

El negoci de la salut

Suplement del Quadern núm. 185 de CJ - (n. 219) - Setembre 2013
Roger de Llúria, 13, 08010 Barcelona - Tel. 93 317 23 38 - info@fespinal.com
www.cristianismeijusticia.net

La mercantilització de la salut, fenomen de caràcter global¹ que en les darreres dècades assota amb força Europa, té com a conseqüència una doble dinàmica: la concepció de la salut com un bé de consum més i la privatització dels serveis públics de salut.

La salut com a mercaderia

El procés de convertir la salut en un negoci necessita un canvi d'índole cultural que transforma la salut en un producte com altres en l'imaginari col·lectiu: un assumpte privat subjecte a les lleis de mercat i vulnerable a les estratègies de màrqueting. Fins a èpoques recents hem protegit la salut, amb més o menys èxit, d'aquestes ingerències perquè l'hem considerat un bé sensible, de característiques particulars i influenciable per l'atzar de la posició socioeconòmica, la mala sort i la genètica. Concebiem la salut de les persones com un bé i una competència de la societat en conjunt, més enllà de la responsabilitat individual, perquè estava condicionada per la distribució desigual

d'experiències perjudicials (accés a l'atenció sanitària, escolarització, educació, condicions de treball i temps lliure, habitatge, alimentació). Entenim que l'asimetria entre el ciutadà –pels seus coneixements limitats i la situació de vulnerabilitat en què el situa la malaltia o la por de patir-la– i el metge era tan gran, que era desitjable que l'atenció sanitària no estigués exposada a les forces del mercat.

La postguerra europea va evidenciar que, independentment del lloc que s'ocupés en l'escala social, la mort i la malaltia podien destrossar les perspectives d'una família, i que estar junts en això, acceptant el racionament i l'austeritat que permetés l'accés de tots a l'essencial, i contribuint a aquest objectiu amb el pagament d'impostos, permetia afrontar millor els desastres que podien sobrevenir.²

Si prescindim d'aquestes consideracions i de les lliçons que ens ha donat la història trobem que la salut és el producte perfecte. El *màrqueting* aconsegueix que la demanda creixi il·limitadament, perquè al

voltant de la salut i de la malaltia es fa evident la insuportable vulnerabilitat i finitud de la vida, i es posen en joc pors, malestars i inquietuds. Una vegada s'abandona el producte a la sort del lliure mercat, aquest [inventa noves malalties](#) (calvicie, disfunció sexual femenina), que requereixen ser tractades amb els fàrmacs desenvolupats *ad hoc* o [amb vells fàrmacs que busquen noves indicacions; abandona els «nínxols» poc rendibles, desatentent la recerca de medicaments per a malalties pròpies dels països pobres](#) o fent palesa la llei de cures inverses, segons la qual reben menys cura les persones que més en necessiten; converteix factors de risc en malalties (colesterol, osteoporosi), augmentant la percepció de necessitat de tractament; [canvia les definicions de malaltia](#) i així, estrenyent els límits de la normalitat (colesterol, [trastorn per dèficit d'atenció i hiperactivitat](#)), augmenta el nombre dels que es defineixen com a malalts i han de ser tractats; porta les persones i els professionals sanitaris al convenciment que el risc zero de malaltia i la prevenció de tot és possible i s'aconsegueix a força de [«revisions»](#) i [cribratges; manipula la recerca](#) i les [publicacions científiques](#); oculta dades sobre eficàcia o [seguretat de medicaments](#) que podrien comprometre el negoci, encara que sigui amb [risc per a la salut de les persones; compra professionals sanitaris](#) que col·laborin per a les seves finalitats; i [medicalitza la vida quotidiana](#), aconseguint que [no ens trobem mai bé](#) i que sempre ens percebem en risc d'emmalaltir.

La transformació cultural de la qual parlàvem va acompanyada d'una propaganda de [missatges simples i clars](#), encara que falsos: [«que al ciutadà no hauria d'importar-li si l'empresa que proveeix la seva atenció sanitària és pública o privada»](#), «que la gestió privada és més eficient que la pública», quan [no hi ha prou dades per fer aquesta afirmació i les poques que hi ha afavoreixen la pública](#); «que impedir l'ac-

cés al sistema sanitari d'algunes persones no afecta la qualitat i els resultats de l'atenció sanitària», quan [sí que empitjora la salut de la població en el seu conjunt i també la del sistema](#). Aquests missatges [repetits fins a la sacietat](#), porten la ciutadania a la desorientació ja que converteixen en important allò que no ho és científicament. Al final només es pretén l'acceptació impassible i còmplice del corrent privatitzador i de la pèrdua d'equitat en l'accés a l'atenció sanitària.

D'on venim?

A Europa el consens de postguerra va permetre l'impuls de l'Estat de benestar, especialment en «els 30 anys gloriosos» (1945-1975). Ja des de la crisi del petroli, el 1973, van començar a imposar-se els postulats del neoliberalisme i un capital convençut que els Estats de benestar eren un error de la història va iniciar un procés de desmantellament que s'ha accentuat recentment.

Espanya es va incorporar tard i d'una forma insuficient al carro del progrés social i el projecte d'una sanitat gratuïta universal i de qualitat basada en una atenció primària forta no va arribar a desplegar-se del tot. Cal recordar que diferents col·lectius, com funcionaris públics, diputats, empleats (i les seves famílies) d'empreses col·laboradores de la Seguretat Social i periodistes de l'Associació de la Premsa, tenen un sistema especial de Seguretat Social que els permet escollir assistència privada pagada amb fons públics a través de les mutualitats MUFACE, MUGEJU i ISFAS. Aquest tracte excepcional de col·lectius formadors d'opinió, amb un nivell educatiu, adquisitiu i una influència molt superior a la mitjana, ha estat una trapa per a un desplegament irreversible del Sistema Nacional de Salut (SNS) i és un factor que contribueix al procés de desballestament actual.

Malgrat aquestes i altres imperfeccions és indubtable que el SNS desenvolupat a partir de la Llei General de Sanitat de 1986 amb finançament a través d'impostos des de 1999, la reforma de l'atenció primària i la formació de professionals solvents, va fer que la ciutadania tingués accés a una atenció sanitària gratuïta i de qualitat, que ha contribuït al fet que els indicadors de salut de la població siguin dels millors del món. Malauradament, però quan amb prou feines començàvem a gaudir d'un dels pilars del progrés i la cohesió social, l'onada privatitzadora ens ha agafat de ple.

De què estem parlant?

L'Organització Mundial de la Salut defineix la privatització dels serveis sanitaris com el procés de transferència de propietat i funcions governamentals d'entitats públiques a privades (amb ànim de lucre o sense). [Aquest procés es duu a terme a través de tres estratègies: externalitzar serveis públics, desregularitzar monopolis i negociar la venda de companyies en mala situació.](#)

La conseqüència és un canvi de paradigma: de la salut com a fi a la salut com a mitjà per a fer negoci. Els proveïdors públics tenen com a finalitat la salut del pacient i el bé social; els recursos humans i tècnics serveixen aquest fi. Els proveïdors privats tenen com a objectiu maximitzar els beneficis empresarials; la salut del pacient i el bé social són solament mitjans, que circumstancialment poden ser substituïts o relegats per uns altres que aconsegueixen més benefici econòmic.

On és el negoci?

L'atenció sanitària i social suposa una gran part del pastís del finançament públic. Consicients d'això, [multinacionals de la salut i grups de capital-risc](#) han [conquerit els SNS](#).

La provisió de serveis de salut no es regeix per un model de mercat competitiu simple (que podria incentivar l'eficiència). L'Estat finançador no pot assumir els costos polítics i socials de tancar hospitals i centres de salut gestionats deficitàriament per operadors privats, i acaba «rescatant-los», com va ocórrer amb l'hospital d'Alzira. Aquesta percepció d'impunitat davant el dèficit financer constitueix un dels principals atractius per a les empreses privades.

Una altra de les claus del negoci és [deixar de considerar l'equitat com a factor d'eficiència](#). És evident que l'atenció sanitària de segments de població pobres amb major càrrega de morbimortalitat o de territoris més remots amb densitat de població menor suposa més despesa. En un sistema sanitari públic la recerca de l'equitat ha de ser *per se* un objectiu de les autoritats i factor de la seva eficiència. En canvi, el sector privat trobarà més incentius centrant-se en [zones geogràfiques més rendibles](#) i en segments socioeconòmics més alts i amb una càrrega de malaltia menor.³

On anem?

En un país com el nostre, on fallen estrepitosament els controls, la transparència i la rendició de comptes, l'entrada de l'ànim de lucre en la gestió del que és públic suposa un risc real per a l'equitat en l'accés als serveis, la qualitat de l'atenció i els resultats en salut.

És evident que el nostre SNS necessita intervencions per a millorar la seva qualitat i la seva solvència. El camí és:

- Desinvertir en allò superflu, per innecessari, inútil, insegur, inclement, insensat,⁴ és a dir, [deixar de fer el que no millora els resultats en salut i en qualitat de vida](#).
- Copiar models de gestió del nostre entorn que han demostrat ser eficaços

([agències avaluadores](#) de [medicaments](#) i [tecnologies](#) realment independents que determinin què es finança amb diners públics, [aposta decidida per l'atenció primària](#) com a columna vertebral del sistema...).

– [Disminuir la variabilitat en la pràctica clínica.](#)

– [Enfortir les prestacions socials i de benestar](#) que influeixen en la salut de la població amb tanta força o més que el sistema sanitari (prestacions de dependència, mesures de conciliació familiar-laboral...).

– Incentivar el professionalisme.

En lloc d'això, copiem models que ja han fracassat [en el nostre entorn](#) i avancem cap a l'americanització del sistema. Això es traduirà en un increment del % del PIB dedicat a despesa sanitària (amb gran augment de la despesa privada) per la pèrdua de l'economia d'escala i l'increment d'activitats sanitàries superflues i, per tant, major risc de iatrogènia; augment de la iniquitat, amb sectors exclosos o abocats a una atenció sanitària de beneficència, i pitjor accessibilitat per a persones d'àrees geogràfiques on no resulti econòmicament beneficiós situar un dispositiu sanitari; sanitat pública de provisió privada on hi hagi possibilitat de negoci i sanitat pública de provisió pública per a l'atenció de situacions no rendibles (càncers, tractaments biològics...); copagaments creixents; [potenciació de la sanitat privada a través d'incentius fiscals](#) i de l'empitjorament de la qualitat de la pública; cartera de serveis ampliada amb prestacions no finançades; en definitiva, veurem com la degeneració de l'atenció sanitària pública deteriora la salut dels mateixos que veuen com [la crisi](#)

[està empitjorant els determinants estructurals i les condicions de vida que també disminueixen la seva salut.](#)

Recuperar el que s'ha perdut millorant-ho

Revertir aquestes dinàmiques, tornar a protegir la salut de la contaminació i els vicis del mercat [sense repetir errors del passat](#) serà una tasca complicada.

No serà possible sense la [implicació dels professionals sanitaris](#) en un major govern clínic per a prendre decisions que garanteixin la solvència del sistema i la millor atenció de la població, amb més professionalisme i [més compromís polític](#).

Però tampoc no ho aconseguirem sense redefinir a escala individual les expectatives del que la medicina pot aconseguir i sense una ciutadania informada, amb una profunditat de reflexió que permeti comprendre les implicacions i l'abast del que està succeint. També és necessària la participació en el control social de la gestió pública, decidint a través d'un debat obert i transparent què volem finançar amb els diners de tots, exigint als responsables un bon govern i a les organitzacions sanitàries, més qualitat.

I, finalment, és imprescindible una millor política per a una millor gestió pública. Això inclou l'imperatiu inajornable de la transparència, la rendició de comptes, la regulació dels conflictes d'interès i la professionalització de les funcions executives del sistema.⁵

Nani Vall-llossera
Metgessa de família.
Membre de l'equip de CJ

-
1. J. TUDOR HART, «The Political Economy of Health Care: A Clinical Perspective», *Policy Press*, Bristol, 2006.
 2. M. MCKEE, D. STUCKLER, «[The assault on universalism: how to destroy the welfare state](#)», *BMJ*, 2011:d7973.
 3. J. PADILLA, «[Gestión sanitaria privada: costes, perspectivas y conclusiones](#)», *eldiario.es*, 9/1/2013.
 4. J. R. REPULLO, «[Taxonomía práctica de la “desinversión sanitaria” en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud](#)», *Revista de Calidad Asistencial*, 2012, 027(3):130-138.
 5. Vicente ORTÚN, «[Los conflictos sanitarios pasan, los daños permanecen. La conveniente mejora del gobierno y de la organización sanitaria](#)», *Nada es gratis*, 2/01/2013.