegiación, los requisitos de idioma, la exigencia de formación continua obligatoria y el alcance de las competencias profesionales.

Colegiación y registros profesionales

En países como España, Italia y Portugal, la colegiación en un colegio profesional es obligatoria para ejercer profesiones sanitarias. Estos colegios cumplen funciones de control ético, disciplinario y de defensa profesional. En cambio, en países del norte y centro de Europa, como Suecia, Países Bajos o Alemania, donde el requisito suele limitarse a la inscripción en un registro nacional administrado por

una autoridad sanitaria, sin intervención de un colegio profesional tradicional.

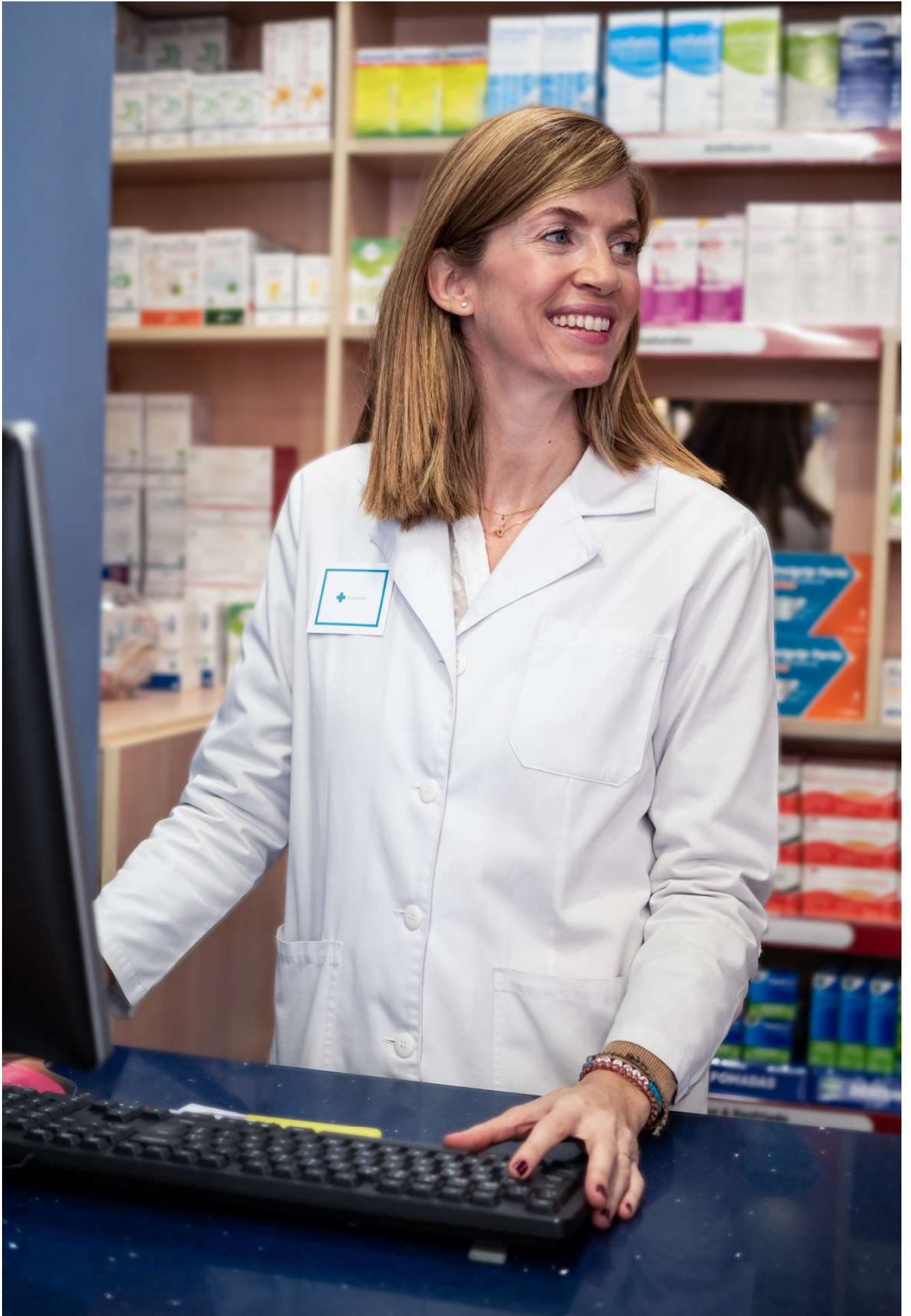
Requisitos lingüísticos

El dominio del idioma del país receptor es un requisito comúnmente exigido para la autorización al ejercicio. Aunque la legislación europea permite esta exigencia, se recomienda que sea proporcionada y adecuada a las funciones profesionales. Francia y Alemania exigen niveles formales certificados, mientras que en Irlanda o Países Bajos se aceptan pruebas internas o entrevistas.

Formación continua y recertificación

La obligatoriedad de la formación continuada varía significativamente. Francia y Alemania han desarrollado sistemas estructurados de desarrollo profesional continuo (DPC) con indicadores de cumplimiento, vinculados a la renovación de la autorización profesional. En Irlanda y Suecia, estos programas son obligatorios, aunque no condicionan directamente la habilitación. En otros países, como España, Italia o Polonia, la formación continua es promovida por las autoridades y los colegios, pero no tiene carácter obligatorio legal.





Ampliación de funciones y competencias profesionales

El reconocimiento legal de nuevas funciones profesionales, especialmente en Enfermería, Fisioterapia o Farmacia, está avanzando a velocidades desiguales. Suecia, Irlanda y Francia permiten la prescripción enfermera bajo determinadas condiciones, mientras que España e Italia aún están en fase de desarrollo normativo. Un profesional con competencias ampliadas puede encontrar que esas funciones no están reconocidas legalmente en el país de destino.

3. Mecanismos nacionales de reconocimiento de cualificaciones extranjeras

El reconocimiento de cualificaciones profesionales sanitarias expedidas en otros Estados miembros está regulado por la Directiva 2005/36/CE, que establece dos sistemas principales: el reconocimiento automático para ciertas profesiones y el reconocimiento general basado en la evaluación caso por caso.

Reconocimiento automático

Este mecanismo se aplica a médicos, enfermeros de cuidados generales, farmacéuticos, odontólogos, matronas y veterinarios. Los títulos que cumplan los requisitos mínimos de formación establecidos a nivel europeo deben ser reconocidos automáticamente por cualquier otro Estado miembro. Sin embargo, algunos países exigen documentación adicional o verificaciones complementarias, lo que puede ralentizar el proceso.

Reconocimiento general

Para otras profesiones sanitarias no cubiertas por el sistema automático, como fisioterapeutas, logopedas o psicólogos clínicos, el reconocimiento depende de una evaluación comparativa. Las autoridades competentes del país receptor pueden requerir medidas compensatorias (periodo de adaptación o prueba de aptitud) si detectan diferencias sustanciales. Esto introduce un grado elevado de discrecionalidad, que varía entre países y entre autoridades regionales.

Plazos, digitalización y transparencia

Aunque la legislación comunitaria establece un plazo máximo de tres meses para emitir una decisión, en la práctica muchos procedimientos se extienden durante seis meses o más. La digitalización de los trámites es desigual: mientras que Irlanda, Francia o Países Bajos ofrecen plataformas electrónicas integradas, otros países, como Italia o Polonia, siguen utilizando formatos mayoritariamente presenciales y documentales. La falta de transparencia en los criterios de evaluación y la ausencia de canales de recurso eficaces son obstáculos adicionales.

Tarjeta Profesional Europea (EPC)

Este instrumento digital permite tramitar más rápidamente el reconocimiento en ciertas profesiones, pero su uso está limitado por ahora. Enfermería, fisioterapia, farmacia y medicina general pueden acogerse a esta tarjeta, aunque su implementación y aceptación aún no es uniforme. Una expansión de la EPC a nuevas profesiones sanitarias facilitaría considerablemente la movilidad.

Conclusiones y recomendaciones

El análisis comparado demuestra que, pese a la existencia de un marco jurídico común, las diferencias entre los Estados miembros en cuanto a la formación, el ejercicio profesional y el reconocimiento de cualificaciones son significativas y afectan al funcionamiento efectivo del mercado interior.

1. Disparidades en la formación:

Aunque los sistemas formativos cumplen formalmente los requisitos europeos, las diferencias en contenidos, duración, metodología y acceso a la especialización condicionan la movilidad profesional y generan desajustes en el reconocimiento práctico.

2. Acceso desigual al ejercicio profesional:

La existencia de requisitos heterogéneos en colegiación, certificación

lingüística, formación continua y funciones reconocidas genera incertidumbre para los profesionales que deseen ejercer en otro Estado miembro.

3. Reconocimiento administrativo lento y fragmentado:

Las divergencias en los procedimientos administrativos, la escasa digitalización en algunos países y la limitada aplicación de instrumentos como la EPC dificultan una movilidad fluida, especialmente en profesiones no cubiertas por el reconocimiento automático.

Recomendaciones:

- Revisar y actualizar la Directiva 2005/36/CE para ampliar el reconocimiento automático a más profesiones y establecer criterios comunes de competencias y prácticas clínicas.
- Desarrollar una plataforma digital europea única y obligatoria para el reconocimiento de cualificaciones sanitarias.
- Impulsar la convergencia curricular mediante programas de formación conjunta, acreditaciones europeas y movilidad académica en el ámbito sanitario.
- Introducir un marco europeo de recertificación profesional periódica que combine indicadores de formación, práctica profesional y competencias transversales.
- Reforzar la transparencia, rapidez y trazabilidad de los procedimientos nacionales de reconocimiento, incluyendo recursos efectivos ante decisiones negativas.

Conclusión final:

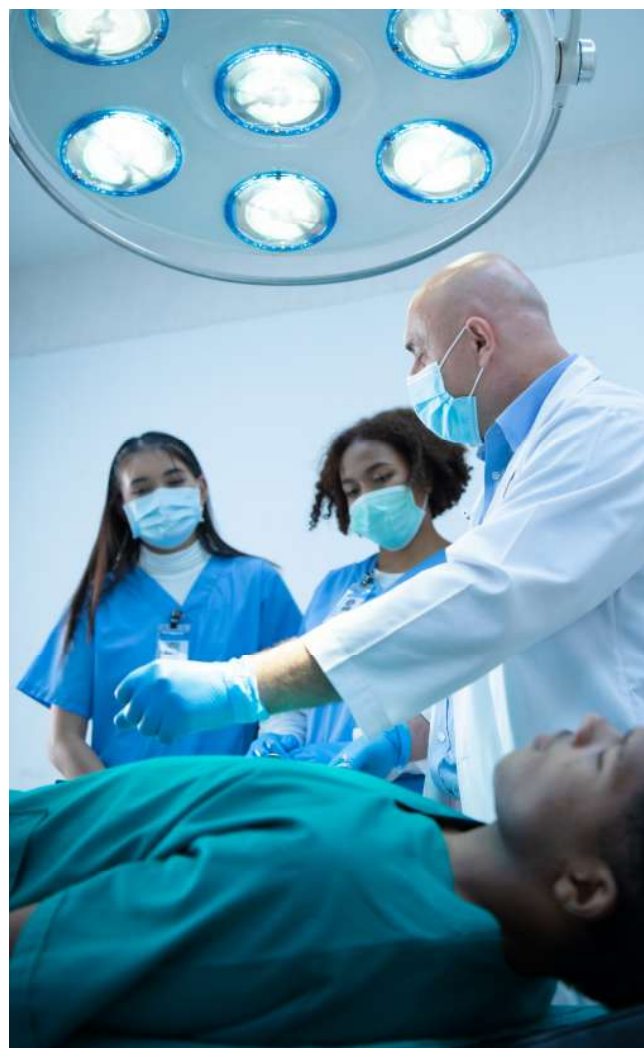
La construcción de una auténtica Europa de la Salud exige garantizar que todos los profesionales sanitarios puedan ejercer libremente con seguridad jurídica, igualdad de trato y calidad asistencial, independientemente del Estado miembro de origen o destino. La armonización de las titulaciones profesionales y sus mecanismos de reconocimiento no es solo un imperativo técnico, sino también una cuestión de equidad, eficiencia y solidaridad europea.



Capítulo 2

LA ASISTENCIA SANITARIA EN LA UNIÓN EUROPEA

2.1.- El reto demográfico y la
evolución del sistema de asistencia:
sostenibilidad financiera del sistema.



**Por Jesús Cubero Herranz
Socio Fundador UMA
CARE (Unidades de
Memoria Activa)
Adjunto Director General
Mensajeros de la Paz**

Tras la Segunda Guerra Mundial, el Estado comienza a tener un papel preponderante mediante su intervencionismo en la economía, en aras de lograr que sus políticas mejoren el bienestar social y la calidad de vida de sus gobernados, dando lugar al término Estado del Bienestar.

Esta tendencia global tiene su implementación en España con la llegada de

los primeros gobiernos de la democracia. Con un claro afán de redistribuir la riqueza existente, se consigue trasladar al ámbito normativo los contenidos económicos que facilitan el desarrollo de los derechos subjetivos, y se genera la capacidad de proporcionar los servicios que la población necesita. En la parte social, encontramos el más vivo ejemplo en el año 2006 cuando a las partidas presupuestarias que siempre se habían incluido en el sistema de protección social (pensiones, educación y sanidad), se une el concepto de “atención a la dependencia”, generando así el cuarto pilar del Estado del Bienestar”.

En esta incipiente atención a la dependencia se buscaba proteger a los ciudadanos que bien por su edad o por discapacidad, necesitaban apoyos o una ayuda adicional para poder realizar las actividades

básicas de la vida diaria (AVD). Por ello, el 14 de diciembre de 2006, se publica en el BOE la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, incluyendo dos niveles territoriales (nacional y autonómico) y un catálogo de ayudas económicas y de servicios públicos y privados concertados a disposición de toda la ciudadanía. No obstante, y a pesar de haber transcurrido 19 años desde la promulgación de dicha Ley, estamos muy lejos de poder cubrir la demanda existente en nuestra población, y tanto las listas de espera para valoración de la situación de dependencia, como las de prestación del servicio asignado (una vez que se ha producido la valoración pertinente, la asignación de grado y posterior propuesta de servicio), no dejan de crecer.

Esta tendencia inflacionista de las listas de espera, unida a la falta de presupuesto en los distintos niveles de las administraciones públicas, el alto porcentaje de copago que han de asumir los ciudadanos o la preminencia de la ayuda familiar frente a fórmulas más profesionalizadas de cuidados, son las principales carencias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

No obstante, no ha sido hasta la crisis provocada por la pandemia COVID-19 cuando como sociedad hemos despertado de golpe ante el reto demográfico que se nos viene encima, al ser conscientes de la falta de políticas públicas suficientes y de calidad, para hacer frente a la demanda de cuidados de larga duración que nuestra población más vulnerable requiere. Hemos descubierto que contamos con un sistema desigual en el ámbito territorial, que vulnera el principio de igualdad que ha de asistirnos a todos los ciudadanos españoles (por el importe de las prestaciones económicas y financiación de los servicios ofrecidos a las personas que requieren cuidados de larga duración); además, los bajos salarios y la escasa valoración social que tiene el papel de las personas que trabajan en el sector de los cuidados de larga duración está consiguiendo que

haya una escasez creciente en el mercado laboral especializado, y que se promueva, como una consecuencia indirecta, un crecimiento sostenido de la economía sumergida en el sector de la dependencia.

A pesar del Plan de Choque que puso en marcha el Gobierno de España en 2021 para mejorar la financiación del SAAD, el gasto público dedicado en España a los cuidados de larga duración (por debajo del 1% del Producto Interior Bruto) sigue siendo inferior a la media de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), el cual se sitúa en el entorno del 1,55%. Aunque nos parezca duro de asumir, estos datos nos sitúan en la parte inferior de la tabla junto a países como Hungría, Polonia, Lituania o Estonia; y muy lejos de los Noruega y los Países Bajos, que se sitúan en el entorno del 3%. A modo ilustrativo, podemos constatar que el gasto público del SAAD en 2022 alcanzó los 10.000 M€, financiados por el Estado en un 26% mientras que las comunidades autónomas hacían frente al 74% de dicho gasto. Y si analizamos cómo fue la contribución directa vía copago de los ciudadanos a nuestro sistema, el 28% fue financiado directamente por los usuarios mientras que el 72% restante vino por la vía de la financiación pública.

A esta escasez de financiación, achacable únicamente a la voluntad política de los distintos Gobiernos que hemos tenido en nuestro país, podemos añadir el crecimiento demográfico que sitúa en el 20% el porcentaje de personas mayores de 65 años de nuestro país, teniendo una proyección del 33% para el año 2050. Este porcentaje de la población mayor de 65 años ha venido creciendo a una tasa media del 1,55% en los últimos 13 años, y lo ha hecho de una forma muy asimétrica entre nuestras comunidades autónomas (lo cual ha acrecentado todavía más las desigualdades territoriales originadas por la diferente financiación con que cuentan). Con la generación del baby boom en su máximo exponente, las proyecciones del INE (Instituto Nacional de Estadística)

nos hablan de un crecimiento anual acelerado del 2,34% de población mayor de 65 años hasta el año 2036. En 2023, el tiempo medio desde la solicitud de dependencia hasta la resolución en la prestación fue de 324 días, y si bien es cierto que continúa bajando el porcentaje de población que fallece a la espera de recibir la resolución de la prestación, todavía seguimos ofreciendo una imagen que no resulta esperanzadora para los próximos años.

Abundando en los términos de financiación, debido a la falta de transparencia de las comunidades autónomas, no resulta sencillo conocer la contribución individual de las comunidades en lo que la atención de la dependencia se refiere, y tal y como indica el Tribunal de Cuentas "Las comunidades autónomas tampoco disponen de una nítida separación entre los ingresos correspondientes a la gestión de la dependencia y los ingresos correspondientes a otros servicios sociales. Asimismo, como rebla general, las comunidades autónomas no han establecido los instrumentos contables, en particular sistemas de contabilidad analíticas, que serían necesarios para cuantificar con exactitud el coste de la dependencia con separación de otros costes de servicios sociales que proporcionan a la ciudadanía. Por otra parte, los sistemas contables establecidos actualmente tampoco permiten cuantificar con exactitud la aportación de los beneficiarios al coste total de la dependencia".

Parece evidente que debemos abordar la financiación de la atención a la dependencia desde un nuevo escenario, en el que además, será necesario:

- Promover un Pacto de Estado que permita elevar la aportación de la Administración Central de forma paulatina y sostenida en el tiempo hasta alcanzar el porcentaje del 1,5% del PIB en los próximos años.
- Mejorar la transparencia en la gestión económica y en los fondos destinados por las comunidades autónomas a la promoción de la autonomía per-



sonal y atención a la dependencia.

- Desarrollar nuevas estrategias de atención que incidan, precisamente en la promoción de la autonomía personal, frente a la atención directa a la dependencia. Es decir, debemos adelantarnos a situaciones cronificadas para conseguir que las personas mayores puedan seguir viviendo en sus domicilios con un apoyo menos intrusivo y menos costoso que cuando ya están institucionalizados. Y es que, no deja de resultar paradójico que España sea uno de los países con menor índice de cobertura de cuidados a largo plazo a domicilio de la Unión Europea.

- Promover las políticas económicas y laborales destinadas a contar con el número de trabajadores necesario para atender las necesidades futuras, resultando imprescindible la mejora en los tiempos de compulsación de estudios en la población extranjera.

- Mejora de las condiciones laborales y salariales para los empleados del sector de los cuidados, lo que hará posible que se generen nuevos nichos y oportunidades de empleo dentro de nuestra población activa.

La consideración de la salud como bien preferente exige una garantía mínima de cuidados incluso a los individuos que no cuentan con recursos para costearla. Ello implica que no sería deseable que se produjese un empobrecimiento de las personas en situación de dependencia, por lo que habría que tener en cuenta un mínimo de renta garantizado a la persona dependiente, o un umbral de la renta por debajo de la cual no es posible contribuir a la financiación, independientemente del coste de dependencia que se esté generando. La instrumentación de un sistema de provisión de recursos para financiar la dependencia cuenta con muchos grados de libertad y el cómo se elijan cada una de las variables bajo control del policy-maker, determinará totalmente los efectos finales.

Bibliografía referenciada:

- Carrión, P., Castellanos, C., Martínez, R., Muntané, F. y Sastre, M. (2020). El cuarto pilar del Estado de Bienestar. Una propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género. Comisión para la reconstrucción social y económica, Grupo de Trabajo de Políticas Sociales y Sistema de Cuidados.

- European Commission (2021). 2021 Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.

- Folbre, N. (2001). The invisible Heart: Economics and Family Values. New Press.

- Gómez Ordoki, A. y Castro J. (2021). Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión. Revista de servicios sociales. ISSN 1134-7147, Nº. 75, 2021, págs. 107-136

- Gómez Ordoki, A (2019). Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Revista de servicios sociales. ISSN 1134-7147, Nº 69, 2019, págs. 121-140

- IMSERSO (2022). Informe de empleo en el sector de servicios sociales. Datos primer trimestre 2022.

- INE (2020). Proyecciones de Población 2020-2070. Instituto Nacional de Estadística.

- Informe Dependencia Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE 2019).

- Matey, M.^a I.; Martínez López, R.; Murillo García, E. (2025). Un análisis de la situación actual del sistema de cuidados de larga duración en España: dependencia, precariedad, y género. Cuadernos de Trabajo Social 38(1), 13-24.

- OCDE (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, Health Policy Studies, Editorial OECD

- Ramírez-Navarro, J.M., García Herrero, G. y Fuentes Jiménez, M. (2020). XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.

- Unión de Entidades para la promoción de servicios sociales de atención a personas mayores y/o en situación de dependencia (2024). Estudio socioeconómico de la atención para personas en situación de dependencia en España.



2.2. Asistencia sanitaria transfronteriza en la UE

1. Introducción

La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea representa una de las expresiones más tangibles del principio de libre circulación de personas y servicios. Su desarrollo responde a la necesidad de garantizar a los ciudadanos el acceso a cuidados médicos de calidad más allá de las fronteras nacionales, especialmente en situaciones en las que el tratamiento requerido no está disponible en su país de residencia o cuando se producen desplazamientos temporales por motivos laborales, familiares o turísticos.

El incremento de la movilidad ciudadana, la internacionalización de los sistemas sanitarios y los avances en la interoperabilidad tecnológica han impulsado progresivamente el debate sobre cómo hacer efectivo este derecho. Sin embargo, su aplicación práctica presenta múltiples desafíos legales,

administrativos, económicos y clínicos.

La asistencia transfronteriza sigue siendo, en términos absolutos, una excepción dentro de los sistemas nacionales de salud. No obstante, su relevancia cualitativa ha crecido de forma significativa, tanto por el papel que desempeña en el tratamiento de enfermedades raras como por su función en la mejora de la cooperación sanitaria entre Estados miembros.

Este apartado ofrece un análisis detallado del marco jurídico vigente, de las modalidades y vías de acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza y de las diferencias prácticas en su implementación a nivel nacional. Además, se identifican los principales retos y se formulan propuestas para reforzar la equidad, sostenibilidad y eficacia del modelo europeo.

2. Marco jurídico europeo

El derecho a recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la UE se sustenta en dos grandes pilares jurídicos: el Reglamento (CE) nº 883/2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y la Directiva 2011/24/UE sobre la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

El Reglamento 883/2004 establece las condiciones en las que un ciudadano europeo tiene derecho a recibir atención sanitaria durante una estancia temporal en otro país de la UE, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suiza, a través de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE). Este instrumento cubre la atención médica necesaria en función del estado de salud del paciente, con independencia de si la causa es un accidente, enfermedad crónica o embarazo. La asistencia se presta en igualdad de condiciones con los asegurados del país anfitrión, sin necesidad de autorización previa, y los costes son asumidos por el sistema del país de origen.

La Directiva 2011/24/UE, por su parte, refuerza los derechos de los pacientes en relación con la atención sanitaria planificada en el extranjero. Establece las condiciones para el reembolso de los gastos, el principio de información pre-

via y la obligación de los Estados miembros de designar puntos de contacto nacionales que informen sobre derechos, trámites y precios. La directiva otorga a los ciudadanos la posibilidad de acceder a cuidados programados en otros países, incluso si no están disponibles en su país de origen, pero condiciona el reembolso a determinados criterios, como la equivalencia del tratamiento, la disponibilidad de atención en plazo razonable y, en algunos casos, una autorización previa.

Ambos instrumentos legales coexisten, lo que genera en ocasiones confusión entre usuarios y profesionales sanitarios. Mientras el reglamento prioriza la cobertura automática para situaciones imprevistas, la directiva contempla un enfoque más estructurado para la asistencia planificada. Esta dualidad normativa plantea interrogantes sobre la coordinación institucional y la equidad de acceso en función del nivel de información, la capacidad económica y la complejidad del procedimiento administrativo.

3. Modalidades de asistencia sanitaria transfronteriza

El acceso a la asistencia sanitaria en otro Estado miembro puede tener distintas motivaciones y modalidades, en función de si el tratamiento es planificado o imprevisto, del tipo de enfermedad y del canal utilizado para tramitar la atención. Las dos grandes categorías son la asistencia programada y la no programada, aunque en los últimos años han ganado peso otras fórmulas complementarias, como la atención a través de los Centros de Referencia Europeos (ERN) y la prestación de servicios mediante herramientas digitales.

3.1. Asistencia programada

La asistencia sanitaria programada implica que el paciente elige recibir tratamiento en otro Estado miembro de forma deliberada y planificada. Esta modalidad está regulada principalmente por la Directiva 2011/24/UE y, en ciertos casos, por el Reglamento 883/2004 (artículo 20). Requiere, por lo general, que el paciente cumpla una serie de requisitos administrativos, entre ellos

la presentación de un informe médico, la verificación de la equivalencia del tratamiento y, en determinados casos, la obtención de una autorización previa.

Las normas nacionales difieren significativamente en cuanto a los criterios de autorización. Algunos países, como Alemania o Francia, aplican un criterio más restrictivo y exigen que el tratamiento no pueda realizarse en el propio país en un plazo razonable. Otros, como Bélgica u Holanda, son más flexibles y conceden autorizaciones para casos menos graves, siempre que el tratamiento esté incluido en la cartera de servicios.

El reembolso de los costes también varía. En principio, el paciente tiene derecho a que se le devuelva una cantidad equivalente a la que habría sido cubierta por su sistema nacional si se hubiera realizado el tratamiento en su país. Pero en la práctica, esto genera incertidumbre por la diferencia de precios entre países y por los retrasos en el procesamiento de los pagos.

3.2. Asistencia no programada (urgente)

La asistencia sanitaria no programada o de urgencia hace referencia a los servicios médicos recibidos durante una estancia temporal en otro país de la UE, como puede ocurrir en caso de vacaciones, desplazamientos laborales o estancias breves. Esta modalidad está plenamente cubierta por el Reglamento 883/2004 a través del uso de la Tarjeta Sanitaria Europea (TSE).

La TSE garantiza el acceso a los mismos cuidados que se ofrecen a los asegurados del país de acogida, en las mismas condiciones y sin necesidad de anticipar el coste total, salvo los copagos aplicables en ese país. Su uso está generalizado, pero persisten casos de desconocimiento o rechazo por parte de algunos prestadores sanitarios, especialmente en la sanidad privada.

Esta modalidad de atención es, con diferencia, la más común dentro de la asistencia sanitaria transfronteriza. Representa más del 90% de los casos tramitados anualmente entre sistemas nacionales, pero suele limitarse a tratamientos urgentes o imprescindibles, sin extenderse a cui-

dados prolongados ni rehabilitaciones.

3.3. Centros de Referencia Europeos (ERN) y enfermedades raras

Los Centros de Referencia Europeos (European Reference Networks, ERN) son estructuras de colaboración transnacionales especializadas en enfermedades raras y afecciones complejas que requieren tratamiento altamente especializado. Establecidos por la Comisión Europea en 2017, los ERN reúnen a equipos de expertos de diferentes países para evaluar conjuntamente casos clínicos mediante plataformas virtuales seguras.

Aunque los ERN no prestan atención directa, facilitan que los pacientes puedan ser derivados a unidades de excelencia en otros países o que sus casos sean valorados por equipos multidisciplinares internacionales. Se estima que más de 900 unidades hospitalarias participan actualmente en los 24 ERN existentes, cubriendo más de 1.500 enfermedades raras.

La derivación a centros vinculados a ERN requiere autorización previa y coordinación nacional. Países como Francia y Suecia han desarrollado protocolos ágiles para facilitar estos traslados, mientras que en otros, como España o Polonia, su uso sigue siendo limitado. A pesar de su enorme potencial, los ERN aún enfrentan barreras relacionadas con la financiación, la interoperabilidad de datos clínicos y la homologación de tratamientos entre sistemas sanitarios.

4. Análisis comparado por países

La implementación de la asistencia sanitaria transfronteriza presenta importantes variaciones entre los Estados miembros de la UE. A continuación, se ofrece un análisis comparado de nueve países seleccionados por su relevancia demográfica, diversidad de modelos sanitarios y experiencia acumulada en este ámbito: Alemania, Francia, Italia, España, Países Bajos, Suecia, Polonia, Irlanda y Portugal. Se valoran tres elementos clave: el acceso al procedimiento, el reembolso de costes y la información proporcionada por los Puntos de Contacto Nacional (PCN).

4.1. Acceso y procedimiento

Alemania y Francia tienen sistemas altamente regulados, en los que la autorización previa para asistencia programada es obligatoria y se concede solo si el tratamiento no puede prestarse en plazo razonable en territorio nacional. El procedimiento implica un análisis clínico y administrativo que puede prolongarse varias semanas. En Francia, se exige el uso de formularios específicos para la autorización y la justificación médica.

España e Italia han implementado la directiva de forma restrictiva. El número de solicitudes tramitadas es reducido y el procedimiento de autorización no está claramente definido en algunas regiones, lo que provoca inseguridad jurídica y desigualdad territorial. La derivación se canaliza principalmente a través del sistema público, con escasa participación de entidades privadas.

Países Bajos, Suecia e Irlanda destacan por una aplicación más proactiva. No siempre requieren autorización previa y, en caso de ser necesaria, el proceso es transparente y está disponible electrónicamente. Estos países también reconocen la libertad del paciente para elegir proveedor en otro Estado miembro, dentro de los límites del catálogo de prestaciones.

Polonia y Portugal, aunque han avanzado en la transposición de la directiva, enfrentan obstáculos de carácter organizativo y presupuestario. El acceso se ve dificultado por la escasa formación de los profesionales sobre el procedimiento y por la limitada disponibilidad de información pública.

4.2. Reembolso y costes

Los sistemas de reembolso difieren en su diseño y agilidad. En Alemania, el reembolso se realiza sobre el coste real del tratamiento hasta el límite previsto en la cobertura nacional. Francia aplica un baremo específico y prevé la posibilidad de pagar directamente a proveedores extranjeros mediante convenios bilaterales. En Suecia y Países Bajos, el pa-

ciente suele adelantar el coste y presentar una solicitud posterior, que se resuelve en un plazo de entre 4 y 8 semanas.

En España, el reembolso depende de la autorización previa y del cumplimiento estricto de los criterios. En algunos casos, el importe reembolsado es inferior al coste real en el país de destino, lo que genera desincentivos. Italia impone limitaciones adicionales: por ejemplo, no se reembolsan los gastos de hospitalización en centros privados si existe una alternativa pública en el país.

Portugal y Polonia presentan dificultades añadidas por la ausencia de baremos actualizados y por la escasa experiencia acumulada en procedimientos de reembolso. En ambos casos, los plazos administrativos pueden exceder los seis meses y el porcentaje de solicitudes aceptadas es bajo.

4.3. Información y coordinación nacional

La función de los Puntos de Contacto Nacionales (PCN) es clave para facilitar el ac-

ceso ciudadano. Sin embargo, su eficacia varía. Irlanda, Suecia y Países Bajos han desarrollado plataformas digitales bien estructuradas, con formularios interactivos, buscadores de proveedores y orientación legal. En cambio, en España, Italia y Polonia, los PCN se limitan a páginas informativas poco actualizadas y con escasa capacidad de asesoramiento personalizado.

Francia ha reforzado el papel de los PCN con personal sanitario especializado que evalúa las solicitudes antes de remitirlas a la administración. En Alemania, estos puntos están integrados en las cajas de seguro médico, lo que mejora su operatividad pero también introduce diferencias según el asegurador.

En general, el conocimiento ciudadano sobre sus derechos en materia de asistencia transfronteriza sigue siendo bajo en todos los países. Las campañas institucionales son escasas y los profesionales de atención primaria no siempre disponen de información adecuada para orientar a los pacientes.

5. Retos y barreras detectadas

A pesar del marco jurídico común y de los avances institucionales, la asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea sigue enfrentando múltiples obstáculos que limitan su desarrollo. Estas barreras afectan tanto a los ciudadanos como a los profesionales y a las propias administraciones sanitarias. A continuación, se sintetizan los principales desafíos identificados a lo largo del análisis:

5.1. Escaso conocimiento ciudadano

Uno de los principales factores limitantes es el bajo nivel de conocimiento que tienen los ciudadanos europeos sobre sus derechos en materia de asistencia sanitaria transfronteriza. Diversos estudios de la Comisión Europea han evidenciado que menos del 20% de la población europea sabe que puede recibir tratamiento en otro Estado miembro y solicitar el reembolso. Este desconocimiento es más acusado entre colectivos vulnerables, como personas mayores, migrantes



o pacientes con enfermedades crónicas.

5.2. Fragmentación administrativa

Los procedimientos administrativos para acceder a la asistencia programada son complejos, poco uniformes y, en muchos casos, excesivamente burocráticos. La falta de armonización en los formularios, requisitos, plazos y criterios de autorización genera inseguridad jurídica y desigualdad entre ciudadanos según su país de origen. La coexistencia de dos regímenes legales (Reglamento 883/2004 y Directiva 2011/24/UE) añade confusión y dificulta una aplicación coherente.

5.3. Retrasos y limitaciones en el reembolso

El procedimiento de reembolso suele implicar largos plazos de espera y, en ocasiones, cuantías inferiores al coste real del tratamiento. Además, muchos sistemas nacionales no han actualizado sus tarifas de referencia ni han previsto mecanismos para cubrir los costes de traslados, acompañantes o pruebas complementarias. Esto desincentiva la movilidad, especialmente entre pacientes con menos recursos económicos.

5.4. Desigual implementación nacional

Existen grandes diferencias en la aplicación práctica de la directiva según los países. Algunos Estados miembros han desarrollado estructuras de apoyo eficaces y accesibles, mientras que otros carecen de puntos de contacto activos o mantienen criterios restrictivos para autorizar la atención fuera de sus fronteras. Esta heterogeneidad contraviene el espíritu de equidad del mercado único sanitario europeo.

5.5. Interoperabilidad y digitalización

La falta de interoperabilidad entre sistemas sanitarios impide la correcta transmisión de historiales clínicos, pruebas diagnósticas o recetas médicas. Aunque la iniciativa "MyHealth@EU" está avanzando en la creación de un espacio europeo de datos sanitarios, su cobertura todavía es limitada. La falta de estándares técnicos comunes

retrasa la integración digital y puede comprometer la continuidad asistencial.

5.6. Coordinación transfronteriza limitada

Los acuerdos de cooperación bilateral o multilateral entre sistemas sanitarios siguen siendo escasos y poco estructurados. Las redes de referencia y los programas conjuntos están aún en desarrollo, lo que impide una planificación integrada de la oferta asistencial. En particular, la atención a pacientes crónicos o en rehabilitación prolongada no cuenta con circuitos estables de derivación ni seguimiento.

5.7. Sostenibilidad financiera

El aumento potencial de solicitudes de asistencia transfronteriza plantea interrogantes sobre la sostenibilidad económica de los sistemas nacionales de salud. Algunos Estados temen un flujo creciente de pacientes hacia países con mayor capacidad tecnológica, lo que podría generar un "turismo sanitario selectivo" y tensionar los presupuestos públicos. La ausencia de un mecanismo financiero europeo para compensar estos desequilibrios agrava la preocupación.

6. Conclusiones y recomendaciones

La asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea encarna una de las dimensiones más ambiciosas de la integración comunitaria en el ámbito de la salud. Pese al marco jurídico común y a los avances institucionales, su aplicación sigue siendo limitada, desigual y compleja, lo que impide que los derechos reconocidos en los tratados se ejerzan plenamente por parte de los ciudadanos.

Conclusiones

1. Marco normativo sólido pero fragmentado

La coexistencia del Reglamento 883/2004 y la Directiva 2011/24/UE proporciona una base legal clara pero también genera duplicidades, inseguridad jurídica y dificultades prácticas en la aplicación por parte de pacientes, profesionales y administraciones.

2. Baja utilización y fuerte desigualdad territorial

La asistencia transfronteriza sigue representando un porcentaje muy bajo del total de prestaciones sanitarias. Además, su acceso está condicionado por el país de residencia, el nivel de información y los recursos económicos del paciente, lo que introduce una barrera de equidad.

3. Falta de armonización en los procedimientos administrativos

Las diferencias en la tramitación de autorizaciones, en los criterios de reembolso y en la operatividad de los puntos de contacto nacionales limitan gravemente la efectividad del sistema. En algunos Estados miembros, la aplicación es meramente formal.

4. Desigual despliegue tecnológico e interoperabilidad deficiente

La falta de conectividad entre sistemas nacionales de salud y la escasa disponibilidad de servicios digitales comunes obstaculizan una atención eficaz, segura y continua para los pacientes que se desplazan.

5. Debilidad de las redes clínicas y la cooperación estructural

Los Centros de Referencia Europeos (ERN) son una iniciativa prometedora, pero aún insuficientemente desarrollada. No existen mecanismos sólidos de gobernanza clínica o financiación para reforzar su uso generalizado y su sostenibilidad a largo plazo.

Recomendaciones

1. Revisión integral del marco normativo

La Comisión Europea debería promover una revisión coordinada de la Directiva 2011/24/UE y del Reglamento 883/2004, con el objetivo de simplificar los procedimientos, clarificar competencias y crear un único sistema de acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza.

2. Refuerzo de los puntos de contacto nacionales

Es urgente dotar a los PCN de medios técnicos, humanos y formativos adecuados, con capacidad de atención personalizada, plataformas multilingües y canales de coordinación directa con los prestadores de servicios en el exterior.

3. Armonización de criterios y tarifas de reembolso

Se debería avanzar hacia la definición de un catálogo europeo común de prestaciones y precios de referencia, que permita reembolsos homogéneos y previsibles, reduciendo las barreras económicas y las distorsiones entre países.

4. Interoperabilidad plena de historiales y prescripciones

Acelerar la implementación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios, garantizando el acceso transfronterizo a la información clínica, la validez de las recetas electrónicas y la protección de datos personales.

5. Creación de un fondo europeo de movilidad sanitaria

Establecer un mecanismo financiero específico que compense los flujos asistenciales entre Estados miembros, con fondos europeos gestionados por la Comisión, que refuercen la cohesión y reduzcan la carga administrativa nacional.

6. Promoción de campañas de información ciudadana

Desarrollar una estrategia de comunicación europea para dar a conocer los derechos de los pacientes, el uso de la Tarjeta Sanitaria Europea y las oportunidades de tratamiento en otros países de la UE.

7. Impulso de redes clínicas especializadas

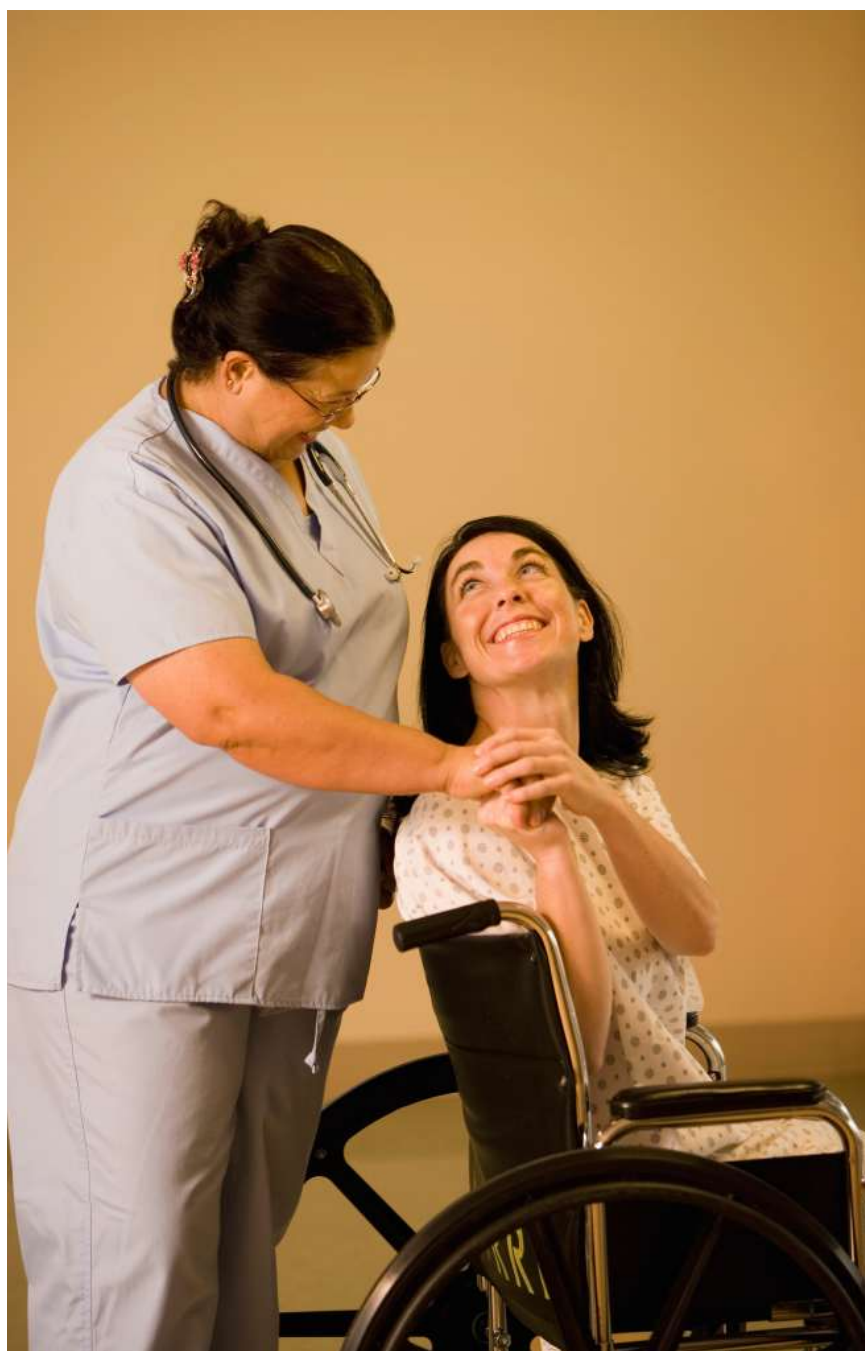
Consolidar y ampliar los ERN, dotándolos de financiación estructural, integración con los sistemas nacionales y capacidad para coordinar tratamientos transfronterizos con circuitos clínicos claros y accesibles.

Conclusión final

La asistencia sanitaria transfronteriza es una herramienta clave para construir una Europa de la Salud más solidaria, eficiente e integrada. Su desarrollo no debe limitarse a una respuesta excepcional o marginal, sino formar parte del diseño estructural de los sistemas sanitarios del siglo XXI. Para ello, es necesario transformar los derechos reconocidos en prácticas reales, accesibles y sostenibles para todos los ciudadanos europeos.



La asistencia sanitaria transfronteriza es una herramienta clave para construir la Europa de la Salud





2.3. Modelo de prestación de asistencia sanitaria en los Estados miembros: análisis comparativo

La Unión Europea (UE) alberga una diversidad de modelos sanitarios, todos ellos orientados a garantizar el acceso a la atención sanitaria para sus ciudadanos, pero organizados y financiados de forma distinta en función de la historia, la estructura del Estado y las prioridades políticas de cada país. Este apartado analiza de forma comparativa los distintos modelos de prestación de asistencia sanitaria existentes en los 27 Estados miembros de la UE, clasificándolos según sus características institucionales y funcionales, y destacando tendencias comunes, divergencias estructurales y retos compartidos.

1. Clasificación de los modelos asistenciales: Beveridge, Bismarck y mixtos

Tradicionalmente, los sistemas sanitarios europeos se agrupan en torno a dos grandes modelos: el modelo Beveridge, financiado principalmente mediante impuestos generales y con prestación predominantemente pública; y el modelo Bismarck, basado en seguros sociales obligatorios financiados por cotizaciones de empleadores y trabajadores, con una red de entidades aseguradoras (mutuas o cajas de seguro) y una mayor participación de proveedores privados. En la última década ha emergido una categoría intermedia o mixta, que combina elementos de ambos modelos y responde a procesos de reforma, convergencia o hibridación.

Entre los países con modelos de tipo Beveridge destacan España, Italia, Suecia, Dinamarca, Irlanda, Finlandia, Grecia y Portugal. En estos sistemas, el Estado actúa como financiador y proveedor principal de servicios, y el acceso está garantizado para toda la población. La financiación procede mayoritariamente de los impuestos generales y la gestión puede estar centralizada o descentralizada, como es el caso de España o Italia, donde las comunidades autónomas o regiones gestionan la provisión de servicios.

El modelo Bismarck está representado por países como Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos, Luxemburgo, Eslovenia, Eslovaquia, República Checa, Hungría, Bulgaria, Croacia, Polonia y Rumanía. Estos sistemas se basan en el principio de seguro obligatorio, donde las personas aseguradas y sus empleadores contribuyen a fondos de aseguramiento gestionados por entidades semipúblicas o privadas, bajo regulación estatal. Aunque garantizan una cobertura amplia, en muchos casos existen copagos, seguros complementarios o mecanismos de reembolso.

Los modelos mixtos aparecen en países como Chipre, Malta o los Países Bajos (en transición desde 2006), donde se combinan financiación impositiva y aseguramiento, o se incorporan mecanismos de competencia regulada. Estos modelos

reflejan una evolución hacia sistemas más eficientes y sostenibles, tratando de equilibrar la equidad en el acceso con la libertad de elección y la contención del gasto.

2. Estructura institucional y organización del sistema

La organización institucional de los sistemas sanitarios varía también de forma significativa entre los Estados miembros. Algunos países presentan una estructura altamente descentralizada (como España, Italia o Alemania), mientras que otros mantienen una gobernanza centralizada (como Grecia o Bulgaria). La descentralización permite adaptar la prestación a las necesidades locales, pero también introduce desigualdades regionales y dificultades de coordinación.

En los sistemas de tipo Beveridge, los servicios son provistos directamente por instituciones del Estado o de los gobiernos regionales. En los sistemas Bismarck, la provisión puede estar en manos de proveedores públicos o privados, y los pacientes suelen tener libertad para elegir entre distintos profesionales y centros. La competencia entre aseguradoras, cuando existe, se da en un marco regulado que trata de evitar la selección adversa y proteger a los más vulnerables.

3. Cobertura y acceso: universalidad, equidad y financiación

Uno de los pilares de los sistemas europeos es la cobertura sanitaria universal. Aunque todos los Estados miembros garantizan algún nivel de acceso, existen diferencias en el alcance, el catálogo de servicios cubiertos, los copagos y los mecanismos de exención. En los modelos Beveridge, la cobertura tiende a ser universal de facto, mientras que en los modelos Bismarck la cobertura universal se ha alcanzado mediante la obligación de aseguramiento y la inclusión de colectivos vulnerables.

En cuanto a la financiación, la proporción del gasto sanitario financiado con fondos públicos oscila entre el 60 % y el 85 %, dependiendo del país. En general, los países del norte y oeste de Europa presentan mayores niveles de finan-

ciación pública y menor gasto directo de los hogares, mientras que en algunos países del este los copagos y los gastos privados siguen representando una carga importante para los ciudadanos.

4. Reformas y tendencias comunes

En los últimos años, muchos Estados miembros han abordado reformas estructurales para mejorar la eficiencia, contener el gasto y reforzar la atención primaria. Se observa una tendencia a integrar servicios, fomentar la coordinación entre niveles asistenciales y digitalizar la gestión sanitaria. Asimismo, se han promovido medidas para mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la sostenibilidad financiera del sistema.

Una corriente común es la introducción de mecanismos de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA, por sus siglas en inglés), el refuerzo de la prevención y la promoción de la salud, y la incorporación de criterios de coste-efectividad en la incorporación de nuevos tratamientos. También destaca el avance de la salud digital, con historias clínicas electrónicas interoperables y plataformas de telemedicina.

5. Cuadro comparativo de los modelos asistenciales

A continuación, se presenta un cuadro resumen con la clasificación de los modelos de prestación de asistencia sanitaria en los 27 Estados miembros de la UE, indicando el tipo de modelo y algunas notas sobre su organización:

Modelos asistenciales en los Estados miembros de la UE

Estado miembro	Modelo asistencial	Notas
Alemania	Bismarck	Seguro obligatorio y múltiples cajas de seguro
Austria	Bismarck	Sistema basado en seguros sociales obligatorios
Bélgica	Bismarck	Múltiples mutuas con libertad de elección
Bulgaria	Bismarck	Sistema de seguros con contribuciones obligatorias
Chipre	Mixto	Sistema transicional, mezcla de seguro y financiación estatal
Croacia	Bismarck	Modelo de seguro social obligatorio
Dinamarca	Beveridge	Financiación estatal, cobertura universal
Eslovaquia	Bismarck	Seguro social con reformas recientes
Eslovenia	Bismarck	Cobertura universal basada en seguros
España	Beveridge	Financiación vía impuestos, cobertura regionalizada
Estonia	Beveridge	Modelo público centralizado con reformas digitales
Finlandia	Beveridge	Sistema descentralizado con cobertura universal
Francia	Mixto	Seguro obligatorio con fuerte financiación pública
Grecia	Beveridge	Modelo nacional con reforma estructural en curso
Hungría	Bismarck	Sistema de seguro social con copagos
Irlanda	Beveridge	Cobertura universal financiada por impuestos
Italia	Beveridge	Modelo nacional con competencias regionales
Letonia	Bismarck	Seguro obligatorio con desigualdades territoriales
Lituania	Beveridge	Cobertura estatal con fuerte atención primaria
Luxemburgo	Bismarck	Modelo de seguros con amplia cobertura
Malta	Beveridge	Sistema público pequeño con red privada concertada
Países Bajos	Mixto	Modelo mixto con aseguradoras privadas reguladas
Polonia	Bismarck	Sistema de seguro con cobertura obligatoria
Portugal	Beveridge	Cobertura universal vía impuestos, foco en salud pública
República Checa	Bismarck	Sistema mixto público-privado
Rumanía	Bismarck	Seguro social con baja cobertura rural
Suecia	Beveridge	Modelo estatal universal con descentralización

6. Retos y perspectivas de convergencia

Pese a las diferencias, los Estados miembros comparten una serie de retos que abren la puerta a una mayor convergencia en la organización y prestación de los servicios sanitarios. Entre ellos destacan el envejecimiento de la población, el incremento de las enfermedades crónicas, la escasez de profesionales sanitarios, las desigualdades en salud y la presión sobre la financiación pública.

El impulso de la “Unión Europea de la Salud” y los mecanismos de coordinación promovidos tras la pandemia de COVID-19 han abierto un espacio para el aprendizaje mutuo, la armonización de buenas prácticas y el refuerzo de la resiliencia de los sistemas nacionales. Aunque la competencia en sanidad sigue siendo nacional, las políticas europeas de salud están ganando peso como herramientas de convergencia indirecta.

En este contexto, el análisis comparado de los modelos asistenciales permite identificar fortalezas y debilidades, así como posibles vías de cooperación. La convergencia no implica uniformidad, pero sí una orientación común hacia sistemas más equitativos, sostenibles y centrados en el paciente, capaces de afrontar los desafíos comunes de la salud en Europa.

Conclusiones y recomendaciones para una homogeneización de la asistencia sanitaria en la UE

Conclusiones

El análisis comparativo de los modelos asistenciales en los Estados miembros de la UE evidencia una notable diversidad en la organización, financiación y provisión de los servicios sanitarios. Esta heterogeneidad responde a tradiciones históricas, estructuras institucionales y decisiones políticas propias de cada país. Sin embargo, todos los sistemas comparten principios comunes, como la cobertura universal, la equidad en el acceso y la necesidad de sostenibilidad financiera.

Pese a estos valores compartidos, las diferencias entre países en términos de

calidad, eficiencia, acceso y resultados en salud pueden generar desigualdades tanto dentro de los Estados como entre ellos. La fragmentación de los modelos también complica la coordinación transfronteriza, la movilidad profesional y el desarrollo de políticas sanitarias comunes, lo que limita el potencial de la UE para actuar de forma conjunta ante amenazas compartidas.

Recomendaciones

1. Fomentar una convergencia gradual sin imponer uniformidad: La armonización no requiere eliminar la diversidad nacional, sino promover estándares mínimos comunes en materia de acceso, calidad y protección financiera. La UE puede facilitar este proceso mediante instrumentos no vinculantes, como recomendaciones, benchmarking y el intercambio de buenas prácticas.

2. Desarrollar un marco común de evaluación de los sistemas sanitarios: Es necesario avanzar hacia un sistema europeo de indicadores comparables que permita medir resultados, eficiencia y equidad en todos los Estados miembros. Este marco puede nutrirse de iniciativas como el State of Health in the EU o el European Health Data Space.

3. Reforzar la coordinación en ámbitos estratégicos: Aunque la sanidad es competencia nacional, existen áreas donde una mayor cooperación sería beneficiosa, como la planificación de recursos humanos, la interoperabilidad digital, la atención a enfermedades crónicas o la salud mental. La UE debe ejercer un liderazgo facilitador en estos ámbitos.

4. Impulsar mecanismos de financiación solidaria a escala europea: Programas como EU4Health, el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia o el Fondo Social Europeo pueden utilizarse para reducir brechas estructurales en los sistemas sanitarios, especialmente en los Estados con menor capacidad fiscal.

5. Establecer estándares europeos de calidad y seguridad del paciente: La adopción progresiva de criterios comunes en la evaluación de tecnologías

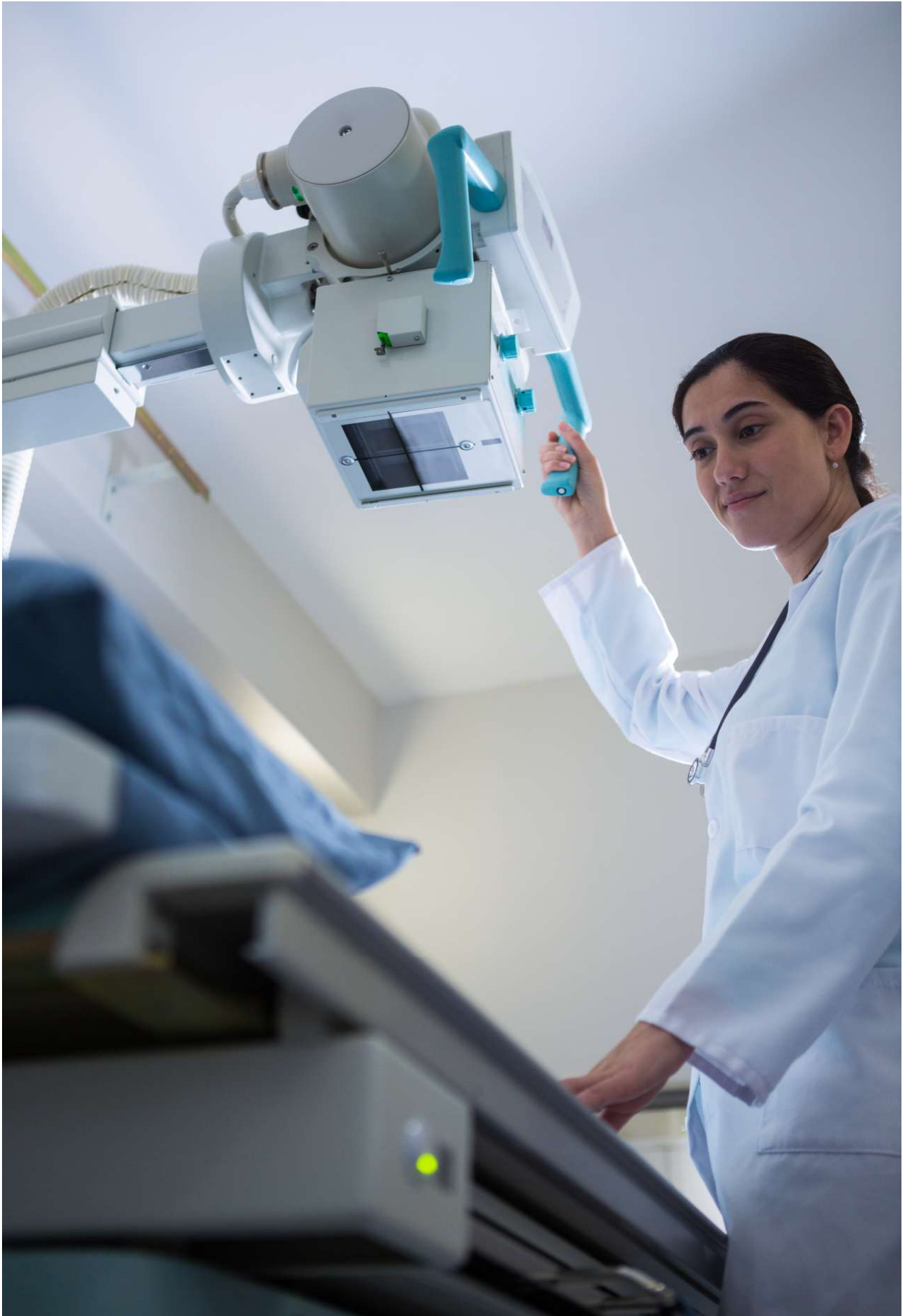
sanitarias, la seguridad clínica o la acreditación de centros podría mejorar la confianza mutua entre sistemas y facilitar la cooperación transfronteriza.

6. Reconocer el papel estratégico de la atención primaria y la salud pública: La UE debería priorizar políticas que fortalezcan la prevención, la promoción de la salud y la atención integral centrada en el paciente, áreas clave para la sostenibilidad futura de los sistemas sanitarios.

7. Garantizar la movilidad profesional y la transparencia de competencias: La armonización de los criterios de formación y el reconocimiento de titulaciones en el ámbito sanitario debe acompañarse de una mayor transparencia y comparabilidad en la capacitación práctica, lo que contribuiría a una movilidad ordenada y segura de los profesionales.

Perspectiva de futuro

La homogeneización de la asistencia sanitaria en la UE no debe entenderse como un proceso de centralización ni de estandarización forzada, sino como un esfuerzo compartido para reducir desigualdades y mejorar la resiliencia colectiva. El fortalecimiento del pilar sanitario europeo requiere avanzar hacia una visión común que combine la diversidad de los modelos con el compromiso conjunto por una salud accesible, de calidad y equitativa para todos los ciudadanos europeos.





2.4.- Escenarios de prestación homogéneos: la colaboración público-privada

Por Jesús Cubero Herranz
Socio Fundador UMA
CARE (Unidades de
Memoria Activa)
Adjunto Director General
Mensajeros de la Paz

En los puntos anteriores hemos comprobado la dificultad que tienen las distintas administraciones (central, autonómicas y locales) para ofrecer servicios con sus propios medios a los ciudadanos en lo que a atención de la dependencia se refiere, siendo por ello necesario mejorar la colaboración público-privada. Una correcta visión institucional de las administraciones públicas, como instrumento dinamizador de la actividad económica al servicio de políticas públicas como es el caso de la promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, debe permitir reforzar los

principios inherentes al modelo social europeo y garantizar su sostenibilidad, adoptando la mejor solución jurídica a las necesidades de los ciudadanos.

Hasta el momento, el sector privado ha asistido a concursos públicos que privilegiaban el precio de licitación por encima de otros parámetros más razonables cuando se trata de cuidar personas. Esta perversión ha provocado en múltiples ocasiones que se gestionen recursos a precios demasiado ajustados, lo que en un contexto tan dinámico como el que vivimos, con una inflación disparada de los recursos energéticos y los avances de los últimos años en las retribuciones de los trabajadores, ha resultado insostenible. Además, en numerosas ocasiones no se han tenido en cuenta de forma adecuada los costes asociados al servicio, las actualizaciones de precios según el IPC o los incrementos salariales, además de no tener en cuenta los costes de renovación de equipamientos (que son aspectos fundamentales para la atención de personas en situación de vulnerabilidad).

Todo ello nos obliga a redefinir el entorno de colaboración público-privada para garantizar una prestación adecuada de los servicios públicos, que los gestores licitantes asumen como propios, y que cubren un espacio donde la administración requiere fórmulas modernas de gestión, con directivos profesionales y cualificados para dirigir recursos especializados. Los recursos con los que cuenta la administración pública son escasos y le toda decidir dónde se colocan. Al fin y al cabo, gestionar esos fondos públicos destinados a la población en situación de dependencia consiste en ofrecer el servicio necesario al mayor número de personas, y hacerlo con la mayor calidad posible.

Si queremos hacer frente al aumento que vislumbramos en el gasto de atención a la dependencia, y el gasto público no pueden aumentar en línea con el aumento de la demanda, dicho aumento tendrá que ser financiado de forma privada, bien por el propio ciudadano en situación de dependencia o por su entorno (en forma de cuidados informales), o bien por soluciones colectivas que nos permiten com-

partir el riesgo económico (seguros privados, o la colaboración público-privada).

La colaboración público-privada es la base de la sostenibilidad del SAAD, pero para garantizar la viabilidad del marco financiero de colaboración público-privada, debemos comenzar a trabajar de forma intensiva la promoción de la autonomía personal frente a la atención a la dependencia en la que nos hemos enfocado hasta ahora. Es importante hablar del ahorro de costes que puede suponer atender a la población en sus etapas iniciales de dependencia, lo que nos permitirá poder atender a un mayor número de personas dependientes con los mismos recursos. Así, debemos comenzar a trabajar en fórmulas que eviten la institucionalización de las personas dependientes, retrasando la entrada en el circuito ya consabido de centro de día, residencia y hospital, respectivamente.

De igual manera, y ante la imposibilidad de contar con el número de plazas residenciales que requiere la población mayor de 65 años de nuestro país, debemos hacer una clara apuesta por los cuidados domiciliarios que la iniciativa privada (con y sin ánimo de lucro) pueda gestionar en nombre de la administración pública. La tendencia es respetar la voluntad de las personas mayores para continuar viviendo en sus propios domicilios, y contar en ellos con el apoyo necesario para una vida normalizada. Y aquí de nuevo, la administración pública encuentra en la iniciativa privada un aliado esencial por la inmediatez de la prestación de los servicios, y porque no resulta necesario aumentar las plantillas de funcionarios públicos para la prestación de los servicios de atención domiciliaria.

Y si hemos abordado la prevención y el retraso de la incorporación de las personas mayores al circuito de la institucionalización mediante servicios de promoción de la autonomía personal; y hemos incidido en la necesidad de contar con una excelente red de atención domiciliaria, no es menos importante que cuando abordamos la colaboración público-privada en el ámbito residencial, hemos de cambiar, necesariamente los

criterios de evaluación y financiación de las plazas residenciales. Si bien actualmente se están fijando criterios de ratio basados en el número de residentes, en los últimos estudios ha tomado fuerza el concepto de “ratio líquida” que oscila en función del número de residentes y del grado de dependencia de los mismos (trabajando con herramientas de medición objetivas y dinámicas como pudiera ser el Índice Barthel). Esto permitiría poder organizar las residencias y las unidades de convivencia en función de las necesidades reales de la población residente, y no en función de un decreto de acreditación que en nada tiene que ver con la realidad de una residencia, ni con la propia necesidad de cada uno de los tres turnos diarios con los que trabajamos los profesionales. Así, al igual que la ratio debe ser dinámica, debería serlo también la financiación asignada a la misma, variando en función de la complejidad de la población atendida y permitiendo contar con los recursos realmente necesarios.

Por aportar algunos datos que ofrezcan la realidad del coste de los servicios de atención a la dependencia en nuestro país, podemos indicar que el precio medio por plaza residencial privada en España es de 1.990 € frente a los 2.012 € de una plaza pública concertada. El rango de precios de plaza concertada varía desde los 1.749 € de Andalucía hasta los 2.818 € del País Vasco (Datos 2023). Sería deseable poder contar con los costes reales de las plazas residenciales que son de titularidad y gestión pública, pero la falta de transparencia de las comunidades autónomas hace imposible la publicación de dichos datos.

En lo que a centros de día se refiere, el precio medio público se sitúa en los 846 € frente a los 889 € de un centro concertado, variando desde los 508 € de los centros de Extremadura, hasta los 1.349 € del País Vasco. (Datos 2022)

La atención a domicilio, medida por hora de servicio, tiene un coste medio en España de 16,40 €, siendo Extremadura la que ofrece un precio más bajo con 9,6 € frente a los 20,4 € de Aragón. (Datos 2022)

Por último, y teniendo en cuenta que el servicio de teleasistencia se mide en euros/año/usuario, contamos con un precio medio de 168 €, y una variabilidad que oscila entre los 83,3 € de Navarra y los 319 € de Cantabria. (Datos 2022)

Para constatar la necesidad de contar con un sólido sistema de colaboración público-privada en España, basta recordar que el 70% de los centros residenciales de nuestro país son privados (aunque cuentan con plazas concertadas por la administración pública) y que también lo son el 60% de los centros día.

El principio de eficiencia, inherente a la gestión pública (bien sea directa o indirecta) no puede evaluarse desde modelos exclusivamente economicistas, sino que debe evaluarse por el adecuado estándar de calidad en la prestación de los servicios a los administrados, y siendo por tanto una eficiencia vinculada al principio del resultado. El concepto de servicio público, como técnica de intervención directa en la economía, ha ido evolucionando hacia las condiciones de calidad y regularidad de la prestación, por encima incluso del dato de la titularidad pública. Por tanto, el interés público se encuentra en “el qué” y no en “el quién”. Lo importante es saber sumar esfuerzos, conocimientos y capacidades para conseguir el mejor resultado.

El papel de la gobernanza pública nos obliga a una moderna utilización de las diferentes fórmulas de colaboración público-privada para garantizar el equilibrio entre lo público y lo privado y preservar, los principios de seguridad jurídica y de confianza legítima en inversiones de larga duración, que no son contrarios, sino complementarios, con los de control de la prestación y de adecuada regulación de unos servicios públicos “circulares” que integren lo social, lo ambiental y la equidad como señas de identidad del modelo económico para conseguir un adecuado reequilibrio de riqueza y de derechos y deberes, para avanzar en una sociedad realmente inclusiva. Es imprescindible un marco claro, estable, transparente y sostenible que se base en la colaboración público-privada con un sistema de acreditación adecuado, y

unos estándares de calidad establecidos por grados y niveles de dependencia. Si somos capaces de establecer tarifas por grado y nivel de dependencia alineadas con el coste real de los servicios, podríamos evitar que las tarifas privadas cubran el déficit de las tarifas públicas. La sostenibilidad del sector requiere no sólo superar este déficit tarifario, para que la iniciativa privada pueda seguir invirtiendo en una oferta de calidad, sino la apuesta por servicios profesionales que generen empleo estable y no deslocalizable.

Bibliografía referenciada:

- Carrión, P., Castellanos, C., Martínez, R., Muntané, F. y Sastre, M. (2020). El cuarto pilar del Estado de Bienestar. Una propuesta para cubrir necesidades esenciales de cuidado, crear empleo y avanzar hacia la igualdad de género. Comisión para la reconstrucción social y económica, Grupo de Trabajo de Políticas Sociales y Sistema de Cuidados.
- European Commission (2021). 2021 Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Folbre, N. (2001). The invisible Heart: Economics and Family Values. New Press.
- Gómez Ordoki, A. y Castro J. (2021). Residencias vip en el ecosistema de cuidados a personas mayores: un modelo en discusión. Revista de servicios sociales. ISSN 1134-7147, Nº. 75, 2021, págs. 107-136
- Gómez Ordoki, A. (2019). Contraste teórico de ratios en residencias de mayores desde la asociación entre el índice Barthel y el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Revista de servicios sociales. ISSN 1134-7147, Nº 69, 2019, págs. 121-140
- IMSERSO (2022). Informe de empleo en el sector de servicios sociales. Datos primer trimestre 2022.
- INE (2020). Proyecciones de Población 2020-2070. Instituto Nacional de Estadística.
- Informe Dependencia Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE 2019).
- Matey, M.ª I.; Martínez López, R.; Murillo García, E. (2025). Un análisis de la situación actual del sistema de cuidados de larga duración en España: dependencia, precariedad, y género. Cuadernos de Trabajo Social 38(1), 13-24.
- OCDE (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, Health Policy Studies, Editorial OECD
- Ramírez-Navarro, J.M., García Herrero, G. y Fuentes Jiménez, M. (2020). XX Dictamen del Observatorio de la Dependencia. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España.
- Unión de Entidades para la promoción de servicios sociales de atención a personas mayores y/o en situación de dependencia (2024). Estudio socioeconómico de la atención para personas en situación de dependencia en España.



2.5. Legislación comparada: homologación de titulaciones y certificaciones profesionales de países terceros

La creciente movilidad de profesionales sanitarios y la demanda de recursos humanos cualificados en toda la Unión Europea (UE) han puesto en primer plano la necesidad de establecer mecanismos eficaces y armonizados para la homologación de titulaciones obtenidas fuera del espacio comunitario. Este apartado analiza el marco legal vigente en la UE y en sus Estados miembros en relación con el reconocimiento de cualificaciones sanitarias procedentes de países terceros, destacando diferencias, convergencias y retos pendientes en materia de integración profesional, garantía de calidad y protección del paciente.

1. Marco normativo europeo aplicable

A diferencia del reconocimiento automático de cualificaciones profesionales entre Estados miembros, regulado por la Directiva 2005/36/CE sobre el reconocimiento de cualificaciones profesionales, el reconocimiento de titulaciones procedentes de países terceros queda fuera del ámbito de armonización comunitaria y depende exclusivamente de las legislaciones nacionales. No obstante, la Directiva sienta principios que algunos Estados aplican de forma análoga para facilitar procedimientos justos y transparentes con terceros países.

En el ámbito europeo, instrumentos como el Sistema Europeo de Créditos para la Educación y Formación Profesional (ECVET), el Marco Europeo de Cualificaciones (EQF) o el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) sirven de referencia indirecta para la comparación de niveles formativos. Sin embargo, su aplicación a cualificaciones extracomunitarias no es vinculante y se enfrenta a múltiples interpretaciones por parte de los Estados miembros.

2. Procedimientos nacionales de homologación

Cada Estado miembro ha desarrollado su propio sistema para evaluar, reconocer u homologar titulaciones extranjeras en profesiones sanitarias reguladas. Los procedimientos pueden implicar evaluaciones documentales, exámenes teóricos y prácticos, períodos de adaptación, cursos complementarios o pruebas de competencia.

En Alemania, por ejemplo, la homologación de titulaciones sanitarias de países terceros está regulada por la Ley de Profesiones de la Salud y se gestiona a nivel regional. Requiere una evaluación de equivalencia de formación, prácticas clínicas y, en muchos casos, pruebas de conocimientos específicos. En Francia, el proceso incluye el paso por una "comisión de autorización de ejercicio", exámenes nacionales y, en algunos casos, acceso restringido temporal hasta completar formación adicional.

En España, la homologación de titulaciones sanitarias extranjeras está regulada por el Ministerio de Universidades (para médicos, farmacéuticos, dentistas, etc.) y por el Ministerio de Educación y Formación Profesional (para técnicos de grado medio o superior). El procedimiento implica la acreditación documental, la comparación de programas y, en ocasiones, la superación de pruebas específicas o períodos de prácticas.

3. Disparidades normativas y consecuencias

La ausencia de un marco común para la homologación de titulaciones de terceros países ha generado importantes disparidades entre Estados miembros, tanto en los requisitos como en la duración y complejidad de los procedimientos. Esto provoca inseguridad jurídica, desigual acceso al ejercicio profesional y dificultades para los propios sistemas sanitarios, que requieren personal cualificado y, en muchos casos, dependen de profesionales migrantes.

Estas diferencias afectan también al reconocimiento recíproco: un profesional autorizado para ejercer en un Estado miembro tras homologar su título de un país tercero no necesariamente podrá hacerlo en otro sin repetir el proceso. Además, los criterios de equivalencia pueden variar incluso dentro de un mismo país, como sucede en sistemas descentralizados (por ejemplo, en Alemania o España).

4. Buenas prácticas y ejemplos de convergencia

Algunos países han adoptado buenas prácticas que podrían servir de base para un modelo europeo más armonizado. Suecia, por ejemplo, ofrece un proceso estandarizado con formación complementaria y pruebas integradas, al tiempo que garantiza la supervisión clínica durante el período de adaptación. Irlanda y los Países Bajos han desarrollado plataformas digitales que agilizan la presentación de documentos, mientras que Portugal ha simplificado procedimientos para profesionales procedentes de países lusófonos mediante convenios bilaterales.

Por su parte, el Consejo de Europa y organismos como la Organización Mundial de la Salud han promovido principios para el reconocimiento justo y basado en competencias, que podrían inspirar una futura iniciativa legislativa comunitaria. Algunos Estados miembros abogan por la creación de un sistema europeo de evaluación de cualificaciones extranjeras en profesiones sanitarias, que actúe como referencia común sin invadir competencias nacionales.

5. Desafíos comunes y riesgos

Entre los principales desafíos se encuentran la garantía de calidad de la formación extranjera, la detección de fraudes documentales, la evaluación de competencias prácticas y la protección de los derechos de los profesionales en trámites de reconocimiento. A ello se suma la necesidad de integrar a estos profesionales en contextos culturales, lingüísticos y clínicos distintos.

Además, existe el riesgo de generar dependencia de mano de obra sanitaria extranjera sin garantizar su adecuada cualificación ni condiciones laborales justas. La UE debe evitar replicar prácticas de extracción de talento ("brain drain") que perjudiquen a los sistemas sanitarios de origen, y promover la co-

operación internacional en materia de formación y movilidad profesional.

6. Recomendaciones para una armonización progresiva

Con base en el análisis anterior, se proponen las siguientes recomendaciones para avanzar hacia una mayor armonización en el reconocimiento de titulaciones y certificaciones profesionales procedentes de terceros países:

- Establecer un marco europeo de orientaciones comunes para la homologación de títulos sanitarios extracomunitarios, basado en criterios de calidad, transparencia y equidad.
- Crear un registro europeo de cualificaciones sanitarias extranjeras homologadas, que facilite la movilidad profesional una vez autorizado el ejercicio en un Estado miembro.
- Desarrollar herramientas comunes de evaluación, como pruebas estandarizadas o procedimientos de validación de competencias, adaptadas a cada profesión.
- Impulsar programas europeos de formación complementaria y adaptación clínica para profesionales de países terceros.

- Reforzar los mecanismos de cooperación con países de origen, promoviendo acuerdos bilaterales o multilaterales sobre formación, certificación y movilidad.

- Asegurar la integración lingüística y cultural de los profesionales migrantes, garantizando una atención de calidad y segura para los pacientes.

7. Perspectiva de futuro

La homologación de titulaciones profesionales de países terceros representa uno de los grandes retos de la Europa de la Salud. Su resolución exige un equilibrio entre el respeto a las competencias nacionales, la necesidad de proteger la salud pública y la urgencia de responder a la escasez de profesionales sanitarios en muchos Estados miembros.

Una mayor armonización en este ámbito no solo facilitaría la integración laboral de miles de profesionales cualificados, sino que también reforzaría la cohesión interna del mercado europeo de la salud, impulsando una respuesta común a los desafíos presentes y futuros en materia de recursos humanos, calidad asistencial y solidaridad internacional.





2.6 La crisis de recursos humanos en Europa: planificación de RRHH y mejora de las condiciones de los profesionales

Por OMC Organización Médico Colegial de España

Introducción

Los sistemas sanitarios europeos se enfrentan a una crisis de recursos humanos sin precedentes que amenaza la sostenibilidad y la provisión de servicios esenciales para la ciudadanía a la vez que pone en riesgo la cohesión de nuestros estados. Este fenómeno multifactorial está impulsado por una serie importante de elementos como son: una inadecuada planificación de las necesidades de recursos humanos (RRHH) en salud, las medidas de austeridad derivadas de la crisis económica de 2008, los efectos acumulativos de la pandemia de COVID-19, y el incremento de la demanda sanitaria producto del envejecimiento poblacional y de las tendencias de uso del sistema sanitario como bien de consumo. Como consecuencia, los sistemas sanitarios y sus profesionales, que ya estaban sometidos a una intensa presión, se encuentran en un estado crítico.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS/Europa), titulado *Time to Act* (1), destaca que el déficit actual de profesionales sanitarios en Europa se potencia de forma especial por los niveles alarmantes de burnout (desgaste profesional), insatisfacción laboral y los problemas de salud mental entre los profesionales, alimentando un círculo vicioso que erosiona aún más las capacidades del sector.

En respuesta, la Declaración de Bucarest (2), firmada por los 53 Estados miembros de la OMS/Europa, subraya la necesidad de abordar la situación de los RRHH como una prioridad política bajo un mandato comunitario pero con una clara actuación y responsabilidad individual de cada uno de los estados miembros.

Factores estructurales de la crisis

La crisis de recursos humanos en salud en Europa representa un desafío que trasciende la mera carencia de profesionales. Como destaca un análisis reciente publicado en *The Lancet Regional Health – Europe “Moving from health workforce crisis to health workforce success: the time to act is now”* (3), esta situación engloba múltiples crisis interconectadas:





1. Crisis laboral: Los países tienen dificultades para retener y reclutar profesionales suficientes para satisfacer la creciente demanda de servicios. Una fuerza laboral envejecida (con más del 40% de los médicos mayores de 55 años en 13 países europeos), el aumento de la migración de profesionales sanitarios y el incremento del absentismo y las renuncias durante la pandemia han agravado la situación. Algunas instituciones como la European Junior Doctors han puesto de manifiesto este problema y en su publicación reciente titulada *De la Obligación a la Motivación* (4), se pone sobre la mesa una serie de políticas para atajar este problema.

2. Crisis de salud mental: El 52% de los profesionales sanitarios reporta burnout. Los elevados niveles de estrés, ansiedad y depresión, exacerbados por la pandemia, contribuyen a la insatisfacción laboral y la pérdida de productividad.

3. Crisis educativa: Muchas instituciones sanitarias no han actualizado sus programas formativos para incluir competencias clave, como la salud digital o la formación en nuevas tecnologías, necesarias para responder a las demandas actuales y futuras.

4. Crisis de igualdad de género: Las mujeres, que representan el 75% de la fuerza laboral sanitaria en Europa, enfrentan una brecha salarial del 24%, peores condiciones laborales y menores oportunidades de liderazgo que sus homólogos masculinos.

5. Crisis de inversión financiera: Los recortes presupuestarios tras la crisis de 2008 y la reciente inflación, dificultan la inversión en mejoras salariales y condiciones laborales.

Estos factores estructurales interrelacionados entre sí subrayan la necesidad urgente de adoptar estrategias integrales que aborden tanto los factores inmediatos como las raíces sistémicas de esta crisis.

Libre circulación de profesionales

Uno de los elementos clave para entender y abordar esta crisis, es el desarrollo de políticas que tengan en cuenta y promuevan la libre circulación de pro-

fesionales dentro de la Unión Europea, regulada por la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo (5).

Esta directiva garantiza el reconocimiento mutuo de cualificaciones profesionales, facilitando el movimiento transfronterizo de trabajadores sanitarios. Sin embargo, su implementación efectiva enfrenta retos como las desigualdades salariales y laborales entre países, elemento que fomenta la presencia de flujos migratorios desde países con peores condiciones laborales hacia aquellos con condiciones más atractivas. Este desequilibrio amenaza con exacerbar los problemas de déficit en regiones específicas más centradas en los países del sur de Europa frente a la hegemonía de los del norte.

Deficiencia en la recopilación de datos

Un obstáculo a tener en consideración es la carencia de datos homogéneos y fiables sobre la oferta y demanda de profesionales sanitarios. En este sentido, tres factores contribuyen a esta problemática:

1. La falta de coordinación de las instituciones europeas a la hora de prestar dicha información, al no ser una competencia recogida en los Tratados de la Unión Europea.

2. La falta de homogeneidad en la recogida de datos sobre RRHH en salud entre países.

3. La falta de planes nacionales de RRHH y sistemas de recogida de información que permitan una adecuada implementación de los mismos.

Instituciones como la OMS (1), Eurostat (6) y la OCDE (7) han trabajado en la recopilación de datos consolidados sobre ratios de médicos por habitante, así como otros indicadores sobre RRHH en salud. No obstante, en estos esfuerzos a menudo, destacan más las limitaciones de los datos que su utilidad práctica, subrayando la necesidad imperiosa de una mayor calidad en la recogida de datos y la finalidad de los mismos.

Experiencia de España en la creación de registros y planificación de RRHH

España ha avanzado en la creación de un registro de profesionales sanitarios en colaboración con los consejos profesionales (8). Estos registros buscan aportar información relevante para la planificación de RRHH en salud. Sin embargo, dificultades técnicas, como la interoperabilidad de los sistemas y la gestión de datos, han retrasado su implementación total. Este ejemplo ilustra tanto los beneficios potenciales como los desafíos inherentes a este tipo de iniciativas.

Además, el Ministerio de Sanidad de España viene realizando una serie de informes de planificación en la última década. La última edición: Oferta y necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 (9), evalúa las necesidades futuras de especialistas médicos en el país. Este documento representa un esfuerzo clave para anticipar y planificar las demandas del sistema sanitario, destacando las especialidades que enfrentarán mayores déficits y proponiendo estrategias para mitigar estas carencias.

Transformaciones demográficas y tecnológicas

Cambios en las necesidades sanitarias

La transición demográfica y en los estilos de vida han alterado las necesidades de los sistemas sanitarios. El envejecimiento poblacional, el uso del sistema sanitario como bien de consumo y la emergencia de enfermedades complejas, como el cáncer y las infecciones emergentes, han incrementado exponencialmente la demanda de ciertas especialidades médicas. Este cambio subraya la necesidad de adaptar la formación de los profesionales para satisfacer estas nuevas exigencias, promoviendo una dinámica continua de adaptación de los programas formativos en un entorno europeo.

Impacto de las nuevas tecnologías

La irrupción de nuevas tecnologías también ha transformado las competencias requeridas en las especialidades médicas. Las especialidades quirúrgicas, por ejemplo, han integrado procedimientos menos invasivos que requieren formación

específica en el uso de tecnologías avanzadas. Para garantizar una adaptación efectiva, es crucial desarrollar programas formativos basados en competencias que permitan una transición ágil hacia estos nuevos perfiles profesionales.

La visión comunitaria de estos programas formativos es clave para poder responder con unidad supranacional a los retos que se nos presentan por delante. Un ejemplo de este esfuerzo por aunar y trabajar sobre esa filosofía europea, son los programas formativos que se aprueban en el seno de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), que bajo el nombre los European Training Requirements (ETRs), pretende establecer un núcleo de competencias comunes para la formación de especialistas en un escenario de libre circulación de médicos especialistas en Europa (10).

Conclusiones y recomendaciones

La crisis de recursos humanos en Europa es un desafío multifacético que requiere un enfoque integral. Para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, es imprescindible:

1. Mejorar la planificación de profesionales en los Estados miembros, así como la recogida de datos. Estos esfuerzos deben coordinarse desde las instituciones europeas para garantizar homogeneidad y eficacia en las soluciones aplicadas.
2. Mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales y abordar las diversas crisis subyacentes, como las de salud mental, igualdad de género y formación. Este fenómeno es multifactorial y complejo, por lo que requiere de soluciones igualmente integrales y coordinadas.
3. Diseñar programas formativos basados en competencias que respondan a las necesidades cambiantes de la población y del avance tecnológico. Además, es fundamental preservar los valores de la libre circulación de profesionales dentro de Europa, garantizando su reconocimiento y movilidad.

La colaboración entre los Estados miembros, las instituciones europeas y los

organismos internacionales será fundamental para abordar esta crisis. Invertir en los profesionales sanitarios no solo fortalece los sistemas de salud, sino que también asegura el bienestar de las generaciones presentes y futuras.





La crisis de recursos humanos en Europa es un desafío multifacético que requiere un enfoque integral





2.7. El papel de la tecnología en el nuevo modelo asistencial sanitario en la UE

La transformación digital se ha convertido en uno de los ejes principales de la reforma de los sistemas sanitarios en la Unión Europea (UE). La incorporación de herramientas tecnológicas en la prestación asistencial está redefiniendo los modelos de organización, acceso, calidad y eficiencia en la atención a la salud. Este apartado analiza el impacto de la tecnología en el modelo asistencial europeo, los avances normativos y estratégicos en marcha, las diferencias entre Estados miembros, los retos emergentes y las oportunidades para una convergencia digital centrada en el paciente.

1. Marco estratégico europeo: la salud digital como prioridad

La estrategia de la Comisión Europea para una “Unión Europea de la Salud” sitúa la digitalización como uno de sus pilares fundamentales. Iniciativas como el Espacio Europeo de Datos Sanitarios

(European Health Data Space, EHDS), el Plan Coordinado sobre Inteligencia Artificial, el programa EU4Health o la Agenda Digital para Europa incluyen objetivos concretos para fomentar la salud digital, mejorar la interoperabilidad de los sistemas y facilitar el acceso transfronterizo a la información clínica.

El EHDS, en particular, representa un cambio estructural: busca garantizar que los datos sanitarios (historiales médicos, recetas, resultados de pruebas, etc.) estén disponibles, bajo consentimiento y control del paciente, en cualquier punto de la UE. Este espacio permitirá no solo la atención transfronteriza más segura y eficiente, sino también la reutilización de datos para investigación, innovación y planificación sanitaria.

2. Aplicaciones tecnológicas en el modelo asistencial

La tecnología sanitaria engloba una amplia gama de soluciones que afectan a todos los niveles del sistema: desde la atención primaria hasta la especializada, pasando por la gestión hospitalaria, la salud pública y la autonomía del paciente. Entre las principales herramientas destacan:

- Historia clínica electrónica (HCE) interoperable, que facilita el acceso compartido a la información médica.
- Plataformas de telemedicina, que permiten consultas a distancia, seguimiento remoto y diagnóstico teleasistido.
- Aplicaciones de salud móvil (mHealth) para monitorización de los signos vitales, promoción de hábitos saludables o adherencia terapéutica.
- Big data e inteligencia artificial (IA) aplicadas a la detección precoz de enfermedades, la estratificación de riesgos o la personalización de tratamientos.
- Robótica quirúrgica y automatización de procesos hospitalarios para mejorar la eficiencia y reducir errores.
- Blockchain y ciberseguridad, claves para proteger la confidencialidad

y trazabilidad de los datos clínicos.

Estas tecnologías están modificando el paradigma asistencial hacia modelos más proactivos, predictivos y centrados en el paciente, con un fuerte componente de autogestión de la salud.

3. Desigualdades y velocidades distintas entre Estados miembros

Pese a la apuesta europea por la digitalización, existen diferencias significativas entre los Estados miembros en cuanto al grado de implantación de herramientas tecnológicas. Mientras países como Estonia, Finlandia, Dinamarca o los Países Bajos han desarrollado ecosistemas digitales robustos, otros como Bulgaria, Rumanía o Grecia avanzan a menor ritmo debido a limitaciones infraestructurales, presupuestarias o regulatorias.

Estas desigualdades generan una brecha digital sanitaria que puede reproducir o incluso agravar inequidades preexistentes en el acceso y la calidad asistencial. La interoperabilidad entre sistemas nacionales sigue siendo un desafío, y la fragmentación de soluciones tecnológicas dificulta una integración real a escala europea.

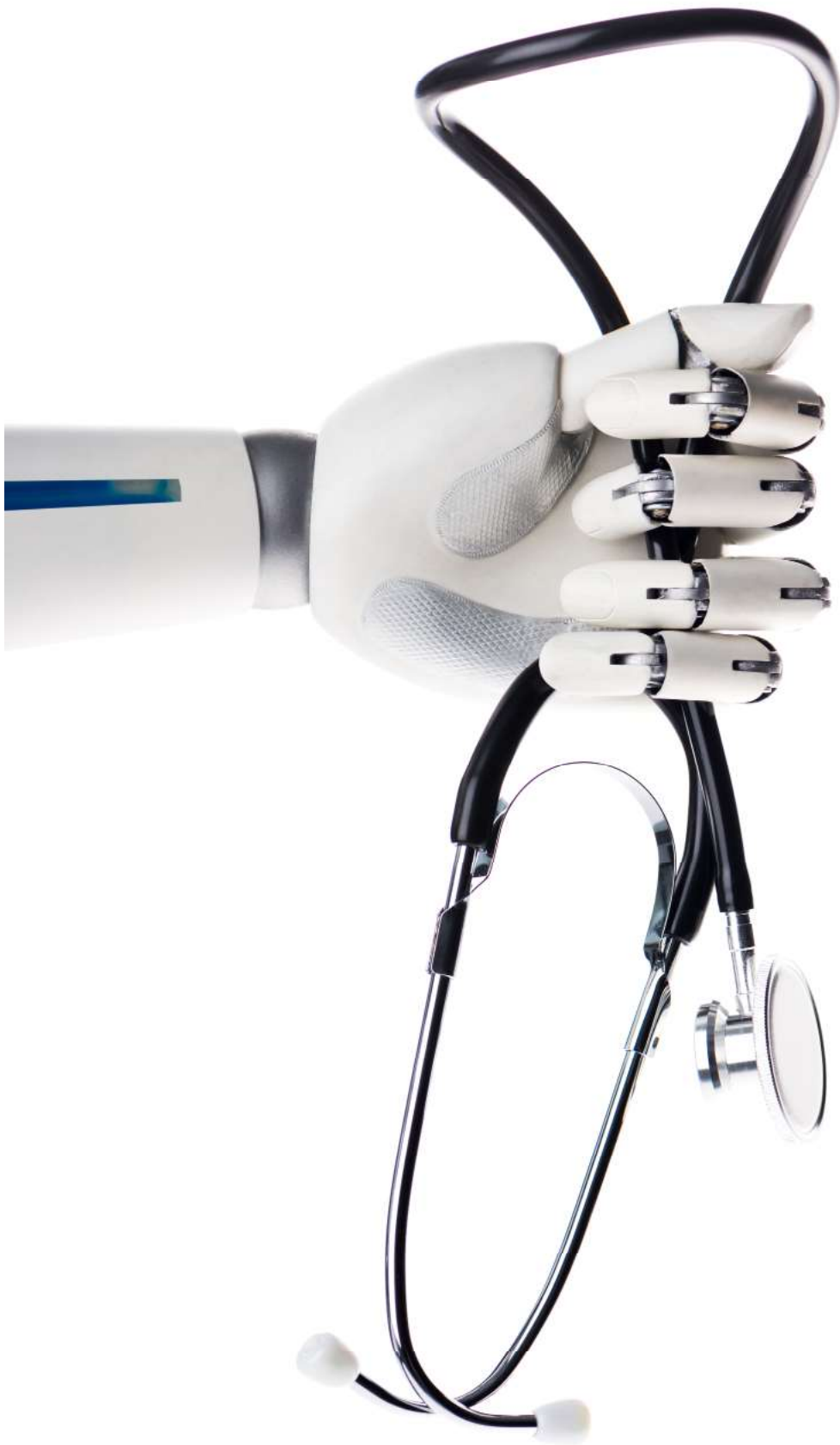
4. El paciente digital: autonomía, acceso y empoderamiento

La tecnología ha situado al paciente en el centro del sistema, facilitando su participación activa en el cuidado de su salud. La posibilidad de acceder a su información médica, interactuar con profesionales por vía digital o utilizar aplicaciones de seguimiento personaliza la atención y mejora los resultados clínicos.

No obstante, este nuevo rol exige competencias digitales, garantías de acceso universal a las tecnologías y protección frente a la sobrecarga de información o la exclusión digital. La alfabetización en salud digital se convierte así en una política clave para una transición justa e inclusiva.

5. Profesionales sanitarios y transformación digital

La adopción de tecnología también trans-



forma el trabajo de los profesionales sanitarios. Nuevas competencias, cambios en la relación clínica, adaptación de protocolos y aprendizaje continuo son aspectos esenciales en este proceso.

El éxito de la digitalización depende de la aceptación y capacitación del personal médico, de enfermería, farmacéutico y técnico. La UE y los Estados miembros están promoviendo programas de formación digital sanitaria, pero persisten brechas generacionales, territoriales y disciplinares que deben abordarse con políticas coherentes.

6. Ciberseguridad y protección de datos

Uno de los retos más relevantes de la digitalización es la garantía de la seguridad de la información clínica. El Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) establece principios claros para el tratamiento de datos personales, incluyendo los datos de salud, que son especialmente sensibles.

La protección frente a ciberataques, la gestión de consentimientos, la trazabilidad de los accesos y la transparencia en el uso secundario de los datos son aspectos críticos. La confianza de los ciudadanos en el ecosistema digital depende en buena parte de la eficacia de estos mecanismos.

7. Convergencia digital: oportunidades para una estrategia europea común

La digitalización sanitaria ofrece una oportunidad estratégica para avanzar en la convergencia de los modelos asistenciales europeos. El intercambio de datos, la cooperación en salud pública, la respuesta a crisis sanitarias y la planificación basada en evidencia pueden beneficiarse de un entorno digital común.

Instrumentos como el EHDS, el proyecto X-eHealth, las redes europeas de referencia (ERNs) o los programas de salud digital financiados por el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia representan pasos hacia una arquitectura común de salud digital. Su éxito dependerá de la coordinación institucional, la inversión sostenida y la participación activa de todos los actores.

8. Conclusiones y recomendaciones

La tecnología está redefiniendo el modelo asistencial en la UE hacia una atención más personalizada, eficiente y centrada en el paciente. Aunque los avances son notables, persisten barreras que deben ser superadas mediante una estrategia europea ambiciosa y cooperativa.

Conclusiones:

- La salud digital es ya una realidad, pero su desarrollo es desigual entre Estados miembros.
- La tecnología ofrece oportunidades para mejorar el acceso, la calidad y la sostenibilidad, pero plantea también retos éticos, técnicos y sociales.
- La confianza del paciente, la formación de los profesionales y la interoperabilidad de los sistemas son elementos clave.

Recomendaciones:

- Establecer estándares europeos de interoperabilidad obligatorios y aplicables a todos los sistemas sanitarios nacionales.
- Reforzar las inversiones en salud digital a través de mecanismos europeos de financiación y cohesión.
- Garantizar la alfabetización digital en salud para ciudadanos y profesionales.
- Promover marcos comunes de ciberseguridad y ética digital en el sector sanitario.
- Acelerar la implantación del Espacio Europeo de Datos Sanitarios como infraestructura clave.
- Incluir la digitalización sanitaria en los planes nacionales de salud como prioridad estructural.

La transformación digital no es un fin en sí mismo, sino un instrumento para alcanzar una atención sanitaria más equitativa, eficiente y sostenible. La UE está ante una oportunidad histórica para liderar una transición digital en salud con vocación integradora, basada en valores compartidos y orientada a las necesidades reales de los ciudadanos europeos.



La tecnología está redefiniendo el modelo asistencia en la UE hacia una atención más personalizada, eficiente y centrada en el paciente



2.8. La responsabilidad médica en la UE y el caso español

Por Raquel Murillo Solís, directora general y directora del ramo de RCP, y Beatriz Martínez Rodríguez, jefa del departamento de RCP. A.M.A. La Mutua de los profesionales sanitarios

En España desde hace algunos años estamos asistiendo a una profunda transformación en el ámbito de la responsabilidad civil sanitaria, tanto en el sector público como en el sector privado.

La asistencia sanitaria se presta en el seno de organizaciones y sistemas cada vez más complejos.

Ello ha dado lugar al establecimiento de toda una serie de relaciones jurídicas entre las diferentes personas físicas y jurídicas que intervienen en el ámbito asistencial, que tiene repercusiones directas en la forma en la que se plantean actualmente las reclamaciones de responsabilidad civil, así como en el sistema de atribución

y distribución de responsabilidades.

La asistencia sanitaria es además cada vez más especializada y se presta en el ámbito de equipos multidisciplinares, otra cuestión que también complica el sistema de responsabilidades que en muchos casos se entrelazan y se solapan, dando lugar a disputas legales entre los prestadores de la atención sanitaria, para determinar y distribuir las posibles responsabilidades.

El paciente a la hora de formular su reclamación puede dirigir la misma frente a diferentes personas físicas y jurídicas.

Puede dirigir su reclamación directamente frente al profesional sanitario que ha prestado la asistencia, frente al centro sanitario para el que éste trabaja, a la compañía de asistencia sanitaria, y también frente a la aseguradora o aseguradoras de cada una de ellas.

Sin olvidar que cada vez es más frecuente la creación de sociedades profesionales para la prestación de asistencia sanitaria en el ámbito privado, sociedades que también pueden ser reclamadas.

Las posibilidades son múltiples y variadas y el paciente, debidamente asesorado optará por dirigir su reclamación frente a unos u otros dependiendo de las circunstancias concretas del caso, algo que tendrá lógicamente una repercusión directa en el sistema sanitario en general y en el profesional sanitario en particular.

Un ejemplo de ello es el incremento exponencial de las acciones de repetición que las Compañías de asistencia sanitaria están ejercitando contra los médicos y profesionales sanitarios de los que se sirven para la prestación de los servicios.

El aumento de este tipo de reclamaciones está generando no sólo una preocupación creciente entre médicos y profesionales sanitarios que reciben, transcurridos en ocasiones varios años, reclamaciones que no esperaban ni conocían, sino también, y esto es más grave, una situación de indefensión para los profesionales sanitarios que han formado parte del proceso asistencial al paciente. Y habla-

mos de indefensión porque se enfrentan a procedimientos judiciales cuyo resultado depende en gran medida del resultado de un procedimiento anterior, en el que no fueron parte, viéndose privados en muchos casos de la posibilidad de defender su actuación profesional.

Además de lo anteriormente expuesto, observamos que el ejercicio de la acción de repetición por parte de las Compañías de asistencia sanitaria está generando una distorsión en los criterios habitualmente empleados para juzgar la actuación del profesional sanitario.

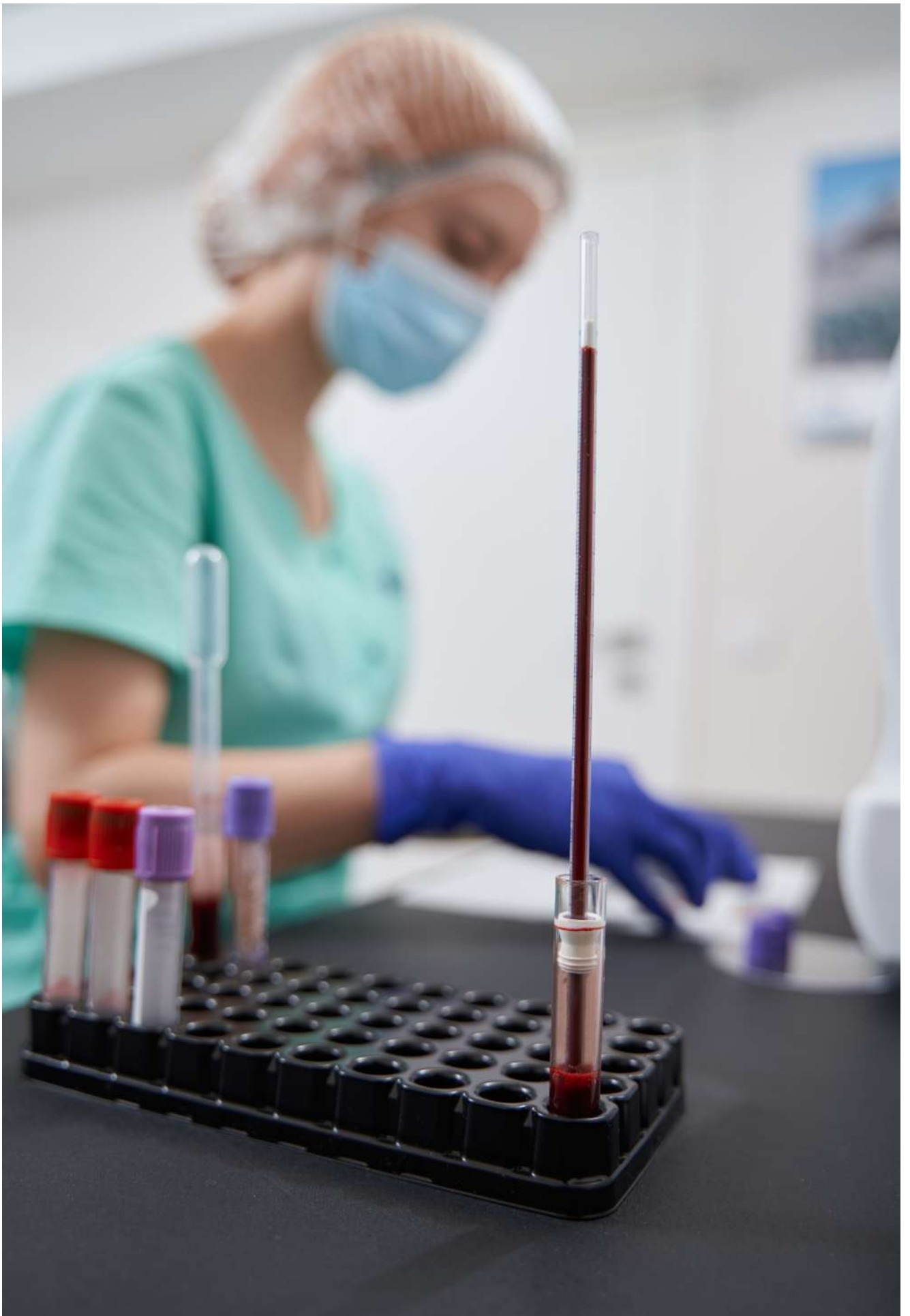
En nuestra jurisprudencia, es pacífico que la responsabilidad civil médica tiene carácter subjetivo. Sin embargo, a través del ejercicio de la acción de repetición estamos detectando lo que podríamos definir como una "objetivación de la responsabilidad médica", con efectos nocivos para el profesional sanitario y para su seguridad jurídica.

Desde hace ya algunos años asistimos a un incremento del número de reclamaciones que se plantean en el ámbito sanitario. Pero además en el último periodo se está produciendo un incremento exponencial de las cuantías reclamadas,

Contar con un sistema sólido para el aseguramiento de la responsabilidad civil profesional sanitaria es trascendental. El seguro tiene una importante función social. Determinadas actividades económicas y determinadas profesiones como la sanitaria, no se podrían ejercer de forma adecuada sin una correcta gestión del riesgo. Y sin duda la mejor herramienta disponible es la contratación del seguro de responsabilidad civil.

En nuestro país se están produciendo una serie de circunstancias que dificultan el aseguramiento de la responsabilidad civil sanitaria y ponen en riesgo la estabilidad que el sector asegurador necesita, para poder cumplir de forma adecuada con su función.

El sistema sanitario público de salud español, por ejemplo, se ha enfrentado en los últimos años a serias di-



ficultades para conseguir asegurar la responsabilidad civil sanitaria. Algunas aseguradoras que operaban tradicionalmente en este sector del mercado se han visto obligadas a abandonarlo.

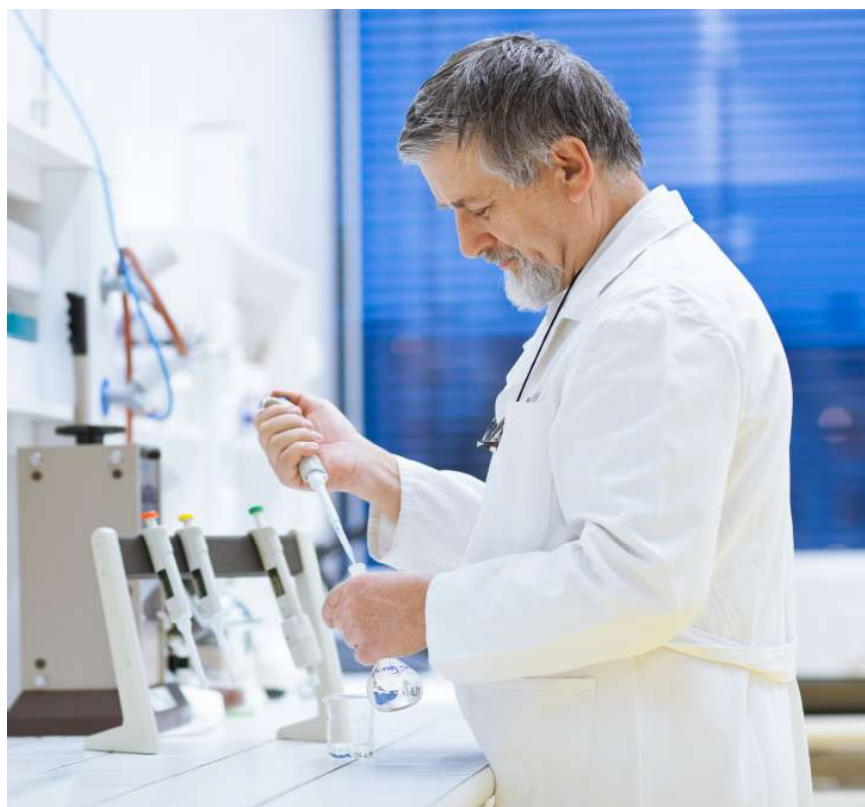
Una de las causas fundamentales de esta situación, ha sido sin duda el incremento paulatino de las indemnizaciones, como resultado de la aplicación orientativa del baremo de automóviles a supuestos de responsabilidad civil profesional.

Las indemnizaciones, especialmente en los supuestos más graves que pueden dar lugar al fallecimiento o la invalidez del paciente, han experimentado un crecimiento exponencial, especialmente llamativo en el ámbito de especialidades como la ginecología y obstetricia y que se verá incrementado en breve cuando el Proyecto de Ley 121/0000022, actualmente en trámite parlamentario vea la luz.

Dotarnos de un baremo sanitario específico capaz de evitar las distorsiones como las que se están produciendo para la fijación de indemnizaciones, contribuirá sin duda a la estabilización del mercado asegurador de la responsabilidad civil sanitaria, imprescindible para la adecuada protección de los perjudicados y de los profesionales sanitarios.

Iniciativas como la creación de un baremo sanitario específico de aplicación obligatoria, la moderación del impacto de los intereses del art. 20 LCS, etc. serían sin duda medidas muy beneficiosas para dotar al sistema de la necesaria estabilidad, algo que redundaría sin duda en beneficio de todos los agentes implicados: pacientes, profesionales sanitarios y organizaciones y entidades sanitarias.

El derecho sanitario del futuro debe trabajar para dar respuesta a determinadas cuestiones como la responsabilidad civil de daños causados como consecuencia del uso de la inteligencia artificial y nuevas tecnologías, la protección de datos en determinadas aplicaciones informáticas relacionadas con el diagnóstico o el seguimiento terapéutico de pacientes y en políticas de prevención y formación al profesional sanitario.





Capítulo 3

CADENA DE VALOR DEL MEDICAMENTO

3.1. La investigación biofarmacéutica en la UE: análisis comparativo con el resto de las regiones del mundo



La investigación biofarmacéutica constituye la primera etapa de la cadena de valor del medicamento, donde se generan los descubrimientos científicos que darán lugar a nuevos productos terapéuticos. En un contexto globalizado, la capacidad de una región para atraer, desarrollar y consolidar una industria investigadora competitiva resulta clave tanto desde el punto de vista sanitario como económico y estratégico. Este apartado ofrece un análisis comparativo del posicionamiento de la Unión Europea (UE) en materia de investigación biofarmacéutica respecto a otras grandes regiones del mundo: Estados Unidos, Asia-Pacífico y América Latina.

1. Inversión en I+D biofarmacéutica: comparativa global

Estados Unidos lidera la inversión mundial en investigación y desarrollo (I+D) biofarmacéutico, con un gasto superior al 50 % del total global. Las principales compañías farmacéuticas multinacionales con sede en EE.UU. destinan grandes sumas a la investigación de nuevas entidades moleculares, biológicos y terapias avanzadas. La Food and Drug Administration (FDA) proporciona además un entorno regulatorio ágil y predecible.



La investigación biofarmacéutica constituye la primera etapa de la cadena del valor del medicamento



ble, que incentiva la inversión privada.

La Unión Europea representa aproximadamente un 20-25 % de la inversión mundial en I+D biofarmacéutica, aunque con notables diferencias entre Estados miembros. Alemania, Francia, Bélgica, Países Bajos y España concentran la mayor parte de los recursos. A pesar de programas como Horizon Europe o EU4Health, la UE ha ido perdiendo peso relativo frente a Asia y EE.UU. en la última década.

Asia-Pacífico, con China y Corea del Sur a la cabeza, ha incrementado significativamente su inversión, impulsada por estrategias industriales estatales y una creciente red de biotecnologías. China, en particular, ha establecido incentivos fiscales y programas de apoyo público para fomentar el desarrollo biofarmacéutico, y su participación en ensayos clínicos internacionales ha crecido exponencialmente.

2. Infraestructuras y ecosistemas de investigación

Los ecosistemas de investigación en la UE se caracterizan por una amplia red de universidades, hospitales públicos, centros tecnológicos y pymes innovadoras. Destacan las infraestructuras de investigación financiadas por la UE (como IMI o el programa Innovative Health Initiative) y las redes de colaboración transfronteriza.

Sin embargo, la fragmentación normativa, la diversidad de requisitos éticos y la carga administrativa dificultan una integración efectiva del espacio europeo de investigación. Esta situación contrasta con los modelos más centralizados y orientados a resultados de EE.UU. y algunas regiones asiáticas.

Estados Unidos cuenta con un sistema de financiación mixta donde las agencias federales (como NIH o BARDA) coexisten con fuertes inversiones privadas y alianzas universidad-industria. Esto favorece un tránsito más ágil desde la ciencia básica hasta el desarrollo clínico y la comercialización.

3. Ensayos clínicos y aprobación de nuevos medicamentos

La UE dispone de una amplia capacidad para la realización de ensayos clínicos, especialmente en fases tempranas y estudios multicéntricos. Sin embargo, la entrada en vigor del nuevo Reglamento de Ensayos Clínicos (Reglamento UE 536/2014) ha generado tensiones por su lenta implementación y los requisitos más exigentes de coordinación.

En EE.UU., el entorno regulatorio facilita la transición rápida de las fases de investigación, con la FDA ofreciendo vías aceleradas para medicamentos huérfanos, terapias avanzadas o patologías graves. En contraste, la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha tratado de introducir mecanismos similares, como el "PRIME Scheme", pero con menor impacto.

El número de autorizaciones de nuevas entidades terapéuticas (NME) emitidas por la FDA ha superado ampliamente al de la EMA en la última década, reflejando tanto la intensidad innovadora del mercado estadounidense como la eficiencia de sus procesos regulatorios.

4. Biotecnología, terapias avanzadas e innovación disruptiva

La innovación en el sector biofarmacéutico se está desplazando hacia áreas como la terapia génica, las vacunas de ARN mensajero, la inmunoterapia personalizada o los tratamientos celulares. En este campo, Estados Unidos y China han tomado una posición de liderazgo, mientras la UE mantiene una presencia significativa pero menos dominante.

Europa cuenta con clústeres de excelencia en biotecnología (como los situados en Flandes, Renania, Cataluña, Oxford-Cambridge o Estocolmo), pero enfrenta dificultades para escalar la innovación y atraer capital riesgo. La regulación europea sobre productos biológicos avanzados es más cautelosa, lo que

puede ralentizar el acceso al mercado.

5. Políticas industriales y estrategia farmacéutica europea

La "Estrategia Farmacéutica para Europa", lanzada por la Comisión en 2020, tiene entre sus objetivos reforzar la competitividad de la industria europea, impulsar la innovación y garantizar el acceso equitativo a medicamentos. Incluye acciones para apoyar la I+D, revisar los incentivos de propiedad intelectual y fomentar la producción en suelo europeo.

A nivel nacional, diversos Estados miembros han puesto en marcha estrategias específicas de impulso a la biofarmacia. Alemania, por ejemplo, ha reforzado su programa de investigación biomédica; Francia ha lanzado el plan "France Biotech 2030"; y España incluye la salud como prioridad en el PERTE para la Salud de Vanguardia.

No obstante, la coordinación entre estos programas y la consolidación de un mercado interior de la innovación siguen siendo asignaturas pendientes para la UE, que necesita una mayor integración de sus políticas de I+D, regulación, propiedad intelectual y contratación pública.

6. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La UE mantiene una posición relevante en investigación biofarmacéutica, pero ha perdido cuota relativa frente a EE.UU. y Asia en la última década.
- Existen fortalezas en el ecosistema investigador europeo, pero también retos relacionados con la fragmentación, la burocracia y la dificultad para escalar proyectos innovadores.
- La falta de armonización plena en el espacio de la I+D sanitaria limita la competitividad europea a nivel global.

Recomendaciones:

- Reforzar los instrumentos europeos de financiación de la I+D biofarmacéutica, con mecanismos accesibles y orientados a resultados.

- Promover un entorno regulatorio más ágil, predecible y coordinado entre Estados miembros, especialmente en ensayos clínicos y terapias avanzadas.

- Consolidar redes europeas de excelencia en biotecnología, conectando clústeres regionales con ecosistemas de innovación.

- Impulsar la colaboración público-privada y los modelos de partenariado en investigación traslacional.

- Estimular la inversión privada mediante instrumentos financieros europeos, garantías y acceso a capital riesgo.

- Fomentar sustancialmente la formación de talento en ciencia biomédica, regulación y gestión de la innovación.

La Unión Europea dispone del potencial científico, humano e institucional necesario para liderar una nueva fase de innovación biofarmacéutica. Para lograrlo, debe superar la fragmentación y apostar por una estrategia integrada, ambiciosa y alineada con los retos globales de salud pública, la soberanía tecnológica y la equidad terapéutica.





3.2. Capacidad de producción y abastecimiento en la UE: análisis comparativo por productos, necesidades importadoras y sectores industriales (innovadores, genéricos, biosimilares y productos sanitarios)

La capacidad de producción y abastecimiento de medicamentos y productos sanitarios constituye una dimensión estratégica de la cadena de valor del medicamento en la Unión Europea (UE). La crisis de la COVID-19, la guerra en Ucrania y los cuellos de botella globales han evidenciado la necesidad de reforzar la autonomía estratégica abierta en el ámbito de la salud. Este apartado analiza de forma comparativa la capacidad productiva de la UE, su dependencia de importaciones por tipos de producto y sector industrial, y las respuestas políticas en marcha para garantizar un abastecimiento sostenible, seguro y equitativo.

1. Capacidad de producción: panorama general en la UE

La UE dispone de una red industrial farmacéutica altamente desarrollada, con más de 3.000 plantas de fabricación de medicamentos y principios activos distribuidas por todo su territorio. Alemania, Francia, Italia, Irlanda, Bélgica y España concentran la mayor parte de la capacidad productiva, tanto de medicamentos innovadores como genéricos.

En el segmento de medicamentos innovadores, destacan las plantas de producción de fármacos biológicos, vacunas, terapias avanzadas y anticuerpos monoclonales. Irlanda y Bélgica se han consolidado como hubs europeos en la fabricación biofarmacéutica de alta tecnología. En cambio, la producción de principios activos (APIs) se ha ido desplazando progresivamente fuera de Europa, principalmente hacia India y China.

2. Medicamentos genéricos y biosimilares: rol de la UE y competencia internacional

La industria europea de medicamentos genéricos tiene una fuerte presencia, con un papel destacado de países como Polonia, Hungría, Eslovenia, Portugal y España. Estas compañías aseguran el acceso a tratamientos coste-efectivos y rep-

resentan cerca del 70 % del volumen de medicamentos dispensados en Europa.

En el ámbito de los biosimilares, la UE ha sido pionera en regulación y autorización, permitiendo un mercado competitivo con presencia creciente de fabricantes europeos. Alemania, Italia y Austria han consolidado sus capacidades en este sector. No obstante, la competencia asiática está ganando terreno en precio y escala, lo que amenaza la sostenibilidad de la producción europea si no se introducen incentivos adecuados.

3. Productos sanitarios y tecnologías médicas

La UE es líder mundial en fabricación de productos sanitarios, con más de 34.000 fabricantes registrados. Alemania, Italia, Francia y Países Bajos lideran la producción de tecnologías médicas, implantes, equipos de diagnóstico y dispositivos digitales.

Sin embargo, también existe una fuerte dependencia de componentes críticos importados, especialmente de Asia, y una fragmentación normativa que ha sido agravada por la aplicación del Reglamento de Productos Sanitarios (MDR). Las pymes europeas enfrentan dificultades para adaptarse a los nuevos requisitos, lo que podría derivar en problemas de abastecimiento.

4. Dependencia de importaciones: APIs, principios activos y mercados vulnerables

La UE importa más del 70 % de los principios activos utilizados en la fabricación de medicamentos, con China (42 %) e India (26 %) como principales proveedores. Esta dependencia afecta a medicamentos críticos como antibióticos, quimioterápicos, analgésicos y antihipertensivos.

Los medicamentos huérfanos, oncológicos y de alta tecnología también presentan grados variables de dependencia, tanto en APIs como en componentes

auxiliares. La interrupción de cadenas logísticas globales ha generado episodios de escasez en diversos países europeos.

5. Políticas de refuerzo de la autonomía estratégica

La Comisión Europea ha situado la seguridad del abastecimiento farmacéutico como prioridad en su “Estrategia Farmacéutica para Europa”. Entre las medidas propuestas destacan:

- Incentivos para la reubicación de producción de APIs en la UE
- Creación de una lista europea de medicamentos críticos
- La compra conjunta y los mecanismos de reserva estratégica
- Apoyo a la innovación en fabricación, como las tecnologías de producción continua
- Evaluación del impacto de la concentración geográfica en el suministro

A nivel nacional, algunos Estados miembros han lanzado estrategias de reindustrialización farmacéutica, como Francia con

su plan “Relocalisation de médicaments critiques” o Alemania con incentivos a la producción de APIs esenciales.

6. Cooperación industrial europea y nuevos mecanismos de gobernanza

El refuerzo de la soberanía sanitaria requiere una gobernanza europea más eficaz. La HERA (Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias) ha sido creada para anticipar crisis, coordinar la producción y gestionar reservas.

La Alianza Europea de la Materia Prima Farmacéutica, impulsada por la Comisión, busca movilizar inversiones en infraestructuras críticas. Asimismo, se promueve la colaboración público-privada mediante partenariados y consorcios industriales.

El desarrollo de contratos públicos innovadores, con criterios de resiliencia y sostenibilidad, representa una vía clave para reforzar la capacidad productiva sin depender exclusivamente de los costes de precio.

7. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La UE cuenta con una base industrial amplia y diversificada en el sector farmacéutico, pero presenta una dependencia significativa en la producción de principios activos y componentes críticos.
- La competitividad internacional de los fabricantes europeos de genéricos y biosimilares está amenazada por la presión de costes y la competencia asiática.
- Las nuevas normativas sobre productos sanitarios han generado tensiones en el sector, especialmente entre pymes.
- Existen avances en la articulación de una estrategia europea de soberanía sanitaria, pero su implementación requiere coherencia, financiación e integración.

Recomendaciones:

- Reforzar los incentivos fiscales y financieros para la producción de APIs, medicamentos críticos y tecnologías médicas en suelo europeo.
- Establecer un mapa común de capacidades industriales y vulnera-



bilidades por producto y región.

- Revisar los criterios de contratación pública para favorecer proveedores con mayor resiliencia y sostenibilidad.
- Apoyar a las pymes en la adaptación a la regulación de productos sanitarios mediante fondos y asistencia técnica.
- Impulsar la innovación en fabricación con tecnologías digitales, producción continua y cadenas logísticas inteligentes.
- Promover alianzas industriales europeas orientadas a sectores estratégicos, con coordinación desde la HERA y la Comisión.

Una industria farmacéutica europea fuerte, innovadora y resiliente es un pilar esencial para garantizar el acceso equitativo a medicamentos y proteger la salud pública frente a futuras crisis. La construcción de una verdadera soberanía sanitaria debe combinar capacidad industrial, visión estratégica y solidaridad europea.



Una industria farmacéutica europea fuerte, innovadora y resiliente es un pilar esencial para garantizar el acceso equitativo a los medicamentos y proteger la salud pública frente a futuras crisis





3.3. Modelos de distribución del medicamento en la UE: análisis comparativo en los Estados miembro

Por Carlos González Bosch, Vicepresidente de CEIM y farmacéutico

QUÉ ES Y QUÉ HACE LA DISTRIBUCIÓN MAYORISTA DE MEDICAMENTOS.

La Distribución Mayorista es un elemento capital en la cadena del medicamento. Podemos definir al mayorista de gama completa como la empresa que a través de sus almacenes compra, almacena, prepara pedidos y sirve todas las especialidades a farmacias y hospitales, garantizando un suministro continuo y una cobertura territorial amplia. Estas son obligaciones previstas en la legislación de la Comunidad Europea. Existen otros actores, podemos decir secundarios, como los almacenes de cartera selectiva y los denominados premayoristas, que almacenan y distribuyen por cuenta de la Industria.

MARCO REGULATORIO COMÚN EN LA UNIÓN EUROPEA.

Se ha establecido una regulación común para todos los distribuidores en la Unión Europea que atañe al servicio completo en 30 países europeos. Este marco contiene:

- Código de medicamentos. Que define las bases del comercio mayorista. DIR 2001/83/CE.
- Buenas Prácticas de Distribución. Una legislación de noviembre de 2013 aplicable a mayoristas donde se determinan los procesos de calidad, el personal responsable, la cualificación de proveedores, la trazabilidad por lote, la gestión de devoluciones y las temperaturas del transporte.
- Medicamentos falsificados y reglamento delegado. En el que se impone los dispositivos de seguridad de los medicamentos y un sistema europeo de verificación. Reglamento Delegado UE 2016/161.
- La gestión de desabastecimientos. Que es un elemento muy importante, regulado a partir del año 2022, REG UE 2022/123 y desde el año 2024 la plataforma ESMP, que coordina los desabastecimientos.

COMO OPERAN LOS ALMACENES DE DISTRIBUCIÓN MAYORISTA

Abastecimiento. Este es un hecho capital. La Ley obliga a los almacenes a distribuir a las farmacias y a los hospitales siempre que estos demuestren la necesidad de suministro, cumplan con la legislación vigente y reconoce, por tanto, a los almacenes el derecho esencial a ser abastecidos por los fabricantes para poder cumplir el cometido anterior.

ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE

Se exige para ello la gestión de temperaturas, incluida la cadena de frío de 2 a 8 grados, la cualificación de las rutas y el equipamiento de los vehículos.

SERIALIZACIÓN

Consiste en la lectura del Datamatrix de los distintos medicamentos.

TRAZABILIDAD Y DOCUMENTACIÓN

En la que se regula con datos el inicio del procedimiento y el final del mismo.

DEVOLUCIONES Y CONTROL DE FRAUDE

Las devoluciones, a las que tienen derecho los clientes, siempre que cumplan las normas establecidas.

MODELOS QUE CONVIVEN CON MAYORISTAS DE GAMA ALTA

- Almacenes de gama corta. Tienen una cartera restringida de medicamentos. Básicamente los genéricos y los nichos de mercado. Suponen un aliciente para las Oficinas de Farmacia, puesto que a veces los costes de compra son mas bajos.
- Almacenes que distribuyen directamente a las Farmacias por cuenta de Laboratorios. Son bastante usuales y su utilización está aumentando en la medida en que se ha ido consolidando en la Unión Europea la relación directa de los Laboratorios con las Oficinas de Farmacia.,

RETRIBUCIÓN

Los márgenes están regulados. En España el margen para mayorista es el 7.6% del PVD, siempre que el producto tenga un precio inferior a 91.63 Euros de PVD, y 7.54 Euros por envase si el PVD es superior a 91.63 Euros.

En Francia ese margen es el 6.93%. En Alemania es un margen compuesto, que tiene que ver con otros componentes. En definitiva, en los diversos países los márgenes son diferentes y están vinculados a sus realidades nacionales.

PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN ESTE MOMENTO EN LA UNIÓN EUROPEA.

- Transparencia. Es importante la captura de datos de oferta y demanda, las alertas, y en eso los mayoristas juegan un papel primordial. La falta de abastecimiento, en muchos casos de medicamentos muy necesarios, está alterando claramente estos datos y originando una falta de transparencia que toda la cadena del medicamento padece.

- Debate sobre el derecho al suministro. Este es un debate básicamente que tiene que ver con los almacenes de gama alta, que muchas veces padecen restricciones de suministro, sin que haya causas que lo justifiquen.

- Consolidación de la dimensión de los almacenes mayoristas. Esta es una actividad que se viene gestando en los últimos años, los almacenes tienden a concentrarse para ganar dimensión y poder hacer frente de una forma mas confortable a la negociación con los laboratorios.

En esta, hay elementos básicos que pueden aportar los almacenes mayoristas a los laboratorios; desde ahorro de costes muy importantes para la Industria Farmacéutica, a una garantía de suministro continua a las Oficinas de Farmacia y Hospitales, lo que la beneficia claramente. Asimismo, una información detallada de donde va el medicamento luego de ser tratado con una pulcritud máxima, y garantizando siempre que esa logística va a ser de la máxima calidad.

En el caso de España se cumplen todos los requisitos que hemos estimado pero con una peculiaridad. La naturaleza jurídica de la Oficina de Farmacia es: un farmacéutico, una farmacia, con lo que los farmacéuticos se han convertido de una forma mayoritaria en propietarios de la Distribución. Es el concepto de cooperativa que en Europa del Sur era predominante a finales del siglo pasado, pero ahora España es el único país europeo en el que su cuota de mercado alcanza el 90%.

Esto conlleva, evidentemente, rigideces desde el punto de vista comercial y financiero para estas empresas, pero garantizan un suministro adecuado a

todas las Oficinas de Farmacia, sea cual sea su dimensión y se encuentren ubicadas en zonas que para cualquier otro tipo de distribución no serían rentables.

El modelo cooperativo es muy interesante desde el punto de vista asistencial, obligando a las cooperativas a una gestión muy eficiente para poder soportar en muchos casos la falta de rentabilidad que aquella realidad genera.

OTROS MODELOS DE DISTRIBUCIÓN EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA.

Hay otros modelos de distribución que son interesantes.

Distribución farmacéutica en la Unión Europea Principales mayoristas por país

País	Mayoristas principales	Naturaleza / Grupo
Alemania	PHOENIX Pharmahandel NOWEDA Sanacorp	PHX (multinacional) Cooperativa Cooperativa
Austria	Herba Chemosan Sanova PHOENIX Austria	McKesson (multinacional) Privada PHX (multinacional)
Bélgica	Febelco Pharma Belgium-Belmedis CERP (Asteria)	Cooperativa AH/Cencora (multinacional) Cooperativa
Bulgaria	PHOENIX Pharma EOOD	PHX (multinacional)
Croacia	PHOENIX Farmacija	PHX (multinacional)
Chipre	Distribuidores privados locales	Privados
Chequia	PHOENIX CZ Alliance Healthcare s.r.o. PHARMOS ViaPharma	PHX (multinacional) AH/Cencora (multinacional) Privada Privada
Dinamarca	Nomeco	PHX (multinacional)
Estonia	Magnum Medical Tamro Estonia	Privada PHX (multinacional)
Finlandia	Oriola Tamro	Privada (cotizada) PHX (multinacional)
Francia	OCP PHOENIX Pharma France Alliance Healthcare France	McKesson (multinacional) PHX (multinacional) AH/Cencora (multinacional)
Grecia	PrimePharm, Newpharm (y otros) IFET (importación especial)	Privados Público (Estado griego)
Hungría	PHOENIX Pharma Hungary	PHX (multinacional)
Irlanda	United Drug	PHX (multinacional)
Italia	Comifar Alliance Healthcare Italia UNICO	PHX (multinacional) AH/Cencora (multinacional) Cooperativa
Letonia	Tamro Baltics Magnum Medical	PHX (multinacional) Privada
Lituania	Tamro Baltics Limedika Medikona	PHX (multinacional) Privada Privada
Luxemburgo	Servido por Bélgica/Alemania	Cooperativas y multinacionales
Malta	Distribuidores locales	Privados
Países Bajos	Brocacef Alliance Healthcare NL Mosadex Pluripharm	PHX (multinacional) AH/Cencora (multinacional) Cooperativa Cooperativa
Polonia	NEUCA PHOENIX / Dr. Max	Privada PHX (multinacional)
Portugal	Alliance Healthcare Portugal OCP Portugal Cooprofar	AH/Cencora (multinacional) McKesson (multinacional) Cooperativa

- Directo a la Farmacia. El laboratorio suministra directamente a la farmacia a través de operadores logísticos que no son almacenes mayoristas pero que cumplen los requisitos en cuanto al transporte, la cadena de frío y la trazabilidad. No es muy frecuente que la Industria Farmacéutica utilice este sistema, pero en algunos casos, sobre todo en genéricos y medicamentos OTC es utilizada.

- El circuito hospitalario. Se utiliza para suministrar a los hospitales los medicamentos de uso hospitalario dispensados por la farmacia del hospital.

- Distribución por cuenta de la Administración. En Italia hay un caso peculiar, en que la Sanidad Pública compra y las Oficinas de Farmacia dispensan a pacientes. Se trata básicamente en trata-

mientos crónicos. Es un modelo muy interesante y que, sin duda, tiene futuro.

- Venta a distancia. La distribución on-line que se produce desde las farmacias autorizadas con logo común UE y que tiene una legislación propia de cada país. En el caso de España solo se permite a los medicamentos que no requieren receta médica.

HACIA DONDE VA LA DISTRIBUCIÓN FARMACÉUTICA MAYORISTA DE LA UNIÓN EUROPEA

Si hay algo seguro es que la concentración de almacenes va a continuar. En estos momentos, los dos principales grupos tienen una cuota de mercado próxima al

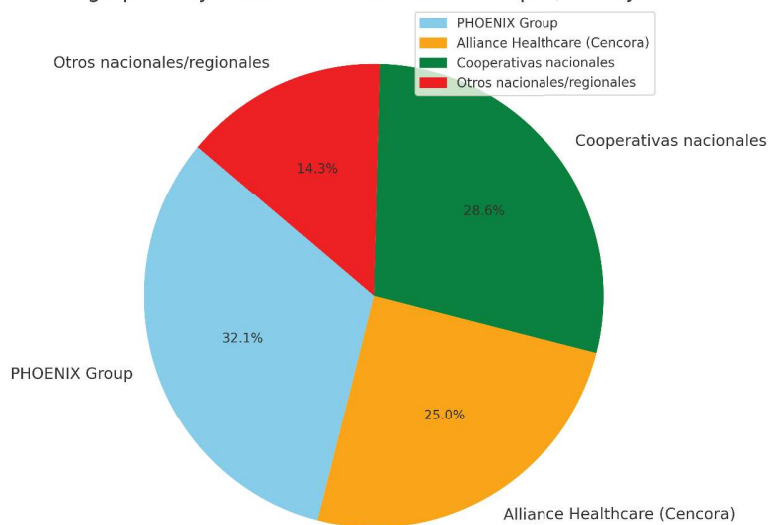
de un almacén mayorista que tiene la propiedad de cadenas de Oficina de Farmacia está próxima al 10% y este es un aliciente muy importante para que los mayoristas se vinculen a esta actividad.

Por el contrario, las empresas de distribución que no poseen farmacias porque en sus países legalmente esto no es posible tienen rentabilidades próximas al 1%, porque normalmente las oficinas de farmacia son las propietarias de las mismas y la mayor rentabilidad la quieren para ellas. Esta es una dificultad añadida para el sistema cooperativo pero que se compensa claramente con la vertiente asistencial de la que se puede decir que es óptima.

Este proceso de concentración, que como hemos avalado, fue muy rápido en los principios de este siglo, se va a ir ralentizando en la medida que cada vez queda menos margen de maniobra para incluir nuevos almacenes mayoristas en estos grupos y siempre va a ir acompasado a la regulación que de la asistencia farmacéutica vayan haciendo los diferentes países de la Unión; y da la sensación que cada vez se van a diferenciar mas las políticas de asistencia farmacéutica de los países del Sur en comparación con los del Norte. Esto siempre ha sido así, pero una vez recorrido el camino de la concentración de una forma acelerada y vistos los resultados de un modelo y del otro no cabe la menor duda que el modelo denominado mediterráneo de asistencia farmacéutica cumple todos los requisitos para que las sociedades de sus países lo aprecien de una forma clara.

En su momento la UE dictamino la autonomía absoluta para las políticas de asistencia farmacéutica en cada uno de los países. Esta fue una medida inteligente; hoy tenemos diferentes modelos que se complementan entre si, que están dando un resultado satisfactorio teniendo en cuenta las peculiaridades de cada uno de los países y que, de una forma armónica, han determinado que en la UE el medicamento esté al alcance de los ciudadanos de una forma flexible pero absolutamente accesible.

Presencia de grupos mayoristas farmacéuticos en Europa (10 mayores mercados)



Si hay algo seguro es que la concentración de almacenes va a continuar

60% y presumiblemente en los próximos años esta tendencia se va a agudizar. Hay muchos factores que avalan lo que va a ser una nueva realidad, entendiendo por ella el auge del sistema de sociedades anónimas y limitadas y la disminución de la naturaleza jurídica cooperativa.

Este hecho va a venir muy condicionado por la legislación farmacéutica de cada país. En aquellos en los que la distribución puede ser propietaria la Oficina de Farmacia prácticamente las cooperativas ya no existen. La diferencia de rentabilidad

Probablemente de haber tomado otra decisión en su momento, esto no hubiera sido así, pero la experiencia nos dice que en esta cuestión la UE ha tenido éxito.

Es posible que la accesibilidad a las nuevas moléculas, la financiación de las mismas y, por tanto, el derecho del ciudadano de cada país a tener la mejor terapia para su dolencia sea el talón de Aquiles de las políticas farmacéuticas en los diversos países. Por lo que tenemos que trabajar en esa dirección para que, poco a poco, este objetivo innegociable llegue a todos los ciudadanos europeos de una forma igualitaria.

3.4. La prestación farmacéutica en la UE: del acceso a la dispensación y el uso adecuado. Análisis comparativo en los Estados miembros

Por Enrique Granda Vega,
Director del Observatorio del Medicamento de FEFE, Federación Empresarial de Farmacéuticos españoles

El acceso a los medicamentos en la Unión Europea constituye uno de los pilares esenciales de la sanidad contemporánea. A diferencia de modelos como el estado-unidense, basados en el aseguramiento privado, la UE ha consolidado un marco de cobertura universal o casi universal que concibe el medicamento como un bien esencial de salud pública y un derecho ciudadano. Sin embargo, esa convergencia de principios no elimina la diversidad de fórmulas que los Estados miembros aplican, derivadas de tradiciones históricas, marcos regulatorios y contextos económicos distintos.

La prestación farmacéutica en Europa puede clasificarse en tres grandes tipologías, vinculadas a los antiguos modelos de aseguramiento sanitario: el modelo mediterráneo, el modelo continental y el modelo nórdico. Cada uno refleja un equilibrio particular entre acceso, sostenibilidad y equidad.

EL MODELO MEDITERRÁNEO: UNIVERSALISMO TENSIONADO POR LA SOSTENIBILIDAD

España, Italia, Portugal y Grecia comparten un modelo caracterizado por la existencia de farmacias comunitarias de titularidad privada, fuertemente reguladas, que constituyen una red capilar de acceso sanitario incluso en territorios rurales o de difícil cobertura. Esta ordenación, que responde a principios históricos de proximidad y cohesión social, asegura que prácticamente cualquier ciudadano disponga de una farmacia cercana a su domicilio.

La financiación es mayoritariamente pública, y los copagos son reducidos o moderados, ajustados según renta, edad o condición clínica. En España, por ejemplo, los pensionistas con rentas bajas están exentos de copago, y el impacto global de los copagos en el gasto farmacéutico apenas alcanza un 9,5% del total [1].

El gasto farmacéutico en estos países suele situarse entre el 15% y el 20% del gasto sanitario total, muy por encima del modelo nórdico. Este dato refleja la centralidad del medicamento en la asistencia primaria mediterránea, pero

también plantea retos de sostenibilidad, especialmente ante el auge de terapias innovadoras de alto coste (biológicos, oncológicos o terapias avanzadas). Para contener el gasto, los gobiernos han recurrido a políticas como los precios de referencia, el impulso de los genéricos y el uso creciente de la receta electrónica [2].

Un rasgo singular del caso español es el acceso limitado de la población general a medicamentos de Diagnóstico Hospitalario (DH), categoría que concentra innovaciones terapéuticas y que no se dispensa en farmacias comunitarias. A ello se suma la exclusión de ciertas vacunas de la dispensación comunitaria, como la de la gripe en campañas públicas, lo que genera inequidades frente a otros países europeos donde la farmacia participa plenamente en la vacunación.

EL MODELO CONTINENTAL: ASEGURAMIENTO SOCIAL Y CATÁLOGOS DE REEMBOLSO

Alemania, Francia, Bélgica, Austria y Países Bajos responden al modelo Bismarck, basado en seguros sociales obligatorios que financian la prestación farmacéutica a través de "cajas" o aseguradoras reguladas. La incorporación de nuevos medicamentos se canaliza mediante catálogos positivos de reembolso, elaborados en base a criterios de coste-efectividad.

Alemania representa el ejemplo más institucionalizado: la Ley AMNOG de 2011 exige que cada nuevo fármaco se someta a una evaluación temprana de su beneficio terapéutico, que sirve de base para negociar su precio [3]. Los copagos, habitualmente fijos (entre 5 y 10 euros por receta), incluyen exenciones para pacientes crónicos, niños o pensionistas. Además, existen copagos específicos para situaciones de guardia farmacéutica.

Francia, por su parte, combina la lógica de aseguramiento social con una clasificación de medicamentos según el servicio médico que prestan y su grado de innovación terapéutica, lo que determina su nivel de reembolso. La Haute Autorité de Santé desempeña un papel central en estas decisiones, apoyando un ac-

ceso relativamente ágil a la innovación.

En general, este modelo continental equilibra acceso y sostenibilidad a través de la institucionalización de la economía de la salud. Su fortaleza radica en que la incorporación de un medicamento depende tanto de la eficacia clínica como de su valor económico relativo, lo que permite evitar excesos presupuestarios sin restringir de manera severa el acceso a innovaciones.

EL MODELO NÓRDICO: UNIVERSALISMO CON CONTROL DEL GASTO

Suecia, Dinamarca y Finlandia constituyen la versión más depurada del modelo Beveridge aplicado a los medicamentos. Financiados íntegramente mediante impuestos generales, estos sistemas destacan por sus copagos progresivos

con techo anual, que protegen a los hogares frente a gastos catastróficos. En Suecia, por ejemplo, el paciente paga una parte decreciente del coste de cada receta hasta alcanzar un techo de gasto, a partir del cual los medicamentos son gratuitos durante el resto del año [4].

El gasto farmacéutico en este modelo oscila entre el 10% y el 12% del gasto sanitario total, muy por debajo del Mediterráneo, gracias a políticas estrictas de racionalización. Otro rasgo diferencial es la digitalización: la receta electrónica alcanza casi el 100% de cobertura, y existen sistemas de dispensación centralizada con farmacias públicas en algunos países.

SÍNTESIS COMPARATIVA

De este recorrido se extraen tres tipologías fundamentales:

- Universalista con control del gasto (nórdico): prioriza la equidad mediante copagos progresivos y digitalización.

- Asegurador con evaluación económica (continental): equilibra acceso y sostenibilidad con criterios de coste-efectividad.

- Universalista tensionado (mediterráneo): garantiza acceso amplio, pero enfrenta presiones fiscales y de sostenibilidad.

Pese a sus diferencias, todos los modelos europeos comparten una tensión común: asegurar la universalidad del acceso en un contexto de creciente presión innovadora. El reto consiste en avanzar hacia un terreno intermedio entre la homogeneización mínima — que asegure un acceso equitativo en toda la UE— y el respeto a la autonomía nacional y sus tradiciones sanitarias.

Modelo	Países representativos	Gasto farmacéutico (%)	Fuente
Mediterráneo	España, Italia, Grecia, Portugal	15-20%	OCDE/UE 2022
Continental	Alemania, Francia, Bélgica, Países Bajos, Austria	12-15%	OCDE/UE 2022
Nórdico	Suecia, Dinamarca, Finlandia	10-12%	OCDE/UE 2022



3.5. Acceso equitativo en Europa: un desafío urgente

Por Enrique Granda Vega,
Director del Observatorio del Medicamento de FEFE, Federación Empresarial de Farmacéuticos españoles



El acceso equitativo al medicamento constituye hoy uno de los grandes desafíos estratégicos de la Unión Europea. Si bien los Estados miembros reconocen el carácter esencial del fármaco y han construido sistemas que aspiran a la universalidad, persisten desigualdades significativas en tiempos de acceso, calidad y protección financiera, que ponen en cuestión la cohesión del proyecto comunitario.

DESIGUALDADES EN TIEMPOS DE ACCESO Y DISPONIBILIDAD

Uno de los indicadores más visibles de inequidad es la disparidad en los plazos de acceso a medicamentos innovadores. Alemania o los países nórdicos logran que los nuevos tratamientos estén disponibles en un plazo inferior a seis meses desde la autorización europea. En contraste, España,

Italia o varios países del Este acumulan retrasos de entre uno y dos años [5].

Esta diferencia no es meramente burocrática: significa que, ante enfermedades graves o de rápida evolución, los ciudadanos europeos disponen de opciones terapéuticas radicalmente distintas en función de su país de residencia. El principio de equidad se ve comprometido de manera directa, erosionando la confianza de los pacientes en la Unión.

FACTORES ECONÓMICOS Y SOSTENIBILIDAD

Las terapias innovadoras en oncología, enfermedades raras o terapias génicas ejercen una presión creciente sobre los presupuestos nacionales. Países con economías más sólidas han desarrollado acuerdos de riesgo compartido, techos de gasto o contratos por resultados, que permiten compatibilizar acceso y sostenibilidad. Otros, con márgenes fiscales reducidos, optan por restricciones de indicación o demoras en la financiación. El resultado es una Europa a varias velocidades, donde el lugar de residencia determina la oportunidad terapéutica [6].

COPAGOS Y PROTECCIÓN DE LOS HOGARES

La estructura de copagos es otro factor de inequidad. Los países nórdicos han perfeccionado esquemas progresivos con techo anual, que protegen a los hogares frente a gastos excesivos. En el modelo continental, los copagos son más frecuentes y fijos, aunque con amplias exenciones para colectivos vulnerables. En el Mediterráneo, los copagos son reducidos y diferenciados según renta, edad o situación clínica.

En España, el impacto de los copagos es limitado: apenas un 9,5% de la factura farmacéutica global, con exenciones para pensionistas de bajos ingresos y colectivos vulnerables [7]. Sin embargo, en otros países los copagos pueden constituir una barrera real, limitando el acceso efectivo a pesar de que el sistema se declare universal.

DIGITALIZACIÓN Y BRECHA TECNOLÓGICA

La digitalización de la prestación farmacéutica constituye un elemento crucial para la equidad. Países nórdicos como Suecia o Dinamarca han alcanzado la interoperabilidad plena de la receta electrónica, lo que garantiza continuidad asistencial, adherencia y control del gasto. España, aunque pionera en informatizar la receta desde los años setenta, mantiene un sistema fragmentado entre comunidades autónomas, difícil de conducir a un esquema europeo común.

Esta brecha tecnológica limita la implantación de acuerdos basados en resultados y la trazabilidad del uso real de los medicamentos. Para superarla, sería necesario avanzar hacia un marco normativo europeo que establezca directrices vinculantes de interoperabilidad [8].

FARMACIA COMUNITARIA Y COHESIÓN TERRITORIAL

La red de farmacias comunitarias es un elemento esencial de equidad territorial en Europa. En áreas rurales o des pobladas, la farmacia es muchas veces el único recurso sanitario cercano. España, Portugal y Grecia han preservado esta función mediante una regulación estricta de distancias y módulos de población, pero la viabilidad económica de muchas farmacias pequeñas (las llamadas farmacias VEC) se encuentra amenazada.

La falta de mecanismos estables de compensación pone en riesgo la cohesión territorial. Allí donde las farmacias son propiedad de operadores corporativos, la densidad disminuye en zonas de baja rentabilidad, ampliando la brecha territorial. En cambio, la propiedad individual en manos de farmacéuticos garantiza capilaridad y cercanía sanitaria, aunque exige políticas de sostenimiento económico [9], [10].

Impacto en pacientes y cohesión social

Estas divergencias no son cuestiones técnicas menores: afectan a la percepción de los ciudadanos sobre la legiti-

unidad de la Unión. La promesa de una Europa de derechos comunes se resquebraja cuando un paciente alemán accede a un fármaco innovador en semanas mientras otro en España o Polonia debe esperar más de un año. Esta brecha erosiona la cohesión social y limita la capacidad de la UE de presentarse como un verdadero espacio sanitario común.

HACIA UNA RESPUESTA EUROPEA

La Unión Europea ha comenzado a desplegar instrumentos de convergencia. La iniciativa HTA 2025 establecerá evaluaciones clínicas conjuntas de medicamentos, reduciendo duplicaciones y acelerando procesos. La experiencia de compra conjunta de vacunas durante la pandemia abre la puerta a extender esta fórmula a terapias estratégicas. Asimismo, se han reforzado los mandatos de la EMA y de HERA para monitorizar desabastecimientos y coordinar respuestas.

En el caso español, tres lecciones resultan prioritarias:

- (i) establecer plazos máximos y previsibles para la financiación de innovaciones;
- (ii) ampliar el uso de acuerdos por

resultados con métricas robustas;

- (iii) permitir que la farmacia comunitaria dispense todas las vacunas y medicamentos no hospitalarios, en una primera fase para llegar a implementar servicios de vacunación.

CONCLUSIÓN

El acceso equitativo al medicamento en Europa es un desafío urgente que trasciende la eficiencia o la sostenibilidad: se trata de un problema de justicia social y cohesión política. La tradición sanitaria de cada país —sus redes de farmacia, sus esquemas de copago, sus mecanismos de financiación— debe preservarse, pero la equidad exige mínimos comunes: plazos máximos razonables de acceso, protección financiera efectiva de los hogares y garantía de acceso territorial.

La Unión dispone de instrumentos normativos y económicos para avanzar, pero el éxito dependerá de la voluntad de los Estados de renunciar a parte de su autonomía en favor de la equidad paneuropea. La urgencia es clara: el ritmo de la innovación no espera, y cada retraso agranda la brecha entre Estados y entre pacientes.

Referencias

[1] Ministerio de Sanidad (España), Informes anuales sobre gasto y consumo de medicamentos.

[2] OCDE/UE, Health at a Glance: Europe 2022.

[3] Kanavos P., The economics of medicines regulation and reimbursement in Europe, LSE Health Papers.

[4] Comisión Europea, Pharmaceutical Strategy for Europe, 2020.

[5] EFPIA, Patients W.A.I.T. Indicator Survey, 2023.

[6] Puig-Junoy J., El gasto farmacéutico y la sostenibilidad del sistema sanitario.

[7] Observatorio del Medicamento (FEFE), Informes periódicos.

[8] Comisión Europea, A European Health Union, 2021.

[9] Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Informes sobre la Farmacia en España y Europa.

[10] Granda, E., Litran, E. Ordenación Farmacéutica y Desarrollo Económico de las Farmacias. (2016). ISBN978-1-326-84472-1

Modelo	Tiempo medio de acceso	Ejemplos de países	Fuente
Mediterráneo	12-24 meses	España, Italia	EFPIA 2023
Continental	6-12 meses	Alemania, Francia	EFPIA 2023
Nórdico	< 6 meses	Suecia, Dinamarca	EFPIA 2023

Modelo	Grado de implantación	Ejemplos	Fuente
Mediterráneo	Alta, pero fragmentada en algunos casos (España)	España, Italia	Comisión Europea 2021
Continental	Media, variable según país	Alemania, Francia	Comisión Europea 2021
Nórdico	Muy alta, casi universal	Suecia, Dinamarca	Comisión Europea 2021

3.6. Seguridad del medicamento: legislación europea



1. MARCO GENERAL DE LA POLÍTICA FARMACÉUTICA EN LA UE

La seguridad del medicamento constituye uno de los pilares fundamentales de la política sanitaria de la Unión Europea (UE). Garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a fármacos eficaces, seguros y de calidad es un objetivo estratégico que se ha ido consolidando a lo largo de las últimas décadas, en paralelo con la construcción del mercado interior y con la progresiva ampliación de competencias comunitarias en el ámbito de la salud pública.

Aunque los sistemas sanitarios siguen siendo competencia de los Estados miembros, el medicamento ocupa un lugar singular, en la medida en que su circulación y su autorización están profundamente vinculadas al mercado único europeo. Desde la década de 1960 se han desarrollado normas comunitarias con el fin de armonizar criterios de autorización, producción, distribución y farmacovigilancia. Este proceso ha buscado, por un lado, asegurar un alto nivel de protección de la salud pública y, por otro, facilitar la libre circulación de medicamentos y fomentar la competitividad de la industria farmacéutica europea.

Los principios que inspiran esta regulación pueden resumirse en tres ejes:

- Calidad, seguridad y eficacia como requisitos esenciales para la comercialización.
- Equidad en el acceso a medicamentos innovadores y esenciales en todos los Estados miembros.
- Transparencia y cooperación entre instituciones comunitarias, autoridades nacionales y profesionales sanitarios.

En este marco, la Comisión Europea asume la iniciativa legislativa y supervisa la correcta aplicación de las normas; la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), creada en 1995 y con sede en Ámsterdam, coordina

la evaluación científica de medicamentos de uso humano y veterinario, así como las actividades de farmacovigilancia; y los Estados miembros ejercen competencias ejecutivas en la autorización nacional, el control de la distribución y el seguimiento de los productos comercializados.

2. ESTRUCTURA NORMATIVA PRINCIPAL

El marco legislativo europeo sobre medicamentos se articula fundamentalmente en torno a directivas y reglamentos de aplicación directa o armonización nacional. Entre los textos más relevantes destacan los siguientes:

2.1. Directiva 2001/83/CE

Se trata del código comunitario de medicamentos de uso humano, que consolida y actualiza toda la normativa previa. Establece los procedimientos de autorización de comercialización, las obligaciones de etiquetado y prospecto, las normas de fabricación y distribución, así como los requisitos de farmacovigilancia. Es la norma de referencia que los Estados miembros deben transponer a sus ordenamientos jurídicos.

2.2. Reglamento (CE) 726/2004

Este reglamento introdujo el procedimiento centralizado de autorización de medicamentos, mediante el cual determinados productos (especialmente los innovadores, biotecnológicos, huérfanos o destinados a enfermedades graves) deben ser evaluados por la EMA y autorizados por la Comisión Europea para ser comercializados en todo el territorio de la Unión. Constituye un instrumento clave para garantizar uniformidad y eficiencia en la autorización de medicamentos de alto impacto.

2.3. Reglamento (UE) 2019/6

Centrado en medicamentos veterinarios, este reglamento también guarda relación con la seguridad del medicamento en sentido amplio, al reforzar la lucha contra la resistencia antimicrobiana y regular la prescripción respon-

sable de antibióticos en animales, con implicaciones directas para la salud humana bajo el enfoque “One Health”.

2.4. Reformas recientes y en curso

La Estrategia Farmacéutica para Europa (2020) abrió un proceso de revisión integral del marco normativo, con el propósito de adaptarlo a los nuevos desafíos: la digitalización, los medicamentos personalizados, las terapias avanzadas y la resiliencia frente a crisis sanitarias. En abril de 2023 la Comisión presentó propuestas legislativas de revisión tanto de la Directiva 2001/83/CE como del Reglamento 726/2004, con el objetivo de modernizar el sistema, fomentar la innovación y garantizar un acceso más equitativo. Este debate legislativo sigue abierto en 2025 y se prevé que sus resultados configuren la política farmacéutica de la próxima década.

3. Mecanismos de garantía de seguridad

3.1. Ensayos clínicos y su regulación

La autorización de un medicamento exige previamente la realización de en-

sayos clínicos que demuestren su calidad, seguridad y eficacia. El Reglamento (UE) 536/2014, en vigor desde 2022, armoniza los procedimientos para la autorización de ensayos en la Unión y establece un Portal y Base de Datos Europea de Ensayos Clínicos. Con ello se busca aumentar la transparencia, reducir la carga administrativa y facilitar la investigación multinacional, al tiempo que se refuerza la protección de los participantes.

3.2. Evaluación riesgo-beneficio

Toda solicitud de autorización debe incluir una evaluación detallada de la relación riesgo-beneficio. La EMA, a través de su Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP), examina los datos aportados por el titular y emite un dictamen científico que orienta la decisión final de la Comisión. El principio de precaución se aplica de manera estricta: en caso de duda, prima la protección de la salud pública.

3.3. Farmacovigilancia

Una vez que el medicamento está en el mercado, la farmacovigilancia resulta es-

encial para detectar reacciones adversas o problemas de seguridad no identificados en los ensayos clínicos. La reforma de 2010 (Reglamento 1235/2010 y Directiva 2010/84/UE) reforzó notablemente este sistema, introduciendo la obligación para los laboratorios de presentar planes de gestión de riesgos y de notificar cualquier sospecha de reacción adversa. La EMA gestiona la base de datos EudraVigilance, que centraliza la información de todos los Estados miembros y permite análisis más rápidos y coordinados.

3.4. Prevención de la falsificación de medicamentos

La Directiva 2011/62/UE, conocida como Directiva de Medicamentos Falsificados, instauró medidas contra la introducción de productos ilegales o adulterados en la cadena de suministro legal. Entre ellas destacan:

Dispositivos de seguridad en el envase (códigos únicos, precintos).

Sistema europeo de verificación de medicamentos (EMVS).



Reglas más estrictas para intermediarios, distribuidores y venta a distancia.

Gracias a este marco, la UE ha reducido el riesgo de falsificación en la cadena legal, aunque persiste la amenaza en circuitos ilícitos y canales digitales.

4. Retos actuales y perspectivas de futuro

Pese a los avances normativos, la política europea de medicamentos afronta retos importantes que condicionan la eficacia del sistema:

4.1. Acceso desigual y desabastecimientos

La fragmentación de los sistemas sanitarios nacionales se traduce en desigualdades en el acceso a medicamentos innovadores. Además, los problemas de desabastecimiento, agudizados durante la pandemia de COVID-19, han puesto de relieve la necesidad de mecanismos europeos de aprovisionamiento estratégico y cadenas de suministro más resilientes.

4.2. Innovación versus genéricos y biosimilares

El equilibrio entre fomentar la innovación y garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud mediante genéricos y biosimilares sigue siendo un debate abierto. La revisión de la normativa farmacéutica aborda, entre otros aspectos, la duración de la protección de datos regulatorios y los incentivos para medicamentos huérfanos y pediátricos.

4.3. Emergencias sanitarias y medicamentos huérfanos

La crisis de COVID-19 impulsó la creación de la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (HERA), encargada de coordinar la respuesta a crisis de salud pública y de garantizar la disponibilidad de contramedidas médicas. Asimismo, los medicamentos huérfanos y para necesidades no cubiertas se sitúan en el centro del debate sobre incentivos y sostenibilidad.

4.4. Perspectivas de la nueva normativa (2025)

En el momento actual, el Parlamento Europeo y el Consejo discuten las propuestas de revisión presentadas por la Comisión en 2023. Se espera que las nuevas normas introduzcan:

Plazos de autorización más rápidos.

Obligaciones reforzadas de suministro para evitar desabastecimientos.

Incentivos más equilibrados a la innovación.

Mayor integración de la digitalización y los datos en tiempo real en la regulación.

El futuro marco europeo de seguridad del medicamento deberá conjugar la protección de la salud pública, la equidad en el acceso, la sostenibilidad financiera y la competitividad de la industria farmacéutica europea en un escenario global cada vez más competitivo.

Bibliografía y referencias legislativas

Comisión Europea (2020). Estrategia Farmacéutica para Europa. Bruselas.

Comisión Europea (2023). Propuesta de Reglamento y Directiva por la que se revisa la legislación farmacéutica de la UE. COM(2023) 192 final.

Directiva 2001/83/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 6 de noviembre de 2001, por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano.

Reglamento (CE) nº 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y supervisión de medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos.

Reglamento (UE) nº 536/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de abril de 2014, sobre ensayos clínicos de medicamentos de uso humano.

Reglamento (UE) nº 1235/2010 y Directiva 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, por los que se refuerza la farmacovigilancia de los medicamentos de uso humano.

Directiva 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, por la que se modifica la Directiva 2001/83/CE en lo relativo a la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal.

Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, sobre medicamentos veterinarios.

Agencia Europea de Medicamentos (EMA). EudraVigilance y documentación regulatoria disponible en: <https://www.ema.europa.eu>





3.7. Hacia la medicina personalizada en la UE

La medicina personalizada representa uno de los avances más prometedores en la transformación de los sistemas sanitarios europeos. Basada en el conocimiento de las características genéticas, biológicas y ambientales de cada paciente, esta aproximación permite adaptar las estrategias de prevención, y el diagnóstico y el tratamiento a las necesidades individuales. Este apartado analiza el desarrollo de la medicina personalizada en la Unión Europea (UE), sus aplicaciones actuales y potenciales, el papel de la regulación y la investigación, las desigualdades en el acceso y las condiciones necesarias para su implantación efectiva a escala comunitaria.

1. Concepto y pilares de la medicina personalizada

La medicina personalizada, también conocida como medicina de precisión, se basa en el uso de información genómica, proteómica, metabolómica y de otros biomarcadores para orientar la toma de decisiones clínicas. A diferencia del modelo tradicional centrado en el “paciente promedio”, esta estrategia permite una intervención más precisa, eficaz y con menos efectos adversos.

Sus principales pilares son: (1) la caracterización molecular del paciente y la enfermedad; (2) la utilización de biomarcadores para estratificación y pronóstico; (3) el desarrollo de terapias dirigidas; y (4) el uso de datos masivos y herramientas digitales para apoyar la decisión clínica.

2. Avances científicos y tecnológicos habilitadores

En la última década, el abaratamiento de la secuenciación genómica, el desarrollo de bases de datos moleculares, la inteligencia artificial aplicada a la bioinformática y la integración de datos clínicos y -ómicos han hecho viable la aplicación clínica de la medicina personalizada.

En oncología, especialmente, se han desarrollado terapias dirigidas contra mutaciones específicas (como HER2 en cáncer de mama, EGFR en cáncer de pulmón o BRAF en melanoma), así como tests de respuesta a inmunoterapia. También avanzan las aplicaciones en enfermedades raras, patologías cardiovasculares y trastornos neurológicos.

3. Iniciativas europeas de impulso a la medicina personalizada

La UE ha reconocido la medicina personalizada como una prioridad en sus estrategias de investigación y salud. Programas como Horizon 2020 y Horizon Europe han financiado numerosos proyectos en esta área, promoviendo redes de colaboración, plataformas de datos y biobancos.

Destacan iniciativas como ICPeMed

(Consortio Internacional para la Medicina Personalizada), el proyecto 1+ Million Genomes, el Cancer Mission Board o la Alianza Europea contra el Cáncer. Estas acciones buscan armonizar esfuerzos, fomentar la interoperabilidad y facilitar el acceso equitativo a las herramientas de medicina personalizada en todos los Estados miembros.

4. Marco regulador, evaluación y acceso

El despliegue de la medicina personalizada plantea retos regulatorios complejos. Los test genéticos y de biomarcadores deben cumplir con el Reglamento sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro (IVDR), en vigor desde 2022, lo que exige mayor evidencia clínica y control de calidad.

La evaluación de terapias personalizadas también requiere adaptaciones en los sistemas de evaluación de tecnologías sanitarias (HTA), incluyendo criterios de efectividad en poblaciones pequeñas y datos del mundo real. Además, los modelos de financiación y reembolso deben evolucionar hacia esquemas de pago por resultados o acceso condicionado.

5. Desigualdades y retos para la equidad en el acceso

Uno de los principales desafíos de la medicina personalizada es la equidad. La disponibilidad de tests genéticos, la infraestructura para su análisis y la capacidad de interpretación varían ampliamente entre Estados miembros, regiones y centros sanitarios. Esto genera una brecha de acceso que puede agravar desigualdades preexistentes.

También existen diferencias en la cobertura de estos servicios por parte de los sistemas de salud, lo que dificulta su implantación universal. La alfabetización genómica, la capacitación de profesionales y la aceptación por parte de pacientes son otros factores limitantes que deben abordarse de forma sistemática.

6. Perspectiva ética, legal y social

El uso de datos genéticos plantea importantes cuestiones éticas y legales: privacidad, consentimiento informado, uso secundario de los datos, posibles discriminaciones genéticas, entre otras. La regulación europea, especialmente el RGPD, establece garantías, pero su aplicación concreta requiere guías claras y formación adecuada.

A nivel social, es necesario fomentar un debate público sobre los límites y potenciales de la medicina personalizada, así como asegurar una gobernanza inclusiva de las decisiones sobre datos, investigación y prestaciones.

7. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La medicina personalizada tiene el potencial de transformar el modelo asistencial europeo hacia una atención más precisa, eficaz y centrada en el paciente.
- La UE ha desarrollado una base científica y regulatoria significativa, pero enfrenta retos en su implantación equitativa y sostenible.
- Existen desigualdades notables entre países y regiones en el acceso a servicios, infraestructura y formación.

Recomendaciones:

- Desarrollar un marco europeo común para la integración de la medicina personalizada en los sistemas de salud, con criterios de calidad, equidad y sostenibilidad.
- Reforzar la inversión en infraestructuras compartidas, plataformas de datos y servicios de genómica en el ámbito público.
- Promover programas de formación en medicina genómica y bioinformática para profesionales sanitarios.
- Asegurar el acceso equitativo a pruebas diagnósticas y terapias personalizadas, incluyendo mecanismos de reembolso y financiación solidaria.
- Impulsar la participación ciudadana y la transparencia en la gobernanza de los datos genéticos y las decisiones sanitarias basadas en perfiles moleculares.

La medicina personalizada es una oportunidad estratégica para la Unión Europea. Su éxito dependerá de la capacidad para conjugar innovación científica, regulación ética, equidad en el acceso y cooperación entre Estados miembros, con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria más ajustada a las necesidades reales de cada paciente.



La medicina personalizada es una oportunidad estratégica para la Unión Europea





3.8 Atención farmacéutica comunitaria: los farmacéuticos como parte de la solución a los urgentes desafíos sociales y sanitarios

Deténgase un momento. Saque su móvil del bolsillo y haga una fotografía panorámica del mundo que le rodea. Comprobará que, junto a todas las mejoras para el bienestar de la población, avances tecnológicos y demás logros alcanzados en las últimas décadas, la sociedad se enfrenta a numerosos desafíos en el ámbito sanitario y social. El envejecimiento poblacional, el aumento de las patologías crónicas, la polimedicación y la dependencia son algunos. Si se analiza con detalle esa fotografía se obtendrían datos que evidencian la relevancia e, incluso, urgencia de estos desafíos.

En España, algo más del 20% de la población, unos diez millones de personas, es mayor de 65 años, y, según la proyección del Instituto Nacional de Estadística (INE), esa cifra podría llegar a los 14,2 millones de personas en 2040, lo que supondrá un 27,5% del total de la población.

Más de 20 millones de personas tienen una enfermedad crónica. Estas patologías se concentran en la población mayor de 55 años, son responsables de más de 300.000 muertes al año (74,5% del total) y son, además, las que más impacto tienen sobre la esperanza, la calidad de vida y el consumo de los recursos sanitarios (copan el 80% del gasto sanitario).

Este aumento de la cronicidad conlleva

un incremento del uso de los tratamientos farmacológicos, cada vez más complejos y específicos, y problemas vinculados a la falta de adherencia, pues el 50% de los enfermos crónicos no cumple adecuadamente con su tratamiento, y un tercio de los mayores de 65 años toman cinco o más medicamentos al día. Además, esa polimedicación, sin un seguimiento adecuado, puede aumentar el riesgo de acontecimientos adversos en el uso de los medicamentos. Se estima, según datos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, que entre el 5 y el 10% de los ingresos hospitalarios y entre el 10 y el 30% de las consultas a los servicios de Urgencias son debidos a un efecto adverso de la medicación.

Todos estos factores multiplican las necesidades sanitarias y también las sociales. Lo sanitario y lo social cada vez está más vinculado. Aumentan los pacientes vulnerables, dependientes o frágiles y en riesgo también de soledad no deseada, pues la estructura social de nuestro país también está cambiando como consecuencia de ese envejecimiento, la pérdida de la red familiar de cuidados, la aparición de nuevos modelos de familias monoparentales y la presencia cada vez mayor de hogares donde vive una sola persona. Más de 1,6 millones de personas tienen hoy reconocido algún grado de dependencia, y ese



número crece alrededor de un 5% al año.

Todos estos desafíos suponen recursos y una presión creciente sobre el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que dificulta su sostenibilidad y amenaza su calidad si no se afrontan cambios y se usan de forma coordinada y eficiente todos los recursos disponibles.

De un modelo sanitario de agudos a uno de crónicos

El modelo de atención sanitaria está en un obligado proceso de evolución que, dicho de manera simplificada, debe transformarlo de un modelo de atención de enfermedades y pacientes agudos a uno de atención a patologías y enfermos crónicos. Eso implica una suerte de apertura del sistema sanitario, que ya no puede esperar a los pacientes, sino que ha de salir a su encuentro, y no sólo al encuentro de los pacientes, sino de la población sana. En el caso de los pacientes, para hacerles un seguimiento adecuado y acompañarlos en la gestión de su enfermedad y en el mantenimiento de su calidad de vida, y en el caso de la población sana, mediante programas de educación para la salud, de prevención y de detección precoz de enfermedades, con el fin mejorar la salud y evitar o retrasar la enfermedad.

Es una cuestión de bienestar, de esperanza de vida y también de eficiencia en el uso de los recursos y de sostenibilidad financiera de un sistema sanitario que en España ofrece altas prestaciones y coberturas, asequibles hace unas décadas pero que hoy provocan fuertes presiones asistenciales y financieras, merced al incremento de la esperanza de vida, la mayor demanda y la disponibilidad creciente de nuevas y más sofisticadas tecnologías sanitarias.

Un dato (entre otros muchos) que puede ejemplificar esto es el aumento de la demora para lograr una consulta con el médico de Familia: nueve días de media en España, según el barómetro sani-

tario del Ministerio de Sanidad en 2025.

Ante todos estos retos, los farmacéuticos, por su valor sanitario y social (son los profesionales sanitarios expertos en el medicamento más cercanos a la población y tienen presencia en multitud de ámbitos sanitarios y sociales), son parte de la solución, no solo para facilitar un uso adecuado de los medicamentos, sino también en la prevención y detección precoz de enfermedades o como radores ante escenarios de vulnerabilidad.

España dispone de una red de farmacias de gran fortaleza y capacidad de respuesta. Constituye un modelo regulado que asegura en primer lugar una altísima capilaridad. Cuenta con una farmacia por cada 2.100 habitantes, lo que lo sitúa a la cabeza junto a Grecia y Chipre, y se distribuyen por todos los rincones del país. Así, un 20% de las casi 22.500 farmacias que hay en España están en poblaciones de menos de cinco mil habitantes, lo que garantiza un acceso equitativo al medicamento tanto en zonas urbanas como en rurales. Las farmacias son en muchos pequeños pueblos (incluso de 300 ó 400 habitantes) la única atención sanitaria permanente.

La regulación asegura también un acceso al medicamento las 24 horas del día, dado que se establecen turnos de guardia en todas las zonas que garantizan una atención de urgencia adecuada en cada una de ellas.

La proximidad de las farmacias y la estabilidad del modelo facilitan también una atención individualizada y muy humana. La presencia de farmacias en cada barrio de las ciudades y en cada pequeña población fomenta una relación entre farmacéutico y paciente que se estrecha con el tiempo y se sustenta en una gran confianza, lo que se refleja año tras año en los estudios demoscópicos.

La prestación farmacéutica se vertebra, por otra parte, a través de los colegios profesionales, que a su vez conciertan los

servicios con los gobiernos autonómicos, de forma que éstos se garantizan una prestación en condiciones de calidad y equidad. Los colegios, además, son garantes de que la alta preparación de los farmacéuticos cuando salen de las universidades se desarrolla a lo largo de su carrera, con programas avanzados de formación continuada, y de que la actuación de los profesionales cumple los más altos estándares éticos y deontológicos.

La interlocución fluida y constante entre colegios y gobiernos autonómicos facilita también la rápida y homogénea respuesta de la red de farmacias ante los retos sanitarios en general y las emergencias en particular. La pandemia provocada por la Covid-19 puso a prueba la red y da buen ejemplo de ello: según datos del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos, en la sexta ola pandémica la supervisión, realización de test y la notificación de positivos en farmacias de doce comunidades autónomas permitió realizar un millón de pruebas y detectar 110.000 positivos. También durante la pandemia se habilitó con urgencia una iniciativa de atención farmacéutica domiciliaria de la que se beneficiaron más de 850.000 ciudadanos, a los que se evitó desplazamientos y, por tanto, riesgos de contagio.

Se trata, por otro lado, de un modelo de alta eficiencia. A un coste muy asequible (un margen de apenas un tercio del precio de venta al público que el Estado fija para el medicamento), la red de farmacias, con el apoyo crítico de la distribución mayorista, hace posible el acceso equitativo de cualquier ciudadano al medicamento en cualquier farmacia de España.

Del uso adecuado del medicamento a la prevención de enfermedades

Tanto la práctica consolidada como la evidencia científica respaldan estas fortalezas de la red española de farmacias, que a su vez se extiende a otros servicios y prestaciones que se vienen desarrollando en los últimos años.

En materia de salud pública, programas que van desde el mantenimiento con metadona o la cesación tabáquica hasta la detección precoz de enfermedades, y que se llevan a cabo en una mayoría de regiones, confirman la utilidad de las farmacias, facilitan la calidad de vida de las personas y que, en el caso de los programas de detección, incrementan el porcentaje de población diana que participa, hasta el punto de asegurar el éxito del screening según los estándares científicos.

Con respecto al acceso al medicamento, un avance relevante es la dispensación en farmacias de medicamentos de uso hospitalario. Programas en varias autonomías constatan que se mejora la calidad de vida a los pacientes y se potencia la atención integral a partir de la coordinación entre farmacias comunitarias y servicios de Farmacia hospitalarios. Todo esto genera también eficiencia, puesto que se gana tiempo y se evitan costes y tiempo en desplazamientos y permisos laborales. Un estudio de la consultora Hiris recoge la alta satisfacción de los pacientes, que valoran el servicio con un 9,8 sobre 10.

Y también en el uso adecuado del medicamento la creciente intervención del farmacéutico comunitario proporciona resultados en salud y en eficiencia. Diferentes estudios y experiencias constatan que los programas de seguimiento farmacoterapéutico incrementan un 50% el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes, mejoran hasta en un 30% el control clínico de patologías crónicas como el asma y reducen en más de un 50% la asistencia a Urgencias o la hospitalización de los pacientes crónicos.

Coordinación entre niveles asistenciales y abordaje integral de la salud pública

La relevancia de los desafíos sanitarios y sociales mencionados y la velocidad de los cambios sociodemográficos, hay que insistir, exigen soluciones urgentes y pragmáticas, sustentadas en la evidencia científica y en la activación y coordi-

nación de todos los recursos sanitarios disponibles y orientadas al doble objetivo de lograr resultados en salud y eficiencia.

Las peculiaridades y fortalezas mencionadas de la red de farmacias ponen a España en ventaja para impulsar la transformación del modelo de atención sanitaria en la línea que demandan los citados retos. Hay dos grandes pilares que deben sustentar esta transformación: una sólida coordinación entre niveles asistenciales en el ámbito de la atención y un abordaje integral en materia salud pública. En ambos casos todo pasa por avanzar de la colaboración y las iniciativas esporádicas hacia la definición y ejecución de programas estructurales a largo plazo.

En lo que toca a la atención hay que acelerar y consolidar la extensión de los programas orientados al uso adecuado de la medicación, críticos en la atención a la cronicidad, como ya se ha visto. Un instrumento fundamental son los sistemas de dosificación personalizada (SPD), que ayudan en especial a los pacientes polimedicados y permiten a los farmacéuticos saber si los pacientes están en efecto cumpliendo con sus tratamientos. La extensión de los SPD en el marco de protocolos de colaboración entre atención primaria y farmacia comunitaria facilitaría la identificación de los perfiles de pacientes más adecuados y, por consiguiente, mejores resultados en salud y en eficiencia.

Otra línea de trabajo en desarrollo es la atención farmacéutica domiciliaria. La Ley de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, de 2022, ya la recoge. De nuevo, las necesidades extraordinarias provocadas por la pandemia por Covid-19 y las soluciones que aportaron las farmacias sirvieron de experiencia. A falta del desarrollo reglamentario, el texto legal limita su oferta a aquellos pacientes en los que “concurra situación de dependencia o discapacidad con pérdida de autonomía funcional y con dificultad o impedimento para desplazarse a la oficina de farmacia de su elec-

ción”. Se busca, en definitiva, garantizar el mismo trato y el seguimiento que recibe el paciente en su farmacia, y al tiempo atender una casuística que, aunque excepcional, aparece en la sociedad de hoy.

Sobre la base de la coordinación y la protocolización a través de programas estratégicos en atención primaria y farmacia comunitaria deben asentarse también avances en la solución desde las farmacias de ciertas patologías menores. Es el camino para liberar de presión asistencial a los centros de atención primaria y facilitar el acceso a los pacientes, dadas la cercanía y la amplitud de horarios de las farmacias. El estudio INDICA Pro, promovido por la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria, concluyó que el 90% de los síntomas menores podrían resolverse desde la farmacia en colaboración con los médicos.

La coordinación entre niveles asistenciales se extiende a los hospitales. La progresiva sofisticación de los nuevos medicamentos y también medidas de control económico han ido incrementando sobremanera los fármacos de diagnóstico hospitalario. En estos casos, los pacientes crónicos se ven obligados a acudir mensualmente a sus hospitales en busca de sus tratamientos, con los inconvenientes y costes que ello supone. Como ya se ha dicho, la intervención de las farmacias, coordinadas con los servicios de farmacia hospitalaria, se ha demostrado segura y eficiente en las iniciativas puestas en marcha en los últimos años en diferentes autonomías. Su extensión multiplicará los beneficios de una solución que cuenta con el respaldo de profesionales y pacientes.

Toda esta mayor integración de los distintos recursos sanitarios contribuye a paliar otros retos sobrevenidos, como los problemas de suministro y, por lo tanto, de acceso. La globalización del mercado de medicamentos, entre otros factores, ha generado una mayor complejidad que se traduce en crecientes faltas. La comunicación ágil entre prescriptores y dis-

pensadores y la habilitación a éstos para renovar tratamientos crónicos en determinadas circunstancias o hacer dispensaciones excepcionales en casos concretos son medidas que paliarán problemas y redundarán en beneficio del paciente.

Algo similar ocurre con el segundo gran pilar mencionado, la salud pública. Una visión integral, con programas sostenidos en el tiempo y sometidos a la medición de resultados, optimizará los resultados ya citados de la participación de las farmacias en acciones de promoción de la salud, prevención y detección precoz de enfermedades. Un capítulo especial merece en este punto la vacunación, donde España, paradójicamente, no sigue la estela de una mayoría de países europeos en los que sí se vacuna en farmacias comunitarias. La experiencia positiva de esos países muestra que la vacunación en farmacias complementa la que se realiza en otros centros sanitarios e incrementa de forma notable los porcentajes de población inmunizada.

Junto a la visión integral de las políticas sanitarias y sociales hay que consolidar, como se ha dicho, la coordinación de la prestación, y en ello las tecnologías digitales juegan un papel crucial, y dentro de ellas, la receta electrónica. En España, la receta electrónica copa la abrumadora mayoría de las prescripciones. En una comunidad autónoma mayoritariamente urbana como Madrid las prescripciones en papel no llegan al dos por ciento.

Es obligado desarrollar todas las potencialidades de la e-receta, que van desde la comunicación directa entre médico prescriptor y farmacéutico comunitario hasta la integración de los historiales clínico y farmacoterapéutico, lo que contribuye a asegurar una verdadera continuidad asistencial. Las cambiantes necesidades sanitarias y sociales (con crecientes desafíos como el citado envejecimiento y el fenómeno de la soledad no deseada), la evolución de la innovación científica, las crecientes demandas y la alta presión fi-

nanciera que experimentan los sistemas sanitarios exigen una transformación acelerada y pragmática de la prestación sanitaria y el cuidado de la salud. La amplia y homogénea red de farmacias que tiene España ha demostrado ser parte de la solución a todos estos desafíos. Y la población confía en sus farmacias y (un 85%, según un estudio de la consultora GAD3 para el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos) demanda que presten más servicios de carácter asistencial.

La determinación política dirimirá si España aprovecha sus fortalezas para ponerse a la vanguardia de una transformación necesaria para la salud, el bienestar y el crecimiento social y económico en el próximo futuro.



La determinación política dirimirá si España aprovecha sus fortalezas para ponerse en vanguardia de la salud y el bienestar



Capítulo 4

ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Por la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia de España, AESTE

4.1. Análisis demográfico de las necesidades de atención a la dependencia en la UE

1. Reto demográfico: introducción y contexto

El reto demográfico que atravesamos como sociedad europea, supone un grandísimo desafío para el sector de los cuidados a personas mayores. Así vemos, cómo el sector de los cuidados a mayores en Europa, y particularmente en España, atraviesa un momento decisivo a la vez que crítico, marcado precisamente por estos profundos cambios demográficos, además de por la urgencia creciente por garantizar su sostenibilidad. Todo ello requiere sin duda la atención urgente por parte de los responsables políticos y de toda la sociedad, en tanto en cuanto el sector de los cuidados desempeña un papel fundamental en la cohesión social y la garantía de derechos

de las personas mayores y dependientes.

Y es que, la mayoría de los 27 estados miembros de la Unión Europea (EU) pertenecen al grupo de países con una mayor esperanza de vida del mundo, lo cual, además de significar un logro significativo de los diferentes sistemas, supone un importante reto demográfico que debe considerarse. Estos países, además de una alta esperanza de vida, tienen las tasas de fertilidad más bajas del planeta, lo que ocasiona que en Europa se esté produciendo paulatinamente, no solo el incremento significativo de la media de edad de la población situada en 44,7 años, si no también, el crecimiento significativo del rango de población mayor de 65 años (21,6%), con todo lo que ello supone. Así, podemos decir que el espacio comunitario, es

la región del mundo con la media de edad más elevada, aunque el envejecimiento se concentra, de manera desigual, siendo más elevado, en los países del sur. En este sentido, el informe Panorama de la salud: Europa, que anualmente publican la Comisión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), señala que no todos los países europeos, parten de la misma situación, persistiendo una brecha de ocho años entre los países con la esperanza de vida más alta y más baja, siendo España, Italia y Malta, los países que registraron una esperanza de vida más de dos años superior a la media de la UE. Asimismo, los cinco países en los que el incremento de la media de edad ha sido más alto son: Portugal, Grecia, España, Italia y Eslovaquia, donde la media de edad ha aumentado



El reto demográfico que atravesamos como sociedad europea supone un grandísimo desafío para el sector del cuidado a mayores



más de cuatro años en la última década.

Sin duda, los avances científicos han hecho que, durante los últimos dos siglos, la esperanza de vida se haya alargado más que nunca. Tras la caída registrada durante la pandemia de COVID-19, la esperanza de vida ha vuelto a aumentar gradualmente, alcanzando los 81,5 años en Europa, en la actualidad.

Si miramos a futuro, según los datos analizados, en 2019 había 703 millones de personas mayores de 65 años en el mundo. Las proyecciones sugieren que este número se duplicará a 1.500 millones en 2050 y, por tanto, una de cada seis personas en todo el mundo tendrá al menos 65 años, siendo previsible que en los ocho mayores países europeos el segmento personas mayores de 65 años alcance en 2035 la cifra de 21,7 millones de personas.

Además, en los últimos años en toda Europa, se está consolidando un grupo creciente de personas mayores de 80, 90 e incluso 100 años, y en su gran mayoría en situación de dependencia funcional. Y es que, el envejecimiento de las personas suele ir acompañado del aumento de enfermedades crónicas y discapacidades, estimándose que más del 30% de las personas mayores de 80 años presentan alguna limitación para actividades básicas, y que aproximadamente un 14% de las personas mayores europeas de más de 65 años padece alguna incapacidad.

Según la Oficina de Estadística de la UE (Eurostat), en 2070 la tasa de dependencia (número de personas de 65 o más años por cada 100 personas en edad de trabajar) se situará en el 57%, dato que nos acerca a una realidad para la que debemos estar preparados a todos los niveles (social, sanitario, político, económico, ...) adelantándonos a una situación que puede significar la quiebra de nuestro estado de bienestar y, para la que no existen recursos profesionales, económicos ni asistenciales suficientes. Siendo esto así, y según estimaciones de la Comisión Europea, el

coste de los cuidados de larga duración en Europa se duplicará con creces, pasando del actual 1,7% del PIB al 3,9% en 2070.

Si miramos al mercado residencial para el cuidado de mayores, este sigue estando insuficientemente abastecido y, ya en 2022 se estimaba que sería necesario crear al menos 1.226.498 nuevas plazas residenciales en la Unión Europea, para alcanzar la ratio recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 5 plazas por cada 100 personas mayores de 65 años.

Por otra parte, el sector de los cuidados adolece de una cantidad muy elevada de profesionales, que ya es evidente en la actualidad. Se estima que únicamente para mantener la actual proporción de cinco cuidadores de larga duración por cada 100 personas de 65 años o más, el número de trabajadores en este sector en los países de la OCDE debería aumentar en 13,5 millones de aquí a 2040. Solo para el período 2018-2030, ya se estimaba que en los veintisiete Estados miembros de la UE se necesitarían, once millones de profesionales sanitarios y asistenciales para cubrir el aumento de las necesidades.

Tras los datos analizados, concluimos que una parte significativa de la población mayor de 80 años requiere de cuidados constantes y cada vez más complejos, donde la atención social y sanitaria deben confluir para prestar una atención integral a las personas mayores que lo necesitan. Esta necesidad no hará más que incrementarse con el paso del tiempo, ya que también aumentará el número de personas mayores de 90 años y centenarias. Ante este contexto y el descrito anteriormente con detalle, es esencial definir con precisión el modelo de atención a personas mayores que se quiere construir; un modelo de atención de cuidados sociosanitarios que, para ser sostenible, debe resolver entre otros, el lugar que tanto Europa como el estado español dará al sector privado, ya que éste gestiona en la actualidad cerca del 70% de los servicios de cuidados

que se prestan a las personas mayores.

En la búsqueda de soluciones, tanto el Gobierno de España como la Unión Europea han ido elaborado los últimos años una serie de recomendaciones y estimaciones de profesionales, de infraestructuras, de tipos de servicios o de modelos que serán necesarios para ejercer un cuidado más digno y respetuoso con la voluntad de las personas; entre otros, la Estrategia europea de cuidados, la Estrategia de desinstitutionalización en España o la reciente 'Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030' proveniente del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, donde se plantea que en cinco años nuestro país necesitará incorporar como mínimo a 261.400 trabajadoras más para garantizar la sostenibilidad del Sistema de Dependencia.

El envejecimiento demográfico es, pues, uno de los fenómenos más significativos y estructurales que afronta la Unión Europea (UE). Sus implicaciones en la demanda de servicios de atención a la dependencia son profundas y crecientes. Este apartado analiza las tendencias demográficas en la UE, su impacto en las necesidades de cuidados de larga duración (CLD), la diversidad de situaciones entre Estados miembros y las proyecciones de demanda futura, como base para el diseño de políticas sociales y sanitarias sostenibles.

2. Impacto de la realidad demográfica en Europa

El reto demográfico que afrontamos como sociedad europea requiere sin duda acciones a corto plazo, puesto que se ha convertido en una realidad inminente que no ha sido abordada en el momento adecuado. Y es que, la tendencia demográfica actual que hemos descrito, reflejada en la inversión de la pirámide poblacional, tiene grandes repercusiones no solo a nivel social, sino también en nuestras economías y en nuestros sistemas sanitarios y de bienestar.

En este sentido, la situación que vivimos pone contra las cuerdas entre otros a los sistemas de pensiones, el mercado de trabajo a través del relevo de profesionales y, añade una presión extra a la economía, ya que derivará en mayores niveles de gasto público, puesto que la creciente proporción de personas mayores en la UE conllevará sin duda, una mayor necesidad de servicios asistenciales. Esto, a no muy largo plazo, supondrá un reto para la sostenibilidad financiera, derivado de una necesidad de mayor inversión en asistencia sanitaria y cuidados de larga duración, cuya demanda irá en aumento y para la que los Estados miembros no están preparados. Se trata la descrita de una situación preocupante teniendo en cuenta que el derecho a unos cuidados de larga duración asequibles y de calidad es uno de los 20 principios del Pilar de Derechos Sociales de la Unión Europea.

Como apuntábamos, el envejecimiento poblacional en Europa ejerce una presión significativa sobre los sistemas de pensiones, ya que a medida que la población envejece y la tasa de natalidad descende, la proporción de pensionistas aumenta, por lo que se puede esperar que se generen dificultades para financiar los sistemas de pensiones. Más personas se jubilarán y necesitarán recibir pensiones durante un período más largo, a la vez que habrá menos jóvenes que financien las mismas, por lo que esta presión se traduce en dificultades para afrontar la sostenibilidad del sistema.

La reducción de la población en edad de trabajar, aumenta no solo la presión sobre el sistema de pensiones, si no también, la garantía del relevo generacional en el mercado laboral, ya que con una Europa que envejece, es natural que aumenten las necesidades asistenciales, por lo que también aumentan las necesidades de profesionales que puedan atender a una población que, a consecuencia del incremento de la esperanza de vida, vive más, pero también llega a las edades avanzadas con mayores necesidades, fruto de la fra-

gilidad asociada al propio envejecimiento.

A medida que las sociedades envejecen su fuerza laboral general se reduce, lo que dificulta que los empleadores encuentren suficientes trabajadores para llenar los vacíos. La tendencia a esta “escasez de mano de obra”, es especialmente acuciante en el sector de los cuidados, siendo un sector que además requiere de profesionales debidamente formados y cualificados.

Un informe reciente del Banco de Desarrollo del Consejo de Europa revela que, en general, el mercado laboral en el sector de cuidados para adultos mayores se puede ver especialmente afectado, principalmente en el caso de los profesionales sanitarios, problema al que ya se está enfrentado este sector en la actualidad, encontrándose profesiones como la enfermería entre las principales ocupaciones con cuello de botella en Europa. Ya en 2020, se estimaba que el 14% de las necesidades de atención en este ámbito podrían estar sin cubrir; luego a más largo plazo, con una elevación continua en la demanda de atención y una caída en la oferta general de personas en este sector, se puede esperar una escasez creciente, que podría hacer inviable la prestación del servicio que los europeos van a requerir.

Por su parte, el Banco de Desarrollo del Consejo de Europa resalta igualmente que el envejecimiento, no sólo será un reto de profesionales, si no también, un reto de infraestructuras, siendo las actuales insuficientes. Se estima que el déficit sigue creciendo y el ritmo de apertura de nuevas plazas residenciales es más lento que la velocidad a la que aumenta la población mayor de 65 años. En este sentido, se requerirá de elevados niveles de inversión para satisfacer la demanda futura, lo que conlleva una necesaria planificación estratégica que suponga la ampliación de la oferta de los recursos residenciales, así como el desarrollo de servicios complementarios (centros de día, y servicios domiciliarios)

que respondan a las nuevas demandas y preferencias de las personas y que se adapten a la nueva realidad europea.

Para finalizar, resaltar el gran volumen de personas que serán susceptibles de recibir atención especializada, social y sanitaria, en algún momento a raíz del envejecimiento de la población. Para poder abordar esta situación deben buscarse soluciones inminentes y de manera coordinada que puedan dar una respuesta adecuada:

3. Tendencias de envejecimiento en la UE: una transformación estructural

La población de la UE se encuentra en un proceso sostenido de envejecimiento. Según Eurostat, en 2023, el 21,3 % de la población de la UE tenía 65 años o más, y se estima que este porcentaje alcanzará el 30 % en 2050. Aún más significativa es la evolución del grupo de personas de 80 años o más, que pasará del 6 % actual a más del 12 % en las próximas tres décadas.

Este envejecimiento responde a varios factores: aumento de la esperanza de vida, descenso sostenido de la fecundidad y cambios en los patrones migratorios. La esperanza de vida al nacer en la UE superaba en 2022 los 81 años (84 para mujeres y 78 para hombres), con importantes diferencias entre países y regiones.

4. Disparidades demográficas entre Estados miembros

El ritmo y la intensidad del envejecimiento no son homogéneos en toda la UE. Países como Italia, Alemania, Grecia, Portugal o Finlandia presentan ya proporciones muy elevadas de población mayor. En cambio, Estados como Irlanda, Chipre o Luxemburgo mantienen estructuras más jóvenes, aunque también están en proceso de transición.

Las zonas rurales, especialmente en Europa del Este y del Sur, concentran un mayor envejecimiento y una menor disponibilidad de servicios de apoyo. Estas desigualdades geográficas dificultan la



planificación de los recursos y exigen estrategias adaptadas a las realidades locales.

5. Dependencia y envejecimiento: magnitud del reto

La relación entre envejecimiento y dependencia funcional es compleja, pero existe una clara correlación entre la edad avanzada y la necesidad de cuidados. Según estimaciones de la Comisión Europea, en 2020 había más de 30 millones de personas en la UE que requerían cuidados de larga duración. Esta cifra podría superar los 50 millones en 2050 si se mantienen las tendencias actuales.

La tasa de dependencia de mayores (ratio entre personas de 65+ y población en edad laboral) era del 33 % en 2023, y podría alcanzar el 57 % en 2070. El envejecimiento también implica un aumento de enfermedades crónicas, discapacidades físicas y cognitivas (como la demencia), lo que intensifica las necesidades de apoyo personal, sanitario y social.

6. Perfil de las personas dependientes: género, edad y nivel socioeconómico

La mayoría de las personas en situación de dependencia son mujeres (en torno al 70 %), debido a su mayor esperanza de vida y mayor incidencia de patologías crónicas en edades avanzadas. Además, las mujeres suelen asumir también un papel predominante como cuidadoras informales.

La dependencia se concentra en el grupo de mayores de 80 años, pero también afecta a personas más jóvenes con discapacidad o enfermedades crónicas. El nivel socioeconómico influye en la prevalencia de dependencia, en la capacidad de acceso a servicios formales y en la disponibilidad de redes familiares de apoyo.

7. Cuidados no profesionales y desequilibrio de género

El 80 % de los cuidados de larga duración en la UE son proporcionados por cuidadores informales, principalmente

familiares, sin remuneración o con compensaciones limitadas. Esta situación genera una carga significativa, especialmente sobre mujeres de mediana edad.

La sostenibilidad del modelo informal está en entredicho por el envejecimiento simultáneo de los cuidadores, la reducción del tamaño familiar y los cambios en el mercado laboral. La feminización del cuidado y su escaso reconocimiento institucional exigen una revalorización del papel del cuidado en las políticas sociales.

8. Impacto económico y fiscal de la dependencia

El gasto en cuidados de larga duración representa en promedio un 1,7 % del PIB en la UE, con grandes variaciones: países nórdicos como Suecia, Dinamarca u Holanda superan el 2,5 %, mientras que en Europa del Este no alcanza el 1 %. Las proyecciones apuntan a un aumento sostenido del gasto, que podría duplicarse para 2050.

Este crecimiento exige respuestas de política fiscal, aseguramiento, organización de servicios y profesionalización del sector. La dependencia tiene también efectos indirectos en el empleo, la productividad y la participación laboral, especialmente de las mujeres.

9. Proyecciones de necesidad futura: escenarios posibles

Los estudios de prospectiva de la Comisión Europea, la OCDE y la OMS vienen a coincidir en un aumento significativo de la población dependiente en la UE en las próximas décadas. El envejecimiento activo, la prevención de la fragilidad y la promoción de la autonomía pueden moderar la intensidad del crecimiento, pero no revertir la tendencia.

Las proyecciones difieren según los escenarios: inerciales, de mejora en salud, o de dependencia prolongada. En todos ellos se anticipa una presión creciente sobre los sistemas de salud, los servicios sociales y el empleo vinculado al cuidado.

10. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La UE se enfrenta a un proceso de envejecimiento acelerado, con impacto directo en la demanda de atención a la dependencia.
- Las necesidades de cuidados de larga duración crecerán de forma sostenida, con desigualdades entre países, regiones y grupos sociales.
- El modelo actual, basado en el cuidado informal y la infrafinanciación pública, es insostenible a medio plazo.

Recomendaciones:

- Desarrollar sistemas integrales de información demográfica y funcional que permitan planificar con base en evidencia.
- Impulsar estrategias europeas coordinadas de atención a la dependencia, alineadas con las tendencias demográficas.
- Invertir en servicios público-privados de cuidados, profesionalizar el sector y garantizar condiciones laborales dignas.
- Promover políticas de corresponsabilidad en el cuidado, reduciendo la brecha de género.
- Diseñar modelos de financiación sostenibles y solidarios, que equilibren cobertura, equidad y eficiencia.

El análisis demográfico de la dependencia ofrece una base objetiva para anticipar el futuro y orientar las decisiones estructurales que debe adoptar la UE. Una Europa justa, cohesionada y resiliente requiere respuestas ambiciosas, solidarias y sostenidas frente a uno de los mayores desafíos sociales de nuestro tiempo.



La atención a mayores constituye un derecho social fundamental

La atención a la dependencia constituye un derecho social fundamental que afecta directamente a la dignidad, la autonomía y la calidad de vida de millones de ciudadanos europeos. Sin embargo, la configuración de los derechos vinculados a los cuidados de larga duración (CLD) varía significativamente entre los Estados miembros de la Unión Europea (UE). Este apartado ofrece un análisis comparativo de las carteras de derechos reconocidas en materia de dependencia, su grado de garantía legal, los modelos de acceso y financiación, y las implicaciones para la equidad entre territorios.

1. Marco europeo de referencia: principios, no armonización

La UE no dispone de una normativa vinculante común sobre atención a la dependencia. Esta competencia recae en los Estados miembros, de acuerdo con el principio de subsidiariedad. No obstante, varios instrumentos orientadores configuran un marco de referencia: el Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017), la Estrategia Europea de Cuidados (2022), el Marco Europeo de Calidad para los Servicios Sociales (2010) o las Recomendaciones del Consejo sobre cuidados de larga duración (2023).

Estos documentos promueven el reconocimiento del derecho a servicios de calidad, asequibles y accesibles, basados en la autonomía personal y la atención centrada en la persona. No obstante, su traslación práctica a los ordenamientos jurídicos y catálogos de prestaciones nacionales es desigual.

2. Diversidad de marcos jurídicos nacionales

Algunos Estados miembros han consagrado explícitamente el derecho a los cuidados de larga duración en su legislación, como Alemania, España, Francia, Italia, Austria o Finlandia. En estos países, existen leyes específicas que reconocen el derecho subjetivo a la atención en situación de dependencia, aunque con diferentes grados de cobertura, condicionalidad y financiación.

Otros países (como Eslovaquia, Rumanía, Bulgaria o Croacia) carecen de un marco legislativo consolidado y ofrecen atención bajo esquemas de asistencia social, con una cobertura limitada y criterios selectivos. En estos casos, los cuidados no se configuran como un derecho universal, sino como una ayuda condicionada a la disponibilidad de recursos.

3. Modelos de cobertura: universalidad vs. selectividad

Se pueden identificar tres grandes modelos en la UE:

- **Modelo universalista:** presente en países nórdicos (Suecia, Dinamarca, Finlandia) y algunos occidentales (Francia, Alemania), garantiza el acceso a servicios de CLD como derecho subjetivo, con financiación pública mayoritaria y prestación profesional.
- **Modelo de aseguramiento social:** vigente en países como Alemania, Austria o Países Bajos, combina cotizaciones obligatorias con mecanismos públicos de regulación y redistribución.

4.2. Cartera de derechos de la atención a la dependencia en la UE: análisis comparativo en los Estados miembros

• Modelo asistencialista o selectivo: predominante en Europa del Este y del Sur, vincula el acceso a criterios de necesidad y medios económicos, con cobertura parcial y fuerte presencia de cuidados no profesionales.

4. Tipología de prestaciones: servicios y prestaciones económicas

Las carteras de derechos incluyen distintas formas de prestación:

• Servicios domiciliarios: ayuda a domicilio, atención personal, teleasistencia, fisioterapia, etc.

• Servicios residenciales: centros de día, viviendas tuteladas, residencias de mayores.

• Prestaciones económicas: subsidios directos, cheques servicio, pagos a cuidadores informales, subsidios por dependencia.

En los países nórdicos y centrales predomina la prestación de servicios profesionales, mientras que en el sur y este de Europa son más frecuentes las prestaciones económicas o en especie, que suelen transferirse a cuidadores informales.

5. Garantías de calidad y mecanismos de acceso

La calidad de la atención y los procedimientos para acceder a los servicios varían notablemente. En países como Alemania, Francia o Países Bajos existen baremos de evaluación estandarizados, criterios claros de acceso y sistemas de acreditación de proveedores.

Otros Estados carecen de procedimientos homogéneos, lo que genera incertidumbre y arbitrariedad. La existencia de listas de espera prolongadas, falta de profesionales cualificados o cobertura territorial desigual limita la efectividad del derecho a la atención.

6. Cobertura efectiva: beneficiarios y gasto público

El porcentaje de personas mayores que recibe atención formal varía de forma significativa: supera el 25 % en Suecia, Dinamarca o Países Bajos, pero es inferior al 10 % en muchos países del Este y del Sur.

El gasto público en CLD oscila entre el 0,5 % y el 3 % del PIB, con una media europea en torno al 1,7 %. Estas diferencias reflejan tanto prioridades políticas como capacidades fiscales. La falta de inversión suficiente compromete la garantía efectiva de los derechos reconocidos legalmente.

7. Convergencia y retos para una Europa social inclusiva

El Pilar Europeo de Derechos Sociales establece un horizonte común para avanzar hacia una Europa que garantice servicios de cuidados asequibles, accesibles y de calidad. Sin embargo, la falta de armonización legislativa y de un marco financiero europeo limita los avances.

La estrategia europea de cuidados de 2022 ha supuesto un paso importante al definir principios comunes y objetivos para 2030, pero su implementación dependerá de la voluntad de los Estados y del respaldo presupuestario.

8. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

• La configuración de los derechos a la atención a la dependencia presenta una gran diversidad entre los Estados miembros.

• Mientras algunos países garantizan derechos universales y servicios profesionales, otros se basan en modelos selectivos y prestaciones informales.

• La falta de mecanismos de garantía efectivos limita el acceso real a los derechos, especialmente en contextos de desigualdad territorial y fiscal.

Recomendaciones:

• Establecer una referencia europea

común de derechos en atención a la dependencia, con principios vinculantes en materia de acceso, calidad y equidad.

• Promover el reconocimiento del derecho subjetivo a los cuidados en los ordenamientos nacionales.

• Incentivar la profesionalización del sector mediante políticas europeas de formación y movilidad laboral.

• Crear mecanismos europeos de financiación solidaria que reduzcan las brechas territoriales en la garantía de derechos.

• Reforzar los sistemas de evaluación, seguimiento y comparación de la cobertura efectiva en todos los Estados miembros.

La atención a la dependencia no es solo una necesidad creciente, sino una cuestión de derechos fundamentales. Una Europa socialmente cohesionada requiere avanzar hacia un marco común que garantice a todas las personas en situación de dependencia un trato digno, profesional y equitativo, con independencia de su lugar de residencia.





4.3. Legislación comunitaria sobre asistencia a la dependencia

La asistencia a la dependencia ha adquirido una creciente centralidad en las agendas sociales y sanitarias de la Unión Europea (UE), impulsada por el envejecimiento demográfico, la transformación de los modelos familiares y la necesidad de garantizar una vida digna y autónoma a todas las personas. Aunque la competencia en materia de servicios sociales y cuidados de larga duración (CLD) recae en los Estados miembros, la UE ha desarrollado un marco legislativo, programático y normativo que orienta, coordina e impulsa la acción común en este ámbito. Este apartado analiza la legislación comunitaria existente sobre asistencia a la dependencia, sus límites y potencialidades, y su impacto en los sistemas nacionales.

1. Competencias comunitarias en materia de dependencia: un marco limitado pero creciente

El Tratado de Funcionamiento de la UE (TFUE) establece que la organización de los servicios sociales y sanitarios es competencia de los Estados miembros (artículos 168 y 153 TFUE), lo que limita la posibilidad de legislar de forma directa en materia de dependencia. Sin embargo, la UE puede actuar en campos complementarios como:

- Protección social y lucha contra la exclusión (art. 153)
- Promoción del bienestar y la igualdad de oportunidades (art. 19)
- Salud pública (art. 168)
- Derechos fundamentales y no discriminación (Carta de Derechos Fundamentales de la UE)

A partir de estas bases, la UE ha desplegado un conjunto de estrategias, recomendaciones, directivas sectoriales y fondos que inciden en la configuración de la asistencia a la dependencia.

2. Pilar Europeo de Derechos Sociales (2017)

El Pilar Europeo de Derechos Sociales, proclamado en 2017, constituye la piedra angular de la dimensión social de la UE. Su principio 18 establece: "Toda persona tiene derecho a unos servicios de cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular a la asistencia domiciliar y a los servicios comunitarios".

Este principio ha servido de base para la adopción de iniciativas legislativas y programáticas, y para la incorporación de indicadores sociales en el Semestre Europeo. Aunque no es vinculante, representa un compromiso político y una referencia para la acción de los Estados miembros.

3. Estrategia Europea de Cuidados (2022)

En septiembre de 2022, la Comisión Europea adoptó la Estrategia Europea de Cuidados, con el objetivo de ga-

rantizar servicios de cuidados de calidad, asequibles y accesibles en toda la UE, tanto para menores como para personas mayores o dependientes.

Esta estrategia incluye:

- Dos Recomendaciones del Consejo (sobre cuidados de larga duración y educación infantil).
- Medidas para reforzar el empleo y las condiciones laborales en el sector del cuidado.
- Orientaciones para mejorar la financiación y la calidad de los servicios.

Aunque no tiene carácter legislativo vinculante, la estrategia marca una hoja de ruta clara para el desarrollo futuro de iniciativas legales y programáticas.

4. Normas vinculantes con incidencia indirecta en dependencia

Diversas directivas y reglamentos comunitarios inciden de forma indirecta en la organización y prestación de los cuidados de larga duración. Entre ellas destacan:

- Directiva 2011/24/UE sobre asistencia sanitaria transfronteriza: garantiza el derecho a recibir determinados cuidados en otro Estado miembro.
- Directiva 2006/54/CE sobre igualdad de trato en el empleo: protege a los cuidadores, especialmente mujeres, frente a la discriminación.
- Directiva sobre transparencia salarial (2023): relevante para reducir la brecha salarial de género en sectores feminizados como el cuidado.

- Reglamento General de Protección de Datos (RGPD): regula el tratamiento de datos sensibles, incluidos los relacionados con la dependencia.

5. Fondos europeos y apoyo financiero

La UE apoya la atención a la depen-

dencia mediante diversos instrumentos financieros:

- Fondo Social Europeo Plus (FSE+): financia proyectos de formación, profesionalización y empleo en el sector de cuidados.
- Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR): ha permitido inversiones estructurales en infraestructuras y digitalización de los servicios sociales.
- Programa EU4Health: incluye acciones en apoyo a la atención integrada y la salud de las personas mayores.
- FEDER y FEADER: utilizados para mejorar el acceso a servicios en zonas rurales y desfavorecidas.

6. Indicadores de seguimiento: el Cuadro de indicadores sociales

El Cuadro de indicadores sociales de la UE, vinculado al Pilar Social, incluye variables sobre acceso a cuidados, gasto social,

igualdad de género y apoyo a la dependencia. Estos datos sirven para monitorear los avances y alertar sobre desigualdades.

A través del Semestre Europeo, la Comisión emite recomendaciones específicas por país (CSRs) que en algunos casos han instado a reforzar los servicios de dependencia y apoyar a los cuidadores informales.

7. Hacia un posible marco normativo europeo en cuidados

Si bien actualmente no existe una directiva específica sobre asistencia a la dependencia, el debate sobre una posible “Directiva Europea de Cuidados” está en curso. Diversas organizaciones, el Parlamento Europeo y algunos Estados miembros han abogado por avanzar hacia un instrumento legislativo que establezca:

- Definiciones comunes de dependencia y servicios de CLD.
- Estándares mínimos de calidad y acceso.

- Derechos de los usuarios y condiciones laborales de los profesionales.

Este posible marco normativo podría inspirarse en la experiencia de la Directiva sobre atención sanitaria transfronteriza y contribuir a una mayor convergencia entre Estados miembros.

8. Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones:

- La legislación comunitaria en dependencia es aún limitada y fragmentaria, pero está evolucionando hacia un papel más activo y coordinador.
- El Pilar Social y la Estrategia Europea de Cuidados marcan una orientación política clara, aunque sin fuerza legal vinculante.
- Existen normas indirectas, fondos y mecanismos de seguimiento que inciden en el desarrollo de los sistemas nacio-



nales.

Recomendaciones:

- Evaluar la viabilidad jurídica y política de una directiva marco europea sobre cuidados de larga duración.
- Reforzar la condicionalidad social de los fondos europeos para apoyar la inversión en servicios de dependencia.
- Armonizar definiciones, indicadores y marcos de evaluación en el conjunto de la UE.
- Promover el reconocimiento de derechos comunes de los usuarios y los cuidadores.
- Garantizar la inclusión del eje de dependencia en las políticas de salud, igualdad y empleo de la UE.

La legislación comunitaria sobre asistencia a la dependencia se encuentra en una fase de transición. De una aproximación meramente orientativa se está avanzando hacia un enfoque estructurado y coordinado, que podría culminar en un marco normativo europeo con impacto real en la vida de millones de personas en situación de dependencia y sus familias.

///
La legislación comunitaria sobre asistencia a la dependencia se encuentra en una fase de transición





4.4. Una mirada europea: diversidad de modelos de cuidados y lecciones comparadas

La atención a las personas mayores en Europa se configura como un conjunto heterogéneo de modelos, fruto de trayectorias históricas, marcos normativos y estructuras de bienestar diversas. Esta pluralidad, lejos de suponer una barrera, constituye una oportunidad para aprender y avanzar hacia un sistema más equilibrado y sostenible. En este contexto, el análisis comparado de los sistemas de cuidados en Europa resulta especialmente útil desde la perspectiva del sector residencial y asistencial privado, que en países como España representa un pilar fundamental del sistema de atención a la dependencia.

La experiencia europea permite identificar cuatro grandes modelos: el nórdico, el

continental, el mediterráneo y el de Europa Central y del Este. Cada uno de ellos aporta enfoques distintos en cuanto a la legislación, tipología de servicios, grado de descentralización y el papel desempeñado por el sector privado. A continuación, se presenta un análisis en profundidad de estos modelos, con especial atención al valor añadido que aporta la colaboración público-privada y el reconocimiento del sector privado como un actor estratégico.

1. El modelo nórdico: universalidad descentralizada y confianza en la profesionalización

Los países nórdicos —Suecia, Dinamarca, Finlandia, Noruega e Islandia— han consolidado un sistema de cuidados ampliamente reconocido por su cobertura universal, su alto grado de descentralización y un enfoque preventivo y centrado en la autonomía personal. En este modelo, el acceso a los cuidados no depende del nivel de renta, sino de la necesidad, lo que permite articular un sistema equitativo y eficaz.

Desde una perspectiva normativa, destacan legislaciones como la Ley LASS en Suecia (1994), que permite a las personas con discapacidad recibir asistencia personal mediante subsidios públicos, promoviendo la libre elección de cuidadores (cuentan con el Act on Domestic Work, ley que regula el empleo doméstico). En Dinamarca: la Ley de Servicios Sociales (Serviceloven, 1998), que atribuye a los municipios la responsabilidad de ofrecer atención domiciliaria, plazas residenciales y subsidios, así como la obligación de ofrecer plazas en residencias a quienes lo necesiten. La Ley de Servicios para Personas Mayores de Finlandia (2013) establece el derecho a una evaluación personalizada y la posibilidad de que las parejas mayores permanezcan juntas en la atención institucional. En este caso se prioriza la atención domiciliaria, obligando a las autoridades a planificar y supervisar la calidad de los servicios.

Noruega, por su parte, se rige por la Ley de Derechos del Paciente (1999), que da garantía de libre elección entre proveedores, incluso en diferentes municipios, siendo esta una ley más amplia. También existe la garantía de elección de atención en otro municipio, una política que se implementó en 2011 y que permite a los ciudadanos elegir y recibir atención en un municipio diferente al de su residencia habitual, buscando proporcionar flexibilidad y responder a las preferencias personales de los usuarios.

Uno de los elementos más valiosos de este modelo es la apuesta por servicios diversificados. La atención domiciliaria como primera opción, con el enfoque “envejecer en casa”, los cuidados institucionales adaptados a necesidades complejas como los centros de día y la teleasistencia. Además, existen programas de apoyo a cuidadores informales como forma de reconocer el papel de las familias en el cuidado. En estos programas los países nórdicos ofrecen apoyos tanto monetarios como “servicios de respiro”, y servicios de asesoramiento y orientación, así como acceso preferente a los servicios sociales. Este enfoque integral permite responder con flexibilidad a distintas trayectorias de envejecimiento.

La provisión de los cuidados en este modelo ha sido siempre predominantemente pública, pero la apertura hacia la participación de actores privados ha sido creciente en los últimos años, inspirándose en modelos basados en teorías como la Nueva Gestión Pública, que busca la eficiencia del sistema público a través de una gestión orientada al mercado. Se trata de un modelo descentralizado, en el que el Gobierno se encarga de establecer el marco legislativo y financiero general, el cual delega en los municipios para financiar, organizar y proveer directamente o contratando proveedores externos para los servicios de cuidados.

La experiencia de los países nórdicos en el modelo de cuidados a personas

mayores ofrece aprendizajes clave para España, especialmente en el contexto del anteproyecto de reforma de la Ley de Dependencia. Uno de los elementos más destacables del modelo nórdico es su enfoque integral y diversificado, priorizando la atención domiciliaria sin renunciar a una red de servicios especializados, sumándole a esto el apoyo estructurado a los cuidadores informales, que garantizan que el cuidado en el entorno familiar no se traduzca en una sobrecarga ni en una pérdida de calidad de los cuidados.

2. El modelo continental: seguridades institucionales y colaboración regulada

El modelo continental —presente en Alemania, Francia, Austria, Bélgica y Luxemburgo— se caracteriza por su base contributiva y por configurar los cuidados como un derecho subjetivo, respaldado por sistemas de seguros sociales obligatorios. En estos países, los cuidados se integran en el sistema de bienestar bajo un enfoque de corresponsabilidad entre el Estado, los asegurados y los proveedores acreditados.

Alemania lidera este enfoque con su Seguro de Dependencia (SGB XI, 1995), que combina prestaciones económicas y servicios, y garantiza libertad de elección entre cuidadores formales e informales. La reforma del sistema introdujo además criterios salariales homogéneos, obligando a todos los proveedores a respetar los convenios colectivos. Francia dispone de la APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) desde 2002, una prestación económica para financiar cuidados en el hogar o en instituciones. Austria ofrece el subsidio de dependencia Pflegegeld, sin condicionantes de renta y adaptado al nivel de dependencia, y en Luxemburgo, la Assurance Dépendance garantiza cobertura integral bajo criterios técnicos unificados. Esta ley se sometió a una reforma en 2022 para enfrentar la escasez de personal.

En cuanto a los servicios ofrecidos, el modelo continental articula una oferta amplia que incluye la atención domiciliaria regular, cuidados institucionales de diversa intensidad, centros de día, programas de respiro y prestaciones

económicas. El modelo contempla ayudas financieras que permiten a las personas dependientes elegir la modalidad de cuidado que prefieran y, mientras existen subsidios para cuidados no profesionales, hay bonificaciones por contratar servicios profesionales. Además, estos recursos están disponibles bajo condiciones evaluadas oficialmente, con procedimientos estandarizados y mecanismos de seguimiento continuo.

Uno de los grandes logros de este modelo es la institucionalización de la colaboración público-privada bajo un marco normativo robusto. Los servicios pueden ser prestados tanto por operadores públicos como privados, siempre que estén homologados por el sistema de seguros y cumplan requisitos de calidad. Alemania, por ejemplo, establece condiciones salariales y laborales para todos los prestadores del sistema, garantizando un terreno de juego equitativo. Austria, a través del trabajo autónomo live-in regulado, ofrece un modelo de flexibilidad supervisada, y Bélgica permite a cada comunidad lingüística definir los términos de colaboración, fomentando así la diversidad territorial bajo normas comunes.

En Países Bajos, en 2022 se firmó el Care Agreement (Integraal Zorgakkoord), entre el Ministerio de Asuntos Sociales y múltiples organizaciones del sector sanitario y de cuidados, incluyendo hospitales, servicios de salud mental y proveedores de cuidados a mayores. Este acuerdo impulsó la mejora de condiciones laborales, expresando la intención de consolidar una red de colaboración público-privada más fuertes, aunque aún no establece medidas legalmente vinculantes.

Este modelo muestra cómo puede articularse una colaboración estrecha entre financiación pública y prestación privada, con garantías laborales y de calidad, algo esencial también para el contexto español. Además, la existencia de seguros sociales específicos proporciona estabilidad financiera y previsibilidad al sistema,



algo muy valorado por el sector privado.

Es de valorar especialmente cómo en este modelo se reconoce el papel del proveedor privado como parte del sistema, con participación estructurada, financiación suficiente y condiciones laborales estandarizadas. Son ejemplos que refuerzan la necesidad de definir un marco nacional en España que combine regulación y estabilidad para el desarrollo del sector.

En cuanto a la descentralización, los municipios asumen un papel central en la evaluación, planificación y provisión de servicios. Este marco permite una gestión cercana a las personas usuarias y facilita la adaptación territorial de la oferta. La financiación se realiza mediante impuestos generales y existe una elevada transparencia en la asignación de recursos.

La colaboración público-privada, lejos de ser marginal, ha ganado relevancia en los últimos años. Las autoridades locales pueden externalizar servicios a empresas privadas, cooperativas y organizaciones del tercer sector, bajo marcos contractuales claros y orientados a resultados. Esta participación privada, lejos de diluir el sistema, ha contribuido a mejorar la capacidad de respuesta y la eficiencia del conjunto. Además, existen incentivos fiscales para quienes optan por proveedores privados autorizados, lo que refuerza el principio de libre elección.

Desde la perspectiva del sector residencial privado en España, este modelo ofrece elementos valiosos como la integración regulada del proveedor privado, la apuesta por la calidad mediante evaluación continua, y la descentralización operativa acompañada de estándares comunes. Es especialmente relevante observar cómo se articula la cooperación local con el sector privado, lo que puede inspirar modelos flexibles y sostenibles también en nuestro país.

3. El modelo de Europa Central y del Este: reformas en marcha y colaboración

creciente

Los países de Europa Central y del Este —como Polonia, Hungría, República Checa, Bulgaria, Rumanía, Serbia o Eslovaquia— han experimentado una transformación acelerada de sus sistemas de cuidados tras la transición post-socialista. El legado de modelos institucionales centralizados, combinado con limitaciones presupuestarias, ha condicionado el desarrollo de sistemas públicos modernos, aunque en los últimos años han emprendido importantes reformas apoyadas por la Unión Europea para fortalecer la equidad, la calidad y la sostenibilidad del sistema.

En cuanto al marco normativo, muchos de estos países han adoptado Leyes de Servicios Sociales que establecen los principios rectores del sistema de cuidados, los tipos de servicios autorizados y las condiciones de acceso. Estas leyes se complementan con normativas específicas para la atención sanitaria y con estrategias nacionales de largo plazo. Por ejemplo, Serbia cuenta con una Estrategia Nacional para la Protección de las Personas Mayores (2023–2030) que guía el desarrollo de servicios integrados y fomenta la desinstitucionalización progresiva, si bien no es vinculante, se trata de un complemento a la legislación existente.

Los servicios ofrecidos en este modelo incluyen cuidados institucionales (a menudo de larga duración), atención domiciliaria —aunque aún limitada—, centros de día en desarrollo, y ayudas económicas para cuidadores familiares. A pesar de los esfuerzos por diversificar la oferta, muchas personas mayores siguen dependiendo del apoyo informal o de instituciones heredadas del pasado, gestionadas frecuentemente por el Estado o por organizaciones religiosas.

En lo relativo a la descentralización, la prestación de los servicios suele estar delegada a nivel local o regional, aunque bajo distintos marcos legislativos nacionales. Este modelo permite cierta adap-

tación territorial, pero también plantea desafíos de coordinación, financiación y equidad en el acceso a los servicios. La capacidad de los gobiernos locales para gestionar eficazmente la oferta varía considerablemente según el país.

Un rasgo destacable de estos sistemas es el papel creciente que está desempeñando la colaboración público-privada. Ante la insuficiencia estructural de recursos públicos, muchos países han optado por externalizar servicios institucionales y domiciliarios a entidades privadas y del tercer sector. En Hungría, República Checa o Eslovaquia, este modelo ha permitido mantener o ampliar la cobertura, bajo esquemas contractuales flexibles. Aunque la financiación sigue siendo mayoritariamente pública, la gestión privada se ha convertido en una pieza clave del sistema, especialmente en zonas rurales o en contextos de alta demanda.

Para el sector privado español, este modelo ofrece lecciones importantes en términos de la adaptabilidad y el compromiso con la transformación. A pesar de las limitaciones iniciales, muchos países han sabido integrar progresivamente al sector privado como socio operativo, reconociendo su capacidad para responder con agilidad a los desafíos emergentes.

Este modelo pone de relieve la importancia de contar con una estrategia nacional clara que combine inversión, planificación territorial y apertura a nuevas formas de colaboración público-privada. En un contexto de creciente demanda y escasez de recursos públicos, solo un modelo mixto, profesionalizado y bien regulado permitirá garantizar la atención de calidad.

4. El modelo mediterráneo: tradición familiar y profesionalización en construcción

Los países del sur de Europa —España, Italia y Grecia— comparten una estructura de cuidados marcada por la centralidad de la familia como proveedor tradicional,

la aún limitada cobertura de los servicios públicos y una progresiva, pero todavía incipiente, profesionalización del sistema. Este modelo ha evolucionado en los últimos años gracias a reformas normativas y avances legislativos, pero sigue mostrando fuertes contrastes con otros sistemas europeos en cuanto a disponibilidad, regulación y acceso a los servicios.

España representa un caso paradigmático. La aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia supuso un avance sustantivo al configurar los cuidados como un derecho subjetivo, con acceso garantizado a una cartera de servicios que incluye la atención domiciliaria, los centros de día, la atención residencial y la teleasistencia. A ello se suman desarrollos posteriores como el Real Decreto 16/2022, que equipara derechos laborales de las trabajadoras del hogar con el resto del sistema, o el anteproyecto de reforma de la Ley de Dependencia (2025), que propone reforzar la atención domiciliaria, eliminar incompatibilidades entre prestaciones y crear un fondo estatal para la accesibilidad universal.

Sin embargo, el modelo mediterráneo sigue sosteniéndose en gran medida sobre el cuidado informal, con fuerte protagonismo de las mujeres—en muchos casos migrantes— y una elevada tasa de contratación directa por parte de las familias, a menudo sin vínculo contractual formal. Este rasgo, compartido con Italia y Grecia, genera una segmentación en la calidad y el acceso a los cuidados, y plantea un reto evidente en términos de regulación, profesionalización y equidad territorial.

Los servicios disponibles, aunque variados, presentan una cobertura desigual. En todos estos países existen plazas residenciales públicas y privadas, servicios de ayuda a domicilio, prestaciones económicas para el cuidado familiar, y modalidades de atención intermedia como centros de día. No obstante, el número

de plazas por cada 100 personas mayores de 65 años continúa por debajo de 5.

En lo relativo a la organización institucional, el modelo mediterráneo combina una descentralización significativa en la gestión—especialmente en el caso español, donde las comunidades autónomas son competentes en la provisión de servicios— con una legislación estatal que fija los marcos generales. Esta estructura, aunque valiosa para la adaptación territorial, puede generar desigualdades si no va acompañada de una financiación equilibrada y de una estrategia estatal clara.

La colaboración público-privada en este modelo no responde a un diseño uniforme, sino que ha ido configurándose como respuesta a las limitaciones del sistema público. En España, por ejemplo, el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) se presta mayoritariamente mediante empresas privadas contratadas por los ayuntamientos. Asimismo, las plazas concertadas en residencias privadas representan una forma extendida de colaboración, que permite al sector privado aportar recursos, experiencia y capacidad operativa para garantizar la atención en condiciones de calidad.

El modelo mediterráneo—y muy especialmente el español— necesita evolucionar hacia un sistema más estructurado, en el que el papel del sector privado sea plenamente reconocido y respaldado. Esto implica dotar de mayor seguridad jurídica a las entidades prestadoras, armonizar criterios entre comunidades autónomas, y garantizar una financiación adecuada que permita desarrollar servicios sostenibles y de calidad. El camino hacia la profesionalización del sector está en marcha, pero requiere del compromiso conjunto de todas las administraciones y de un marco de colaboración claro y duradero.

5. Diferentes fórmulas para un mismo fin

El análisis comparado de los modelos de cuidados en Europa pone de manifiesto

que no existe una única fórmula para afrontar el reto del envejecimiento y la atención a las personas mayores, pero sí se pueden identificar patrones eficaces que comparten ciertos valores comunes: universalidad, atención centrada en la persona, descentralización eficiente, garantía jurídica, calidad del servicio y participación activa del sector privado.

Desde la perspectiva del sector de los cuidados en España, este análisis invita a reforzar la visión de que la colaboración público-privada no es una opción coyuntural, sino una condición necesaria para la sostenibilidad del sistema. Tanto el modelo nórdico como el continental han sabido integrar de forma regulada y transparente al proveedor privado, con marcos normativos estables, estándares comunes y financiación adecuada. Son experiencias que demuestran que la calidad y la eficiencia no dependen exclusivamente de la titularidad del servicio, sino de su diseño, supervisión y financiación.

Por otro lado, el modelo mediterráneo, al que pertenece España, ha avanzado en el reconocimiento normativo del derecho al cuidado, pero aún necesita dar pasos decididos hacia una mayor estructuración y profesionalización, reduciendo la fragmentación y dotando de mayor seguridad jurídica a los operadores. Del mismo modo, el modelo de Europa Central y del Este ofrece lecciones sobre cómo la cooperación con el sector privado puede ayudar a superar limitaciones estructurales, siempre que exista un marco estratégico claro y una planificación territorial coherente.

Para España, el camino pasa por consolidar un modelo mixto, donde el sector privado no sea únicamente un proveedor de última instancia, sino un actor corresponsable en la construcción de un sistema de atención más justo, accesible y eficiente. La integración del conocimiento, la capacidad y la experiencia del sector privado es clave para ofrecer una respuesta integral a una re-

Tabla comparativa de Modelos de Cuidados en la Unión Europea

Modelo	Legislación de referencia	Tipología de servicios	Colaboración Público-Privada y Modelo de Gestión
Nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Islandia) Sistema universal, orientado a servicios más que a transferencias monetarias.	Suecia: Ley LASS (1994) - subsidios para asistencia personal. - Finlandia: Ley 2013- evaluación personalizada y atención domiciliaria. - Dinamarca: Serviceloven (1998) - responsabilidad municipal en cuidados.	- Cuidados domiciliarios prioritarios. - Reducción de institucionalización, aunque aún presentes. - Apoyo a cuidadores informales (respiro, asesoramiento, ayudas)	- Modelo descentralizado: gestión municipal. - Fuerte participación pública, con creciente peso privado (empresas, ONGs, familiares). - Marco regulado, con deducciones fiscales por contratación privada.
Continental (Alemania, Francia, Austria, Bélgica, Luxemburgo) Derecho subjetivo al cuidado vinculado a seguros sociales obligatorios.	Alemania: Seguro de dependencia (1995). - Francia: APA (2002), ayuda para cuidados. - Austria: Pflegegeld (1993), prestación no contributiva.	- Servicios domiciliarios con amplia cobertura. - Residencias y centros de día bien estructurados. Prestaciones económicas que permiten elegir entre cuidado formal/informal.	- Mixto institucionalizado: público + privado acreditado. Convenios colectivos aplicables a todos los actores. - Modelo descentralizado con control central normativo. - Seguros sociales regulan acceso y condiciones.
Mediterráneo (España, Italia, Grecia) Modelo basado en cuidados no profesionales, mayoritariamente femeninos, con escasa cobertura pública.	España: Ley Dependencia (2006), RDL 16/2022. - Italia: "Dopo di Noi" (2016), CCN para cuidados. - Grecia: Leyes contra trabajo no declarado (2018-2019).	- Dominancia del cuidado domiciliario informal (sin contrato o con contrato privado). - Baja cobertura de centros residenciales. - Prestaciones económicas para contratación informal familiar.	- Escasa planificación estratégica. - Subvenciones públicas sin regulación eficaz. - Externalización a ONGs, empresas privadas o contratación directa. - Modelo mixto débilmente estructurado. - Gestión descentralizada sin articulación clara.
Europa Central y del Este (Polonia, Hungría, R. Checa, Rumanía, Bulgaria, etc.) Alta institucionalización	- Ley de Servicios Sociales común en varios países. - Estrategias nacionales (ej. Serbia 2023-2030).	- Institucionalización fuerte (residencias). - Cuidados domiciliarios en desarrollo. - Bajo nivel de prestaciones económicas. - Gran peso del cuidado no profesional.	- Colaboración con ONGs y sector privado en expansión. - Financiación pública mayoritaria, con ejecución privada parcial. - Modelo descentralizado.



4.5. Estrategias de afrontamiento y principales demandas del sector de la dependencia

Como se puede observar, el reto que afrontamos como sociedad europea está totalmente identificado y dimensionado. No obstante, para que como sociedad española y europea podamos dar una respuesta que esté a la altura, es necesario dar un paso más, escuchar al sector de los cuidados y afrontar las cuestiones clave que verdaderamente nos ayudarán a conseguir nuestro objetivo: crear un sistema de atención sociosanitario para personas mayores sostenible en el tiempo, basado en la protección, la calidad de atención, la accesibilidad y la libertad de elección.

En este sentido, pasamos a continuación a detallar las principales cuestiones a considerar desde la perspectiva española:

a) Abordaje transversal

El reto demográfico debe ser abordado desde una perspectiva global, tanto si hablamos de la UE como a la hora de concretar las políticas en los distintos estados miembro. Nos encontramos ante un reto complejo, que debe ser acometido de forma transversal con la implicación de todas las políticas que deben intervenir en la búsqueda de soluciones. Hablamos de políticas sociales, sanitarias, migratorias, economía, educación, etc. Solo a través de esta visión y de manera coordinada será posible dar una respuesta adecuada a una cuestión totalmente estratégica para el bienestar y calidad de vida de los ciudadanos europeos.

b) Una financiación adecuada y estable

Una de las principales necesidades para garantizar la sostenibilidad del sistema de cuidados es disponer de una financiación suficiente y sostenida. El gasto público en dependencia en España representa el 0,9% del PIB, una cifra muy inferior a la media de los países del entorno europeo que se sitúa en 1,55%. Esta situación genera un sistema infra financiado, incapaz de responder con agilidad y equidad a las crecientes necesidades de la población.

Sin embargo, un aumento de la financiación permite cuestiones tan necesarias como profesionalizar el sector, mejorar la calidad de los servicios y garantizar unas adecuadas condiciones laborales para las personas trabajadoras. En este sentido, la necesidad de una financiación suficiente es ineludible, y satisfacer esta necesidad debe contar con el compromiso de la sociedad Europea en su conjunto y con una colaboración público-privada eficiente, siendo esta corresponsabilidad clave para tener éxito. La corresponsabilidad de la que hablamos también debe reflejarse en un modelo de copago justo, para reforzar la sostenibilidad económica de los servicios. Además de ello, se hace necesario como primer paso fundamental, partir del reconocimiento del coste real de

prestar cuidados de calidad. Solo de esta manera será posible delimitar y dimensionar las necesidades reales de financiación y estructurales que serán necesarias.

En cuanto a la contratación pública, es urgente redefinir los criterios con los que se valora la eficiencia de los servicios. La prevalencia de los criterios económicos debe ser sustituida por un enfoque centrado en la calidad del servicio, como se apuntaba anteriormente, reconociendo en todo momento el coste real de este. Asimismo, debe garantizarse la actualización de precios a lo largo de la vida de los contratos, superando los efectos de la desindexación, algo en lo que se profundizará más adelante.

Todas estas cuestiones deben traducirse por tanto en una presencia prioritaria del sector de los cuidados en la agenda política tanto europea como en España. El sector reclama un compromiso político firme que se traduzca en presupuestos adecuados y en una memoria económica realista para cualquier reforma legislativa.

En definitiva, abordar la sostenibilidad económica del sector de los cuidados es una cuestión prioritaria y exige una mirada integral, corresponsable, y centrada en la calidad, que ponga en el centro a las personas y a quienes las cuidan. En este sentido, las instituciones europeas pueden convertirse en un agente clave a la hora de priorizar esta cuestión sobre otras en las siguientes legislaturas, y dotar de una mayor financiación a un sector que como vemos es esencial y clave para el bienestar de nuestras sociedades.

c) Reforma urgente de la ley de desindexación

La actual legislación, consolidada tras la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, e incorporada en 2017 a la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, impide actualizar los precios de los contratos durante la vigencia



de estos. Esto afecta gravemente a los servicios intensivos en personas, cuya estructura de costes depende de factores como los incrementos salariales derivados de la negociación colectiva, subidas del salario mínimo, la inflación o el encarecimiento de suministros esenciales como la energía, entre otros.

En la práctica, esta rigidez normativa está generando desequilibrios contractuales graves que estrangulan financieramente a las empresas prestatarias de servicios entre las que se encuentran aquellas que ofrecen cuidados a personas mayores. La imposibilidad de trasladar los aumentos de costes a los contratos en vigor reduce de manera alarmante sus márgenes operativos, limita la capacidad de inversión y dificulta la mejora de las condiciones laborales de las personas trabajadoras con

todo lo que ello implica. Esta situación pone en riesgo por tanto la sostenibilidad de los servicios de cuidados que se prestan a las personas mayores, así como la continuidad de las plantillas. Del mismo modo, la ausencia de mecanismos de revisión de precios crea inseguridad jurídica y desincentiva la participación de empresas en licitaciones públicas, quedando en muchos casos contratos desiertos.

A todo ello hay que añadirle que este marco legal representa una barrera para el desarrollo de la negociación colectiva, al dificultar que las subidas salariales acordadas se apliquen de forma efectiva en los contratos ya adjudicados, algo que impacta sin duda en las condiciones laborales de las personas trabajadoras.

Así, se hace necesaria una reforma norma-

tiva que permita la revisión de precios en supuestos de fuerza mayor o por causas sobrevenidas, incluyendo la aplicación de convenios colectivos, cambios normativos o incrementos de costes no previsibles en el momento de la licitación. Esta propuesta tiene como objetivo evitar la ruptura del equilibrio económico de los contratos, proteger el empleo y mejorar la calidad de los servicios públicos.

Sin embargo, no solo se debe garantizar la viabilidad económica de las entidades prestatarias de servicios esenciales como son los cuidados, sino también asegurar que estas puedan ofrecer servicios de calidad, estables y sostenibles en beneficio del conjunto.

d) Mayor seguridad jurídica



El cuidado de las personas mayores dependientes recae en un 70% sobre el sector privado. Sin embargo, las entidades que prestan estos servicios están viviendo unos cambios legislativos y estructurales a nivel global sin precedentes que no van acompañados de un mayor compromiso presupuestario por parte de las administraciones públicas. Tampoco tienen en cuenta grandes desafíos como por ejemplo el déficit de profesionales, en el que posteriormente profundizaremos más, a la hora de regular el funcionamiento de los distintos servicios, así como las ratios de atención, entre otros.

Un ejemplo en España de ello es el “Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación y Calidad de los Centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (2022), que no termina de ser desplegado en las diferentes comunidades autónomas y que, en este sentido, está provocando que se ralentice la inversión por la incertidumbre e inseguridad jurídica que genera en los potenciales inversores, que no terminan de tener claro las condiciones en las que será posible la gestión

de un centro residencial por ejemplo, en función de la Comunidad Autónoma.

Otro ejemplo claro en España es la modificación prevista de la Ley de Dependencia, una iniciativa legislativa con la que se pretende afrontar el reto demográfico, atendiendo a los objetivos establecidos por la última legislatura europea, reflejados en la nueva Estrategia Europea de Cuidados. A pesar de que se prevé como un gran avance hacia un sistema de cuidados centrado en la persona, el cambio de la norma carece de la financiación necesaria para abordar los retos que afronta. Por otra parte, no tiene en cuenta el déficit de profesionales que sufre el sector y que dificulta enormemente el desarrollo de los distintos servicios con la intensidad que se requieren para una correcta cobertura a las necesidades reales y crecientes de las personas mayores dependientes.

Nos encontramos en este sentido, ante un texto en general demasiado ambiguo (el del anteproyecto de ley), que pretendiendo abrir un abanico de posibilidades que deberán después ser concretadas en las distintas comunidades autónomas,

requiere una redacción que ofrezca más garantías en relación con las características de los distintos servicios que recoge.

En este contexto cabe destacar también el papel en España de la “Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)”. Una estrategia alineada con la nueva estrategia Europea de Cuidados que supone un cambio de modelo complejo, entendiéndolo como un proceso de transformación cultural que debe alcanzar y extenderse a cambios en la normativa, en el papel de las personas, en la planificación de los servicios y prestaciones, en la configuración y diseño de las estructuras, en las relaciones de cuidado y apoyo entre las personas, en las percepciones sociales sobre los cuidados, entre otras muchas cuestiones que se desarrollan en los ejes de esta Estrategia. Una estrategia que deja muchos interrogantes en el aire generando una vez más inseguridad jurídica a las entidades prestadoras de servicio, que desconocen el alcance real que va a tener esta propuesta en los próximos años.

Asumiendo el papel clave de la iniciativa privada en la sostenibilidad del sector de los cuidados en Europa, resulta fundamental un contexto de seguridad jurídica para las entidades que prestan estos servicios, de tal manera que favorezcamos el desarrollo de un sector atractivo para invertir y trabajar. Por ello, es fundamental que, tanto por parte de las instituciones europeas como españolas, se tenga en cuenta en todo momento a las entidades prestadoras de servicios en el desarrollo de normativas que les afectan, de tal forma que se garantice su seguridad jurídica.

e) Estrategias para mitigar el déficit de profesionales

La escasez de profesionales y la creciente demanda de trabajadores es una realidad que no sólo se está evidenciando en España, sino también en el resto de los países de la UE, no siendo una cuestión particular de la situación estructural de un país.

A pesar de que el empleo en el sector de los cuidados es estable y fundamentalmente femenino, las cifras actuales muestran una alarmante escasez de profesionales. Esta carencia afecta de forma especialmente crítica a perfiles como enfermeros, médicos y, cada vez más, a gerocultores. Según la OMS Europa tiene un déficit estimado de 1,6 millones de trabajadores en salud y servicios sociales, con una estimación de que este déficit aumente hasta los 4 millones en 2030. Así, la UE requerirá aproximadamente hasta 2030 de 11 millones de nuevos trabajadores formados en los sectores de salud y cuidados de larga duración para satisfacer la demanda creciente.

Por su parte, el Gobierno de España, en concreto el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 ha publicado recientemente el informe 'Estimación de necesidades de trabajadoras de cuidados de larga duración a 2030' donde se plantea que en cinco años nuestro país necesitará incorporar como mínimo a 261.400 trabajadoras más para poder garantizar la

sostenibilidad del Sistema de Dependencia. Junto a esta estimación, el ministerio anunció la activación de grupos de trabajo interministeriales y con las Comunidades Autónomas para afrontar este reto, a lo que acompañará la reforma de la Ley de Dependencia, que prevé incorporar nuevos servicios destinados a la libre elección y autodeterminación de las personas dependientes –en su mayoría personas mayores– en cuanto al tipo de cuidado que desean recibir, algo que incrementará aún más la necesidad de profesionales.

En este sentido, se hace necesario tomar medidas urgentes desde Europa para afrontar este desafío global: es fundamental que el reto demográfico se sitúe en el centro de la agenda política europea, no como una cuestión anecdótica, sino como un desafío estructural que afecta al conjunto de la ciudadanía. Para ello, es necesario impulsar una mayor financiación, definir estrategias europeas vinculantes, fomentar la colaboración entre estados miembro y compartir experiencias exitosas que puedan servir como modelo.

Y es que no existe un motivo único que justifique el déficit de profesionales en el sector, por lo que tampoco existe una solución única ni fácil. Es un problema multifactorial que requiere soluciones diversas y adaptadas a cada contexto. Urge una coordinación efectiva y transversal ya que afecta y deben implicarse muchas políticas en la búsqueda de soluciones.

Pero sin duda, la falta de reconocimiento social y económico de los profesionales que trabajan en el sector es una cuestión clave y agrava la situación. Es prioritario por tanto impulsar estrategias para atraer talento y mejorar las condiciones laborales de las personas trabajadoras, que pasan por poner en valor un sector muy castigado con una imagen que poco se ajusta a la realidad. El sector de los cuidados es sin duda un sector de grandes oportunidades y de futuro, con mucho potencial, y que en los próximos diez años podría dar lugar a la creación de más de

8 millones de puesto de trabajo. Requiere este cambio de mirada y una eficaz coordinación con las diferentes esferas de las administraciones implicadas para transformar la situación actual en una oportunidad de crecimiento económico y para generar y mejorar empleo, entre otros.

A su vez debemos impulsar:

- La creación de más plazas universitarias.
- Agilizar la homologación de títulos
- Facilitar la contratación en origen
- Accesibilidad en los procesos de obtención de certificados de profesionalidad
- Medidas excepcionales considerando los puestos en estos servicios como de difícil cobertura.
- Creación de nuevas figuras profesionales, específicas para el trabajo en servicios sociosanitarios.

f) Profesionalización y formación

La sostenibilidad del sector de los cuidados pasa por una mayor profesionalización. Es imprescindible dejar atrás la concepción de los cuidados como una tarea informal, asumida mayoritariamente por mujeres dentro del ámbito familiar. Esta profesionalización exige de una acción inmediata para garantizar la existencia de profesionales cualificados, lo cual implica reformas en el sistema educativo, la creación de nuevas figuras profesionales y una coordinación intersectorial efectiva.

En este contexto, los perfiles más demandados actualmente son, por orden, enfermería, médicos, gerocultores, fisioterapeutas y cocineros. La dificultad para cubrir estos puestos es transversal a todo el sistema, afectando a los servicios tanto en el ámbito domiciliario como en centros residenciales.

En cuanto a la calidad de la formación ex-

istente, se reconoce que los profesionales están mejor preparados que nunca, pero el dinamismo del sector hace imprescindible una formación continua, flexible y transversal. Esta debe centrarse no sólo en el conocimiento técnico, sino también en la adquisición de competencias personales como la empatía, la escucha activa, la inteligencia emocional o la resiliencia. Estas habilidades son determinantes tanto para la calidad del servicio como para el autocuidado del profesional. Y es que cuidar a personas vulnerables requiere más que habilidades clínicas: exige una comprensión integral del ser humano. Una buena formación debe dotar a los profesionales de herramientas para gestionar el vínculo emocional, el estrés y la complejidad inherente al cuidado. Sin embargo, las empresas se enfrentan a importantes barreras para formar a sus trabajadores. Entre ellas destacan el bajo nivel de formación previa, la brecha digital, y las dificultades para compatibilizar la formación con la jornada laboral sin perjudicar la prestación del servicio.

Finalmente, resaltar que es fundamental, diseñar contenidos adaptados a las necesidades reales del sector, algo que solo puede lograrse con la participación directa de las entidades prestadoras de servicios en el diseño de los itinerarios formativos, lo que no sucede habitualmente. La oferta y los contenidos formativos deben alinearse con los retos actuales y los perfiles más demandados. Carece de sentido por ejemplo que determinadas funciones estén limitadas a ciertos perfiles profesionales cuando, en muchos casos, esas mismas tareas se realizan en el ámbito familiar sin supervisión. Este tipo de restricciones limita la eficiencia y agrava la escasez de personal.

Concluimos por tanto que la inversión en formación es esencial para la profesionalización del sector y el bienestar de la sociedad, así como una mayor flexibilidad en los itinerarios formativos. Adquieren también protagonismo las microcredenciales como una alternativa válida que está ga-

nando popularidad en el sector, por la flexibilidad y la accesibilidad que ofrecen.

CONCLUSIONES

El conjunto de argumentos recogidos en este apartado pone de manifiesto la necesidad de una transformación estructural del modelo de cuidados en Europa para hacerlo sostenible en el tiempo. No bastan reformas puntuales ni medidas aisladas que no han contado con el propio sector y que nacen de inicio sin una previsión de necesidad de recursos ni financiación adecuada: se requiere una visión compartida, ambiciosa y comprometida que responda a la magnitud del reto que enfrentamos como sociedad.

En este sentido, no podemos dejar de señalar que es fundamental abordar esta cuestión desde su origen, de manera que la inversión en prevención debe ser prioritaria; en este contexto, tendrá un papel esencial como un medio de contención de la presión a la que con total seguridad se enfrenten los sistemas públicos y privados de atención en Europa. Además, Incidiendo en el desarrollo de programas de promoción del envejecimiento activo y saludable, se podrían limitar los costes en materia de salud y en servicios sociales; luego la inversión en medios que contribuyan al freno del deterioro temprano de la salud mental y física de las personas mayores debería ser prioritaria.

En este contexto, no podemos olvidar por otra parte hacer referencia y contemplar la perspectiva de género. Es un hecho que, tanto en el ámbito familiar como en el profesional, la mayoría de las tareas de cuidado recaen sobre las mujeres, lo que perpetúa desigualdades económicas, sociales y laborales. Reconocerlo implica, además de todo lo expuesto anteriormente, promover políticas activas de corresponsabilidad, tanto en el entorno familiar como institucional, dignificar el trabajo de cuidados y asegurar condiciones justas y equitativas para quienes lo ejercen. Es necesaria una mirada de

género para avanzar hacia un modelo verdaderamente justo, sostenible y alineado con los principios de equidad.

Relacionado con esto y en la línea de lo apuntado anteriormente, no debemos olvidar que tradicionalmente, el cuidado de las personas mayores ha recaído en muchos casos en el entorno familiar, especialmente en mujeres; sin embargo, se está produciendo de manera cada vez más elevada, una reducción de la red de cuidados familiares, lo que sin duda evidencia una necesidad de adaptación de los servicios hacia entornos profesionalizados, por lo que es crucial, que se produzca una adaptación del mercado laboral que sea capaz de abordar esta situación.

Asimismo, la colaboración público-privada se convierte un pilar esencial para garantizar la sostenibilidad del sistema. El sector privado, responsable de cerca del 70% de los servicios actuales, no puede ser visto únicamente como un proveedor, sino que debe ser tenido en cuenta como un socio estratégico en la construcción de soluciones. Es imprescindible articular mecanismos estables y transparentes de colaboración que garanticen seguridad jurídica, alineación de objetivos y corresponsabilidad financiera. Esta cooperación debe asentarse sobre una lógica de servicio público, priorizando siempre la calidad de la atención y los derechos de las personas mayores.

Junto a ello, la adecuada coordinación sociosanitaria debe dejar de ser una aspiración para convertirse en una realidad operativa. Las personas mayores no distinguen entre lo social y lo sanitario cuando necesitan atención; por tanto, el sistema debe ofrecer respuestas integrales, ágiles y humanizadas. Esto requiere protocolos compartidos, equipos interdisciplinarios, interoperabilidad de sistemas y, sobre todo, una cultura de trabajo conjunto entre los servicios sociales y de salud. La falta de coordinación actual no solo es ineficiente, sino que multiplica la vulnerabilidad de quienes más apoyo necesitan.

Unido a esto es imprescindible abordar una adecuada planificación estratégica de infraestructuras. La infraestructura actual es claramente insuficiente para satisfacer la enorme demanda, y evidencia importantes diferencias en el acceso a los cuidados a raíz de la creciente desigualdad territorial existente. Sin embargo, los cuidados deben ser garantizados en cualquier entorno, poniendo especial atención en las zonas rurales, en las que el acceso al cuidado profesionalizado puede suponer una mayor dificultad.

Por último, el déficit de profesionales en el sector de los cuidados es ya una emergencia que compromete la viabilidad del sistema. Atraer y retener talento pasa por una mejora sustancial de las condiciones laborales, el reconocimiento profesional y la inversión en formación continua. Pero, además, dentro de este desafío estructural, urge abordar el problema del absentismo laboral, que afecta gravemente a la estabilidad de los servicios. Es necesario comprender y actuar sobre sus causas.

En este escenario, urge un Pacto de Estado por los Cuidados. Un pacto que trascienda coyunturas políticas y establezca un marco común de actuación a medio y largo plazo. Este acuerdo debe integrar los consensos alcanzados hasta ahora y dotarlos de una memoria económica realista, una planificación territorial coordinada y una gobernanza que asegure la implementación efectiva en todo el país. La sociedad española necesita certidumbre y confianza en que el modelo de atención a las personas mayores será una prioridad política sostenida.

En definitiva, el futuro del sistema de cuidados está en juego. Lo que está en cuestión no es solo la prestación de un servicio, sino el modelo de sociedad que queremos construir. Una sociedad que valore la dignidad en todas las etapas de la vida, que proteja a las personas más vulnerables y que reconozca el valor de los cuidados como un bien común esencial.



El futuro del sistema de cuidados está en juego y el modelo de sociedad que queremos construir



Este estudio ha sido
realizada con la
colaboración de...





Enero 2026

Copyright todos los derechos
reservados Prestomedia grupo

UE SALUD

Una visión española de la Europa de la Salud

