

El negocio de la salud

Suplemento del Cuaderno n. 185 de CJ - (n. 219) - Septiembre 2013
Roger de Llúria, 13, 08010 Barcelona - tel. 93 317 23 38 - info@fespinal.com
www.cristianismeijusticia.net

La mercantilización de la salud, fenómeno de carácter global¹ que en las últimas décadas está azotando con fuerza a Europa, tiene como consecuencia una doble dinámica: la concepción de la salud como un bien de consumo más y la privatización de los servicios públicos de salud.

La salud como mercancía

El proceso de convertir la salud en un negocio precisa de un cambio de índole cultural que transforma la salud en un producto como otros en el imaginario colectivo: un asunto privado sujeto a las leyes de mercado y vulnerable a las estrategias de *marketing*. Hasta épocas recientes hemos protegido la salud, con mayor o menor éxito, de estas injerencias porque la hemos considerado un bien sensible, de características particulares e influenciado por el azar de la posición socio-económica, la mala suerte y la genética. Concebíamos la salud de las personas como un bien y una competencia de la sociedad en su conjunto, más allá de la responsabilidad individual, por-

que estaba condicionada por la distribución desigual de experiencias perjudiciales (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, alimentación). Entendíamos que la asimetría entre el ciudadano –por sus conocimientos limitados y la situación de vulnerabilidad en que le sitúa la enfermedad o el miedo a padecerla– y el médico era tan grande, que era deseable que la atención sanitaria no estuviera expuesta a las fuerzas del mercado.

La posguerra europea hizo patente que, independientemente del lugar que se ocupase en la escala social, la muerte y la enfermedad podían destrozarse las perspectivas de una familia, y que estar juntos en eso, aceptando el racionamiento y la austeridad que permitiera el acceso de todos a lo esencial, y contribuyendo a este objetivo con el pago de impuestos, permitía afrontar mejor los desastres que podían sobrevenirles²

Sin estas consideraciones e ignorando las lecciones que nos ha dado la Historia, la salud es el producto perfecto. El *marketing* consigue que la demanda crezca ilimitada-

mente porque alrededor de la salud y de la enfermedad se evidencia la insoportable vulnerabilidad y finitud de la vida, y se ponen en juego miedos, malestares e inquietudes. Una vez abandonado el producto a la suerte del libre mercado, éste [inventa nuevas enfermedades](#) (calvicie, disfunción sexual femenina) que precisan ser tratadas con los fármacos desarrollados *ad hoc* o con [viejos fármacos que buscan nuevas indicaciones; abandona los «nichos» poco rentables desatendiendo la investigación de medicamentos para enfermedades propias de los países pobres](#) o haciendo patente la ley de cuidados inversos, según la cual reciben menos cuidados las personas que más los necesitan; convierte factores de riesgo en enfermedades (colesterol, osteoporosis), aumentando la percepción de necesidad de tratamiento; [cambia las definiciones de enfermedad](#) y así, estrechando los límites de la normalidad (colesterol, [trastorno por déficit de atención e hiperactividad](#)), aumenta el número de los que se definen como enfermos y deben ser tratados; lleva a las personas y a los profesionales sanitarios al convencimiento de que el riesgo cero de enfermedad y la prevención de todo es posible y se consigue a base de [chequeos y cribados; manipula la investigación](#) y las [publicaciones científicas](#); oculta datos sobre eficacia o [seguridad de medicamentos](#) que podrían comprometer el negocio, aún con [riesgo para la salud de las personas; compra profesionales sanitarios](#) que colaboren para sus fines; y [medicaliza la vida cotidiana](#), consiguiendo que [nunca nos sintamos bien](#) y siempre nos percibamos en riesgo de enfermar.

La transformación cultural de la que hablábamos va acompañada de una propaganda de [mensajes simples y claros](#), aunque falsos: «[que al ciudadano no debería importarle si la empresa que provee su atención sanitaria es pública o privada](#)», «que la gestión privada es más eficiente que la pública», cuando [no hay suficientes](#)

[datos para hacer esta afirmación](#) y [los pocos que hay favorecen a la pública](#); «que impedir el acceso al sistema sanitario de algunas personas no afecta a la calidad y los resultados de la atención sanitaria», cuando en realidad [sí que empeora la salud de la población en su conjunto y también la del sistema](#). Estos mensajes [repetidos hasta la saciedad](#), llevan a la ciudadanía a la desorientación, al convertir en importante aquello que no lo es científicamente, y a la aceptación impasible y cómplice de la corriente privatizadora y de la pérdida de la equidad en el acceso a la atención sanitaria.

¿De dónde venimos?

En Europa el consenso de posguerra permitió el impulso del Estado del Bienestar, especialmente en «los 30 años gloriosos» (1945-1975). Ya desde la crisis del petróleo en 1973, empezaron a imponerse los postulados del neoliberalismo y un capital convencido de que los «estados del bienestar» fueron un error de la historia, inició un proceso de desmantelamiento que se ha acentuado recientemente.

España se incorporó tarde y de forma insuficiente al carro del progreso social. El proyecto de una sanidad gratuita universal y de calidad basada en una atención primaria fuerte no llegó a desplegarse por completo. Hay que recordar que distintos colectivos, como funcionarios públicos, diputados, empleados (y sus familias) de empresas colaboradoras de la Seguridad Social y periodistas de la Asociación de la Prensa, tienen un sistema especial de Seguridad Social que les permite escoger asistencia privada pagada con fondos públicos a través de las mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS. Este trato excepcional de colectivos formadores de opinión, con nivel educativo, adquisitivo y una influencia muy superior a la media, ha sido una traba para un despliegue irreversible del Sistema Nacional de

Salud (SNS) y es un factor que contribuye al proceso de desmembramiento actual.

A pesar de éstas y otras imperfecciones es indudable que el SNS desarrollado a partir de la Ley General de Sanidad de 1986 con financiación a través de impuestos desde 1999, la reforma de la atención primaria y la formación de profesionales solventes, hizo que la ciudadanía tuviera acceso a una atención sanitaria gratuita y de calidad, que ha contribuido a que los indicadores de salud de la población sean de los mejores del mundo. Pero cuando apenas empezábamos a disfrutar de uno de los pilares del progreso y la cohesión social, la ola privatizadora nos ha alcanzado de lleno.

¿De qué estamos hablando?

La Organización Mundial de la Salud define la privatización de los servicios sanitarios como el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas (con o sin ánimo de lucro). [Este proceso se lleva a cabo a través de tres estrategias: externalizar servicios públicos, desregularizar monopolios y negociar la venta de compañías en mala situación.](#)

La consecuencia es un cambio de paradigma: de la salud como fin a la salud como medio para hacer negocio. Los proveedores públicos tienen como finalidad la salud del paciente y el bien social; los recursos humanos y técnicos sirven a ese fin. Los proveedores privados tienen como objetivo maximizar los beneficios empresariales; la salud del paciente y el bien social son solamente medios, que circunstancialmente pueden ser sustituidos o relegados por otros que consigan un mayor beneficio económico.

¿Dónde está el negocio?

La atención sanitaria y social supone una gran parte del pastel de la financiación pú-

blica. Conscientes de ello, [multinacionales de la salud](#) y [grupos de capital-riesgo](#) han [conquistado los SNS](#).

La provisión de servicios de salud no se rige por un modelo de mercado competitivo simple (que podría incentivar la eficiencia). El Estado financiador no puede asumir los costes políticos y sociales de cerrar hospitales y centros de salud gestionados deficitariamente por operadores privados, y termina «rescatándolos», como ocurrió con el hospital de Alzira. Esta percepción de impunidad frente al déficit financiero supone uno de los principales atractivos para las empresas privadas.

Otra de las claves del negocio es [dejar de considerar la equidad como factor de eficiencia](#). Es evidente que la atención sanitaria de segmentos de población pobres con mayor carga de morbilidad o de territorios más remotos con densidad de población menor supone más gasto. En un sistema sanitario público la búsqueda de la equidad debe ser *per se* un objetivo de las autoridades y factor de su eficiencia. En cambio el sector privado encontrará más incentivos centrándose en [zonas geográficas más rentables](#) y en segmentos socioeconómicos más altos y con menor carga de enfermedad.³

¿Adónde vamos?

En un país como el nuestro, donde fallan estrepitosamente los controles, la transparencia y la rendición de cuentas, la entrada del ánimo de lucro en la gestión de lo público es un riesgo real para la equidad en el acceso a los servicios, la calidad de la atención y los resultados en salud. Es evidente que nuestro SNS necesita intervenciones para mejorar su calidad y su solvencia. Pero el camino no es la privatización sino:

– Desinvertir en lo superfluo, por innecesario, inútil, inseguro, inclemente o

insensato⁴, es decir, [dejar de hacer lo que no mejora los resultados en salud y en calidad de vida](#).

– Copiar modelos de gestión de nuestro entorno que han demostrado ser eficaces ([agencias evaluadoras](#) de [medicamentos](#) y [tecnologías](#) realmente independientes que determinen qué se financia con dinero público, [apuesta decidida por la atención primaria](#) como columna vertebral del sistema...).

– [Disminuir la variabilidad en la práctica clínica](#).

– [Fortalecer las prestaciones sociales y de bienestar](#) que influyen en la salud de la población con tanta fuerza o más que el sistema sanitario (prestaciones de dependencia, medidas de conciliación familiar-laboral,...).

– Incentivar el profesionalismo.

En su lugar, copiamos modelos que ya han fracasado [en nuestro entorno](#) y avanzamos hacia la americanización del sistema. Esto se traducirá en un incremento del % del PIB dedicado a gasto sanitario (con gran aumento del gasto privado) por la pérdida de la economía de escala y el incremento de actividades sanitarias superfluas y, por tanto, mayor riesgo de iatrogenia; aumento de la inequidad, con sectores excluidos o abocados a una atención sanitaria de beneficencia, y peor accesibilidad para personas de áreas geográficas donde no resulte económicamente beneficioso ubicar un dispositivo sanitario; sanidad pública de provisión privada donde haya posibilidad de negocio y sanidad pública de provisión pública para la atención de situaciones no rentables (cánceres, tratamientos biológicos...); copagos crecientes; [potenciación de la sanidad privada a través de incentivos fiscales](#) y del empeoramiento de la calidad de la pública; cartera de servicios ampliada con prestaciones no

financiadas. En definitiva, veremos cómo la degeneración de la atención sanitaria pública deteriora la salud de los mismos que están viendo cómo [la crisis está empeorando los determinantes estructurales y las condiciones de vida que también disminuyen su salud](#).

Recuperar lo perdido mejorándolo

Revertir estas dinámicas, volver a proteger la salud de la contaminación y los vicios del mercado [sin repetir errores del pasado](#) será tarea complicada. No será posible sin la [implicación de los profesionales sanitarios](#) en una mayor gobernanza clínica para tomar decisiones que garanticen la solvencia del sistema y la mejor atención de la población, con más profesionalismo y [más compromiso político](#).

Pero tampoco lo conseguiremos sin redefinir a nivel individual las expectativas de lo que la medicina puede conseguir y sin una ciudadanía informada, con una profundidad de reflexión que permita comprender las implicaciones y el alcance de lo que está sucediendo. También es necesaria la participación en el control social de la gestión pública, decidiendo a través de un debate abierto y transparente qué queremos financiar con el dinero de todos, exigiendo a los responsables un buen gobierno y a las organizaciones sanitarias, más calidad.

Y finalmente es imprescindible una mejor política para una mejor gestión pública. Esto incluye el imperativo inaplazable de la transparencia, la rendición de cuentas, la regulación de los conflictos de interés y la profesionalización de las funciones ejecutivas del sistema.⁵

Nani Vall-llossera
Médico de familia.
Miembro del equipo 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.