

# **EINNOVA ECONOMÍA: LOS FUNDAMENTOS DE LA SANIDAD UNIVERSAL EN EL SIGLO XXI**

*Juan Antonio Ruiz Usabiaga*

Alumno del Máster de Formación del Profesorado de Enseñanza Secundaria,  
en la especialidad de Economía y Administración de Empresas. Graduado en Economía  
Aplicada. Enfermero H.U. Ramón y Cajal.

Contacto: jru01@ucm.es

First get a recommendation from your family doctor that your eyes need testing. Then hand that recommendation to any doctor with special qualifications (this will be available) or to any ophthalmic optician taking part in the new service. If you need glasses, these will be provided without charge. For re-testing you can go direct to any of the doctors with special qualifications, or to an ophthalmic optician.

The National Health Service will provide several kinds of spectacles of different types. For specially expensive types you will have to pay the extra cost.

**Deafness** Specialist ear clinics will be established as resources allow. At them you will get not only an expert opinion upon deafness but also, if necessary, a new hearing aid invented by a special committee of the Medical Research Council. Production of these aids is now going on, but will not meet all demands at once. They will be supplied free, when ready, together with a reasonable allowance of maintenance batteries.

**Home Health Services** Your local County or County Borough Council will, as soon as it can, make special provision for: (1) advice and care of expectant and nursing mothers and children under five (for particulars ask your doctor, health visitor, or Welfare Centre); (2) midwifery (ask your doctor or Welfare Centre); (3) home nursing where there is illness in the family (ask your doctor); (4) all necessary vaccination or immunisation (through your doctor or Welfare Centre); and (5) a health visitor service to deal with problems of illness in the home, especially tuberculosis.

**Health Centres** Special premises known as Health Centres may later be opened in your district. Doctors may be accommodated there instead of in their own surgeries, but you will still have "your own doctor" to give you personal and confidential treatment. He will still come to your home as necessary. At the Health Centre he will be able to use equipment supplied from public funds. These Centres may also offer dentistry and other services on the spot.

**WHAT TO DO NOW**

1. Choose your doctor.
2. Get application forms from him or from the Post Office, Public Library, or office of the local Executive Council.
3. Fill one in for each member of the family.
4. Hand them to the doctor.

**ACT AT ONCE**

OFFICE OF THE CENTRAL BUREAU OF INFORMATION FOR THE MINISTRY OF HEALTH

JANUARY 1948

**THE NEW  
NATIONAL  
HEALTH  
SERVICE**

**Your new National Health Service begins on  
5th July. What is it? How do you get it?**

It will provide you with all medical, dental, and nursing care. Everyone—rich or poor, man, woman or child—can use it or any part of it. There are no charges, except for a few special items. There are no insurance qualifications. But it is not a "charity". You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness.

En el siglo XXI, Europa representa el 7% de la población mundial, mantiene el 25% del gasto público mundial y el 50% del gasto social. De dicho gasto social, aproximadamente la mitad se dedica a pensiones para la población no activa, y la cuarta parte a Sanidad Pública. Este modelo social y democrático, que es junto con su Historia y su Cultura, el corazón de Europa y del mundo, pone en cuestión las leyes de la producción y de la demanda del Capitalismo, para el que representa una amenaza porque otros ciudadanos de fuera de Europa<sup>1</sup> observan el ideal europeo y bien emigran a Europa, bien proponen reformas en sus países de origen. Es por ello que Europa debe resistir con su modelo social y proponer que otras potencias mundiales (Estados Unidos, China, Rusia, Japón o Brasil) basen la financiación de sus Sistemas Nacionales de Salud en los Presupuestos Públicos y no en Seguros privados; de tal forma que se trasvase renta de los jóvenes a los viejos, de los sanos a los enfermos y de los ricos a los pobres; sirviendo el sistema sanitario, igual que el de pensiones, a la redistribución de la renta de la población; y, más importante aún, a proporcionar segundas oportunidades a los ciudadanos.

### **El Servicio Nacional de Salud británico de 1946:**

Sin duda, el ejemplo paradigmático de Sistema Nacional de Salud, con una cobertura universal, es el de los laboristas británicos de Clement Atlee y Aneurin Bevan de 1946, cuando ganaron las elecciones a los conservadores de Winston Churchill, tras la II Guerra Mundial. Antecedentes a dicho modelo son el soviético de 1918, el neozelandés de 1935 y el Proyecto de Ley español de 1936 (interrumpido por nuestra Guerra “incivil” y retrasado ocho años por los falangistas, que copiaron solo parcialmente, dicho modelo en la Ley de Bases de Seguridad Social de 1944). El *National Health Service* universalizó la Sanidad Pública no solo a todos los ciudadanos británicos, sino a todos los residentes, nacionales o extranjeros, en suelo británico; creó la Atención Primaria, que tenía un carácter proactivo. Es decir, el médico y/o la enfermera llamaban a la casa del paciente para indicarle que tenía que acudir a revisión, por ejemplo, es paradigmática la reducción de la morbimortalidad cardiovascular en el Norte de Gales, gracias al programa, pionero entonces, de control de la Presión Arterial. Además, extendió la cobertura sanitaria a la Salud Bucodental y la Salud Visual, de tal manera que para muchos ciudadanos supuso la oportunidad para utilizar, por primera vez, gafas, a coste de los Presupuestos Generales del Reino Unido. Dicho

---

<sup>1</sup> A excepción de países extra-europeos como Nueva Zelanda, Australia o Canadá, que comparten el modelo británico.

modelo, además, tiene la virtud de que el coste (el gasto sanitario público sobre PIB) era menor que en otros modelos que excluyen un porcentaje significativo de población del sistema sanitario (como el modelo de Seguridad Social alemán, que es el que tuvimos en España vigente entre 1944 y 1986), porque se reducen los costes burocráticos.

### **Las debilidades del modelo:**

El modelo europeo de Sanidad universal es, por supuesto, mejorable. Uno de los problemas que surgen, al regular los profesionales la demanda sanitaria, son las listas de espera. Además, la planificación de recursos humanos y la super - especialización del sistema constituyen problemas complejos. Por otro lado, las diferentes crisis económicas (año 1973, año 1979, año 2008) han contribuido a debilitar la calidad del modelo original porque han permitido externalizar servicios básicos, en el caso español, como limpieza, cocinas, transporte sanitario no urgente, informática, lavandería, mantenimiento, cafeterías, etc.... y eliminar prestaciones como la atención bucodental (excepto en menores de 14 años) y otras prestaciones como gafas, etc.... Además, los “lobbies” de la industria farmacéutica y médico siempre han presionado para aumentar el gasto sanitario privado, en contra de los intereses de la mayoría de la población, lo que se traduce en limitaciones en las ratios de profesionales sanitarios, aumento de los costes administrativos y pérdida de calidad global del sistema.

### **Posibles mejoras del modelo:**

Las posibles mejoras son claras. Gestión directa de todos los servicios externalizados, centralización y unificación del mando (Atención Especializada, Atención Primaria, Atención Urgente Extra-Hospitalaria, Salud Mental, Socio-sanitario), aumento de las prestaciones (salud bucodental, óptica, podología, socio-sanitario), creación de dos niveles asistenciales (y no tres, como en el caso español), planificación de infraestructuras y personal a largo plazo, hospitales humanizados con un menor número de camas y una población de referencia no superior a 100.000 ciudadanos (excepto los hospitales nacionales), unificación de las Unidades de Referencia Nacional en un gran hospital nacional, dedicación exclusiva de todos los profesionales de la Sanidad Pública que deben acceder a su puesto de trabajo, exclusivamente, como funcionarios por oposición (actualmente el 40% son interinos o eventuales), limitación de las visitas de los laboratorios privados a las Instituciones Sanitarias, y prohibición de entrevista con los profesionales.

## **Posibles exportaciones del modelo:**

El modelo de Sanidad universal es exportable a otras regiones del mundo, pero son necesarias fuertes Instituciones democráticas en dichos países para lograrlo. Quizás, la región del mundo con más posibilidades sea América, tanto del Sur como del Norte, y Japón. En Estados Unidos se ha intentado varias veces, especialmente en la época de los Presidentes Clinton y Obama, que llegaron a contratar como asesor a un gran experto español, el Dr. Rafael Bengoa. Sin embargo, en ambos casos, las presiones de la industria farmacéutica fueron lo suficientemente fuertes para parar ambas iniciativas. Sin embargo, es de todo punto lógico, dado que aumenta la calidad global, y reduce los costes. A fecha presente son casi diez años, la diferencia en esperanza de vida entre las regiones españolas más ricas y regiones de los Estados Unidos de América, con similar PIB *per cápita*.

En Hispanoamérica, desgraciadamente, hoy día existen menos camas por 1000 habitantes, que, en el siglo XVIII, bajo bandera española. Es por ello que es preciso consolidar las Instituciones democráticas, la independencia de Poderes Públicos, y articular un Servicio de Educación, que permita la especialización de los profesionales sanitarios (muchos de ellos se forman en Estados Unidos, Canadá o Europa), una legislación laboral y un sistema de pensiones compatible con el modelo de Sanidad universal. Instituciones internacionales como el Fondo Monetario Internacional (IMF); y, especialmente, el Banco Mundial (WB) deberían proponerse, al menos, crear una red de Atención Primaria, que incluya Atención Urgente Extra-hospitalaria y Salud Mental, según el modelo europeo universal. De tal manera que se reduzca la morbimortalidad por enfermedades fácilmente prevenibles, en países en vías de desarrollo.

## **Conclusiones:**

La atención sanitaria es un derecho universal que deben garantizar los Estados. El modelo de sanidad universal requiere fuertes Instituciones democráticas y una Educación pública general y especializada, en su última fase, de calidad. Los retrocesos del modelo desde la crisis de los años setenta es posible revertirlos. El modelo es exportable a otras regiones del mundo, especialmente a América.

## **Bibliografía:**

ALBI, E., GONZÁLEZ-PARAMO, J.M. y LÓPEZ-CASASNOVAS, G. *Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos*. Ariel Economía. Barcelona; Editorial Ariel, 1997.

ARRUÑADA, B. «Bases para la profesionalización de la sanidad pública». En: *La regulación de los servicios sanitarios en España*. López-Casasnovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. Editorial Civitas, 1997; 157-212.

BAREA, J. y GÓMEZ CINA, A. *El problema de la eficiencia en el sector público en España. Especial consideración de la sanidad*. Madrid, Instituto de Estudios Económicos, 1994.

BORRAJO INIESTA, 1. «El intento de huir del Derecho administrativo». *Revista Española de Derecho Administrativo*, 1993; (78):82-103.

CABASÉS HITTA, J.M. y MARTÍN MARTÍN, J.J. «Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España». En: *La regulación de los servicios sanitarios en España*. López-Casasnovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. (eds.). Madrid: Civitas, 1997.

COSTAS LOMBARDÍA, E. «Las posibilidades de la reforma del Sistema Nacional» (le Salud. En: *Análisis del sistema sanitario español*. Aranjuez, (Madrid); Ediciones Doce Calles 5. L., Fundación Ciencias de la Salud, 1995.

DECRETO 131/1997, de 13 de mayo, por el que se constituye la empresa pública Hospital de Poniente de Almería.

DECRETO 88/1994, de 19 de abril. Empresa pública de emergencias sanitarias.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS.  
<http://www.observatory.dk>

FERRÁNDIZ MANJAVACAS, F.A. «Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. Ventajas e inconvenientes respecto al modelo tradicional de gestión». *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 9:33-57.

FREIRE, J.M. «Fundaciones Sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas». *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 9:69-92.

GÓMEZ DE HITTA, J.L. *Formas Jurídicas de la organización sanitaria*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000.

LE GRAND, J., MAYS, N. y MULLIGAN, J.A. *Learning from the NHS International Market: A review of the evidence*. Londres; King's Fund Institute Publications, 1998.

LEY 11/1999, de 21 de abril, de modificación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local. LEY 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación sanitaria.

LEY 30/1994, de 24 de noviembre, de Fundaciones y de incentivos fiscales a la participación privada en actividades de interés general.

LÓPEZ-CASASNOVAS, O. y RODRÍGUEZ PALENZUELA, D. *La regulación de los servicios sanitarios en España*. Madrid, Cívitas, 1997.

MARTÍN MARTÍN, J.J. y LÓPEZ DEL AMO GONZÁLEZ, M.R. *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

MONTOYA MARTÍN, E. *Las empresas públicas sometidas al Derecho Privado*, Madrid, Marcial Pons, 1996.

NÚÑEZ FEIJÓO, A. «Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud». *Revista de Administración Sanitaria*, 1999; 9:59-67.

ORIÓN, V. «Gestión privada de la sanidad». *Círculo de Empresarios: alternativas de reforma para la sanidad pública*. Diciembre, boletín, 1998: 63:285-311.

REAL DECRETO 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.

SÁNCHEZ-CARO, J. «Régimen jurídico de las nuevas normas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud)». *Revista de Administración Sanitaria IV*, 2000, 14 abril-junio. 91-1 39.

TEMES MONTES, J.L. y GIL REDRADO, J. *El Sistema Nacional de Salud*. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 1997.

WILLIAMSON, O. «The Economic Analysis Institutions and Organisations in General with respect to Country Studies». París, 1993: OCDE (93) 158 *Working Papers*, 133.