

EDITORIAL**25 AÑOS DESPUÉS DE LA REFORMA SANITARIA DE ERNEST LLUCH****Fernando Lamata Cotanda (1) y Cristina Pérez Andrés (2).**

(1) Cortes de Castilla la Mancha

(2) Comité de redacción de la Revista Española de Salud Pública

[...] porque le roba su soberanía e independencia económica, porque han desmantelado su función pública, porque la obliga a vender sus servicios públicos a beneficio de los depredadores financieros. La ha puesto de rodillas porque ha acabado con hospitales públicos, porque ha privatizado la escuela por la reducción de los ingresos de los funcionarios públicos [...].

Bamako¹

Las reformas sanitarias son procesos políticos que intentan conjugar y equilibrar derechos personales, derechos sociales e intereses económicos. La tensión entre estos factores es permanente y las presiones ejercidas para que las reformas vayan en una u otra dirección son fuertes. Lo vimos con la Reforma Lluich durante el período 1984-1986. Lo hemos visto hace poco durante el intento de Reforma Sanitaria de Obama, y lo vemos ahora en España y en Europa, donde intereses económicos poderosos están presionando para recortar el modelo social.

Cuando hablamos de reforma hemos de intentar definir a qué nos referimos². Para calibrar que un determinado cambio puede ser catalogado como reforma sanitaria completa debemos valorar cuáles son las variables que se han modificado en el proceso y con qué intensidad. Para algunos autores podemos hablar de reforma cuando se concreta en una ley³. Para otros debe haber una definición de objetivos seguida de un proce-

so de cambios institucionales y estructurales profundos y sostenidos liderados por el gobierno⁴. Para otros podemos hablar de reforma sanitaria cuando se produce una modificación en variables importantes, que se pueden calificar de primer nivel⁵. Son las que se refieren a los derechos y obligaciones que definen un sistema sanitario: cobertura (¿a quién?), gasto sanitario total (¿con qué?), gasto sanitario público (¿de quién?), prestaciones (¿qué?) y resultados (¿para qué?).

La Reforma Lluich, recogida en la Ley General de Sanidad de 1986⁶ y en otras medidas importantes^{7,8}, incluidos los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas, supuso un impulso para la mejora de la atención sanitaria, consolidando y generalizando el derecho a la sanidad pública de calidad. En cuanto a las variables de primer nivel, se aumentó la cobertura hasta un 99,5% de la población, reconociendo el derecho a la atención sanitaria pública completa a 8 millones de personas que hasta

entonces no estaban cubiertas por el sistema sanitario. Para ello se incrementó el gasto sanitario público en relación con el PIB del 4,4% al 5,2% y se alcanzó un 78% de financiación pública sobre el total de gasto sanitario⁹. Esta financiación fue posible gracias a la reforma fiscal¹⁰ que permitió ir aumentando los ingresos públicos en relación con el PIB. En tercer lugar, se definieron y aumentaron las prestaciones sanitarias, sobre todo las referidas a la atención primaria, la atención a los problemas de salud mental, la planificación familiar y los trasplantes, configurando una atención sanitaria completa y de calidad, equiparable a las de los países de nuestro entorno. Los resultados positivos se reflejaron tanto a nivel de satisfacción subjetiva como en los indicadores sanitarios objetivos¹¹.

Conviene destacar, además, cambios en dos variables organizativas. El de la atención primaria fue un aspecto importante y novedoso de la reforma, con la creación de los Equipos de Atención Primaria y la puesta en marcha de Centros de Salud^{6,7}, el nuevo enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria¹²⁻¹⁴, el nuevo papel de la enfermería, la introducción de la historia clínica y las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud^{6,7}.

Otra característica importante fue la descentralización de la asistencia sanitaria, impulsando la creación y consolidación de los Servicios Regionales de Salud⁶, y transfiriendo las competencias de gestión para adaptar el modelo sanitario al Estado de las Autonomías, configurando el Consejo Interterritorial como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud⁶.

Esta Reforma tuvo que enfrentar duras presiones¹⁵. El propio Ministro de Sanidad, Ernest Lluch describió la llamada Operación Primavera¹⁶, que intentó movilizar a los profesionales sanitarios y a la opinión pública contra la Ley General de Sanidad y lo que esta suponía, la universalización de una atención sanitaria de calidad.

Pero la Ley salió adelante y el Sistema Nacional de Salud español es hoy uno de los mejores del mundo, por cobertura, equidad, prestaciones de calidad efectivas y eficientes¹¹.

En la actualidad, en España la sanidad es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos. El gasto sanitario público supone un 6,99% del PIB⁹, un punto menos que la media de la Unión Europea, la esperanza de vida al nacer es de 82 años, siendo la máxima en todos los países del mundo de 83¹⁷, el catálogo de prestaciones comprende las correspondientes a salud pública, atención sanitaria, y sociosanitaria¹⁸ y la cobertura en 2005 era del 99,8% de la población¹¹.

Un ejemplo paradigmático es el sistema español de trasplantes, por ser el primero del mundo, tanto por donaciones como por órganos trasplantados¹⁹. Es un modelo descentralizado y coordinado que funciona en toda España y que se moviliza todos los días, a cualquier hora, en múltiples centros sanitarios, con cientos de profesionales altamente cualificados.

Otra de las claves de nuestro buen funcionamiento es la excelente formación de los profesionales sanitarios a través del sistema MIR de especialidades, y un buen nivel de investigación en ciencias de la salud.

El gasto sanitario ha ido creciendo a lo largo de los años en función del crecimiento de la renta. El porcentaje de gasto sanitario público sobre el total de gasto sanitario se situaba en 2009 en un 73,6%²⁰, algo por debajo de los países de nuestro entorno (Francia 77,9%, Alemania 76,9%, Italia 77,9%, Reino Unido 84,9%)²⁰. En todo caso, el gasto sanitario público en España, en relación con el PIB, ha seguido estando por debajo de la media europea, es decir, era y es un gasto sostenible.

Sin embargo, el sistema sanitario público está cuestionado. No porque no sea sostenible para una economía como la española, sino porque hay quienes quieren cambiar el modelo, reduciendo cobertura y prestaciones públicas que hoy son accesibles para todas las personas en función de su necesidad, y trasladando parte de las prestaciones y los servicios a la cobertura privada, accesibles solamente a quien lo pueda pagar.

El problema planteado va más allá del sistema sanitario y afecta no solo a España sino a toda Europa.

Cuando dicen que el Sistema Sanitario no es “sostenible” se suelen referir a la sanidad pública, es decir, a cuánto gasto sanitario público se puede permitir un determinado país. No se suele hablar de si es sostenible el gasto sanitario privado para una familia determinada cuando no hay sanidad pública. El gasto sanitario total (público y privado) de un país es proporcional a su nivel de renta. Así un país con poca renta (como Eritrea: 322\$ de renta per cápita) gastará menos proporción de su renta y tendrá menos gasto total (por ejemplo: 3,1% del PIB y 10\$/persona año). Mali, con una renta per cápita de 735\$, tiene un porcentaje de gasto sanitario sobre PIB del 5,3% y un gasto sanitario por persona y año de 39\$. Un país con más renta per cápita (como España con 32.600\$) empleará mayor proporción de la misma y tendrá un mayor gasto sanitario total (9% y 3.132\$). EEUU, con más renta, gasta más todavía (15,8% y 7.164\$)²¹. Cada economía “sostiene” el gasto sanitario (público y privado) que le permite su renta. La cuestión es, pues, cuánto gasto se hace a través de cobertura pública y cuánto de forma privada. La primera se financia a través de impuestos y cotizaciones sociales y permite atender a las personas de forma equitativa en función de su necesidad. La cobertura privada se la paga cada uno y por eso solo pueden acceder a la atención sanitaria los que disponen de recursos para hacer ese gasto.

La clave de la sostenibilidad del gasto sanitario público, así como de todos los gastos sociales (educación, pensiones,...), está en que debe haber un sistema de ingresos públicos suficientes a través de los impuestos y de las cotizaciones sociales, en el que pague más el que más tiene y reciba prestaciones el que las necesita. El modelo social europeo, construido a lo largo del siglo XX, situaba los ingresos fiscales (incluyendo Seguridad Social) en el año 2009 en el 38,4% del PIB (media ponderada UE-27)²². No puede haber unos buenos servicios públicos si no hay una buena política fiscal. En el modelo social europeo se acepta el sistema de producción económica capitalista, en el que hay propiedad privada, ánimo de lucro y enormes diferencias de renta y riqueza. Pero se acepta también que parte de esa riqueza se aporte para los gastos sociales, de tal manera que todos estemos protegidos frente a la adversidad y todos tengamos igualdad real de oportunidades ante la enfermedad. En España los ingresos fiscales llegaron a alcanzar el 37,1% del PIB en el año 2007, una tasa que se iba acercando a la de la UE-27 (39,6%). Ese año y en los dos anteriores no se hablaba de déficit. Al contrario, por primera vez en la democracia se había logrado superávit fiscal (de 1% del PIB en 2005, 2% en 2006 y 1,9% en 2007)²³. Pero la crisis financiera de las “hipotecas basura”, con epicentro en EEUU, cambió el panorama de un día para otro. Provocó una caída brusca de la actividad económica, con pérdida de empleos, disminución de beneficios empresariales y reducción del consumo, con la disminución consiguiente de los ingresos fiscales. Estos cayeron en dos años a un 30,4% (6,7 puntos), más de 60.000 millones de euros. En UE-27 los ingresos fiscales cayeron entre 2007 y 2009 solamente 1,2 puntos desde 39,6% a 38,4%²². ¿Por qué fue mayor la caída en España? Al menos por dos razones. Una, el estallido de la burbuja inmobiliaria. La otra tiene su explicación en que las medidas que se habían ido tomando en los años de crecimiento económico (reducciones, supresiones, bonificaciones) disminu-

yeron la recaudación, ya que afectaron a muchos tributos (IRPF, impuesto de sociedades, impuesto de sucesiones y transmisiones patrimoniales, impuesto de patrimonio, etc.). El hecho es que se generó un déficit fiscal importante que alcanzó el 11,1% del PIB en 2009²³, debido a la suma de efectos de la caída de los ingresos y el aumento de gastos (para pagar a los desempleados y ayudar a los bancos).

La causa de la crisis económica internacional de 2007-2008 fue un fallo sistémico del capitalismo financiero mundial (fallaron los reguladores, los auditores, y las agencias de calificación) que llevó a grandes entidades financieras de EEUU y de Europa a la quiebra y a una fuerte contracción del crédito, con el freno consiguiente de la economía real. En 2008 la crisis era de tal magnitud que se habló de la necesidad de “refundar el capitalismo”, de redefinir las reglas de juego. Pero ni antes ni durante la crisis se ha regulado la circulación de capitales, ni el funcionamiento de las Bolsas, ni se han introducido tasas a las transacciones financieras para recuperar beneficio social, ni se ha puesto coto a los paraísos fiscales, ni se ha sancionado a los operadores, ni a los reguladores, ni a los certificadores que causaron este desastre. En lugar de penalizar y corregir los errores del sistema financiero, en lugar de refundar el capitalismo, los especuladores han tomado el control del “discurso económico”, situando el debate en el déficit público para justificar la necesidad de realizar recortes sociales “y así aumentar la competitividad y reducir el déficit”. Un déficit causado por ellos.

En el caso de España es necesario mejorar sus ingresos fiscales para acercarlos a los países de nuestro entorno (8 puntos de PIB respecto a la UE-27; 11,2 respecto a Francia; 9,3 respecto a Alemania)²³. Y eso pasa por una lucha contra el fraude fiscal (el volumen de la economía sumergida se estima en un 21,5%²⁴) y por una reforma fiscal adecuada, compatible con el impulso al crecimiento de la economía y la creación de empleos.

La agresión al modelo social está siendo general en toda Europa y se están produciendo recortes sociales a nivel de empleo público y privado, prestaciones sanitarias y educativas que recuerdan mucho a lo que sucede en el documental *Bamako*, con cuya cita comienza este editorial. En él se celebra un juicio en Bamako, capital de la República de Mali, al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional por presionar con su deuda a privatizar el transporte, los servicios públicos sanitarios, educativos, etcétera. Como dicen los fiscales de la película ... *el pago de la deuda no solo termina de arruinar las economías sino que se le suma la liquidación de los bienes públicos. [...] Se ha privatizado la salud, privatizamos la educación, concebida como un derecho universal, hemos privatizado, malvendiendo, los servicios públicos, el agua, [...] Este pueblo es el huérfano que reclama el pecho de la madre arrebatado en el parto mientras él solo exigía un derecho: la atención primaria de salud*. En Bamako los fiscales solicitan la declaración de culpabilidad para el Banco Mundial *por no haber respetado su mandato original: servir a la humanidad* y lo condenan a *la pena más modesta y suave: trabajar por el interés general de la humanidad a perpetuidad [...] Porque se trata del equilibrio del mundo y del porvenir de la humanidad*. El documental *Bamako* fue declarado por las Naciones Unidas como Bien de Interés Cultural. En lugar de desaparecer este tipo de situaciones en los países del mundo en desarrollo, se ha extendido a los que consideramos países del primer mundo. Y con la excusa de la crisis económica se está creando más pobreza que soluciones lógicas que mantengan los recursos públicos en el sector público. También en nuestro ámbito están pasando a manos privadas de empresas que buscan el lucro y nunca el interés general. Es evidente que se trata de un error muy grave que pagaremos muy caro, lo que se reflejará en indicadores sanitarios, educativos, migratorios. Y, una vez más, concretamente en España, podemos vernos en la situación de ver emigrar a personas jóvenes en busca de

trabajo y sueldo digno, en lugar de diseñar las políticas sociales necesarias que faciliten que permanezcan en el país para, con la formación que en él han obtenido, colaboren a la superación de las consecuencias de la crisis. Si no fuera su deseo, no estarían surgiendo colectivos y movimientos, a través de las redes sociales de internet, reivindicando el final de un capitalismo depredador que asfixia a personas de todas las edades, pero que además deja sin futuro a los más jóvenes. Nos referimos a los movimientos de los indignados y a las rebeliones de los países del Magreb. Se trata de transformar los derechos universales en derechos políticos con fuerza de ley en cada país, en el ámbito europeo y en el mundial. No deberíamos seguir esperando a construir en todo el mundo gobiernos políticos, sociales y democráticos que puedan controlar al capital financiero para ponerlo al servicio de los intereses generales, tal y como rezan las Constituciones Nacionales como la española. Un paso modesto en esta dirección es la propuesta de una Carta Europea de la Salud²⁵ que promueva una legislación europea para una atención sanitaria pública universal y de calidad. De lo contrario, las clases sociales más desfavorecidas tendrán que soportar una vez más la injusticia social, incluyendo la desigualdad en la atención sanitaria, si continúa el desmantelamiento de la reforma que comenzó Lluch, lo que supondría para España un retroceso de más de 25 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sissako A. Bamako [documental]. Denis Fried y Abderramán Sissak. Francia, Mali y EEUU; 2006.
2. Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
3. Jönsson B. Making sense of healthcare reform. En OECD, Health Care Reform. The will to change. Health Policy Studies nº 8. Paris: OCDE; 1996.
- 4.-Figueras J, Saltman RB. European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Europe;1996.
- 5.- Lamata F. Estudio Comparado de las Reformas de los Sistemas Sanitarios de España y Bulgaria. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid; 1998.
- 6.- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
- 7.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 de 1/2/1984.
- 8.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1985.
- 9.- OECD (2011).Public expenditure on health Health: Health: Key Tables from OECD. DOI:10.1787/20758480 Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480
- 10.- Boletín Oficial del Estado. Ley 50/1977, de 14 de noviembre, de medidas urgentes de reforma fiscal. BOE núm 274 de 16/11/1977.
- 11.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
12. Boletín Oficial del Estado. RD 2015 de 1978 por el que se regula la obtención de especialidades médicas. BOE núm 206 de 29 de agosto de 1978.
13. Boletín Oficial del Estado. RD 3303 de 1978 de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE núm 29 de 2 de febrero de 1979.
14. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.
15. La reforma sanitaria en España a debate. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.
16. Lluch E. La campaña contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega F, Lamata F. La década de la Reforma Sanitaria. Madrid: Ex libris;1998.
17. World Health Organization. Life expectancy at birth 1990, 2000, 2009. [Citado el 8/9/2011]. Disponible en: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html
18. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 128 de 29-05-2003.

19. Rafael Matesanz, Beatriz Domínguez-Gil, Elisabeth Coll, Gloria de la Rosa and Rosario Marazuela. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Trasplant International*. 2011: 333–343.

20.- OECD (2011). Public expenditure on health *Health: Key Tables from OECD*, doi: 10.1787/hlthxp-pub-table-2011-1-en Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3

21.- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Copenhague: WHO; 2011.

22.- Taxation trends in the European Union. Eurostat. Bruselas: Comisión Europea; 2011.

23. Banco de España. Déficit y deuda de las Administraciones Públicas. Boletín Estadístico. 2011. Disponible en: <http://www.bde.es/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEstadistico/11/Fich/bes1107.pdf>

24. Arrazola M, de Hevia J, Mauleón I, Sánchez R, Malo MA, Garrido L et al. La economía sumergida en España. Cuadernos de información económica. 2011.

25.- Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública. Carta del Derecho a la Salud de los Ciudadanos y las Ciudadanas de la Unión Europea. Página Web de la Federación.