Revista Galega de Economía, 35(2) (2026). ISSN-e: 2255-5951
https://doi.org/10.15304/rge.35.2.11498

Presentación

Economía de la salud: retos, evidencia y política en un mundo cambiante

Manuel Ruiz-Adame[1, a], Susana Martínez-Rodríguez[2, b], David Patiño-Rodríguez[3, c], Bruno Casal-Rodríguez[4, d]
[1]Universidad de Granada, España
[2]Universidad de Murcia, España
[3]Universidad de Sevilla, España
[4]Universidade da Coruña, España

[a]mruizadame@go.ugr.es
[b]susanamartinezr@um.es
[c]pato@us.es
[d]bruno.casal@udc.es

Recibido: 14/07/2026; Aceptado: 29/07/2026

La economía de la salud se ha erigido como un marco analítico indispensable para conciliar unos recursos fiscales finitos con las aspiraciones universales de una asistencia sanitaria equitativa y de calidad (Atun et al., 2015). A medida que las naciones de todo el mundo se comprometen a alcanzar la cobertura sanitaria universal a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la disciplina trasciende las preocupaciones académicas especializadas para convertirse en un elemento central de la política sanitaria basada en la evidencia. Abarca cuestiones distributivas, estructuras de gobernanza y mecanismos de eficiencia que determinan si las intervenciones sanitarias llegan a las poblaciones vulnerables y si los sistemas siguen siendo financieramente sostenibles a lo largo de generaciones.

Las estructuras de financiación sanitaria condicionan de manera fundamental los resultados de salud y la protección financiera. Los regímenes de gasto directo de bolsillo generan efectos distributivos regresivos que concentran el riesgo financiero en los hogares vulnerables, mientras que los sistemas basados en seguros y financiados mediante impuestos, con mecanismos de contribución progresivos, facilitan una mancomunación de recursos que desvincula el acceso a la asistencia sanitaria de la volatilidad de los ingresos individuales (Reeves et al., 2015). Sin embargo, la relación entre la arquitectura de financiación y los resultados en materia de equidad resulta compleja: los contextos institucionales, la capacidad de gobernanza y la dinámica macroeconómica condicionan las consecuencias distributivas reales de disposiciones de financiación formalmente idénticas (Kutzin, 2013).

Copyright © Universidad de Santiago de Compostela. Artículo en acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Atribución-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0))

Este número especial reafirma el compromiso de *Revista Galega de Economía/Galician Journal of Economics* de situar la economía de la salud como elemento central del análisis económico aplicado. Las tradiciones investigadoras españolas y la diversidad regional del país ofrecen un observatorio privilegiado para analizar el rendimiento de los sistemas sanitarios, las trayectorias de reforma y las tensiones entre los principios universales y las restricciones fiscales.

ORGANIZACIÓN DE LA COLECCIÓN: UNA ARQUITECTURA TEMÁTICA

Esta colección avanza siguiendo una secuencia lógica que pone de manifiesto cómo operan los sistemas sanitarios en múltiples niveles de análisis e intervención. Los dos primeros artículos examinan factores del lado de la demanda, las tecnologías sanitarias digitales y la adaptación conductual a nivel poblacional, mostrando que el rendimiento del sistema sanitario depende tanto de las características de los usuarios y la integración de estilos de vida como del propio despliegue tecnológico. Esto conecta con el llamamiento de la Organización Mundial de la Salud a una atención integrada y centrada en las personas, que sitúa las necesidades, valores y preferencias de los individuos en el centro del diseño y la prestación de los sistemas sanitarios y asistenciales (World Health Organization (WHO), 2015).

Jorge Arenas Gaitán, Patricio E. Ramírez Correa, Pablo Ledesma Chaves y Luis J. Callarisa Fiol examinan - **«E-lifestyles and their impact on medical teleconsultation»** - cómo las tecnologías digitales han transformado la prestación de asistencia sanitaria, si bien su adopción sigue estando condicionada de forma sustancial por las características de la población y los factores de estilo de vida. El estudio identifica ocho perfiles de usuario diferenciados, poniendo de manifiesto que la difusión tecnológica exige una preparación por el lado de la demanda, y que la adaptación de los estilos de vida constituye un requisito igualmente esencial para materializar las ganancias de eficiencia de la salud digital.

La perspectiva del lado de la demanda se amplía con la contribución de José Antonio Robles-Zurita y Óscar David Marcenaro Gutiérrez, **«The effect of population norms on self-reported weight perception and weight control behaviour: evidence from Spain»**. Este segundo artículo se centra en el papel de las normas poblacionales en la configuración del peso y de las conductas de control del peso. Las conductas relacionadas con la salud emergen a través de procesos sociales en los que las normas del grupo de referencia moldean la autopercepción y la acción. Cuando las normas poblacionales subestiman la prevalencia de la enfermedad, los individuos perciben sistemáticamente de forma errónea el riesgo, lo que hace insuficientes las intervenciones basadas exclusivamente en la información para modificar el comportamiento (Niessen et al., 2018). Este hallazgo subraya que la economía de la salud debe integrar dimensiones conductuales, reconociendo que las preferencias reflejan una cognición social incorporada.

El siguiente par de contribuciones desplaza el foco hacia las dimensiones humanistas y de equidad: las valoraciones de la calidad de vida en los cuidados al final de la vida y los gradientes de riqueza que condicionan tanto la carga de enfermedad como las consecuencias financieras para las poblaciones vulnerables. Elena García, Javier Lera, David Cantarero-Prieto, Carla Blázquez-Fernández, Ana Expósito y Ana Rodríguez Valcarce presentan **«Humanization in palliative care through art: A Social Return on Investment (SROI) analysis of ProArt»**. Al incorporar la dignidad, el bienestar emocional y las dimensiones relacionales del cuidado, el artículo amplía la evaluación económica más allá de las medidas de coste y eficiencia. Ello extiende la valoración económica más allá de las métricas convencionales para abarcar la

Revista Galega de Economía, 35(2) (2026). ISSN-e: 2255-5951
https://doi.org/10.15304/rge.35.2.11498

dignidad y las dimensiones relacionales del cuidado, demostrando que la economía de la salud debe abarcar las capacidades y el florecimiento humano.

La atención a las consecuencias más amplias de la asistencia sanitaria continúa con Divya Chaudhary y Anuradha Jain, que examinan en **«Wealth Gradient in Non-Communicable Diseases and Financial Risk: Evidence from Panel Data in India»**. El análisis muestra cómo las desigualdades socioeconómicas en la carga de las enfermedades no transmisibles interactúan con los mecanismos de financiación sanitaria para incrementar la exposición al gasto catastrófico entre los hogares de menores ingresos (Sommers et al., 2017). Aunque la carga de las Enfermedades No Transmisibles se concentra cada vez más entre los hogares más pobres, la carga financiera sigue estando desproporcionadamente concentrada entre los grupos vulnerables. La evidencia confirma que la equidad en la financiación y la equidad en salud constituyen objetivos inseparables.

La colección se traslada después a los mecanismos de financiación a nivel macro, examinando tanto la evidencia comparada entre países sobre las consecuencias distributivas de las decisiones de financiación como la aplicación específica de la cobertura universal en el complejo panorama institucional de Indonesia. Karen Andrea Balladares Ponguillo, José Roberto Morales Vergara, Juan Evangelista Trinidad Segovia y Danny Xavier Arevalo Avecillas presentan en **«Financiación sanitaria, pagos de bolsillo y desigualdad del ingreso: evidencia de un panel internacional (2000–2020)»**. Analizando 135 países, los autores demuestran que una mayor dependencia de los pagos directos de bolsillo se asocia con un aumento de la desigualdad de ingresos, en consonancia con su carácter regresivo (Wagstaff & Doorslaer, 2003). Sus resultados sugieren que los efectos distributivos de los sistemas sanitarios dependen no solo del nivel de gasto, sino también de la forma en que se financia la asistencia sanitaria. Las reformas de la financiación sanitaria deben concebirse como estrategias redistributivas plurianuales integradas con las políticas macroeconómicas.

Esta preocupación por el diseño de la financiación se extiende con la contribución de Suroso Suroso, Aeda Ernawati Ernawati y Arieyanti Dwi Astuti en **«Health Economics: Challenges, Evidence, and Policy in Indonesia»**, que sintetiza la evidencia de 27 estudios sobre la implementación de la cobertura sanitaria universal en Indonesia (Moreno-Serra & Smith, 2012). Si bien la expansión de la cobertura ha incrementado la protección financiera, persisten retos críticos: el gasto catastrófico, las disparidades regionales, las ineficiencias en el pago a los proveedores y la fragmentación de la gobernanza. Una cobertura universal sostenible requiere una reforma integrada que aborde la arquitectura de la financiación, la compra estratégica, la igualación fiscal y la inversión preventiva.

Los dos últimos artículos del número especial abordan las trayectorias de reforma de los sistemas y el rendimiento organizativo de primera línea, ilustrando cómo la resiliencia institucional sostiene la cobertura pese a las crisis fiscales y cómo el compromiso directivo con los indicadores de rendimiento traduce los objetivos de política en resultados clínicos. Youssef Azizi y Abderrazak El Hiri presentan en **«Fragmented Implementation and Resilient Universalism: Health Reforms in Spain (2000–2026) - An Analysis Using the Walt and Gilson Framework»**. El sistema descentralizado español aporta evidencia de la capacidad de los sistemas de cobertura universal para resistir las perturbaciones macroeconómicas (Wagstaff et al., 2018). Las medidas de austeridad trasladaron temporalmente el riesgo financiero a los hogares, si bien la cobertura agregada resultó sorprendentemente resiliente. Las posteriores reversiones de política restablecieron los principios de acceso universal. Los sistemas sanitarios universales poseen mecanismos de resiliencia institucional —protecciones legales, movilización social, marcos supranacionales— que limitan la deriva regresiva durante las crisis fiscales.

La última contribución se traslada de la reforma a nivel de sistema al mecanismo organizativo mediante el cual la política se implementa en la práctica clínica. María Beatriz González-Sánchez, Cristina Gutiérrez-López y Francisco Reyes-Santías examinan en **«Use of Performance Measurement Systems among Clinical Managers: Implications for Waiting Time Reduction»**. El compromiso de los gestores clínicos con los sistemas de medición del rendimiento se asocia con una mejora de los resultados de eficiencia y con una reducción de los tiempos de espera (Kruk et al., 2018). Esto demuestra que la economía de la salud abarca el desarrollo de los recursos humanos y el cambio del comportamiento organizativo que permite la aplicación práctica de los principios económicos en primera línea.

En conjunto, estas ocho contribuciones conforman un andamiaje intelectual coherente que demuestra que los resultados de los sistemas sanitarios emergen de la interacción dinámica entre las estructuras financieras, el diseño institucional, las respuestas de la población y la gestión organizativa. Estos artículos demuestran que la economía de la salud contemporánea constituye un marco esencial para comprender cómo las sociedades organizan la prestación de asistencia sanitaria, distribuyen los recursos, protegen a las poblaciones frente a la catástrofe financiera y sostienen el rendimiento a lo largo del tiempo. Ya se examinen los mecanismos de financiación, las trayectorias de reforma, las respuestas conductuales o la eficacia directiva, estos trabajos confirman que un análisis económico riguroso, fundamentado en la comprensión institucional y atento a la equidad, genera conocimientos insustituibles para los responsables de las políticas y para los profesionales.

A medida que se intensifican los retos sanitarios globales —el envejecimiento de la población, las amenazas relacionadas con el clima, las innovaciones tecnológicas—, la mirada económica resulta indispensable. Invitamos a los lectores a acercarse a esta colección como una declaración contemporánea de las contribuciones cambiantes de la economía de la salud a la ciencia económica aplicada.

Referencias

Atun, R., de Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., Garcia, P., Gómez-Dantés, O., Knaul, F. M., Muntaner, C., de Paula, J. B., Rígoli, F., Serrate, P. C.-F., & Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, *385*(9974), 1230–1247. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9

Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V, English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., … Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, *6*(11), e1196–e1252. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, *91*(8), 602–611. https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985

Moreno-Serra, R., & Smith, P. C. (2012). Does progress towards universal health coverage improve population health? *The Lancet*, *380*(9845), 917–923. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61039-3

Niessen, L. W., Mohan, D., Akuoku, J. K., Mirelman, A. J., Ahmed, S., Koehlmoos, T. P., Trujillo, A., Khan, J., & Peters, D. H. (2018). Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the

Revista Galega de Economía, 35(2) (2026). ISSN-e: 2255-5951
https://doi.org/10.15304/rge.35.2.11498

Sustainable Development agenda. *The Lancet*, *391*(10134), 2036–2046. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3

Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*, *386*(9990), 274–280. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60574-8

Sommers, B. D., Gawande, A. A., & Baicker, K. (2017). Health Insurance Coverage and Health — What the Recent Evidence Tells Us. *New England Journal of Medicine*, *377*(6), 586–593. https://doi.org/10.1056/NEJMsb1706645

Wagstaff, A., & Doorslaer, E. van. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, *12*(11), 921–933. https://doi.org/10.1002/hec.776

Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smitz, M.-F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., van Wilgenburg, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, *6*(2), e169–e179. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1

World Health Organization (WHO). (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1