

La Sanidad Colectiva y Pública ante el neoliberalismo económico

Prof. Francisco Torres-González

PhD por la Universidad de Granada, Catedrático acreditado de Psiquiatría, Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.

ftorres@ugr.es

Resumen

Los presupuestos sanitarios de diversos países se han visto reducidos de manera sucesiva, década tras década, desatendiendo las necesidades financieras de los sistemas Públicos de Salud Colectiva para poder atender a toda la ciudadanía, siguiendo criterios equitativos.

Palabras claves: Programas Sanitarios, Reforma Psiquiátrica, Neoliberalismo.

Abstract

The health budgets of various countries have been successively reduced, decade after decade; and, as a consequence, neglecting the financial needs of the Public Collective Health systems in order to serve all citizens, following equitable criteria.

Key Words: Health Programs, Psychiatric Reform, Neoliberalism.

La **Sanidad Pública Universal** es un **modelo de atención** que presta cobertura a todos los ciudadanos, sin dependencia del género, del color de su piel, su edad o, lo más relevante, de su situación económica. No obstante, el término “Salud Pública” es la expresión antinómica de “Salud Privada”; es decir, el adjetivo “pública” puede significar atención sanitaria financiada con cargo a los presupuestos del Estado, pero también puede referirse a la población general. El doble significado del adjetivo genera confusión con frecuencia. En Brasil y en otros países latinoamericanos se usa la expresión “Salud Colectiva” para referirse a los programas de prevención y atención sanitarias de toda la población y con financiación estatal. En este artículo utilizaremos el término “Salud Colectiva” para referirnos al alcance de las tareas sanitarias, y el de “Salud Pública” cuando esas tareas sean financiadas por el Estado.

Tras la II Guerra Mundial nació en Escandinavia y todo el Norte europeo la Socialdemocracia, para recuperar a su población de las heridas de guerra y para frenar la expansión comunista. Entonces germinó la semilla de la Sanidad Colectiva y pública sobre la que había sido sembrada con la legislación social decimonónica de la Alemania de Bismarck.

Superada ya la Guerra Mundial del 14, el Gobierno británico estaba de nuevo frente a Alemania, esta vez la del fñhrer Hitler, y temeroso de los estragos posteriores a

una inevitable guerra, el Gobierno británico pidió en 1940 un informe a William Henry Beveridge, sobre la política económica a seguir acerca de la seguridad social y de las prestaciones que de ella se derivarían. Beveridge entregó dos años después el que se conoce como “Primer Informe Beveridge”: “Social Insurance and Allied Services”.

Beveridge era político y economista británico a pesar de haber nacido en Bangladés. Tuvo una estrecha relación con John Maynard Keynes, otro economista británico, quien desde la Recesión Mundial de 1929 tuvo mucha influencia como maestro del movimiento keynesianismo.

De la mano de la socialdemocracia y en ese contexto, los gobiernos laboristas británicos, siguiendo el Informe Beveridge, fueron los primeros (5 de julio de 1948) en crear el *National Health Service* (NHS), teniendo como base los criterios de que cada ciudadano tiene derecho a ser atendido por la Sanidad, y que la financiación del modelo debería ser cubierto por los presupuestos generales del Estado.

Casi a renglón seguido, en 1953, hubo una notable repercusión siguiendo los mismos principios. Chile había creado su Servicio Nacional de Salud impulsado por Salvador Allende, siendo este Ministro de Sanidad, y el Gobierno de la Unidad Popular, pero Chile no pudo gozar de la misma estabilidad política ni del mismo po-

der económico que el Reino Unido, por lo que el Servicio chileno pronto cayó (Allende, 1939).

No obstante, tampoco el prestigioso NHS, británico sobrevivió por mucho tiempo. Había dado al Mundo una brillante guía, y un buen número de países, entre ellos España, enviaban jóvenes profesionales a las Escuelas de Economía (*London School of Economics and Political Science*) y de Higiene y Medicina Tropical de Londres (*London School of Hygiene & Tropical Medicine*), con la esperanza de aprender lo que pudiesen retornar a sus países. Todo se truncó con el desembarco de la Sra. Thatcher, y con ella, de los conservadores y unionistas. Margaret Thatcher encontró el país con una economía en bancarota; tanto, que había solicitado ayuda al FMI. Gobernó entre 1979 y 1990 y tuvo que afrontar un difícil desafío. Entonces recurrió al pensamiento liberal de F.A. Hayek, quien había ganado el Nobel de Economía de 1974. Hayek, era exponente de la Escuela Austriaca en defensa del liberalismo económico y de la teoría del libre mercado.

En Ronald Reagan encontró el apoyo al otro lado del Atlántico, y ambos lideraron el liberalismo económico en la década de los 80; década en la que Thatcher mostró su poder y su determinación en la Guerra de las Malvinas y en el desmantelamiento de algunas “joyas de la corona”, como lo eran el Sistema Nacional de Salud y la red británica de ferrocarriles. Hospitales y ferroca-

rriles pasaron al sector privado sin otros objetivos que recuperar los beneficios económicos empresariales.

Tras casi cuatro décadas, en enero de 2019, Perez Oliva publicó en el País que el NHS británico sufría de insuficiencia financiera y humana. En junio tenía 107.743 plazas sin cubrir, de las cuales 41.000 eran de enfermería y 11.500 de médicos (Perez Oliva, 2019). De esa manera, recortando los recursos humanos se reducían los presupuestos sanitarios pero se beneficiaban las empresas de sanidad privada. La falta de recursos, dice El País, incide en el funcionamiento hasta el punto de que un 14% de las operaciones programadas se cancelan en el último minuto. Ninguna de las dos joyas mencionadas ha sido recuperada desde entonces. Soy testigo de ello. También con orientaciones socialdemócratas, pero a diferencia con el Reino Unido, las dos grandes potencias de la UE, Alemania y Francia, optaron por un sistema híbrido entre los sectores públicos y privados (Parcet, 2011; OMS, 2021). De modo resumido, los ciudadanos podían optar entre ser atendidos por los sistemas públicos o por los privados. Si optaban por el sector privado después podían solicitar del público el reembolso parcial de sus gastos.

La situación de España era muy diferente respecto al RU y a otros países vecinos que habían sufrido la 2ª Guerra Mundial. Tenemos que relatar cuándo y por dónde había pasado España. El General Franco murió en 1975

y con su muerte terminó la Dictadura militar que España había sufrido durante 40 años, incluyendo la Guerra Civil que le había llevado al Poder. En plena Dictadura acontecieron hechos que deben ser reseñados como hitos relevantes de la historia de la Sanidad en España. Por ejemplo, Franco y sus falangistas (fascistas españoles) crearon el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) mediante una Ley promulgada en 1942, divulgada como protectora de la salud de las clases obreras. Una década después, en 1957, Franco instauró la Secretaría General Técnica de la Presidencia del Gobierno dirigida por el conservador Ministro Laureano López Rodó, y con ello comenzó la llamada época tecnócrata de la Dictadura, que intentó el equilibrio de la balanza económica y la modernización del país.

En el campo de la salud establecieron la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), que englobaba recursos hospitalarios de distintas índoles, edades y algunas otras redes de recursos, también dependientes del Estado, como era el caso del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, del que dependían unos pocos manicomios y varias consultas en algunas ciudades llamadas de “Higiene y Salud Mental”.

Al disponer del SOE como un instrumento para proteger a los trabajadores cuyas rentas de trabajo no excediesen los límites fijados, decidieron dar un paso más. Tanto, que una década después, el bando falangista,

presente en el seno del gobierno de Franco, en discordia con los tecnócratas, argumentando ante el General que ya que todos los trabajadores estaban obligados a registrarse en el SOE, pudieran también disponer de una red de hospitales pensados para ellos y sólo quirúrgicos, con el argumento de que el traumatismo era con frecuencia el problema de salud más común en la clase obrera.

Tomando un hecho real mostraré con claridad la función de esos hospitales. En vez de hospitales les llamaban “ciudades sanitarias”. La Ciudad Sanitaria de Granada, con nombre “Virgen de las Nieves” fue inaugurada en 1953. Finalizando la década siguiente estuve un tiempo trabajando en sus consultas externas como especialista en Neuropsiquiatría. Una vez tuve que atender a un hijo de obrero registrado en el SOE, de 8 años de edad. Sufría una meningitis y había que hospitalizarlo. Telefoneé al neurocirujano de guardia y le advertí de que le derivaba para ingreso a un niño diagnosticado de un tumor cerebral, pero que lo hacía para burlar los filtros administrativos, porque en realidad su diagnóstico era de meningitis. El colega aceptó el canje y el niño recuperó su salud.

Lo descrito hasta aquí sobre la Sanidad española es como estaba en 1979 al instaurarse la actual Constitución. Los gobiernos demócratas encontraron un país con la herencia de una guerra civil y 40 años de dic-

tadura, sumido en la pobreza y con la administración estatal en puro derrumbe.

En 1982, ya con la nueva Constitución, el partido socialista ganó sus dos primeras elecciones: las regionales en Andalucía en primavera y las estatales en el otoño del mismo año, ante las que había ofrecido en su programa la creación de un sistema de Salud Colectiva con financiación pública. Andalucía es la región más poblada (unos 8 millones de habitantes) entre las 17 regiones en que se divide la nación. Dividida a su vez en ocho provincias y éstas en cerca de 800 municipios.

Como un buen ejemplo entraremos con más detalles sobre lo ocurrido en Andalucía en aquel tiempo, pero que podía extrapolarse al resto de la Nación. Quien suscribe este artículo puede aportar su conocimiento y testimonio tras haber desempeñado varios cargos en el Departamento de Salud del primer gobierno democrático en la región.

En consonancia con lo ya descrito, al constituirse el gobierno andaluz la Consejería de Salud o Departamento de Salud encontró un sin número de recursos sanitarios de Beneficencia, públicos por tanto, algunos de dudosa calidad y dependientes de otras administraciones, empezando por la AISNA y el Instituto Nacional de la Salud del Estado, de las provincias, de los municipios y de las universidades (hospitales clínicos). Integrar todo ello en una única red de servicios sani-

tarios fue un gigantesco desafío que pudo superarse gracias a un relevante apoyo institucional y presupuestario, impulsado por el primer presidente del gobierno andaluz, Rafael Escuredo, y una buena planificación que marcaba las prioridades según las necesidades. Una indiscutible prioridad era la reforma psiquiátrica. Es por ello que el Parlamento andaluz aprobase la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) mediante la Ley 9/1984, del 3 de julio de 1984. El instituto fue el instrumento institucional de la Consejería de Salud a la que estaba adscrito y la que había de dirigir la reforma andaluza. En paralelo se fue constituyendo el que sería el Servicio Andaluz de Salud (SAS), para el que hubo que negociar las transferencias de los recursos mencionados con las respectivas administraciones.

Una vez integrados en la red de dispositivos del SAS bajo la dirección del IASAM, todos los hospitales psiquiátricos que habían sido de las provincias estaban en proceso de cierre. El último en cerrar fue el de Granada, en 2001. También se fueron cerrando los hospitales de la Cruz Roja y la mayoría de los hospitales municipales. De igual modo, los centros recibidos en transferencia del Estado fueron reformados y bastantes de ellos cerrados. En esa corriente, en 1991 fue cerrado como instituto y sustituido por un equipo especializado cercano a la cúspide del SAS. Conviene decir que la práctica totalidad de los recursos humanos de los centros cerra-

dos fueron recuperados para los centros nuevos que se abrieron.

Volveremos a Andalucía. Primero veamos qué ocurrió en el resto de España. Puede que Asturias se anticipase a todas las demás regiones, creando en 1982 una Dirección Regional de Salud Mental; institución que fue revalidada un año después por el primer Gobierno estatutario. Esa Dirección Regional fue ocupada durante cinco años por el psiquiatra José García González, quien después ocupó cargos de Consejero de Salud y Consejero de Servicios Sociales en distintas etapas hasta 2003. Asturias fue una de las regiones pioneras, junto con Andalucía y Castilla La Mancha, en la denominada “reforma psiquiátrica” de España.

Todas las provincias del Estado español, siguiendo una antigua legislación republicana, habían estado obligadas a mantener un hospital psiquiátrico o manicomio. Las regiones de una sola provincia, caso de Asturias o Navarra, tenían un solo psiquiátrico, mientras que Andalucía tenía ocho, y hasta nueve tenía Castilla-León. Las regiones con gobiernos progresistas cerraron sus psiquiátricos, como hicieron Andalucía, Asturias y Navarra, pero la mayoría de las restantes no los cerraron y no reemplazaron los manicomios por programas comunitarios; a menudo se limitaron a cambiarles los nombres, tanto que el Instituto Nacional de Estadística no los contabilizaba como hospi-

tales psiquiátricos, como fue el caso de Castilla León. En un clima de condena generalizada del modelo asilar o manicomial surgía la pregunta sobre la realidad del problema. ¿Cómo estaban asistidas las personas internadas en los numerosos hospitales psiquiátricos de España? ¿Cuál era la verdad de un problema sobre el que no había mucha información?

Volvemos a Andalucía para dar respuesta a la pregunta. El IASAM constituyó una comisión de investigación formada por un heterogéneo grupo de juristas y de profesionales de la salud, presidida por un Magistrado juez. Hay que recordar que el escándalo provocado por los malos tratos que solían recibir las personas institucionalizadas promovió que la defensa de los DDHH fuese convertida en uno de los principales motores de las reformas a nivel estatal e internacional. Consciente de ello, la Comisión produjo una interesante publicación en la cual el respeto (o no) de los DDHH de las personas internas fue el hilo conductor de todo su trabajo (Sabando Suarez, Torres-González, Lamata Cotanda, 2020).¹

Andalucía contaba con 11 centros hospitalarios para personas con enfermedad mental. De ellos, 8 eran públicos, gestionados por cada una de las diputaciones provinciales andaluzas. En su conjunto albergaban 3.208 personas, y se le sumaban 3 centros privados con 570 personas. Un total de 3.778 personas hospitalizadas.

El perfil de estas personas hospitalizadas era el siguiente: el 50% tenían edades comprendidas entre 31 y 60 años. De todos ellos, el 60% eran hombres, y de los hombres, el 80% estaban solteros. La estancia hospitalaria oscilaba entre un 5% con una estancia inferior a 3 meses, mientras que el 48% contaba con estancias superiores a 10 años. Respecto al nivel educativo, el 49% eran analfabetos y el 38% sólo había alcanzado estudios primarios. Pero, en opinión de los informantes, el 46% hubiera podido mejorar su formación. Cabe comentar que estos perfiles epidemiológicos no eran disímiles a los referidos a cualquier otro manicomio coetáneo en el mundo sobre personas hospitalizadas en centros psiquiátricos.

El 4.5% de los internos estaban por orden judicial en aplicación del Código Penal. Muy pocos internos estaban incapacitados por una resolución judicial al amparo del Código Civil, pero a los ojos de la Comisión deberían estarlo el 37%, y no lo estaban a pesar de las indicaciones de los profesionales. Sin embargo era mayor el porcentaje de incapacitados en los centros privados, porque las familias con mayor nivel económico evitaban obtener la firma del paciente afectado para compraventas del patrimonio familiar o por una herencia. Para finalizar el perfil, se puede agregar que sólo un tercio de los internos estaban autorizados para administrar su dinero u otros recursos.

El comienzo de las reformas sanitaria y psiquiátrica en Andalucía había sido fulgurante, gracias al impulso aportado por Rafael Escuredo; primer presidente, tanto en la financiación como en el apoyo institucional. Pero el partido socialista lo sustituyó tras sólo dos años de mandato.

Desde 1984 a 1990 se sucedieron otros dos presidentes socialistas en el Gobierno andaluz, sin el mismo empuje, pero el apoyo financiero de Escuredo se mantuvo un par de años más, lo que permitió continuar el desarrollo de una red modélica de Atención Primaria de Salud con centenares de centros de salud, la mayoría de nueva construcción, y se dispuso de una red de modernizados hospitales generales o de nueva apertura, para dotarlos de unidades de no más de 30 camas para ingresos de personas con enfermedad mental. Eso permitió el cierre de los ocho manicomios, pero para lo que ya no hubo soporte presupuestario fue para el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental que asegurasen el sostenimiento en la comunidad de las personas dadas de alta hospitalaria, externalizadas con sus familias o en espacios alternativos.

Comenzando la década de 1990, Manuel Chávez, dirigente del Partido socialista, gobernó en Andalucía durante varias legislaturas, en las cuales los programas sanitarios comenzaron a perder recursos y limitar los mismos programas. La sanidad empezó a caer. Fueron

cada vez más escasos los recursos humanos especializados para el seguimiento y la ayuda a la recuperación de esas personas. Para cumplimentar la reforma psiquiátrica ya no se pudieron generar recursos comunitarios tal como eran necesarios. ¿Por qué?

Resumiendo, los programas sanitarios comenzaron a perder recursos durante varias legislaturas, y con ellas, la sanidad continuó cayendo. El partido socialista continuaba gobernando la región y conforme se acercaba el cambio de siglo los presupuestos sanitarios se fueron derribando más.² ¿Qué estaba ocurriendo? La crisis mundial del embargo del petróleo de la década de 1970 estaba obligando a muchos países a reducir sus gastos para equilibrar sus economías. Fue con esa crisis cuando Thatcher entró en el Reino Unido con el lanzallamas de la economía neoliberal.

Felipe González hizo una excelente red de autovías para vertebrar la península, pero mandó los ferrocarriles convencionales al desaguace. ¿Por qué permitió una nueva ley de sanidad sin asegurar la financiación necesaria? Un ilustre profesor alemán H. Häfner y su equipo habían demostrado que el tratamiento comunitario de personas con enfermedad mental es más eficiente que el tratamiento en camas hospitalarias. ¿Por qué se siguió favoreciendo la hospitalización de las personas con enfermedad mental, en vez de invertir más en recursos de atención comunitaria? ¿Era un error por ig-

norancia? ¿Qué estaba sucediendo entre el capitalismo y la socialdemocracia?

La reflexión nos lleva al EEUU de 1989-90, donde tenía lugar el “Consenso de Washington” en el que se promovió pasar de la socialdemocracia al liberalismo económico (Rangel, Garmendi, 2001). El Consenso de Washington fue denominado así por el economista John Williamson en 1989. Su objetivo era describir un conjunto de diez fórmulas relativamente específicas, las cuales consideró que constituían el paquete de reformas “estándar” para los países en desarrollo azotados por la crisis, según las instituciones bajo la órbita de Washington D. C., como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial o el mismo Departamento del Tesoro de los Estados Unidos. Sus fórmulas: disciplina fiscal: no más déficit fiscal. Presupuestos balanceados. La inflación como parámetro central de la economía. Prioridades en el gasto público. Reforma Tributaria. Tasas de interés. Tipo de cambio. Política comercial. Inversión Extranjera Directa (IED). Conviene agregar que los principales países que participaron en la conferencia del Consenso procedían de América Latina.

¿Cómo repercutió este contexto internacional en la elaboración en España de la Ley General de Sanidad (LGS), que venía siendo reclamada por la ciudadanía y prometida en el programa electoral socialista de 1982? Para seguir entendiendo lo que ocurría hubo que es-

perar al debate interno del partido socialista y sus gobiernos sobre cómo financiar un Sistema de Sanidad Colectiva y Pública. La duda se acabó cuando había que tomar decisiones al redactar la esperada Ley General de Sanidad. Esta se promulgó en 1986, cercana todavía la recién reinstaurada Democracia. Un proyecto de Ley inspirado también en el modelo Beveridge con lo que se dibujó un prometedor Sistema Público de Sanidad, una Sanidad Colectiva con una financiación pública a través de los presupuestos del Estado, pero la financiación tenía zonas oscuras.

En 1991, gobernando el partido socialista con mayoría absoluta en el Congreso, comenzó la reforma neoliberal basándose en un informe redactado por una comisión del Congreso de los Diputados. Presidida por Fernando Abril Martorell, nacido en el 36, era diputado de la Unión de Centro Democrático (UCD) por Valencia en el Congreso de los Diputados, y fue a quien se le encomendó que presidiera una comisión del Congreso para que evaluara "un cierto agotamiento del sistema sanitario" (Martorell, 1991). Uno de los impulsores del informe fue Julián García Vargas, quien unas semanas atrás había sido nombrado Ministro de Sanidad por el Presidente Felipe González. El Informe fue presentado en el Congreso en septiembre de 1991, y muchas de las recomendaciones fueron aceptadas y aplicadas durante la década siguiente, la primera del nuevo siglo. El infor-

me tuvo un claro rechazo social, pero se ha mantenido semioculto y rara vez se habla de sus recomendaciones, las que, no obstante, han sido seguidas por los gobiernos nacionales, socialistas y conservadoras y por los gobiernos regionales.

Felipe González, Secretario General del Partido Socialista y Presidente del Gobierno de España, encargó la redacción de la Ley a Ernest Lluch, socialista y economista catalán, que fue Ministro de Sanidad entre 1982 y 1986.³ Pedro Sabando, Subsecretario de Sanidad y Consumo, en su calidad de salubrista incombustible y luchador por la Sanidad Colectiva, acompañó a Lluch y ambos trabajaron y defendieron su postura hasta el último minuto. "El anteproyecto de la L.G.S. tuvo un viaje de ida y vuelta en su presentación al Consejo de Ministros para culminar el largo camino recorrido", dijo Pedro Sabando (2000). Otros ministros del Gobierno de Felipe González, como Miguel Boyer, segundo Ministro de Economía, o Joaquín Almunia, Ministro de Trabajo, se enfrentaron una y otra vez a las propuestas de Ernest Lluch. La ley promulgada en 1986 fue aceptada como la estructura de una esperanzadora máquina, pero sin previsión de combustible. Esa nueva corriente que se oponía a los presupuestos sanitarios había surgido en el Congreso de Diputados de España, siguiendo las directrices del referido informe Abril Martorell. Nos ocuparemos ahora con más detalle en la informa-

ción del trayecto recorrido por la LGS española desde su construcción hasta esta década de la Covid-19. A pesar de las señaladas dificultades financieras, el Sistema Nacional de Salud alcanzó niveles de excelencia hasta convertirse, incluso, en un sistema que atraía “turismo quirúrgico” de otros países, sobre todo europeos. Cuando estalló la gran recesión internacional de 2008, gobernando en España el conservador Partido Popular, se hicieron recortes en los derechos laborales, en los recursos humanos y en todo tipo de servicios sociales. Se desarrolló en muy corto tiempo una relevante reducción presupuestaria en la mayoría de los servicios públicos, sobre todo en Educación y en Sanidad. Miles de profesionales sanitarios pasaron a una gigantesca bolsa del desempleo. Los servicios sanitarios trataban de rescatar personal de esa bolsa ofreciendo contratos semanales de lunes a viernes, llegando en muy numerosos casos a contratos por 24 horas y con remuneraciones miserables; situación que condujo a miles de profesionales a emigrar a otros países europeos y a EEUU. Es cierto que antes de la recesión ya había surgido la corriente migratoria, sobre todo a Portugal, en busca de mejores retribuciones. También se abandonó la renovación del equipamiento e instrumental sanitario. Al sobrevenir la inesperada Covid-19 el sector sanitario afrontó el desafío poniendo de manifiesto la gran carencia de recursos humanos y la obsolescencia de las

tecnologías sanitarias; tanto que llevó al escándalo a países vecinos. Se promovió un esfuerzo para repatriar sanitarios emigrados en el extranjero, pero los sanitarios españoles rechazaron la repatriación por la inseguridad laboral y los bajos emolumentos.⁴

Ahora gobierna una coalición de izquierdas liderada por el Partido Socialista que, más allá de sus intervenciones con propuestas oportunas, muestran aún la incertidumbre de cómo recobrar el SNS que tenía este país al suroeste de Europa.

Bibliografía

Allende, S. (1939). *La realidad médico-social de Chile*, Ministerio de Salubridad. Santiago, Premio Van Buren, 1940.

Conde Rodelgo, V. (2001). Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España. *Revista Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, Dialnet Nro 670, 247-275.

Häfner H. an der Heiden W. (1991). Evaluating effectiveness and costs of community care for schizophrenic patients. *Schizophr. Bull* 17(3): 441-51.

Lorente, P. (2019). Sanidad Pública, Estado neoliberal, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Recuperado de <https://nueva->

revolucion.es/sanidad-publica-estado-neoliberal/

Martorell, A. (1991). Informe Abril, Blog El Cojonero, publicado el 26 de diciembre de 2017. Recuperado de <https://elcojonero.blog.com/2017/12/26/el-informe-abril-la-trama-del-fin-de-la-sanidad-publica-tal-y-como-la-conociamos-perpetrado-por-la-mafia-empresarial-y-los-gobiernos-corrup-tos-desde-hace-20-años/>

O.M.S.: Sistema Sanitario en Francia Recuperado de <https://sirelo.es/mudanzas-a-francia/sistema-sanitario-en-francia>, s/d.

Parcet, M. (2011). El sistema sanitario alemán, Dialnet, 12(34): 285-294.

Pérez Oliva, M. (2019). NHS: la destrucción de un mito. La insuficiencia financiera y la falta de profesionales deterioran el Servicio Nacional de Salud Británico, El País, 14. 01.2019. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2019/01/11/opinion/1547238387_080856.html

Rangel, R; Garmendia, E. (2012) El Consenso de Washington: la instauración de las políticas neoliberales en América Latina. *Rev. Política y Cultura*, 37: 35-64.

Sabando, P. (2020). Así se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). Edit. Díaz de Santos.

Recuperado de <https://www.editdiazdesantos.com/libros/9788490522899/Sabando-Suarez-Asi-se-creo-el-sistema-nacional-de-salud.html>

Sabando Suarez, P., Torres-González, F. y Lamata Cotanda, F. (Coord.) (2020). El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos de futuro, Ediciones Diaz de los Santos.

Notas

¹En el documento de referencia se destaca la creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM) mediante la Ley 9/1984 del 3 de julio de 1984, p. 351.

²Para mayor información sobre lo ocurrido en las décadas 1980 y 1990 hay que recomendar el extenso artículo (30pp) de Víctor Conde (Conde Rodelgo, 2001).

³Ernest Lluch fue asesinado en la calle por la ETA en el 2000.

⁴Información más detallada de la evolución reciente del S.N.S. puede verse en el artículo de Pedro Lorente, de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de 2019 (Lorente, 2019).