

Proyecto de investigación Conciencia y Sociedad Distópica

Comunidad en Telegram. 14 de mayo de 2026

Enlace de suscripción al canal en Telegram: <https://t.me/socdistopica>

## **SALUD CUANTITATIVA VERSUS SALUD CUALITATIVA**

*Los sistemas de protección social instaurados por numerosos países tras la Segunda Guerra Mundial concebían la salud como una condición necesaria para el bienestar. Ocho décadas después, ya no aparece en los discursos públicos ni en los medios más que como un "gasto" contable. Entre tanto, se libró —y se perdió— una sorda batalla en las instituciones internacionales.*

*Así arranca el artículo "La invención del agujero de la Seguridad Social" publicado por Constantin Brissaud, investigador en el Centro Nacional de Investigación Científica de Francia, en la edición de marzo de 2026 de Le Monde diplomatique. Un texto que gira en torno a la creciente hegemonía de una concepción cuantitativa y mercantilista de la salud en detrimento de una perspectiva cualitativa y humana de la misma.*

### **¿CANTIDAD DE CUIDADOS O ESTADO DE PLENITUD INDIVIDUAL Y COLECTIVO EN UN ENTORNO VIRTUOSO?**

¿Debe definirse la salud por la cantidad de cuidados aportados a un individuo o como un estado de plenitud individual y colectivo en un entorno virtuoso? Y un par de preguntas concomitantes de las que dependen miles de millones de euros: ¿dónde terminan los gastos "de salud"?, ¿por qué las políticas públicas se muestran hoy tan obsesionadas por los costos?

A estas preguntas se les han dado dos respuestas antagónicas desde la final de la Segunda Guerra Mundial. Una de ellas —dominante hasta la década de 1980— define la salud de manera global y supera los aspectos estrictamente sanitarios para integrar los sociales. Su formulación más conocida es la que figura en la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1978, en Alma-Ata (antigua URSS), donde se define la salud como "un estado de completo bienestar, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". El otro enfoque, por el contrario, da prioridad a los números: la suma de los costos de las unidades productoras de cuidados —hospitales, médicos, productos farmacéuticos, etc.— conforma las cuentas de la salud según los principios de la contabilidad nacional. Por consiguiente, no se toma tanto en consideración el bienestar individual o colectivo como el volumen y la composición

de los gastos agregados. ¿Con qué fin? Pues con el de comprobar que el aumento de los desembolsos se corresponde con un aumento de la salud de la población, de ordinaria objetivada en la esperanza de vida. Esta perspectiva, enfocada en los costos, se basa en un pequeño número de indicadores de resultados.

## **EL TRIUNFO DE LA VISIÓN CONTABLE**

La visión cuantitativa de la salud comenzó a desarrollarse a principios de la década de 1970 en el seno de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Más adelante se hizo más profundo bajo el impulso de las administraciones estadounidenses de Jimmy Carter primero y de Ronald Reagan después, antes de convertirse en norma internacional en los albores del nuevo milenio, cuando la OMS y Eurostat —el organismo estadístico de la Unión Europea— publicaron, conjuntamente con la OCDE, un manual titulado Sistema de cuentas de la salud (2000). ¿Cómo un valor tan eminentemente social ha podido ser víctima de semejante secuestro por parte del análisis económico?

El triunfo de la visión contable se debe, antes que nada, a la retórica de las cifras: la cuantificación enfocada en los gastos dramatiza el asunto y acredita la idea de un aumento “descontrolado”. Pero este éxito es también producto del uso particular que los actores dominantes en las relaciones internacionales hacen de las cifras en cuestión. Por último, esta concepción se ha impuesto porque las soluciones alternativas y las voces disonantes han sido reducidas al silencio.

Hasta los años setenta, la cifra de los gastos “de salud” resultaba imprecisa debido a lo variado de su cálculo. Los primeros informes de la OMS incluían, por ejemplo, los gastos fúnebres o la compra de determinados productos, como la margarina. Dentro de las lógicas sanitarias, las políticas de prevención tienen por lo menos igual peso que la cuestión de los tratamientos. Los expertos debatían y los criterios cambiaban de un informe al siguiente. Sin embargo, a principios de la década de 1970, al economista de la OCDE Jean-Pierre Poullier se le ocurrió incluir el análisis de la salud en su programa de investigación sobre los indicadores sociales. Su trabajo consistía en evaluar el reparto de los beneficios del crecimiento económico posterior a la Segunda Guerra Mundial, incluyendo en su análisis dimensiones no económicas, como la salud. Presionado por sus superiores, se centró en los gastos públicos de salud, definidos un tanto tautológicamente como la “suma de los gastos finales de las administraciones públicas en este ámbito y de las transferencias a los hogares (o a los proveedores de servicios médicos) destinadas a reembolsar en todo o en parte los gastos privados de salud”(1).

Sus investigaciones permitieron identificar una relación estadística muy sólida: cuanto más se enriquece un país de la OCDE, mayor es la parte del producto interior bruto (PIB) dedicada a gastos sanitarios. El continuo crecimiento de los países industrializados desde el final de la guerra llevó, pues, a un aumento de la parte de la riqueza producida que se destinaba a la salud. Esta función lineal —que se advierte en todos los países ricos— no tardó en ser llamada Poullier’s line (“línea de Poullier”). Esa recta ascendente no resultaba por entonces singularmente amenazante: los trabajos de Poullier se inscribían, en efecto, en el marco del compromiso fordista de posguerra. “Todos deseaban el crecimiento, ¿por qué habría de resultar un problema en sí mismo el crecimiento

de los gastos sanitarios?”, recordaba en 2018(2). La idea de dedicar a la mejora de la salud de la población una parte cada vez más importante de la riqueza nacional no parecía tan absurda en aquella época.

Dramatizar la incidencia de los gastos sanitarios en los gastos públicos permitió a Poullier mantener vivo el interés por la salud dentro de la OCDE, una organización dedicada principalmente a la cuantificación de los “costes laborales” y del Estado asistencial(3). La credibilidad de su base de datos también se vio reforzada por su uso en varios trabajos de economía de la salud, una disciplina en pleno auge por entonces. Por último, a principios de la década de 1980, Poullier recibió financiación de los gobiernos conservadores recientemente elegidos en los países más poderosos de la OCDE. Cuando de políticas públicas se trata, las cifras que dominan son casi siempre las que asumen los actores dominantes. De ahí que, al justificar la limitación del gasto público en sanidad, la base de datos creada por Poullier y su equipo recibió generosas donaciones de la Health Care Financing Administration (HCFA) estadounidense.

Así fue como la línea de Poullier se impuso poco a poco como el fundamento estadístico de los ataques contra el aumento del “agujero de la Seguridad Social”. Las reformas que se sucedieron entonces en los países industrializados, justificadas por esas mismas cifras, compartieron un mismo objetivo que se registró en el preámbulo de cada informe sobre salud de la OCDE: limitar los gastos en sanidad. Y ya no es solo que compartieran propósito, es que todos estos cambios —las reformas Dagmar y Ädel en Suecia (1984 y 1992, respectivamente), el plan Juppé en Francia (1995), la ley Seehofer en Alemania (1997)— estuvieron inspirados en las soluciones propuestas por los informes de la organización.

En la década de 1990, la base de datos Eco-Salud de la OCDE se convirtió en el estándar universitario a la hora de comparar los gastos de los diversos sistemas sanitarios. Además, se amplió a países no miembros de la OCDE(4), a la vez que se refinaba atendiendo a un mayor número de indicadores económicos con el fin de evaluar la “eficiencia” de los diversos elementos de la red sanitaria.

Una vez redactados los informes por parte de la división de salud, estos pasaban a manos de los expertos del Comité de Política Económica, el más poderoso —y el más ortodoxo— de la organización. Las herramientas y recomendaciones propuestas se anclaban en un sólido sentido común económico: de lo que se trata es de crear “mecanismos de tipo mercado”, según un informe de 1995. Ahora bien, la idea de contemplar los cuidados sanitarios como un mercado —con su oferta, su demanda y sus actores informados— tiene poco de obvia. Si un enfermo acude a una consulta médica, a menudo es porque ignora qué dolencia padece. Las enfermedades crónicas, con caídas frecuentes, se prestan particularmente mal a la evaluación de la calidad de los cuidados. Es más: ¿acaso tiene sentido comparar enfermos a cuenta de lo mucho que influyen sobre la salud tanto la genética como el entorno social? ¿Y qué hay de los factores no directamente médicos, como la alimentación o la calidad de las infraestructuras de alojamiento o transporte, que en la mayoría de los países industrializados son más determinantes para el estado de salud de los ciudadanos que el sistema de asistencia sanitaria en sentido estricto? Las reformas propuestas por la OCDE —típicas del sofismo economicista— parten de una idea de lo más sencilla: en un modelo en que “el dinero sigue al paciente”, los

enfermos, perfectamente conscientes de sus intereses, de la calidad de la atención y de la competencia del personal médico, acudirán de forma natural a los mejores establecimientos, permitiendo así que la competencia elimine a los que ofrecen un menor rendimiento, lo que redundará en beneficio de todos.

Sin embargo, ya en 1963 el economista Kenneth Arrow —futuro galardonado con el Premio de Ciencias Económicas del Banco de Suecia en Memoria de Alfred Nobel— había señalado los límites de la coordinación de la atención sanitaria por parte del mercado. Y las propias cifras de la base de datos Eco-Salud de la OCDE subrayan la ineficacia del sistema de salud estadounidense, en gran medida privatizado. Pese a todo ello, las reformas de la década de 1990 instituyeron la competencia entre establecimientos, médicos y aseguradoras en lo que atañe a la oferta, así como la “responsabilización” de los enfermos en lo que atañe a la demanda. Lejos del trabajo sobre los indicadores sociales de los años setenta, este enfoque desatiende las dimensiones no económicas, de modo que factores como las desigualdades sociales en cuanto a la salud, el acceso a medicamentos y equipos esenciales, el nivel de formación del personal sanitario o la cobertura del territorio quedan fuera de la ecuación. Por consiguiente, los efectos sanitarios de un aumento de los gastos permanecen invisibles al hallarse por debajo de los radares, y las únicas reformas pertinentes se limitan a las medidas de reducción de costos.

## **VICTORIA DEL GUARISMO SOBRE EL BIENESTAR**

Pero la cosa no acaba ahí. A la vez que la forja neoliberal de la OCDE iba ganando poder, la OMS —una institución con una orientación más médica y más social— se vio cuestionada. Se acumularon las sospechas de corrupción y de favoritismo, mientras las acusaciones de ineficacia tras los grandes programas de vacunación de la década de 1970 llevaron a un recurrente estado de infrafinanciación, en especial por parte de Estados Unidos. Para salir de la crisis, en 1998 la OMS nombró directora a Gro Harlem Brundtland. Tras haber sido tres veces primera ministra en Noruega, esta egresada de Harvard e inventora del concepto de “desarrollo sostenible” contaba ya con una sólida reputación en varias instituciones internacionales. Su misión consistió en dar brillo a la imagen de la OMS renovando más sus capacidades de experticia que sus programas de salud pública. Para ello recurrió a sus antiguos compañeros, convirtiendo así —según algunos analistas— la sede de la organización en Ginebra en un “Harvard del lago Lemán”. Brundtland relegó a los médicos a un segundo plano y reunió a la flor y nata de los economistas estadounidenses para crear un informe destinado a mostrarle al mundo la renovación doctrinal de la OMS.

Publicado en el año 2000, este documento clasificaba todos los países del mundo según su sistema de salud. Francia ocupó lo más alto del podio, mientras que Estados Unidos quedó en el puesto 37.º, entre Costa Rica y Eslovenia. Furiosos, los estadounidenses orquestaron una crítica en toda regla del informe, según ellos plagado de sesgos tanto políticos (se le reprochó no haber consultado a las cancillerías) como académicos (los datos estaban supuestamente mal ponderados). Lo que se juzgó inaceptable no fue tanto el método empleado —inscrito en el marco vigente en la OCDE y el Banco Mundial— como la propia clasificación. Los países industrializados que salían mal parados redirigieron los fondos de los que se beneficiaba la OMS para destinarlos a la división de salud

de la OCDE, que, a cambio, prometió “evitar en el futuro cualquier clasificación” a la vez que conservaba “la misma metodología en términos globales”(5).

Al año siguiente, un gran encuentro celebrado en Ottawa y organizado por la OCDE y el Gobierno federal de Canadá se reunió a las partes interesadas. Como recordó el delegado francés, se trató de “un cortafuego de los países miembros de la OCDE, los países ricos del norte, contra el enfoque algo más ‘sureño’ de la OMS, así como contra esos problemas de clasificación”(6). Tras aquella conferencia, Eurostat, la OMS y la OCDE adoptaron un “marco estadístico común” sobre la salud que recuperaba las categorías empleadas por la base de datos Eco-Salud de la OCDE, inicialmente elaborada por Poullier. La preocupación sanitaria de los sistemas de salud dio así paso a la evaluación presupuestaria: la eficacia de un sistema de atención sanitaria se mediría desde entonces basándose en magnitudes económicas.

Esta victoria del guarismo sobre el bienestar fue tanto más aplastante por cuanto se sumaba a otras evoluciones de gran calado, como el auge de la filantropía privada con, por ejemplo, la creación en el año 2000 de la Fundación Bill y Melinda Gates. O bien la obligación, desde 2003, de rendir cuentas sobre la situación sanitaria de conformidad con el marco estadístico común de la OMS, la OCDE y Eurostat para conseguir determinados créditos del Banco Mundial. La salud se ha visto, así, despolitizada, gobernada de acuerdo con una racionalidad presupuestaria sin relación con el estado de salud de la población, hasta que una crisis económica vea cómo vuelven a Europa enfermedades que se creía erradicadas. O hasta que un virus obliga a los dirigentes del planeta a gastar “lo que haga falta” y a magnificar en emotivos discursos la dimensión social de las políticas de salud... antes de regresar, una vez dejada atrás la crisis, a sus obsesiones de tendero.

## NOTAS

(1) “Dépenses publiques de santé”, *Études sur l’affectation des ressources*, n.º 4, OCDE, París, 1977.

(2) De la entrevista de Constantin Brissaud a Jean-Pierre Poullier por Skype, 6 de mayo de 2018.

(3) Véase Vincent Gayon, “Investigación sobre una ciudadela del conformismo intelectual”, *Le Monde diplomatique en español*, agosto de 2012.

(4) La OCDE sucedió a la Organización Europea para la Cooperación Económica (OECE) en 1961, cuando Canadá, Estados Unidos y Turquía se añadieron a la mayoría de los países de Europa occidental. Japón ingresó en 1964, con lo que el número de Estados miembros se elevó a 21. Otros países industrializados se han sumado a la organización, que en la actualidad cuenta con 38 Estados miembros.

(5) *Informe sobre la primera reunión del Comité de Salud de la OCDE*, SG/ADHOC/HEA/M (2001) 1.

(6) Frédéric Pierru, “Un classement révélateur. Les voies de l’économicisation de la doctrine de l’Organisation mondiale de la santé”, en Patrick Hassenteufel y Sylvie Hennion-Moreau (dirs.), *Concurrence et protection sociale en Europe*, Presses universitaires de Rennes (PUR), 2004.

.....

**Fuente:**

<https://mondiplo.com/la-invencion-del-agujero-de-la-seguridad-social>

.....

.....

**Web del Proyecto:**

<https://societaddistopica.com/>

Todos los que compartimos y colaboramos en él lo hacemos en forma gratuita.

Puedes ayudarnos aportando **1 euros al mes** a través de la plataforma Teaming:

<https://www.teaming.net/distopica>

.....