

JOSU IMANOL DELGADO Y UGARTE

MARÍA PARDO Y TORRES

LA ECONOMÍA Y EL OBJETIVO PÚBLICO

UNA SOCIEDAD PARA TODOS



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Josu Imanol Delgado y Ugarte; María Pardo y Torres, 2024

Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos

Internet: <http://www.editdiazdesantos.com>

E-mail: ediciones@editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-524-1 (edición papel)

e-ISBN: 978-84-9052-525-8 (edición digital)

Depósito Legal: M-8658-2024

Diseño de cubierta y Fotocomposición: P55 Servicios Culturales

Printed in Spain - Impreso en España

JOSU IMANOL DELGADO Y UGARTE

Josu Imanol Delgado y Ugarte es Economista, Doctor en Administración de Empresas, Finanzas. Master in Business Administration y Master en Finanzas.

Ha ampliado su formación en universidades americanas de primer nivel en áreas de Finanzas y Estrategia Empresarial.

En el año 2011 realizó una descripción clara de la manera de poder salir de la crisis económica que padecía España. En el año 2014, señaló que por causa de la Desigualdad y el Maquinismo, el crecimiento económico se vería negativamente afectado. En enero del año 2016, en el Foro Económico Mundial de Davos, señalaron, precisamente, estas causas, como peligros para la Economía Mundial. Expuso también, que por ello, la Ley de Okun se encuentra distorsionada y no funciona en estos momentos.

Es autor de otros 36 libros más sobre Finanzas, Economía y Administración de Empresas como: «*Teoría de los Negocios, Estrategias con Opciones Financieras, Manual Práctico de Gestión de Tesorería de Empresas, La Economía Aplicada, El Análisis Técnico Bursátil, El Análisis Bursátil Fundamental, La Renta Fija, La Valoración de Empresas, El Crash del 2007, Economía Fácil, El Liderazgo en la Dirección de Empresas, La Economía Actual, Economía Fácil para Bachillerato y Secundaria, Finanzas Fáciles para bachillerato y Secundaria, La Transformación Social, Política y Económica de Nuestro Mundo, Management Estratégico Actual, Los Estilos de Dirección y El Liderazgo, La Asignación Óptima de los Recursos, El Informe Económico Financiero, Economía Desde el Corazón, El Controller de Gestión de Empresa, Estados Contables, Criptomonedas, El Plan de Marketing Digital Estratégico, Indicadores de la Tendencia de la Economía, Ciclo Económico y sus Indicadores, Poder y Pobreza, Libre Mercado, Economía y Sociedad, La Mente Económica, El Liderazgo en la Dirección de Empresas, Conversaciones entre Javier Sádaba y Josu Imanol Delgado y Ugarte, Manual de Heráldica, La Ciencia del Blasón, Manual de Genealogía y Economía desde el corazón*».

Ha publicado alrededor de 200 artículos de opinión en la más prestigiosa prensa especializada y general. Sus artículos publicados, principalmente, en el

diario *Cinco Días* y *El Economista* sobre el «Crash del 2007», son un referente, en los momentos en los que estos fueron escritos.

En 1997 definió los 7 Factores Generales, que son los que determinan las inversiones (tamaño de la inversión, horizonte temporal, grado de aversión al riesgo, rentabilidad mínima exigida, flujos intermedios de retorno, inversiones complementarias, liquidez a la hora de salir de la inversión) y que todo Inversor debe tener en cuenta en su decisión de inversión. En el año 2014 definió los 4 Factores Fundamentales de la Excelencia en el trabajo (Capacidad Mental, Formación, Experiencia y Motivación); en el año 2015 definió las 5 partes en las que se divide el trabajo (Función, Tarea, Proceso, Método y Labor) y en el año 2021 expuso el Análisis INGRESO – SALARIOS

$$\text{JIDU 1} = \frac{\text{Ingreso total anual}}{\text{Masa salarial total anual}}$$

$$\text{JIDU 2} = \frac{\text{Generación de fondos anual}}{\text{Masa salarial total anual}}$$

Es el creador del término «Maquinismo», para aludir a la robotización existente en todos los órdenes de nuestras vidas.

2015. Premio Estrella de Oro a la Excelencia Profesional. Por su aportación al Desarrollo de la Economía y de la Sociedad, a través de sus trabajos publicados. Instituto para la Excelencia Profesional. Madrid.

En el año 2016 fue candidato al Premio de Investigación Social Realizada, de la Fundación para el Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada (FOESSA), Madrid.

En el año 2017, fue Candidato al Premio Rey Jaime I de Economía. Fundación Premios Rey D. Jaime. Valencia

En el año 2017 fue premio Medalla de Oro Europea al Mérito en el Trabajo. Asociación Europea de Economía y Competividad. Madrid.

En el año 2018 fue candidato al Premio Novia Salcedo, otorgado por la Fundación Novia Salcedo de Bilbao.

En el año 2019 se le otorgó el Premio al Mérito Económico de la Academia Internacional de Ciencias, Tecnología, Educación y Humanidades.

En el año 2020 fue galardonado con el premio LEE KUAN YEW de la Escuela de Líderes de las Américas para la Excelencia en la Gobernanza.

En el año 2022, candidato al Premio Príncipe de Viana de la Cultura. Gobierno de Navarra.

En el año 2022, premio El Mundo Financiero de Economía. Periódico *El Mundo Financiero*.

En el año 2022, candidato al premio nacional de Economía Rey de España, otorgado por la Fundación José Celma Prieto, con la colaboración del Banco de España.

En el año 2023, Premio Lluís de Santàngel. Associació Valenciana Mosatros Año 2024. Premio a propuesta de la Comisión Ejecutiva para América Latina de la Academia Internacional de Ciencias, Tecnología, Educación y Humanidades, AICTEH, A las estrategias de Innovación en las dinámicas sociales a la luz del Siglo XXI.

Actualmente es Asesor Económico y Consultor de Inversiones, Estrategia, Reingeniería y Cultura Empresarial. www.jidelgadoyugarte.wordpress.com

MARÍA PARDO Y TORRES

María Pardo Torres es licenciada en Sociología y Ciencias Políticas y Administración Pública por la Universidad de Valencia en el año 2023. A pesar del escueto recorrido como investigadora, ha participado en diferentes proyectos que han servido de antesala para la redacción de los informes y la obtención de los datos del actual estudio, siendo esta la primera de sus publicaciones que sale a la luz.

ÍNDICE

Dedicatorias y Agradecimientos	VII
Autores.....	IX
Introducción.....	XV
1. La cuestión social de la Sanidad.....	1
2. La Educación en un enclave social global.....	25
3. El régimen de vivienda. Donde la necesidad se encuentra con la realidad	49
4. Trabajo y sociedad: un vínculo frágil.....	65
5. Política industrial, vía de escape al subdesarrollo	83
6. Economía alimentaria y reparto social.....	99
7. Medios y sociedad: relevancia informacional.....	115
8. Revolución de la tecnologías de la comunicación: perspectivas y conexiones.....	129
9. La energía: cimiento de la sociedad contemporánea.....	143
10. Infraestructuras de transporte: motor de una sociedad en movimiento.....	155
11. Protección al desfavorecido: responsabilidad ineludible de la sociedad.....	173
12. Retos y desafíos de la sociedad.....	189
13. ADENDA	217
Lecturas de interés	227

Introducción

En este mundo tan extremadamente cambiante debido a las nuevas tecnologías, que ya forman parte de nuestra vida, y en el que existe una gran deuda agregada, se puede intuir que los tributos a los contribuyentes van a subir sustancialmente, y tanto estos como la sociedad en la que viven están abocados a ser cada vez más pobres. Este libro trata sobre las medidas adecuadas que un Gobierno debería tomar para que la sociedad pueda desarrollarse lo mejor que le sea posible y así, a su vez, los individuos que la integran puedan alcanzar su "tope óptimo" y se involucren en el objetivo común y que nadie quede excluido en tal proceso

Evidentemente, una sociedad la conforman todos y cada uno de los individuos que la integran y creemos, firmemente, que los gobiernos deben proteger y también guiar de la mejor forma posible a todos sus gobernados, ya que una sociedad solo se desarrollará de manera sostenible si la mayoría de sus integrantes gozan de una buena posición, y que si esta solo la puede alcanzar una exigua minoría, la sociedad desembocará, indefectiblemente, en el empobrecimiento de todos y su crecimiento será limitado.

Resulta obvio, pues, que el objetivo público de cualquier gobernante debería ser la creación y facilitación de un clima favorable que posibilite el acceso adecuado de todos a todos los factores de ese desarrollo y así puedan llegar a alcanzar sus máximos y, como consecuencia de esto, la sociedad en la que viven crezca.

En este libro se tratan temas relacionados con este objetivo, y seguro son los más importantes para todos los que integran la sociedad y para los que en el futuro también lo harán. Por citar centros de interés: SANIDAD, EDUCACIÓN, VIVIENDA, TRABAJO, POLÍTICA INDUSTRIAL, POLÍTICA AGRARIA, MEDIOS DE INFORMACIÓN, TECNOLOGÍA DE COMUNICACIÓN, ENERGÍAS, VÍAS DE

TRANSPORTE y PROTECCIÓN AL DESFAVORECIDO. Tratamos, con ello, de aportar ciertas ideas a los responsables de gobiernos para que las medidas que adopten sean óptimas y puedan beneficiar a los individuos, lo que beneficiará, sin duda, a la propia sociedad.

En estos momentos en los que parece que rozamos la entropía, se necesita más que nunca definir cuál es la estructura más deseable para una sociedad mejor y no caigamos en una sociedad distópica, porque todo parece indicar que es allí hacia donde nos vamos encaminando gracias a un liberalismo económico que sabemos que produce, indudablemente, una desigualdad inapropiada, y una economía planificada que ha terminado siempre haciendo paupérrimas a las sociedades que la han adoptado.

Por ello que creemos que esta obra puede ser importante para aportar un rumbo claro para las sociedades, para los individuos y, por supuesto, para los gobernantes, que son quienes deberán adoptar las medidas político-económicas que han de regir las relaciones entre los individuos y sus sociedades, y que les deben impulsar hasta su óptimo desarrollo. Esto es algo que obviamente todo Gobierno debería perseguir, pues si no es capaz de ofrecer bienestar y oportunidades a sus gobernados, lo lógico es que se marchara y dejara expedito el camino a otro que sí lo pueda hacer.

Espero, sinceramente, que este trabajo aporte las ideas necesarias para poder llegar a conseguir estructurar una sociedad idónea para todos; donde todos puedan vivir con la dignidad que les otorga el ser seres humanos, y que no favorezca solamente a los plutócratas, definiendo plutocracia como la situación en la que los ricos ejercen su dominio sobre los gobernantes y sus gobiernos con el objeto de que las medidas que adopten les sean absolutamente favorables solo a ellos.

JOSU IMANOL DELGADO y UGARTE

1

LA CUESTIÓN SOCIAL DE LA SANIDAD

Cuide su cuerpo. Es el único sitio que
usted tiene para vivir.

Jim Rohn, escritor

La salud es un bien que constituye la base para el desarrollo personal y vital del individuo, siendo el nivel de salud de un país el indicador clave para poder conocer el estado de bienestar de su población, el nivel de desarrollo y de cohesión social, entre otros muchos. El objetivo en alcanzar un buen nivel de salud generalizado es el resultado de un férreo compromiso asumido por los gobernantes de consolidar un sistema sanitario cuya estructura organizativa posea unos cimientos resilientes y capaces de hacer frente a las diferentes coyunturas socioeconómicas.

En el escenario de los países desarrollados, el sistema sanitario se encuentra sustentado en el principio de subsidiaridad (o solidaridad social) que se manifiesta en una colectivización de los riesgos a través de la unidad de aseguramiento, por contribuciones individuales a la financiación del sistema ligadas a la capacidad de pago y no al estado de salud, por una prestación de servicios de acuerdo a la necesidad, y por altos índices de cobertura y equidad.

Con la finalidad de abordar en profundidad el concepto de salud, vinculándolo directamente al individuo, se debe hablar de la salud en términos de campo, cuestión que nos invita a pensar relacionamente. De esta forma, se entiende que el campo de la salud estructura al individuo, pero el mismo, a su vez, condiciona al sistema sanitario, tratándose de una relación bidireccional. Para profundizar en esta noción, se procede a analizar de manera separada cada una de estas relaciones y las consecuencias que se ocasionan.

La salud del individuo es una preocupación central dentro de la agenda política de cualquier gobierno, dado que los individuos que gocen de mala salud detraerán fondos públicos para corregir esta situación, dado que los gobernantes necesitan de una población que se encuentre en condiciones de poder aportar al sistema productivo y a la sociedad en su conjunto. Si se describe al individuo como un engranaje dentro de la cadena productiva, este debe de encontrarse en plenas facultades para poder hacer funcionar el mecanismo del cual depende: el sistema económico. Es por ello que hay un interés soterrado que encierra la voluntad de los gobernantes de proveer de un sistema sanitario garantista, el servir a los intereses del capital proveyendo de recursos humanos eficientes y en plenas facultades que aseguren un mayor desempeño y productividad dentro de la cadena de producción.

Por su parte, la salud se encuentra íntimamente ligada a una serie de determinantes, conceptualizados como indicadores de salud por Marc Lalonde (1974), en el documento de *Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses*. En el estudio elaboró un modelo, el cual vamos a implementar en el análisis de los datos, y en el que se comprueba la relación existente entre la salud y cuatro grupos de factores diferentes.

El *primero* de estos factores refiere a cuestiones biológicas relacionadas con la carga genética de cada individuo; se trata de la base y el punto de partida del resto de los factores, siendo elemento diferencial que va a condicionar el grado de afectación de los restantes. En este se contemplan elementos como la herencia genética, la edad y el sexo de la persona, entre otros.

En *segundo* lugar, se encuentra al impacto que genera el medio ambiente entendido como el conjunto de factores que se encuentran en el entorno del individuo y estos solo son susceptibles de cambio en caso de que se trate de una acción colectiva, pero nunca de manera individual. Cabe tener en cuenta que en el concepto de entorno no solo se halla presente el ambiente natural, también resulta decisivo el entorno social.

Por lo que respecta a la influencia del medio ambiente en la salud, se aborda el nivel de acceso a los recursos y la calidad de los mismos, dado que son determinantes para la salud de las personas, con ello se hace referencia al estado del agua, el aire, los alimentos, la radiación, etc. Actualmente son bien conocidas las consecuencias que tiene el cambio climático en la salud, siendo la contaminación del aire y la degradación ambiental una de las principales causas de muerte en la actualidad y suponiendo el mayor desafío al que deben de enfrentarse las generaciones tanto presen-

tes como futuras a nivel global. Además, se trata de un hecho que no se le atribuye una solución temprana y cuya proyección estima el paulatino empeoramiento respecto de la situación actual.

La Figura 1.1 muestra este hecho, que representa la tasa de mortalidad prematura por cada 100.000 habitantes debido a la contaminación ambiental. Estos datos recogen los fallecimientos que se producen antes de la media establecida por la esperanza de vida, dado que estas personas han quedado expuestas a un entorno ambiental perjudicial y nocivo para su salud. Esta exposición ambiental y los efectos del cambio climático producen una serie de problemas en la salud, tales como enfermedades cardiovasculares, tumores y problemas respiratorios, teniendo como última consecuencia las muertes prematuras por contaminación.

Constatamos el hecho que puede ser considerado como un problema que genera mayor afectación en países que se encuentran en vías de desarrollo dada su mayor exposición a un entorno contaminado. Con todo, en el gráfico se exponen una serie de países considerados como desarrollados que muestran unas cifras relativamente altas. En el caso griego para el año 2019, según los datos brindados por la OECD, se producen 54,6 muertes por cada 100.000 habitantes, siendo el país con la cifra más alta de toda la serie. A su vez, destacan los países centroeuropeos, como Bélgica y Alemania, cuyas cifras sobrepasan los 30 puntos.

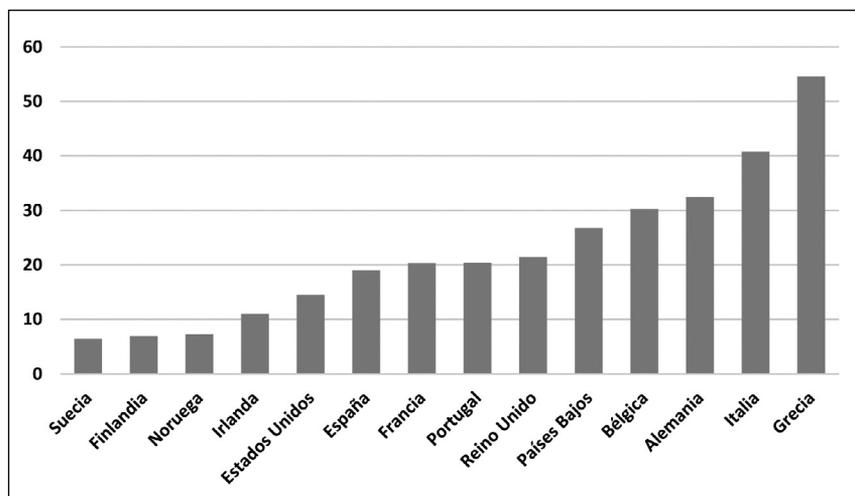


Figura 1.1. Muertes atribuidas a la contaminación del aire, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

El situar como centro del análisis al medio ambiente y establecer una relación directa del mismo en la salud del individuo, constituye un enfoque que es relativamente nuevo. Muestra de ello es que la OECD no realizaba un análisis de este fenómeno con anterioridad al año 2019 (OECD, *Panorama de la Salud*, 2021).

La otra vertiente del medio ambiente refiere a la rama social-económica, en la que se aborda la relación del poder económico y la salud, siendo innegable la reproducción de las diferentes formas de pobreza como la principal causa de enfermedad en el mundo. Es del todo conocido que la causa que subyace en pro de la lucha contra la pobreza ha sido y es la vía para mejorar la salud de la población.

El *tercer* determinante responde a los estilos de vida que cada uno de los individuos adopta de acuerdo a la realización de una serie de hábitos que influyen directamente en su estado de salud. Se trata de una serie de conductas que, a pesar de ser calificadas como decisiones personales, se encuentran fuertemente ligadas al contexto socioeconómico de cada uno de los individuos.

Una de estas cuestiones responde al tabaquismo existente en la población, por ello en la Figura 1.2 se analiza el porcentaje de población en cada uno de los países que consume tabaco de manera diaria. De esta forma, se observa cómo esta lacra tanto social como para la salud afecta a un 20% del total de la población en países que gozan de un buen sistema sanitario como son España, Francia y Grecia. Aún en los países nórdicos el peso del tabaquismo se hace de notar, dado que cerca del 10% de su población consume tabaco asiduamente.

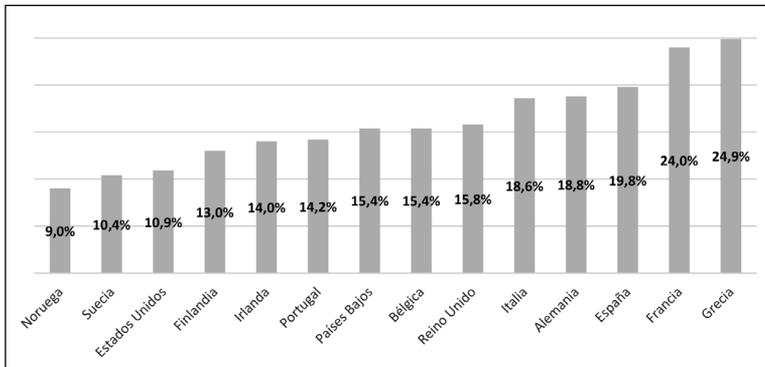


Figura 1.2. Tabaquismo en la población adulta, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Los estilos de vida refieren a la dieta que se lleva, la actividad física de los individuos, el grado de adicciones presente en un contexto concreto, entendiendo por adicción el consumo de alcohol, tabaquismo o cualquier tipo de narcótico, entre otros. No cabe, en el marco de este estudio, demostrar el efecto que genera en la sociedad el experimentar una vida basada en hábitos no saludables, sedentarios y alejados del bienestar; sin embargo, se pretende exponer cómo estas cuestiones están presentes en el día a día, representando un problema capital que atañe a las sociedades occidentales, y en muchas ocasiones escapan al foco de mira.

En la Figura 1.3 se observa cómo afecta la dieta a la población adulta de diferentes países elegidos en el marco del presente estudio, en el que cabe observar el porcentaje de población adulta que posee sobrepeso. Se observa cómo en países desarrollados y grandes potencias económicas el sobrepeso representa una cuestión palpable en el día a día, dado que en países como Finlandia, Portugal y Estados Unidos más de dos tercios de su población se encuentran en esta situación.

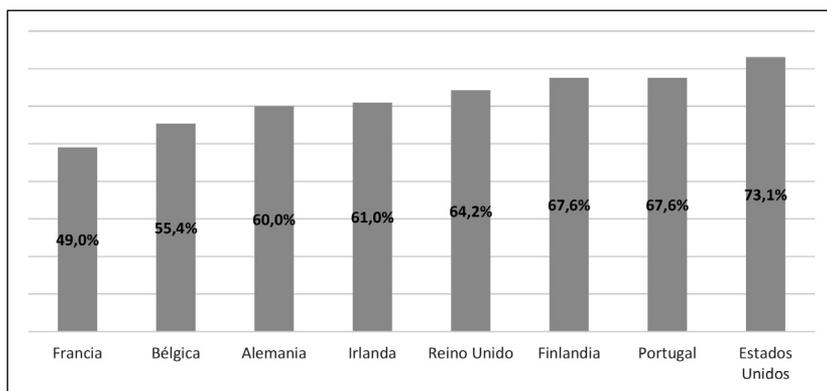


Figura 1.3. Porcentaje de población adulta con sobrepeso, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Por su parte, el disfrutar de una dieta basada en el consumo de vegetales y de frutas es esencial para llevar un estilo de vida saludable. En la Figura 1.4 se muestra el porcentaje de población joven que no consume en su dieta de manera diaria ningún vegetal o fruta, mostrando el problema en los hábitos alimenticios de la población más joven. En la gran mayoría de los países representados en el gráfico, más de la mitad de los jóvenes no incluye ninguna pieza de fruta ni de verdura en su día a día.

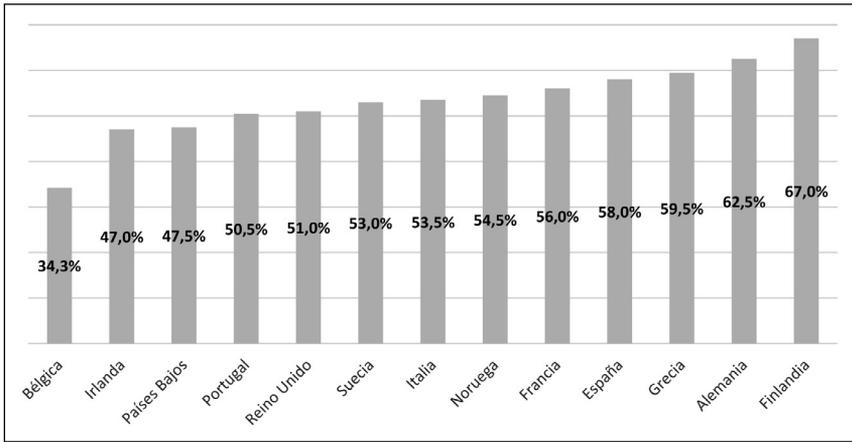


Figura 1.4. Falta de consumo de frutas o vegetales en la dieta en la población joven, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Finalmente, dentro del marco de los hábitos, se analiza la población adulta y la realización de la actividad física, dado que el sedentarismo es uno de los principales problemas de las sociedades actuales. En la Figura 1.5 se observa como en la mayoría de países desarrollados más de un tercio de la población no realiza actividad física suficiente para mantenerse en forma, cuestión que deriva en problemas cardiovasculares y afecta gravemente a los modos de vida de las personas.

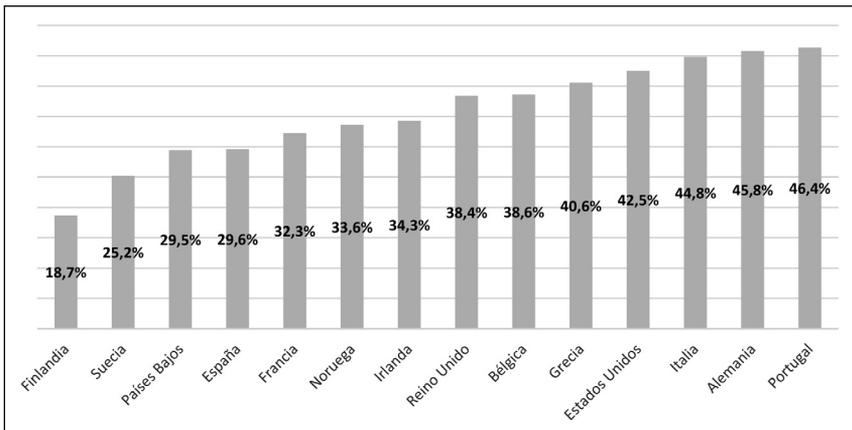


Figura 1.5. Porcentaje de actividad física insuficiente en las personas adultas, 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Finalmente, el *cuarto* determinante responde al sistema sanitario, entendiendo al mismo como la estructura organizativa que se encarga de la oferta de servicios de atención médica y cuidado de la salud, alcanzando un peso determinante en la salud tanto individual como colectiva. En un análisis del mismo se busca tener en cuenta los criterios de equidad y acceso, la tipología de servicios prestados y los cuidados que contempla. Cabe tener presente este último determinante como eje vertebrador del capítulo, pues se pretende analizar en profundidad los diferentes modelos sanitarios y la puesta en duda sobre la sostenibilidad del sistema.

Para realizar un análisis exhaustivo de los servicios de salud, se hace uso de la Tabla 1.1, que han proporcionado los autores JM Freire y JR Repullo (2006) en su trabajo *Política social y Salud* en donde establecen tres pilares básicos sobre los que descansa cualquier sistema de salud; en primer lugar, la financiación y los recursos financieros; en segundo lugar, los proveedores de servicios; y, en tercer lugar, los mecanismos de asignación de los recursos a los proveedores.

Tabla 1.1. Modelo de elementos básicos de los Servicios de Salud por JM Freire y JR Repullo.

Recursos financieros	Mecanismos de asignación	Proveedores
Pago directo	Pago directo Contrato	Atención primaria Médicos Farmacia Salud Pública Etc.
Aseguramiento privado voluntario		
Aseguramiento obligatorio (cuota)	Contrato Concierto Integración	
Impuestos	Integración	

Por lo que hace a los **recursos financieros**, la salud puede estar financiada a través de cuatro vías diferenciadas, siendo la primera de ellas el pago directo del paciente que consiste en la retribución in situ bien de los servicios médicos o de los tratamientos a los proveedores de los servicios proporcionados.

En la mayoría de los casos, los pagos directos son complementarios a la financiación mediante un seguro voluntario privado, y van destinados a servicios y recursos concretos. Por ello, se trata de un modelo teórico que en la práctica se encuentra fuertemente unido a las fuentes de financiación voluntarias.

En segundo lugar, se encuentra el aseguramiento como vía de financiación de las prestaciones sanitarias, existiendo dos tipos de seguro: por un lado, el seguro voluntario que es de carácter privado; y, por otro lado, el seguro obligatorio público conocido en la mayoría de los casos como las cotizaciones aportadas en los sistemas de Seguridad Social.

En lo que respecta al aseguramiento privado, se trata de un contrato sufragado por los ciudadanos a título personal o por las empresas a cuenta de sus trabajadores, quienes tienen capacidad de pago, el cual les permite el acceso a servicios privados. El mismo tiene capacidad para operar de manera complementaria o suplementaria a la cobertura pública, dependiendo del caso que se trate.

Si nos centramos en el caso de los que actúan de manera complementaria, los seguros privados se tratan de una serie de primas que se satisfacen de forma voluntaria y que disminuyen el riesgo del individuo asegurado al ofrecer una cobertura y servicio más allá de lo ofrecido por los sistemas estatales de cobertura obligatoria, sustentados a base de impuestos y contribuciones sociales (Ferrán, 2008). En cambio, los aseguramientos que actúan de manera suplementaria no acompañan a ninguna cobertura pública y salen del sistema de aseguramiento público (*Tres ensayos acerca del aseguramiento en salud; identificación y evaluación de consecuencias de asimetrías de información*, 2016).

La Figura 1.6 muestra los diferentes tipos de seguro privado en una serie de países seleccionados, se observa que en los países donde el modelo de cobertura se rige en mayor medida por mecanismos de mercado, la población apuesta por financiar un seguro privado complementario. Por su parte, en los países en los que predomina un modelo universalista de sanidad pública prevalecen los seguros privados duplicados, que hacen las funciones tanto de suplementariedad como de complementariedad, como es el caso de los países del sur de Europa o el modelo irlandés, en este último más del 46% de la población cuenta con uno de estos seguros.

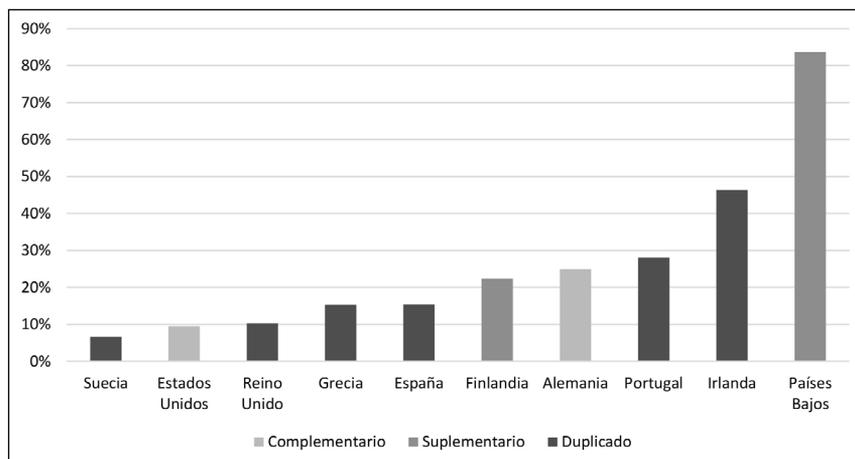


Figura 1.6. Cobertura de seguro médico privado según el tipo, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Por su parte, las dos últimas vías de financiación responden a las empleadas por los países más desarrollado dado que garantizan en mayor medida los criterios de equidad y necesidad médica al facilitar el acceso universal a la salud. La primera de ellas se trata de la financiación a través del pago de un aseguramiento obligatorio o sistema de seguros sociales, el cual sustenta su financiación a través del pago de cuotas preceptivas sustraídas del salario o a través del pago de los impuestos, y la última de ellas responde a la vía de financiación sufragada completamente por el pago de impuestos.

La Figura 1.7 muestra la totalidad del gasto que se realiza en sanidad según el tipo de financiación para el año 2019. Gracias a los datos proporcionados por la OECD, se conoce que la cobertura sanitaria en los países nórdicos se encuentra fuertemente sustentada en un modelo de financiación basado en planes gubernamentales y fondos públicos, seguidamente, se encuentran países mediterráneos como Italia y España, conjuntamente con Irlanda, donde los planes gubernamentales, de nuevo, suponen la fuente de financiación principal.

Por su parte, los países centroeuropeos encuentran su forma de financiación a través del aseguramiento médico obligatorio, basado tal y como se ha mencionado con anterioridad, en un modelo coercitivo de aseguramiento que cubre a empresarios, trabajadores y a sus familiares. En el caso de Alemania, Francia y Países Bajos, posee un peso de más del 76%

sobre el total de la financiación. Siendo esta vía de financiación residual en los países de cobertura universal, ya que en la práctica son excluyentes en cierta medida.

Registramos mayor diversidad en la cobertura médica voluntaria y en los gastos directos dentro de algunos servicios de provisión médica, ya que cada gobierno decide qué proveedores quedan incluidos y cuáles no. Por ello, se observa que los países que poseen un modelo sustentado en gran medida a través de financiación pública, se ven obligados a realizar pagos directos o *out-of-pocket*, como se conoce en el mundo anglosajón, para poder acceder a todos aquellos servicios que no se encuentran cubiertos por el sistema público. Sin embargo, los países que cuentan con algún modelo de aseguramiento como principal forma de financiación, se ven menos expuestos a realizar este tipo de compensación económica, ya que los aseguramientos cubren en mayor medida la provisión de servicios sanitarios.

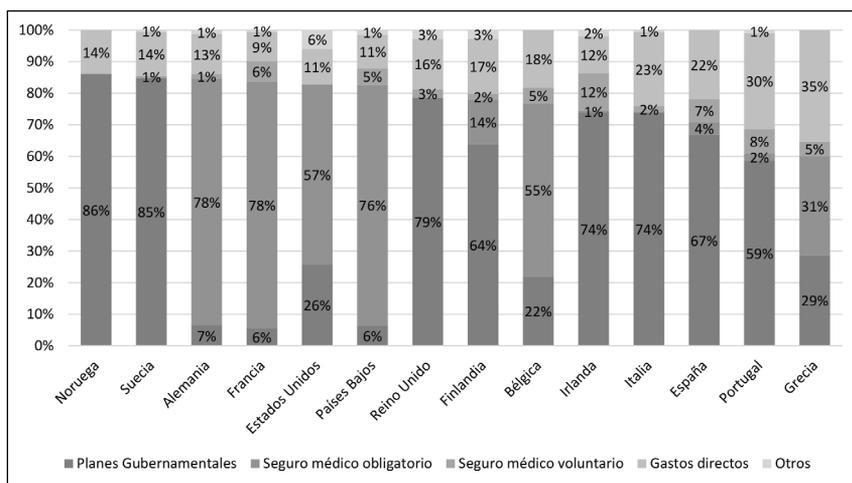


Figura 1.7. Gasto dependiendo del tipo de financiación, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

Siguiendo la línea de trabajo proporcionada por los autores JM Freire y JR Repullo (2006) y la propuesta de su modelo de estudio, se continua con el análisis de la **provisión** de servicios de salud. Cabe tener presente que de manera generalizada los proveedores de servicios poseen características comunes (farmacias, odontología, oftalmología,

etc.), la diversidad y el punto clave de análisis se da en las fórmulas organizativas que cada uno de los países hace uso. La cuestión clave en este análisis es el papel que juega la atención primaria dentro de los diferentes modelos sanitarios existentes, la configuración de la misma y si se trata de la puerta de entrada para acceder a otros proveedores de servicios, como los especialistas.

En último lugar, el modelo propuesto analiza la **asignación de recursos a los proveedores**, donde se estudia el mecanismo que enlaza las dos dimensiones anteriores y permite completar el objeto de estudio. De esta forma, cada uno de los modelos sanitarios que va a ser analizado depende de la relación establecida entre los encargados de proveer los recursos sanitarios y la financiación en la que se sustentan los mismos.

Esta asignación se realiza bien a través de un contrato o un concierto, que se da el caso cuando la entidad financiadora y la entidad proveedora pertenecen a organizaciones distintas e independientes, las cuales basan su relación en un contrato. Principalmente se trata del mecanismo de asignación empleado en los modelos de sanidad privada y los esquemas relativos a la Seguridad Social.

En el caso del modelo sufragado en el pago de impuestos se hace uso de un mecanismo integrador dado que tanto la entidad financiadora como la proveedora forman parte de la misma organización, de esta forma, el sujeto financiador emplea directamente a los proveedores de servicios dentro de la organización y a través de los recursos que tiene a su disposición. Ello no implica, *per se*, la exclusividad del mismo, dado que pueden coexistir con modelos de contratos o conciertos establecidos con determinados proveedores de salud que trabajen de manera independiente; de igual forma sucede con el modelo de aseguramiento voluntario, donde pueden darse a su vez fórmulas de integración.

Gracias a la labor de configurar el modelo de tres patas, el cual sienta los pilares básicos de cualquier sistema de salud, se puede componer la tipología internacional de los grandes sistemas de salud que se conocen. De la misma forma que sucede en todas las cuestiones teórico-prácticas, en la realidad se pueden observar una multiplicidad de modelos y variaciones respecto de los tipos ideales que se van a exponer a continuación, pero no por ello cabe desestimar la aportación teórica que supone la configuración de los tres modelos paradigmáticos dentro de los sistemas de salud.

MODELO DE ASEGURAMIENTO PRIVADO

El modelo de aseguramiento privado, siendo el que menos ejemplos prácticos tiene en la realidad en los países desarrollados, con la excepción que es conocida de manera generalizada con el caso de Estados Unidos. El mismo se caracteriza por una financiación completamente privada, sustentada en un modelo de aseguramiento privado o financiado a través de los pagos directos y una provisión de servicios que, a su vez, es también privada, ligada a un contrato entre el financiador y el proveedor del servicio.

No cabe decir que el principal mecanismo regulador de este modelo es el mercado, hecho que significa privar a gran parte de la población y, sobre todo, determinados segmentos de la sociedad, al acceso a los servicios sanitarios que se ven incapacitados de hacer frente al pago de un aseguramiento privado. Este hecho conlleva que exista una sanidad pública que deba de ejercer una función compensatoria, comportando un elevado coste en el gasto público, que permita dar cobertura a toda esta población. Asimismo, el modelo se caracteriza por una fuerte variabilidad en la cobertura sanitaria, que es inherente al poder adquisitivo de cada uno de los usuarios y usuarias.

Cabe mencionar que el sistema cuenta con cierta regulación por parte de las administraciones, que actúan a través de mecanismos como la legislación o la fiscalidad, la finalidad de esta intervención bebe de la idea de democratizar el sistema e incrementar la cobertura del mismo, así como reducir el incremento acelerado de los costes ocasionado por la privatización de toda la prestación de servicios y la estructura de incentivos configurada.

De igual forma, las administraciones públicas tratan de asegurar unos umbrales mínimos de calidad en los servicios sanitarios que se prestan, consistiendo en una serie de programas de garantía de calidad formalizados en todos los hospitales, los cuales se desarrollan de manera conjunta con un programa de certificación de calidad que es llevado a cabo por la Asociación Nacional de Profesionales de la Garantía de Calidad.

Por ello, se considera que la regulación dentro del modelo prototípico estadounidense cobra un gran peso, sobre todo tras la implementación de los programas destinados a atender a los colectivos sociales considerados como los más vulnerables, política promovida por el presidente B. Obama, conocidos como *Medicare* y *Medicaid*. Por ello, el modelo no es considerado como privado puro, sino que entraría dentro de un espectro entre los modelos puramente privados y aquellos considerados de naturaleza mixta.

MODELO BASADO EN EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO SANITARIO VINCULADOS A ESQUEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

Este modelo, también conocido como el Sistema de Seguros Sociales o modelo Bismarckiano, debido a la consolidación en la legislación social en la Alemania del Canciller Bismark en 1883, se sustenta en la financiación del sistema a través de dos fuentes: la primera de ellas, el pago de una cuota obligatoria por empresarios y trabajadores; y la segunda, a través de la financiación por impuestos.

El mismo establece una relación para los afiliados a la seguridad social que acuerda con ellos la provisión de una serie de servicios sanitarios por parte de proveedores que trabajan de manera autónoma. Se caracteriza por limitar el papel del mercado en la financiación de la sanidad, siendo el Estado el principal actor determinante tanto en la financiación como en la provisión de los servicios, pero existe la posibilidad de dar un cierto margen de actuación a los actores privados dentro de la provisión de servicios sanitarios.

Respecto del modelo anterior, cabe destacar que garantizar la cobertura sanitaria a una parte importante de la población, dado que los aseguramientos se encuentran vinculados al empleo (bien como cotizante o como familiar que dependa de una persona cotizante). Sin embargo, existen una serie de diferencias dependiendo del estatus socioeconómico del trabajador, variando tanto en cantidad como en calidad las prestaciones sanitarias a las que se tiene acceso.

Se contempla la existencia de una sanidad compensatoria para quienes no tienen los recursos necesarios como para acceder a un aseguramiento sanitario y, por tanto, no se encuentran cubiertos por el sistema de Seguridad Social, de esta forma, se expande la cobertura sanitaria a la totalidad de la población. A pesar de ello, los gastos sanitarios de este tipo de sistemas son mucho menores respecto de los sistemas del modelo liberal, dado que tienen una mayor capacidad para frenar el aumento de los gastos.

Estos sistemas hacen uso de una serie de mecanismos que emplean tanto para regular la contención del gasto como para modular la demanda de servicios y recursos sanitarios. Algunos de estos instrumentos son el pago anticipado en las consultas de atención primaria y especializada con posterior reembolso, el uso de los copagos, sobre todo en medicamentos y las tasas por día de hospitalización. Se tratan de una serie de trabas

ideadas para evitar el abuso excesivo de los recursos sanitarios y regular de esta forma el acceso a los diferentes servicios sanitarios ofertados.

MODELO SANITARIO UNIVERSALISTA

El modelo sanitario universalista, bien conocido como el modelo Beveridge, se caracteriza por su plena financiación a través de impuestos, la gratuidad en el momento de acceso y el papel central que juega el Estado en la provisión de los servicios, dada su capacidad de regulación, planificación, gestión y supervisión. El criterio de elegibilidad para acceder a la misma se basa en la residencia en el territorio.

Este tipo de modelo incluyen en la práctica a la totalidad de la población bajo la cobertura del sistema sanitario público, yendo un paso más allá que los modelos anteriormente expuestos dado que eliminan la exclusión de determinados grupos y colectivos que se encuentran excluidos del sistema sanitario.

Se sustenta en un derecho a la atención considerado como universal e igual para todos, el derecho cívico, donde los servicios están ideados y configurados en base a una serie de criterios de equidad, tanto poblacional como territorial. De esta forma, el modelo ofrece una equidad al acceso a los servicios y su fuerte componente planificador y organizacional permite una reducción mayor de los gastos, siendo menos caro e inflacionario que los sistemas bismarckianos.

Para poder tener una perspectiva comparada de algunos indicadores básicos de los diferentes sistemas sanitarios de países pertenecientes a los tres modelos de organización establecidos, se observa la Tabla 1.2, donde podemos conocer algunos datos básicos en referencia al gasto público que supone para algunos países representativos de cada modelo y otros datos de interés, como las consultas médicas y la esperanza de vida.

Los datos arrojan información suficiente que permite complementar el análisis teórico realizado, donde se observa que el gasto sanitario en el sistema estadounidense, basado en un modelo de aseguramiento privado, es mucho mayor de manera comparativa que en los restantes países seleccionados. A su vez, se observan diferencias entre los sistemas calificados como públicos, dado que los sustentados en un modelo de Seguridad Social implican un mayor porcentaje del PIB frente a los modelos universalistas, siendo los que menos gasto sanitario comportan.

De esta forma, se concluye que la sociedad estadounidense dedica casi 6 puntos más de los recursos a cubrir las necesidades sanitarias de su po-

blación en comparación con las sociedades europeas basadas en modelos universalistas; asimismo, estos sistemas son también más coste-efectivos que los basados en el modelo de aseguramiento social, ya que consiguen proveer servicios sanitarios a la totalidad de la población empleando menos recursos económicos.

Tabla 1.2. Indicadores básicos de los sistemas sanitarios y de salud de la población, 2019-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

	Población con cobertura sanitaria %	Gasto sanitario total como % del PIB	Gasto Público como % del gasto sanitario total	Consultas médicas anuales per cápita	Esperanza de vida al nacer (años)
Estados Unidos	90	16,76	44,5	4	78,9
Alemania	100	11,69	85	9,8	81,4
Bélgica	99	10,66	77	7,3	82,1
Francia	100	12,38	84	5,9	82,9
Países Bajos	100	11,22	83	8,8	82,2
España	100	9,13	71	7,3	83,9
Finlandia	100	9,55	78	4,4	82,1
Grecia	100	7,84	60	3,2	81,7
Irlanda	100	7,19	75	5,8	82,8
Italia	100	9,72	74	10,4	83,6
Noruega	100	11,34	86	4,4	83
Portugal	100	10,11	61	4,1	81,8
Reino Unido	100	12,75	79	5	81,42
Suecia	100	11,45	85	2,6	83,2

El debate que se erige en torno a la confrontación de ambos modelos; por un lado, el regulado a través de una dominación de mecanismos de mercado y un potente sector privado tanto en los recursos financieros como en el provisionamiento de los servicios sanitarios, frente a un modelo imperante de la sanidad pública y el papel regulador del Estado, se trata de una cuestión que gira en torno a la idea del balance coste-beneficio en la cobertura sanitaria.

En ambos sistemas se es conocedor de la limitación de los recursos disponibles para satisfacer a toda la demanda sanitaria existente, por ello, se precisa de racionalizar y priorizar la disponibilidad de estos recursos y servicios. En el caso de la sanidad privada, se trata de una decisión racional basada en la capacidad de pago y la priorización en la asistencia se

encuentra ligada a una serie de decisiones que exclusivamente obedecen a una naturaleza económica.

Por otra parte, los mecanismos de orden público se sostienen en criterios de justicia social; asimismo, la prioridad se encuentra alineada con determinados valores e implicaciones tanto legales como éticas. La complejidad que subyace en este modelo se encuentra en fijar los criterios de accesibilidad y elegibilidad de las personas que tienen acceso al mismo, teniendo que establecer unos límites para la cobertura sanitaria, dado que los recursos son finitos.

Conectando con esta idea, se procede a analizar la sostenibilidad que posee el modelo sanitario universal y cuáles son los principales retos a los que se debe de hacer frente en la actualidad. En primer lugar, el principal problema al que los gobernantes deben de hacer frente obedece al crecimiento paulatino del gasto sanitario, hecho palpable que se puede evidenciar tanto por el crecimiento del gasto en sanidad respecto del porcentaje del PIB total, como por el gasto sanitario per cápita.

La Figura 1.8 muestra la evolución del gasto sanitario en relación al PIB en los países que poseen un modelo sanitario sustentado en el aseguramiento privado, como es el caso de Estados Unidos, y en el aseguramiento coercitivo a través de esquemas de la Seguridad Social, como pasa en los países de centro de Europa.

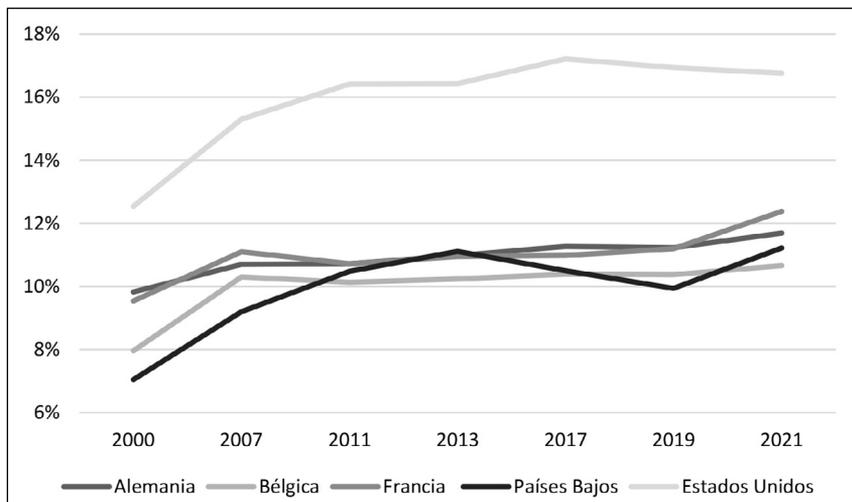


Figura 1.8. Evolución del gasto sanitario en relación al PIB, 2000-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

En esta evolución se observa una tendencia creciente en todos los países sobre el peso que tiene el gasto sanitario respecto del PIB, presentando una diferencia notoria desde inicios del siglo XXI hasta el año 2021, siendo el último del que se tienen datos. Destaca entre todos los países el elevado porcentaje que muestra a lo largo de toda la serie histórica el gasto sanitario estadounidense, suscribiendo las líneas escritas con anterioridad en relación a los elevados gastos que suponía el paradigma.

Por su parte, en la Figura 1.9 se muestran los datos de aquellos países que pertenecen a esquemas propios de la sanidad pública universal, principalmente sufragados a través de impuestos. Al igual que la serie anterior, todos ellos muestran un crecimiento del peso del gasto sanitario creciente a lo largo de la serie histórica.

No obstante, si se analizan ambos gráficos de manera comparada se observa que el porcentaje del gasto sanitario en los países que poseen un esquema basado en la sanidad pública universal es mucho más reducido, cerca de dos puntos por debajo de la media, respecto de los países con un modelo de aseguramiento obligatorio.

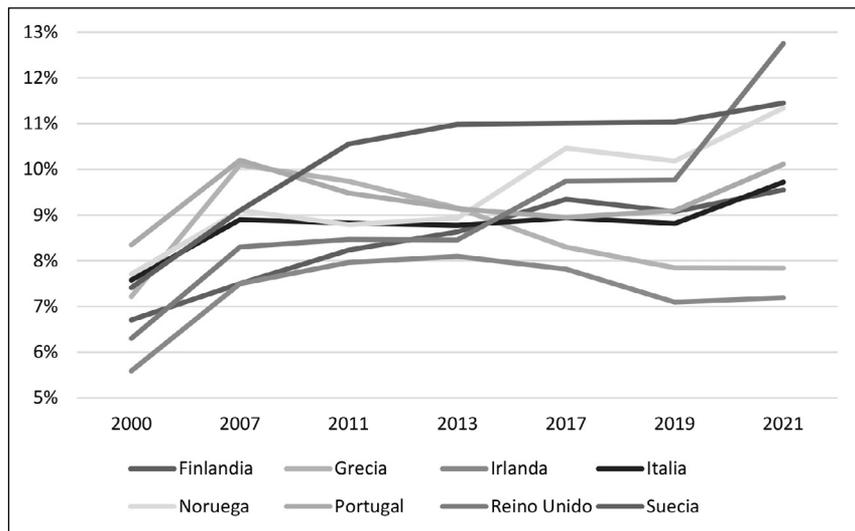


Figura 1.9. Evolución del gasto sanitario en relación al PIB en los modelos de sanidad pública universal, 2000-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

En lo que respecta al gasto sanitario per cápita, las tendencias son muy parecidas a las estudiadas en relación con el PIB. En todos los países

se produce un aumento del gasto sanitario per cápita en el transcurso del tiempo, con la excepción del caso griego, que presenta una tendencia decreciente. Sin embargo, en esta comparativa no se traza una divisoria entre los países que pertenecen a diferentes modelos sanitarios, ya que todos ellos presentan niveles de gasto diferenciados, pero de nuevo se cuenta con la excepción del caso estadounidense que destaca sobre los restantes países al triplicar al gasto sanitario per cápita.

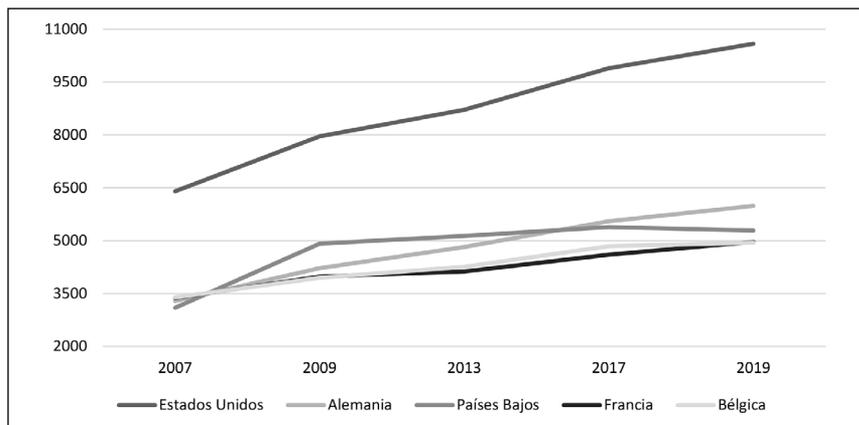


Figura 1.10. Evolución del gasto sanitario per cápita, 2007-2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

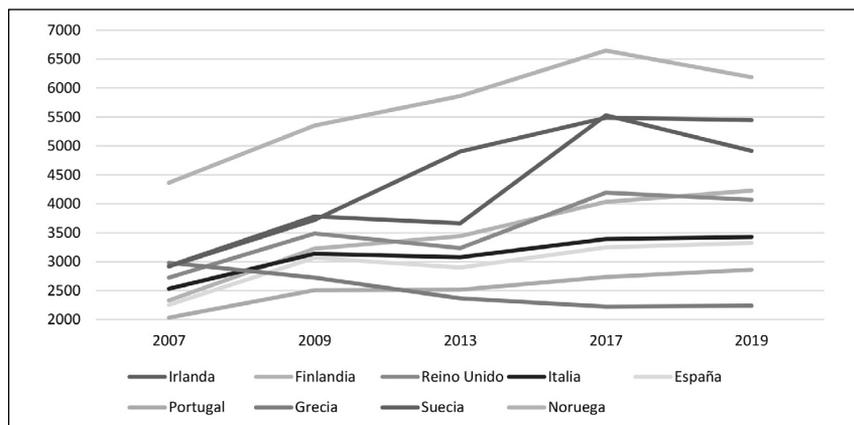


Figura 1.11. Evolución del gasto sanitario per cápita en los modelos de sanidad pública universal, 2007-2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

A este crecimiento del gasto sanitario se le suma la cuestión demográfica, dado que en los países desarrollados en la actualidad se está viviendo un proceso de envejecimiento de la población, cuestión que conlleva el incremento de las partidas sanitarias y que el sistema sanitario aborde nuevas necesidades que surgen como consecuencia de este hecho.

Con el paulatino envejecimiento de la población, siendo un hecho que las personas mayores representen una proporción de la población cada vez mayor, los sistemas sanitarios deben estar provistos de una serie de mecanismos y herramientas que les permitan adaptarse a las nuevas necesidades cambiantes de la población en edad avanzada.

La Figura 1.12 evidencia el aumento de la población mayor de 80 años tanto en los países que conforman la OECD como en el mundo, realizando una evaluación desde 1990 hasta la actualidad junto con la realización de una proyección futura, hasta el año 2050. Ambas tendencias muestran el paulatino envejecimiento de la población, siendo los datos para el año 2023 que más de un 5% de la población se encuentra por encima de los 80 años en los países de la OECD y que esta cifra para el año 2050 será de 9,3% sobre el total de la población.

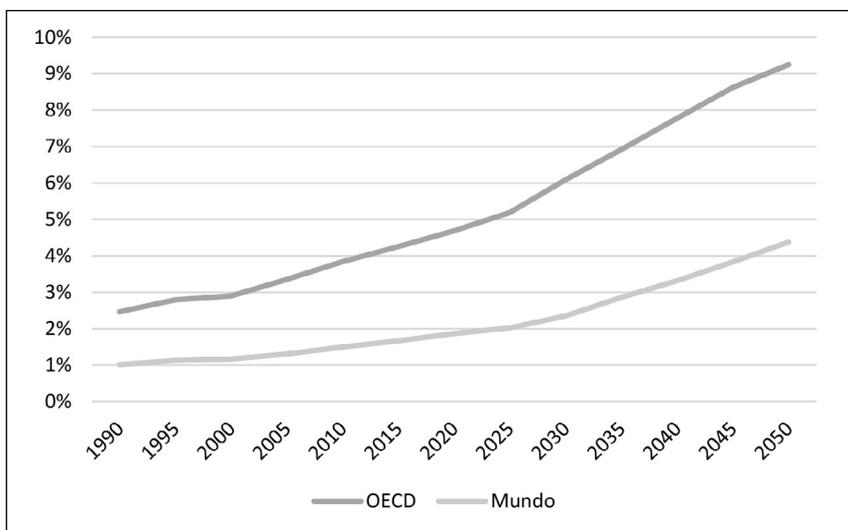


Figura 1.12. Evolución de la proporción de población de 80 años y más, 1990-2050. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OECD.

Estos datos muestran la magnitud del reto al que deben de hacer frente los gobiernos, dado que el sistema debe de ser readaptado a las necesidades

de estos grupos poblacionales, que cada vez poseen un mayor peso en el sistema y plantean un reto multifactorial para el mismo. Principalmente, el envejecimiento de la población conlleva a un aumento de la demanda de las prestaciones sanitarias, dado que la población adulta posee mayores necesidades, atención y recursos. Además, dado el progresivo envejecimiento de la población surgen nuevos tratamientos médicos enfocados a enfermedades crónicas, degenerativas y paliativas que suponen tanto la inversión en equipos y recursos para la atención, como la necesidad de destinar recursos económicos que permitan el desarrollo y la investigación de estas.

Además, cabe tener en cuenta que la sanidad posee múltiples áreas y la puesta en práctica de diferentes ramas de servicios. Por ello, el envejecimiento de la población conlleva la necesidad de desarrollo de servicios geriátricos y de cuidados paliativos, así como la potenciación de los servicios sociales y de asistencia a las personas mayores, complejizando la cobertura médica.

En la Figura 1.13 se muestran las principales causas de mortalidad para el año 2019, siendo el último en el que se registran datos, donde se observa que principalmente se deben a problemas del sistema circulatorio, seguidamente de los diferentes tipos de cáncer, además de contar con los problemas respiratorios y el alzhéimer. Finalmente, se incluye también la diabetes y las causas externas como accidentes o suicidios (OECD, *Panorama de la Salud*, 2021).

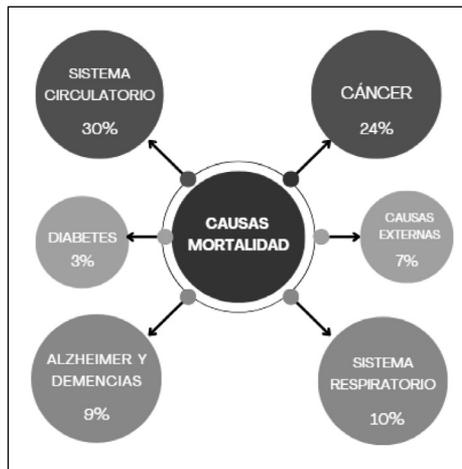


Figura 1.13. Principales causas de mortalidad en el mundo, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OECD.

Este hecho supone un mayor impacto en los sistemas de cobertura universal, dado que, en su finalidad de proporcionar atención médica con indiferencia de la capacidad de pago de cada uno de los usuarios, se comprometen a cubrir las necesidades de todas y cada una de las personas con independencia de su edad y situación, implicando por ello una mayor carga financiera para el sistema dado que se requiere de un mayor número de recursos para abordar la totalidad de las necesidades.

Ante el incremento de los gastos, muchos de los gobernantes han decidido implementar una serie de medidas que vayan en la línea de alcanzar una mayor eficiencia en la asignación de recursos, aunque ello conlleve la pérdida de alguno de los pilares básicos como la promoción de los valores de equidad y justicia social en la promoción de la salud. Las tres medidas básicas que se han llevado a cabo ante este problema de incremento de los precios responden a las siguientes actuaciones.

En primer lugar, los gobernantes comienzan a dar espacio al mercado en los equilibrios institucionales, otorgando responsabilidades sanitarias a nuevos agentes sociales como los actores privados, quienes se rigen por las leyes del mercado. De esta forma, nacen nuevas relaciones basadas en una organización de “cuasi-mercado” donde se desarrolla una cultura basada en la externalización de servicios (Fuentes, 2017, pág. 16).

En segundo lugar, se busca la descentralización de los recursos sanitarios para la mejora de la eficiencia técnica, dado que se presume el principio de subsidiariedad y el mayor conocimiento por parte de los niveles territoriales más cercanos a la ciudadanía sobre las necesidades reales de la ciudadanía. Se trata, por tanto, de una decisión que tiene un carácter organizativo al mismo tiempo que un fuerte contenido político, dado que juega con los intereses dentro del marco de la política territorial.

Finalmente, la última de las medidas atañe a la modificación en las fórmulas de integración de los diferentes niveles de atención sanitaria con tal de perfeccionar la organización y los programas de servicios que se ofertan. Uno de los principales modelos adoptados ha sido el modelo conocido como “organizaciones sanitarias integradas” (OSI), consistente en la vincular la atención sanitaria con otros ámbitos relacionados con la política social; es el modelo que principalmente han implementado los países nórdicos. Se trata de realizar un cambio en la cultura organizativa con tal de flexibilizar la rigidez del modelo y poder encontrar fórmulas que sean más eficientes, dando cabida a nuevos agentes a través de diferentes mecanismos tanto de financiación como de asignación de recursos.

Habida cuenta del análisis realizado, se considera que el objetivo público en relación a la Sanidad debe ser proporcionar bienestar a todos sus integrantes pues, como se ha señalado con anterioridad, es irrefutable que una sociedad en la que sus integrantes gozan de una buena salud, lógicamente es una sociedad preparada para conseguir un mayor desarrollo al disponer de individuos que pueden aportar mucho más al estar sanos.

Con el objetivo público de alcanzar un óptimo en esta área, se deberían implementar políticas de previsión y prevención de enfermedades a través de la creación de una cultura de buenos hábitos y salud para la población. También se tendría que tener como meta ofrecer una sanidad integral y universal para todos. Y que esta realmente sea total. Por citar algún ejemplo: hay veces que en esta cobertura sanitaria se excluyen o minimizan áreas esenciales de una buena salud, como son la odontología, la oftalmología, etc. Por abundar más en estas dos disciplinas citadas, y en orden a fijar ideas: es algo indudable que si los dientes no se encuentran en buen estado, esto redundará en problemas de salud a otros niveles; y si no se tiene una buena visión, esto puede provocar accidentes, impedir realizar actividades de distinta índole e influir incluso en materia laboral.

Insisto también en que debiera ser para todos los que integran la sociedad, porque si se quedan fuera algunos, si existiese, por ejemplo, un problema sanitario epidémico, los que se han quedado fuera del sistema podrían extender cualquier infección, haciendo que las acciones adoptadas fueran finalmente baldías. Esto sin entrar en otros asuntos, que también hay que tener en cuenta, como bien pudieran ser los de orden ético y moral.

Por ello conviene, en relación a la atención primaria, que la atención sea óptima en cuanto al diagnóstico, contando para ello con unos facultativos lo mejor formados posible, que dispongan de todos los medios necesarios y del tiempo para poder atender a los pacientes que sea preciso. Evidentemente, tanto en esta área como en las derivaciones a especialidades, se perseguirá la no existencia de listas de espera. Del mismo modo, en lo relativo a la atención hospitalaria, lógicamente se debe objetivar la inexistencia de listas de espera. Y nunca realizar un análisis coste-beneficio con criterios económicos, pues la salud se debe colocar en primer lugar y primar únicamente las posibilidades de éxito que puedan tener en realidad las acciones que se puedan llegar a poner en práctica para mejorar la salud.

Por supuesto, la motivación de los recursos humanos en área de salud tiene que ser lo más alta posible, ya que, obviamente, los trabajadores con

síndrome del empleado quemado nunca podrán coadyuvar a alcanzar el óptimo en esa área, al no poder lograrlo por ellos mismos. Además, se debe tener en cuenta que el acceso a los medicamentos sea asequible para todos, así como también las diversas acciones que deben complementar a los tratamientos prescritos como, por poner tan solo un ejemplo, acciones de rehabilitación basadas en ejercicios, aparatología etc., pues el restablecimiento de la salud, dentro de lo posible, debe ser completo, sin dejarlo a medias, para que dicho restablecimiento sea lo más rápido posible y sin que pueda existir una mayor dilatación por esta causa.

Para finalizar, no se puede soslayar que, habiendo expuesto lo anterior, se puede colegir que el modelo que se debe adoptar, por su mejor ajuste al objetivo descrito, resulta ser, sin ningún género de dudas, una sanidad pública, sin perjuicio de su coexistencia con la sanidad privada para todo aquel que desee utilizar esta posibilidad. En cualquier caso, habrá que tenerse en cuenta que toda derivación desde la sanidad pública a la sanidad privada es evidente e incontestable que implicará el cambio de concepto entre cliente o paciente, algo importantísimo a la hora de la adopción de tratamientos sanitarios que sean pertinentes para solventar o paliar los problemas de salud existentes. Además, el modelo sanitario deberá tener siempre como objetivo estar a la vanguardia en todo lo relativo a la tecnología y sus novedades, para que puedan darse los mejores y últimos tratamientos. También hay que destacar, lo relativo a la salud mental de los individuos como integrantes de las sociedades, pues se está observando palmariamente que este tipo de enfermedades se está generalizando a nivel global, y sobre todo en la juventud.

