

# Bases ideológicas de las reformas sanitarias

**Con el objetivo de analizar la adecuación de las alternativas planteadas para los sistemas sanitarios en situación de crisis económicas globales, se revisan las principales crisis económicas mundiales y su impacto sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios correspondientes. Se plantea que las medidas correctoras aplicadas a los sistemas sanitarios en situaciones de crisis económica no responden tanto a un análisis adecuado de las causas y consecuencias de cada situación en concreto, sino a la aplicación de recetas ideológicas sin relación con la situación concreta.**

**Concretamente, se estudian los casos británico y español y sus paralelismos en cuanto a la aplicación de potenciales alternativas.**

**Concluimos que todo nos lleva a plantear que el factor más influyente en los cambios de políticas sanitarias, al menos en los dos territorios examinados, están más relacionados con la ideología política dominante en cada momento que con las causas y características concretas de cada episodio de crisis económica en concreto.**

## Joan Guix

MARC (Medical Anthropology Research Center).

Universitat Rovira i Virgili. Tarragona (Cataluña- España); jguixoliver@gmail.com

La O.M.S. define a los sistemas sanitarios como “El conjunto de personas, instituciones y recursos, organizados conjuntamente de conformidad con las políticas establecidas para mejorar la salud de la población a la que sirven, al tiempo que responde a las expectativas legítimas de las personas, y protegerlas contra el costo de la mala salud a través de variedad de actividades con el principal objetivo de mejorar la salud de la población”<sup>1</sup>

Consecuentemente, un sistema sanitario no es más que la plasmación operativa en el terreno de la salud de una política general determinada y, por tanto, asumirá características correspondientes a las ideologías y valores que inspiran a aquellas políticas.

A lo largo del siglo XX y lo que llevamos de siglo XXI se han producido diversas crisis económicas y, curiosamente, las respuestas, especialmente en el terreno sanitario, aparentemente no han respondido al análisis causal o las consecuencias de las mismas.

La pregunta clave que nos planteamos en este trabajo es: Si las circuns-

tancias son distintas y específicas en distintos y específicos escenarios socio-económicos, ¿cómo pueden ser válidas las mismas soluciones? ¿Son estas soluciones respuestas concretas a una situación concreta, o responden a otras causas ajenas a la causalidad de cada crisis específica? En este trabajo defendemos que las soluciones planteadas a las crisis en el sector sanitario tienen más que ver con los contenidos ideológicos de las políticas dominantes en cada momento que con una verdadera alternativa ad hoc a una situación específica, centrándonos especialmente en los casos español y catalán.

## Antecedentes

Desde los inicios de la ciencia económica como tal, en el siglo XVIII, la visión teórica predominante fue la del punto de vista liberal acaudillada por Adam Smith y David Ricardo, entre otros. Su visión descansaba en el individualismo y la dinámica autónoma del mercado, tutelada por la famosa “*mano invisible*” que, ante cualquier alteración, la corregía espontáneamente y la volvía a la “normalidad”. Y, aparentemente, así fue hasta la gran crisis de 1929 en Estados Unidos. Algo falló. La “mano invisible” no funcionó. Por varias causas, tales como la especulación bursátil y el endeudamiento privado de gran magnitud, se había producido una gran burbuja bursátil, y la caída del crédito. El descenso de la demanda, la depresión económica y la desocupación fueron sus consecuencias que se extendieron rápidamente por todo el mundo.

El *New Deal* de Roosevelt intentó, con buenos resultados iniciales, un nuevo camino: la intervención estatal. Al mismo tiempo, una nueva corriente en la ciencia económica liderada por John Maynard Keynes dio respuestas y alternativas a la situación. Su visión era matizadamen-

te diferente de la de la primera etapa del *New Deal* (1933-1937), aunque basada en un mismo principio: la necesidad de la intervención estatal ante determinadas situaciones de crisis económica. Cuando la inversión privada fluctúa y no se puede garantizar un alto nivel de ocupación ni unos ingresos estables, no habrá corrección espontánea. No será productivo el libre juego de equilibrio entre oferta y demanda. La clave está en la demanda. Si la demanda es insuficiente la ocupación caerá, y si la demanda es excesiva se producirá la inflación. En aquellas situaciones en las cuales la corrección espontánea no se produce, Keynes reivindica la necesidad de incrementar la demanda agregada mediante la inversión pública. Del espontaneísmo autocorrector de la *"mano invisible"*, a la decidida intervención de los poderes públicos. Fue el fundamento económico del Estado del Bienestar.

El planteamiento del Estado del Bienestar en el terreno sanitario comportaba una amplia accesibilidad, e incluso la cobertura universal, al considerar la protección de la salud como un derecho de los ciudadanos, en la línea de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que así lo establece, y, en todo caso, la eliminación de barreras en el acceso al sistema sanitario por causas de desigualdades de cualquier tipo. La ampliación de los sistemas de seguridad social en la Europa central, y la creación de los Servicios Nacionales de Salud a los países nórdicos y el Reino Unido fueron su paradigma. En este sentido la impronta de William Beveridge fue ejemplar.

Durante la II Guerra Mundial, el Gobierno de Unidad del Reino Unido contó con el sindicalista laborista Ernest Bevin como ministro de trabajo, el cual encargó a Beveridge la elaboración de un informe sobre la situación de la protección social a los trabajadores británicos y los planteamientos para su mejora después del fin de la guerra. En 1942 Beveridge presentó su *"Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services"*. En este informe se planteó la necesidad de la creación de un servicio nacional de salud, de cobertura universal, de tipo integral (prevención de la enfermedad,

promoción de la salud y asistencia sanitaria), utilizando como argumento el que la asunción por parte del estado de los gastos de asistencia sanitaria, a través de los impuestos, redundaría en la mejora de la salud de los trabajadores y en un aumento de su productividad.

Este planteamiento teórico se convirtió en realidad en 1948 con la creación del *National Health Service (NHS)*. Los indicadores de salud de los estados con cobertura sanitaria de este tipo mejoraron dramáticamente en relativamente poco tiempo. El derecho a la asistencia sanitaria "gratuita" y para todos, sin barreras financieras, se internalizó en la personalidad social de los ciudadanos. También, no obstante, se incrementaron geoméricamente los gastos. La extensión del modelo del NHS a otros países, así como las mejoras en el mismo sentido en estados con sistemas del tipo denominado Bismark o de seguridad social constituyó la edad de oro de los estados del bienestar en la mayor parte de Europa (años 50, 70 del pasado siglo).

## **“Los cambios en los sistemas sanitarios dependen más de las ideologías dominantes en el aparato de estado que de las crisis económicas”**

La crisis del petróleo, relacionada con la guerra árabe - israelí del *Yom Kippur* (1973) y la actuación restrictiva de la OPEP comportaron un incremento en los precios del petróleo hasta unos niveles nunca vistos. Contra las previsiones keynesianas, el estancamiento económico y la inflación coincidieron en un mismo escenario. Era posible su simultaneidad. *"Estanflación"* fue la nueva palabra para definir aquella situación desconocida hasta aquel momento. Y otro economista, posteriormente

premio Nobel, Milton Friedman ya lo había previsto y descrito. Aparentemente Keynes se equivocó y Friedman tenía razón.

Friedman representa, en buena parte, un regreso a los orígenes, a Smith y a la *"mano invisible"*. Cuanto más alejado se mantenga el estado de la dinámica económica, mejor. *"La libertad económica es un requisito de la libertad política"* afirmó Friedman<sup>2</sup>. Manos libres al capitalismo. Ninguna restricción. Margaret Thatcher y Ronald Reagan fueron los adalides de esta visión. Un viento de neoliberalismo recorrió el mundo desarrollado: Desregulación financiera, privatización de las empresas públicas y retirada de los subsidios, flexibilización del mercado laboral, disminución de los impuestos directos e incremento de los indirectos... La cultura del individualismo. Y frente a cualquier pregunta, a cualquier discrepancia, una sola respuesta: TINA (*"There Is Not Alternative"*). No hay alternativa. La situación económica imponía medidas restrictivas con la finalidad, planteaban, de dirigir los flujos económicos a la revitalización de la economía productiva.

Y no solamente en el mundo económico. También en el ámbito de las políticas sociales. El Estado del Bienestar estaba en el punto de mira.

Nuevamente Friedman habló: *"Todos estos programas colocan a algunas personas en la posición de decidir lo que es el bien para otros. Esto hace que un grupo de individuos adquiera una sensación de poder casi divino; otro, una dependencia casi infantil. La capacidad que tienen los beneficiarios de ser independientes y tomar sus propias decisiones, se atrofia si no se emplea. Además del despilfarro y de la imposibilidad de conseguir los objetivos buscados, el resultado final corroe el tejido moral que mantiene unida una sociedad decente"*<sup>2</sup>. El escritor republicano norteamericano Gilder afirmó: *"El pobre, para progresar, necesita el acicate de su pobreza"*<sup>3</sup>, mientras que otro autor neoliberal, Murray, escribió. *"Las ayudas sociales se convierten en sustitutos del esfuerzo y de la iniciativa personal, manteniendo la pobreza"*<sup>4</sup>. Se creó un paradigma dominante. Y los mensajes fueron calando.

Los servicios sanitarios públicos también fueron diana de la crítica aprovechando una

situación de crisis real del sistema. Las mejoras en el nivel de vida de los ciudadanos, junto con los avances médicos y tecnológicos comportaron un aumento notable de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, con lo que se dispararon los costes y la dudosa sostenibilidad del sistema, que, en un contexto de crisis económica, condujeron a un punto en el cual una reforma del sistema parecía inevitable. Aún así Thatcher no se atrevió a atacar directamente el *National Health Service* por el enorme arraigo popular del que disponía.

Inicialmente Thatcher abordó el problema del NHS desde la gestión, y en 1983 encargó a Griffiths, un exitoso gestor de una importante cadena de supermercados, un informe sobre la situación del NHS. La respuesta fue la carencia de una gestión adecuada en el mismo. Griffiths abogó por una responsabilidad gestora que, según él, hasta aquel momento no existía, y por la implicación de los clínicos en la microgestión y la creación de los presupuestos clínicos, de tal manera que, al haber participado los médicos en la elaboración de los presupuestos, colaborasen en la aplicación de las restricciones. Thatcher intentó combatir lo que denominó *“la cultura de la dependencia”* que, según ella, el NHS potenció. Recortes presupuestarios y listas de espera, el desarrollo del concepto del copago y la potenciación de los seguros y del sector privado fueron elementos capitales en su lucha por el cambio en el NHS. Apareció en escena Alain Enthoven.

Alain C. Enthoven, economista neoliberal norteamericano, profesor en Stanford, planteó el concepto de mercados internos como medio para introducir la competencia en el seno de los sistemas sanitarios públicos, expuesto a partir de su trabajo *“Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance”*<sup>5</sup>, inspirador del manifiesto reformista *“Working for patients”*<sup>6</sup> del National Health Service británico, en el cual el planteamiento de *“mercado interno”* y la filosofía de que *“el dinero siga al paciente”* constituyen sus ejes principales.

El mercado interno de Enthoven (Tabla 1) implica el establecimiento de la competencia en el seno del sistema sanitario público incluso mediante la introducción del sector privado. Se promueve la descentralización y fragmentación del NHS en unidades más pequeñas y más cercanas al cliente. El sector hospitalario del NHS fue fragmentado en varias empresas públicas (*Trusts*), en teoría mejor gestionables, y la atención primaria se empresarializó mediante la creación de los *“GP fundholdings”* con capacidad de autogestión y compra de servicios. Los representantes municipales y territoriales fueron excluidos de los órganos de dirección y sustituidos por perfiles técnicos.

Un primer requisito para la implantación de los mercados internos es la separación de la función de compra de la función de provisión. El comprador de servicios sanitarios tiene que ser externo

y teóricamente neutral e independiente del proveedor. Los proveedores, independientemente de si son públicos o privados, deben de competir por los contratos del sector público. Se introducen incentivos a la gestión. Unido a esto, los usuarios deben de poder escoger entre los diversos proveedores, con lo cual se consigue redirigir la financiación hacia aquellos proveedores con mayor capacidad de atracción y de satisfacción.

Los resultados finales distaron de los planteamientos teóricos. Los recortes económicos que sufrió el NHS durante el gobierno Thatcher (1979-1990) implicaron un crecimiento inferior al 1,5% anual lo que supuso una pérdida notable de la capacidad real del sistema para dar respuesta a las necesidades de su población, la disminución de la capacidad hospitalaria, especialmente en determinados servicios como cuidados intensivos, by pass coronario o tratamientos oncológicos, un incremento de los gastos directos de los ciudadanos por la imposición de los copagos, la disminución de los valores de los estándares de calidad admitidos hasta el momento, el incremento de la inadecuación de las actividades sanitarias, el incremento de las listas de espera en intervenciones quirúrgicas, pruebas especiales y consultas especializadas, y un notable incremento de la insatisfacción de los usuarios del sistema (25% en 1983)<sup>7</sup>. No obstante, su principal efecto sobre la salud no fue consecuencia directa de las acciones realizadas sobre el NHS propiamente dicho, sino sobre las desigualdades sociales y territoriales y sobre los determinantes sociales de la salud, registrándose un incremento notable de la morbi-mortalidad por procesos relacionados con alcohol, drogas, suicidios y violencia. La esperanza de vida al nacer creció para las clases sociales I y II (las más favorecidas), pero disminuyó para las clases IV y V (las más desfavorecidas)<sup>8</sup>.

Pese a que el conjunto de actuaciones pretendía incrementar la productividad y la eficiencia del sistema, la realidad lo negó. Se produjo un incremento del 47% en el gasto farmacéutico entre los años 1978 y 1991, un incremento notable (del 6% al 12%) en costes administrativos<sup>9</sup> y, si bien se evidenció un decremento en los gas-

**TABLA 1. PRINCIPALES PROPUESTAS DE LA REFORMA ENTHOVEN**

<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Desregulación financiera</li> <li>▶ Privatización de las empresas públicas y retirada de los subsidios</li> <li>▶ Flexibilización del mercado laboral</li> <li>▶ Disminución de los impuestos directos e incremento de los indirectos</li> <li>▶ Mercado interno. Competencia en el seno del sistema sanitario público. Introducción del sector privado             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitales: Trusts (empresas públicas)</li> <li>• APS: GP fundholdings. Autogestión. Capacidad de compra de servicios</li> </ul> </li> <li>▶ Los representantes municipales y territoriales son excluidos de los órganos de dirección y sustituidos por perfiles técnicos</li> <li>▶ Separación de la función de compra de la función de provisión. El comprador de servicios sanitarios tiene que ser externo y teóricamente neutral e independiente del proveedor.</li> <li>▶ Libertad de elección (@el dinero sigue al cliente)</li> </ul>
---

tos directos por personal, se produjo un incremento en los gastos derivados de la externalización de servicios y personal<sup>10</sup>.

En España, con posterioridad a la finalización de la Guerra Civil (1936-1939), se instauró el Seguro Obligatorio de Enfermedad basado en el modelo de seguridad social. Su planteamiento inicial era puramente curativo y, al no existir un equivalente a un ministerio de sanidad o similar, dependía del Ministerio de Trabajo a través del denominado Instituto Nacional de Previsión. Con los años el sistema fue mejorando tanto en cobertura como en cartera de servicios y calidad, variando su denominación (SOE, INP, Insalud..), aunque no sus planteamientos básicos.

Con el advenimiento de la democracia se aprobó una Constitución (1978) que plantea tres aspectos básicos desde el punto de vista sanitario: Mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, con garantías suficientes frente a situaciones de necesidad (Art. 41); Derecho a la protección de la salud, compitiendo a los poderes públicos la organización y tutela del sistema de salud. (Art. 43); y Estructuración del Estado Español en Comunidades Autónomas (CCAA) a las cuales el Estado podría transferir competencias específicas (Título VIII). Es decir, se mantenía un sistema de seguridad social que ya no incluía la sanidad, sino tan

## “Las reformas neoliberales consideran a la asistencia sanitaria como un producto de consumo de responsabilidad individual”

solo prestaciones esencialmente económicas (viudedad, orfandad, pensiones...), mientras que la salud es reconocida como un derecho de todos los españoles bajo responsabilidad pública. Ello implicaba cobertura universal y nos aproximaba a un modelo de servicio nacional de salud. Por otra parte, el reconocimiento de las Comunidades Autónomas implica en la práctica que, desde un punto de vista sanitario, España se convirtió en un estado cuasi federal. Todo ello se concretara mediante la Ley General de Sanidad (1986) que explicita un modelo financiado públicamente a partir de los presupuestos del estado, gratuito en el momento de la prestación a excepción de un copago farmacéutico del que están exentos pensionistas y algunos grupos de afectados por enfermedades crónicas; de cobertura universal para todos los residentes en el territorio español; integral; y descentralizado a las CCAA, que crean sus propios servicios de salud, el conjunto de los cuales constituye el Sistema Nacional de Salud, reconocido internacionalmente como uno de los más eficientes y mejores sistemas sanitarios a nivel mundial<sup>1,11</sup>.

### Nuevamente, las crisis

A principios de la década de los 90' una nueva crisis económica afectó al mundo y, muy especialmente, también a España, ocasionada por el estallido de la burbuja inmobiliaria de Japón y la crisis del petróleo consecuencia de la primera Guerra del Golfo, caracterizada, esencialmente por el incremento exponencial del coste del petróleo, la caída del PIB, la inflación secundaria a las devaluaciones monetarias y la recesión económica consecuente. El gasto sanitario público español había pasado de 686.509 millones de pesetas en 1980 a 2.730.893 millones de pesetas en 1990<sup>12</sup>.

Ante esta situación, el llamado coloquialmente “Informe Abril”<sup>13</sup> proponía soluciones prácticamente idénticas a las planteadas 10 años antes por Thatcher-Enthoven (Tabla 2), pese a que el entorno y las circunstancias eran totalmente distintas. El Gobierno español de aquellos momentos, no obstante, no se atrevió a aplicar la mayor parte de sus recomendaciones.

Durante aquellos años, con un crecimiento geométrico del gasto sanitario público en términos absolutos y de porcentaje del PIB, los intentos de reducción del gasto público en sanidad fueron constantes, pero las acciones correctoras se situaron esencialmente en el terreno de la gestión, mediante la introducción de medidas de externalización y, consecuentemente, de introducción del sector privado en la sanidad pública.

### La crisis actual y su repercusión sobre el modelo sanitario español

Pasaron más de 20 años. Una nueva crisis internacional estalló entre 2008 y 2010, en esta ocasión comparable en sus dimensiones y consecuencias a la Gran Depresión de 1929, pero estructuralmente distinta a las de los años 70' y 90'<sup>14,15</sup>.

TABLA 2. MEDIDAS PROPUESTAS POR LA “COMISIÓN ABRIL”. 1991

#### COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991)

- ▶ Separación financiación-compra / provisión gestión
- ▶ “Mercados internos”. Competencia
- ▶ Sector privado en competencia con el público
- ▶ Nueva forma jurídica para el SNS
- ▶ Área de salud como ente comprador
- ▶ Potenciación de sociedades públicas sometidas a derecho privado
- ▶ Nuevas formas de gestión
- ▶ Externalizaciones y subcontratación
- ▶ Delimitación de prestaciones básicas, adicionales y complementarias
- ▶ Facturación de actuaciones sanitarias con o sin subvención, total o parcial
- ▶ Posibilidad de ampliar copago
- ▶ Aumento de capacidad de elección por parte del usuario. Repercusión para el proveedor
- ▶ Flexibilidad laboral
- ▶ Potenciación del Consejo Interterritorial

Formalmente se admite que la crisis se inició en 2008 con la eclosión de las hipotecas *subprimes* y de la burbuja inmobiliaria, la caída de Lehman Brothers y la quiebra bancaria en cadena posterior, si bien se aducen como motivos iniciales de la crisis la gran desregulación del sector financiero americano, consecuencia de las políticas neoliberales extremas de Reagan y sucesores en la Casa Blanca. La crisis bancaria conllevó el rescate financiero del sector por parte de los gobiernos y el desbocamiento de la deuda pública, que repercutió en medidas financieras restrictivas que acabaron por afectar el consumo interno, el paro laboral y la crisis económica.

La respuesta europea, inspirada por el FMI y el Banco Mundial ha estado dentro de la línea clásica neoliberal inspirada en Friedman: Austeridad y reducción al máximo del gasto público. Ello ha repercutido en la capacidad de consumo interno de los ciudadanos, provocando la caída de la demanda y prolongando la crisis económica y social, de la cual, algunos países como España y Cataluña aun no han salido, pese a una ligera mejora en las cifras macroeconómicas.

No fue esta la respuesta por parte de los EEUU y el gobierno de Obama, que optó, con mayor éxito que en Europa, por políticas de una cierta inspiración keynesiana consistente en un incremento de la inversión pública con la finalidad de incrementar la demanda. En el terreno sanitario, el impulso de la *"The Patient Protection and Affordable Care Act"*, más conocida como *"Obamacare"*<sup>16</sup> orientado al incremento de la cobertura asistencial del total de la población residente legalmente en EEUU, y a la mayor eficiencia de su sistema sanitario, uno de los más caros del mundo (16,42% del PIB) pese a tener descubiertos asistencialmente a 44 millones de ciudadanos (16% de su población). Para ello impulsa la generalización del aseguramiento sanitario obligatorio para todos los ciudadanos y residentes legales mediante aseguradoras privadas, bajo regulación y control gubernamental lo que implica subsidios, bajos costes, y prohibición de la selección adversa, ha significado también una respuesta opuesta a las restricciones y la austeridad eu-

ropeas<sup>16</sup>, suponiendo, desde el punto de vista económico, la implementación o incremento de 21 impuestos, y un coste estimado de 1,36 "trillones" (americanos) de dólares en 10 años<sup>17</sup>.

En este contexto, la crisis económica mundial de 2008, y especialmente la de la zona euro, afectó con altísima dureza a estados como España, y su forma de afrontarla ha comportado grandes sacrificios a la ciudadanía española y, significativamente, a su sistema sanitario<sup>18,19</sup>. En el conjunto del Estado Español esta crisis se vio acentuada por el modelo económico previo imperante. Un enorme paro y un gran déficit público agudizan la situación. Las políticas de un Estado del Bienestar aun incipiente y relativamente débil comparándolo con el entorno de la Unión Europea, y, especialmente, las políticas sanitarias se han convertido en la diana contrareformista. Así, el PIB per cápita español, que en 2008 era de 35.578\$, pasó a 25.684\$ en 2015<sup>20</sup>, cayendo a valores equivalentes a los de los años 2004-2005. El impacto sobre la desigualdad ha sido también notable, pasando el valor del índice de Gini de 0.319 en 2006 a 0,345 en 2016<sup>21</sup>.

El Gobierno de España, abiertamente neoconservador, ha optado por medidas altamente restrictivas que, en el terreno de la sanidad pueden resumirse en: 1) Recortes presupuestarios al sector sanitario público; 2) Restricciones a la cobertura poblacional, alterando el modelo de sistema sanitario que de tipo Beveridge tiende al modelo Bismarck, sustituyendo el concepto de cobertura universal por una cobertura real en base a cotización y adscripción a la Seguridad Social; 3) Restricciones a la prestación de servicios; y 4) Incremento de la participación financiera del usuario (copago). El objetivo final, en línea con los planteamientos de Friedman y Enthoven pretende, esencialmente, disminuir el gasto público centrándose esencialmente en la reducción de personal y paralización de las inversiones, acotar el estado del bienestar, y dar amplia entrada al sector privado. El gasto privado en sanidad en España pasó del 2,3% del PIB en 2009 al 2,53%, un 110%. La notable entrada de operadores privados en el sistema (10.4%

del gasto sanitario público corresponde a conciertos con la sanidad privada)<sup>22</sup>, especialmente en la Comunidad Valenciana y la de Madrid, impactó en pérdidas de lugares de trabajo en el sector sanitario público, calculándose un volumen de unos 53.000 profesionales<sup>23,24</sup>.

## Discusión y conclusiones

Una *"política"* es una actividad orientada en forma ideológica a la toma de decisiones de un grupo para alcanzar ciertos objetivos. Toda política sanitaria forma parte de un conjunto de políticas globales, y estas son fruto de una ideología y un conjunto de valores determinados. No puede haber incongruencias entre ellas. A una ideología concreta responderá una política sanitaria concreta acorde con sus principios y valores característicos. La concreción operativa de una política sanitaria específica es un sistema sanitario específico. Un sistema sanitario, cualquier sistema sanitario de cualquier país, al ser la plasmación organizativa de estas políticas sanitarias ideologizadas se constituirá en el instrumento ejecutivo de dichas políticas<sup>25,26</sup>, además de actuar como una herramienta de poder y de control, en la línea de lo que Althusser denominó un *"aparato ideológico del estado"*<sup>27</sup>. Consecuentemente los cambios de planteamientos en políticas sanitarias tenderán a responder no a una coyuntura de gestión o una situación económica y social concreta, sino al paradigma dominante de una ideología específica.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX y lo que llevamos del XXI hemos asistido en el mundo occidental a una pulsión dicotómica entre las visiones socioeconómicas neoliberales y las que podríamos calificar como colectivistas o socialdemócratas, pese a que esta última denominación posiblemente no sería aceptada por alguno de sus protagonistas.

Las visiones que aquí calificamos como colectivistas implican, en el terreno sanitario y social en general, la consideración de la salud como un derecho, una tendencia a la cobertura universal, la intervención de la administración como

garante del derecho, y, consecuentemente, un mayor gasto público en aras de la equidad.

En el común denominador de las reformas de carácter neoliberal de las últimas décadas está una visión tendente a considerar, en la práctica, a la asistencia sanitaria como un producto de consumo de responsabilidad individual, la desregulación y la disminución del peso público en la financiación de los sistemas sanitarios facilitando el paso a la iniciativa privada. Dos visiones contrapuestas y difícilmente conciliables.

La crisis de 1973 se tradujo, como ya hemos mencionado, en el estancamiento y la inflación económica como consecuencia del incremento de las materias primas, especialmente los combustibles. La de los años 90, relacionada con la eclosión de la burbuja japonesa y la primera guerra del Golfo ocasionó inflación y recesión. La de los años 2007-08, similar a la del 1929, causó una fuerte desconfianza bancaria que se tradujo en un descenso brutal del crédito con la consiguiente depresión económica y un enorme aumento del paro. Causas distintas. Mecanismos distintos. Mismas soluciones.

Las reformas aplicadas al sector sanitario desde los años 80' en España y Europa en general, pero especialmente

el Reino Unido han estado bajo la marcada influencia de Enthoven y el neoliberalismo. Las recetas siempre han sido las mismas o muy similares, independientemente de las características y especificidades del contexto económico y social. En modo alguno se han buscado realmente alternativas tendentes a incrementar la eficiencia del sector público. Los resultados macroeconómicos publicados no corroboran la efectividad de las medidas planteadas respecto a la eficiencia global de los sistemas afectados. Según la OCDE<sup>28</sup> la evolución de indicadores como el porcentaje del PIB gastado en sanidad, el gasto total per cápita, o el incremento del gasto sanitario respecto a la variación anual del PIB registran una clara tendencia al alza, a excepción de la evolución entre los años 2009 y 2012, posiblemente más como consecuencia de los efectos directos de la crisis que de las medidas racionalizadoras.

En el gráfico 1 podemos observar las series correspondientes a gasto sanitario total, gasto público y gasto privado de Reino Unido y España desde el año 1978 hasta el 2015, último año en que la OCDE muestra datos para España. Consideramos que ambos estados son bastante comparables ya que comparten un mismo modelo de sistema sanitario predominante (Servicio Nacional de Sa-

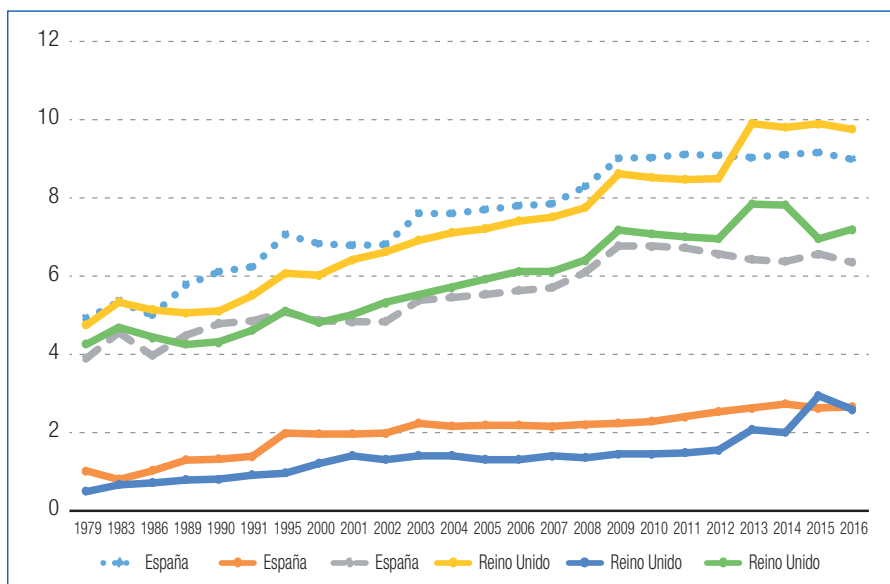
lud) y dedican porcentajes similares del PIB a gasto sanitario.

En dicho gráfico podemos ubicar fechas clave: 1979: Inicio Gobierno Thatcher (Conservador) en Reino Unido; 1982: Gobierno socialista en España; 1983: Informe Griffith; 1989: *Working for Patients* en Reino Unido; 1990: Crisis de Japón y Guerra del Golfo; 1996: Cambio de gobiernos en Reino Unido (laborista) y España (conservador); 2004: Cambio de gobierno en España (socialista); 2008: Inicio de la crisis actual; 2010: Cambio de gobierno en Reino Unido (conservador); 2011: Cambio de gobierno en España (conservador).

Unas características comunes: La tendencia en ambos estados es al crecimiento tanto en gasto total, como en público y privado; las crisis económicas, a excepción de la de 2008, tienen un menor efecto que los cambios de ideología de los gobiernos correspondientes; los gobiernos conservadores tienden a disminuir o mantener estable gasto total y gasto público, mientras que los socialistas y laboristas tienden a incrementar ambos; en todos los casos el gasto privado experimenta un lento pero constante crecimiento. La excepción la constituye el gobierno de Major (conservador) en el Reino Unido, que sucedió a Margaret Thatcher y que, en sus dos años iniciales presentó un notable incremento en gasto público y gasto total para, posteriormente, estabilizarse. Posiblemente en la reacción al Thatcherismo esta parte de la explicación.

La pretendida eficiencia sobre los sistemas sanitarios de las medidas planteadas no se tradujo en resultados reales, aunque sí en afectaciones importantes de la equidad, la insatisfacción de los usuarios, y de la privatización del sector, y, en todos los casos, en un descenso del gasto sanitario público y en un incremento del gasto sanitario privado y, especialmente en los casos español y catalán en el "gasto de dinero de bolsillo" (*pocket money*) por parte del ciudadano como consecuencia del incremento de los copagos, el euro por receta catalán, o la reducción de la cobertura poblacional que ha afectado, muy especialmente, a la población inmigrante. La falsa eficiencia de las reformas sobre la disminución del gasto público no ha sido

**GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DE LOS PORCENTAJES DE GASTO SANITARIO RESPECTO DEL PIB PARA: ESPAÑA Y REINO UNIDO. GASTO TOTAL, PÚBLICO Y PRIVADO**



Fuente: Datos OCDE.

tal, sino que ha implicado un desplazamiento del gasto hacia los ciudadanos.

A nuestro entender tenemos elementos de peso para confirmar la hipótesis planteada al inicio del trabajo, como mínimo para los casos británico y español: los cambios en los sistemas sanitarios dependen más de las ideologías dominantes en el aparato de estado en un

momento dado, que de las circunstancias de crisis económicas, quedando por ver el desarrollo a medio plazo del global de las consecuencias que la crisis de 2008 nos depara.

Mismas ideologías, mismas políticas y mismas reformas. Lo único que hace falta es la excusa plausible para implementarlas. Y una crisis económica gra-

ve, como la actual, constituye el entorno ideal para hacerlo presentándolas como la Única Alternativa Posible frente a esta situación concreta.

El péndulo ha oscilado de nuevo. De Keynes a Friedman. De Beveridge a Enthoven. Cuando el péndulo vuelva a oscilar ¿tendrá Beveridge su nueva oportunidad o, realmente, ya no habrá alternativa? ◆

## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1). Visualizado el 26.08.2014.
2. Friedman M, Friedman R (1983). Libertad de elegir. Biblioteca de economía. Orbis. Barcelona.
3. Gilder G (1981) *Wealth and Poverty*. Basic Book, Inc. Publishers, New York.
4. Murray Ch. (1984) *Losing Ground: American Social Policy, 1950-1980*. Basic Book, Inc. Publishers, New York.
5. Enthoven AC (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. The 1987 Professor Dr. F. de Vries Lectures, North Holland Publishing Company, Amsterdam, New York.
6. United Kingdom. Department of Health (1989) . *Working for Patients*. Editorial: Stationery Office Books. London.
7. Klein R. (1985) Why Britain's Conservatives support a socialist health care system. *Health Affairs*, 4. No. 1. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/4/1/41.full.pdf>. Consultado el 31.08.2015.
8. Scott-Samuel A, Bamba C, Collins C, Hunter DJ, McCartney G, Smith K (2014). The impact of Thatcherism on health and well-being in Britain. *International Journal of Health Services*, 44(1), 53-71, 2014. Disponible en: <http://pcwww.liv.ac.uk/~alexss/thatcherism.pdf>. Consultado el 31.08.2015
9. Fisher P. (2002) The NHS from Thatcher to Blair. *International Association of Health Policy*. 12th IAHF and XIV FADSP Conference, Palma de Mallorca 23 May 2002. Disponible en: <http://www.healthp.org/node/71>. Consultado el 31.08.2015.
10. Bloor K, Maynard A (1993). Expenditure on the NHS during and after the Thatcher years: its growth and utilisation. *Discussion Paper 113*. Center for Health Economics. University of York. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20113.pdf>. Consultado el 31.08.2015.
11. Bloomberg (2015). Most Efficient Health Care: Countries. Disponible en: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst//most-efficient-health-care-2014-countries>. Visualizado el 15.05.2015.
12. Espuelas S. (2013). La evolución del gasto Social público en España, 1850-2005. *Estudios de Historia Económica N.º 63*. Banco de España. (2013) Disponible en: <http://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesSerias/EstudiosHistoriaEconomica/Fic/roja63.pdf>. Consultado el 10.09.2015.
13. España. Congreso de los Diputados (1990). Comisión para análisis, evaluación y propuesta de mejoras del Sistema Nacional de Salud. Informe. Disponible en <http://www.consorcio.org/accesos-directos/patronal/documents-i-publicacions/articles-i-publicacions-d2019interres/resumen%20informe%20abril.pdf>. Consultado el 25.08.2014.
14. Navarro V (19.04.2012). La causa real de la crisis financiera. *Diario Público*. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/?p=7178>. Visualizado el 29.08.2014.
15. Navarro V (29.04.2014). El desastre económico actual era predecible. *Diario Público*. Pensamiento crítico. Disponible en: <http://blogs.publico.es/vicenc-navarro/2013/04/29/el-desastre-economico-actual-era-predecible/>. Visualizado el 29.08.2014.
16. ObamaCare facts (2013). Disponible en: <http://obamacarefacts.com/en-espanol/que-es-obamacare/>. Visualizado el 7.09.2015.
17. Mangan D. (2013) *Obamacare cost-cutting: CNBC explains*. Publicado 1.10.2013. Disponible en: <http://www.cnbc.com/2013/10/01/obamacare-cost-cutting-cnbc-explains.html>. Visualizado el 16.09.2015.
18. España. Gobierno (2012). Real Decreto Ley 16/2012 de 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*. Núm. 98. 24.04.2012. Pgs. 31278-31312. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>. Visualizado el 28.04.2014.
19. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (2014). Informe SESPAS 2014. Crisis Económica y salud. *Gaceta Sanitaria*. Junio 2014. Vol. 28. Núm. S1. 1-146. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-num-1/suplemento/sespa/S0213911114X0004X/>
20. World Bank. *Dates*. Disponible en: <http://www.worldbank.org/>. Consultado 30.12.2017.
21. Europa. Eurostat (2015). Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC). Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tessi190>. Visualizado el 9.01.2018.
22. IDIS. Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad. (2013). *Sanidad privada. Aportando valor. Análisis de situación 2012*. Disponible en: [http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2012/03/Inf\\_IDIS\\_Situacion2012\\_web.pdf](http://www.fundacionidis.com/wp-content/uploads/2012/03/Inf_IDIS_Situacion2012_web.pdf). Visualizado el 2.09.2015.
23. FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. (2014). *Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2014*. Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/872-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2014>. Visualizado el 31.08.2015.
24. FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. (2015). *Nota de prensa. El gasto sanitario en España. 2013*. Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/1076-el-gasto-sanitario-en-espana>. Visualizado el 1.09.2015.
25. Eliola J, Nieto J, Sunyer (1996). La relación entre ideología y eficiencia de los sistemas sanitarios. *Unas notas de cara a la reforma del sistema sanitario español*. *Gaceta Sanitaria* (10), 191-196.
26. Franco-Giraldo A (2011). Ideología, política pública y sistemas de salud. Ponencia. 7º Congreso de salud pública "Las políticas públicas y los sistemas de salud". Medellín. Disponible en: <http://fnsp.udea.edu.co/fnsp/congresosp7/PAlvaroFranco.pdf>. Visualizado el 28.08.2014.
27. Althusser L. (2008) *On ideology*. Verso. London.
28. OECD. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2015). *OECD Health Statistics 2015*. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. Visualizado 17.05.2015.