

## Enfermedad y exclusión social: De la salud como derecho a la salud como mercancía

## Disease and Social Exclusion: From health as a right to health as a commodity

**Sergio Minué Lorenzo**

Profesor. Coordinador del Área de Ética y Políticas de salud  
Escuela Andaluza de Salud Pública

### Resumen

La crisis financiera mundial iniciada en 2008 amplió sustancialmente las inequidades en salud entre los más ricos y los más desfavorecidos, aunque no en la misma proporción en todos los países. Inevitablemente, aquellas personas en situación de exclusión social han sido las más afectadas por la nueva situación. Sin embargo, no es la crisis económica en sí la responsable del incremento de la exclusión y las inequidades, sino el modelo de política que se lleve a cabo. En ese sentido asistimos desde hace décadas a un combate silencioso entre dos modelos de sistema sanitario y, en definitiva, de sociedad: aquel que concibe la salud como un determinante clave de las posibilidades de desarrollo individual de las personas, que por lo tanto debe ser protegido por el Estado, y los partidarios de considerar la salud (y la asistencia sanitaria destinada a su mantenimiento y recuperación) como una mercancía más, sujeta al funcionamiento del mercado como cualquier otro tipo de producto.

**Palabras clave.** Enfermedad. Exclusión social. Salud. Derecho a la salud. Salud como mercancía.

### Abstract

The global financial crisis that began in 2008 substantially expanded health inequalities between the richest and the poorest, though not in the same proportion. Inevitably in all those countries, people excluded have been the most affected by the new situation. But the economic crisis is not itself responsible for the increase of exclusion and inequity, but the type of policy carried out. In that sense we are witnessing decades of a silent battle between two models of health system and, ultimately, of society: on one hand, systems that conceptualize health as a key determinant of people development, which therefore must be protected by the state; by the other hand, some influential lobbies that consider health as a commodity, subject to market operation like any other product.

**keywords.** Disease. Social exclusion. Health. Right to health. Health as a commodity.

*El precio de la austeridad se cifra en vidas humanas.  
Y esas vidas no volverán cuando las Bolsas se recuperen.*  
David Stuckler, 2013

## 1. Crisis económica y políticas de austeridad

Al analizar las consecuencias sobre la salud de la crisis económica de 1929, el grupo de investigación de Stuckler y Mckee concluye que las causas de la misma fueron muy similares a las de la pasada recesión económica de 2008 (Stuckler, 2012): burbuja inmobiliaria, crisis bancaria, y desigualdad. Averiguaron que se habían incrementado las tasas de muerte por suicidios, pero por el contrario las muertes por accidente de tráfico habían disminuido. La reducción de la mortalidad por todas las causas parecía deberse principalmente a la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas como la gripe, las neumonías o la tuberculosis, más consecuencia del proceso de transición epidemiológica que de la crisis en sí. En definitiva, parecía que las variaciones en la mortalidad no estaban relacionadas con ésta.

En la misma dirección, otros autores (Shurcke, 2012) analizaron las consecuencias de la actual crisis económica sobre la salud de las poblaciones. Lo titulaban con una pregunta: “¿Son las recesiones malas para la salud?” Y la respuesta no podía ser más ambigua: pues depende.

Aunque la evidencia empírica sobre el efecto de las crisis económicas en la salud de las poblaciones humanas es controvertida, parece que tienen un potencial especialmente negativo cuando los cambios económicos son rápidos, la protección y cohesión social es leve y las drogas y el alcohol están fácilmente disponibles.

Al menos en países de ingresos altos, parece poco probable que la recesión en sí tenga efectos negativos en los indicadores de salud de la población, tales como la mortalidad por todas las causas o la esperanza de vida. Sin embargo, sí que podría influir en la mortalidad por causas específicas (suicidios), así como ampliar las inequidades en salud. Por el contrario, en los países de bajos ingresos la crisis

puede significar una severa amenaza para la salud de la población, al afectar a las escasas políticas de protección social. Concluían señalando que las crisis económicas tienen un potencial especialmente negativo cuando los cambios económicos son rápidos, la protección y cohesión social es leve, y las drogas y el alcohol están fácilmente disponibles. Otra de sus conclusiones era también especialmente interesante: son las políticas económicas más que las crisis las que influyen sobre la salud de las poblaciones.

David Stuckler señala en su libro (Stuckler, 2013) que los Estados occidentales vienen participando desde 2008 en un curioso ensayo clínico a gran escala, dirigido por economistas y políticos. Mientras que una parte de la población mundial fue asignada al grupo que recibiría medidas de estímulo (Estados Unidos), otra parte sufriría medidas de austeridad (Europa).

Los resultados no parecen respaldar especialmente este último tipo de políticas que, sin embargo, han sido las dominantes en la práctica totalidad de los países de la

Unión Europea (McKee, 2012). Europa no solo sigue sin dar signos de crecimiento económico continuado y mantenido, sino que las consecuencias en materia de salud son cada vez más preocupantes. Sin olvidar que, al contrario de lo que afirman los partidarios de las estrategias de austeridad, las políticas que fomentan la inversión en el sector sanitario contribuyen claramente a promover el crecimiento económico (Reeves, 2013).

En España las consecuencias de la aplicación de las medidas de austeridad por mandato expreso de la Troika (Banco Central Europeo, Fondo Monetario Internacional y Comisión Europea) han sido especialmente negativas:

- La deuda pública como porcentaje del PIB ha aumentado desde algo menos del 40% hasta aproximarse al 100% del PIB en 2014.
- La tasa de paro, con diferentes fluctuaciones desde el inicio de la crisis, representa una de más altas de Europa, solamente superada de modo ocasional por Grecia. Si ello siempre supone una desgracia para el conjunto de seres anónimos que engrosan las listas del paro, alcanza dimensiones dramáticas en el caso de la población joven, donde la tasa de paro alcanza el 51% en los menores de 25 años.
- España se encontraba ya en 2010 por encima de la media europea en nivel de pobreza y exclusión social, que ya entonces alcanzaba cerca del 30% de la población (54.3% en menores de 25 años).
- Las tasas de pobreza infantil se encuentran entre las más altas de los países industrializados, solo superadas por Letonia, Estados Unidos o Rumanía. Un 13,7% de los menores de 18 años viven en hogares con altos niveles de pobreza, habiendo aumentado las tasas de pobreza infantil más de un 53% en el periodo 2007-2010 (García Rada, 2013)
- El número de ejecuciones hipotecarias ha ido aumentando desde los más de 25.000 en 2007 hasta cifras siempre por encima de 90.000 desde 2009.
- Si el coeficiente Gini de desigualdad de ingresos en España había ido disminuyendo en el periodo comprendido entre 1985 y 2006 de 0.37 a 0.31, la "tijera" se ha ido abriendo desde entonces, pasando de 0.31 a 0.35 en apenas 6 años, revirtiendo casi completamente toda la reducción que había costado dos décadas alcanzar. Las consecuencias de ello son muy relevantes para la salud: a mayor desigualdad en los ingresos, mayor es la probabilidad de sufrir problemas sociales y de salud (Wilkinson & Pickett, 2009).

Los Estados occidentales vienen participando desde 2008 en una forma peculiar de ensayo clínico a gran escala, dirigido por economistas y políticos. Mientras que una parte de la población mundial fue asignada al grupo que recibiría medidas de estímulo (Estados Unidos), otra parte sufriría medidas de austeridad (Europa). Las consecuencias sobre la economía, la equidad y la salud son claramente más desfavorables en este último grupo. España es buen ejemplo de ello.

La situación es tan evidente que algunas de las instituciones que fomentaron la aplicación de este tipo de medidas de recorte (FMI, OCDE) han alertado a la vez de las consecuencias que se derivan de ellas (Prats, 2013).

Si todos los indicadores en materia de protección social han empeorado sensiblemente

desde el inicio de la aplicación de las políticas de austeridad, el deterioro de la situación en materia de buen gobierno no permite albergar demasiado optimismo. España empeoró en los 6 indicadores que establece *Worldwide Governance Indicator* (rendición de cuentas, estabilidad política y ausencia de violencia, efectividad gubernativa, calidad regulatoria, estado de derecho y control de la corrupción) (Peiró, 2011), hasta el punto de que el buen gobierno y la lucha contra la corrupción se han convertido para muchos expertos en la primera medida a implantar para mejorar el funcionamiento del sistema sanitario (Meneu, 2010).

Cuando se insiste en que el sistema sanitario español es insostenible por los mismos que defienden las políticas de austeridad, no deja de ser ilustrativo conocer que España figura entre los diez países del mundo con mayor fraude fiscal, estimándose en más de 82.000 millones de euros, una cifra cercana al presupuesto global del sistema nacional de salud. Sin embargo, en este aspecto apenas se han puesto en marcha medidas para su control y afloramiento.

No es algo nuevo. Ya en 2000 el profesor Moran categorizaba los sistemas sanitarios en cuatro modelos: basados en el mercado (Estados Unidos), “corporatistas” organizados predominantemente según modelos de seguridad social (Alemania, Bélgica, Holanda), de comando y control (como el NHS británico) o lo que llamó de comando y control pero “inseguros”, que aspiraban a ser como los modelos de sistema nacional de salud, pero que estaban contaminados por un alto grado de corrupción y clientelismo político (Moran, 2000).

## 2. Las consecuencias de la crisis sobre la salud

En definitiva, las políticas de austeridad han generado más pobreza, desigualdad y desempleo, especialmente en aquellos países en los que se han aplicado de manera más enérgica (Grecia es un buen ejemplo de ello).

Los efectos que ello tiene en la salud individual de las personas son cada vez más evidentes: el grupo de Faresjo (Faresjo, 2013) no solo describió el incremento de suicidios y enfermedades infecciosas en Grecia desde el inicio de las medidas de austeridad, sino que comparó los efectos sobre la salud y el estrés entre jóvenes suecos y griegos utilizando niveles de un nuevo biomarcador basado en la determinación de cortisol en pelo humano. Se reportó entre los jóvenes griegos un nivel sensiblemente mayor de estrés autopercebido, menor esperanza en su futuro y una mayor prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad. A la vez presentaban niveles de cortisol significativamente más bajos que los suecos, posiblemente consecuencia de una exposición prolongada al estrés.

Las políticas de austeridad han generado más pobreza, desigualdad y desempleo, especialmente en aquellos países en los que se han aplicado de manera más enérgica.

Numerosos estudios establecen la asociación entre el estrés crónico y los niveles de mala salud, incluyendo una mayor prevalencia de factores de riesgo vascular y empeoramiento de la función inmune.

El grupo de la premio Nobel de Medicina Elizabeth Blackburn demostró que el estrés psicológico (ya sea percibido o crónico) está significativamente asociado a un mayor

estrés oxidativo, una menor actividad de la telomerasa y una menor longitud de los telómeros, conocidos determinantes del envejecimiento celular y de la longevidad. En dicho estudio las mujeres con mayores niveles de estrés percibido tenían telómeros más cortos, lo que tendría implicaciones de cara al desarrollo precoz de enfermedades relacionadas con la edad (Epel, 2004).

Aunque aún es pronto para determinar sus efectos, comienzan a conocerse en España algunos resultados, tan interesantes como preocupantes, derivados de los efectos de la recesión iniciada en 2008. Así, en el informe SESPAS 2014 se analiza el impacto de la crisis económica actual en la evolución de la mortalidad en España y sus efectos sobre la influencia de las desigualdades sociales en la mortalidad en Andalucía (Ruiz-Ramos, 2014). No se observan efectos significativos de cambio de tendencia en la mortalidad en el conjunto de España desde 2008, posiblemente ligado al mantenimiento inicial de ciertas prestaciones sociales y al papel amortiguador de las redes sociales y familiares, pero, sin embargo, en Andalucía aumentaron las desigualdades sociales en mortalidad en el caso de los hombres según el nivel educativo (el descenso de la mortalidad fue mucho más acusado en aquellos con nivel educativo alto, presentando las personas sin estudios riesgos de muerte más alto).

### 3. El debatido efecto de la crisis sobre la salud mental

Del análisis de los efectos de las principales crisis del siglo XX sobre la salud mental se obtienen resultados en ocasiones contradictorios sobre la relación entre crisis y conductas de riesgo, especialmente consumo de alcohol e intentos de suicidio (Ribadeneyra, 2014). Sin embargo, el estudio sobre tendencias de mortalidad en Europa en el periodo 1970-2007 encontró que por cada incremento anual del desempleo superior al 3% se producía un aumento del 4.45% en los suicidios y del 28% en las muertes por abuso de alcohol (Stuckler, 2009).

En el caso de España, los datos disponibles desde el inicio de la crisis de 2008 muestran un incremento de las enfermedades mentales más frecuentes, desde la ansiedad a los trastornos del estado de ánimo, con un incremento de los trastornos por abuso de alcohol y uso de psicofármacos.

La prestación sanitaria de un país responde a un equilibrio variable de tres factores: la población a la que se atiende, el porcentaje de contribución económica individual (gasto de bolsillo) y los servicios que se ofertan.

Aunque algunos autores no encuentran incremento del número de suicidios (Gili, 2014), en otros sí se describe claramente este aumento (López Bernal, 2013).

### enfermedades infecciosas

### 4. Crisis económica y

Los primeros signos de las consecuencias de la crisis en Grecia adquieren los tintes de una tragedia de salud pública (Bonovas, 2012): incremento de la mortalidad por gripe, aparición y difusión del virus West Nile, reaparición de nuevos casos de malaria no importados, o nuevos brotes de casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre usuarios de drogas por vía parenteral.

Un estudio entre expertos de diferentes países con respecto a las repercusiones que podría tener la crisis en el control de enfermedades de declaración

obligatoria (Rechel, 2011), ponía de manifiesto las preocupaciones existentes al respecto: el 85% consideraba que se deteriorará la financiación para ese objetivo, el 72% pensaba que disminuirán los recursos humanos necesarios para su control, y el 68% que empeorará la prevención de este tipo de enfermedades.

El problema puede ser especialmente importante en materia de tratamiento y control de las infecciones por tuberculosis. Como señalaba un informe del CDC europeo, “dada la probable influencia de una crisis económica en el funcionamiento de los sistemas sanitarios y sobre los factores que afectan a la epidemiología de la tuberculosis, es esperable que la actual crisis económica afectará a la situación de la TBC en los países de la EU/EEA... Especialmente relevante será en aquellos países que previamente tuvieran problemas en el control de la enfermedad” (van der Verf, 2012).

Los que consideran que el sistema sanitario es insostenible suelen basar parte de su argumentación en el crecimiento incontrolable de los gastos sanitarios. A menudo sostienen que dicho crecimiento es consecuencia del incremento de la población atendida o del progresivo envejecimiento de la población. Sin embargo, es la innovación tecnológica el principal determinante del gasto sanitario.

Una revisión sistemática de las pruebas existentes sobre el impacto de las crisis económicas en la transmisión y control de las enfermedades infecciosas (Suhrcke, 2011), realizada a partir de 230 trabajos, concluye que con las crisis se producen aumentos evidentes de las tasas de dichas enfermedades en condiciones de pobreza, empeora el acceso a los tratamientos y se deteriora la retención de los pacientes durante el mismo, afectando especialmente a las personas sin hogar, los inmigrantes y los presos.

Esto es debido a que el nivel de nutrición, el sistema inmunitario y la cobertura vacunal actúan como determinantes para convertir a la población en más o menos susceptible a las infecciones.

Una vez infectadas, las personas podrán recuperarse o morir, dependiendo de acceso a los médicos y a los tratamientos farmacológicos. Las medidas instauradas por los gobiernos de exclusión de determinados colectivos (como ocurrió en España con la aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 que excluyó al menos a más de 873.000 personas) supondrá siempre una barrera para el acceso a tratamientos esenciales.

## 5. El reto de la cobertura sanitaria universal

El objetivo de la cobertura sanitaria universal para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el de *asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos.*

Como se puede deducir de la propia definición, el concepto de “penuria financiera” es relativo. En ese sentido conviene diferenciar cobertura sanitaria universal de asistencia sanitaria universal.

Este último término ha estado presente en los fundamentos de los sistemas nacionales de salud de algunos países, como Reino Unido, desde sus orígenes. Esos fundamentos establecían el compromiso del Estado de atender a todos los ciudadanos de forma gratuita en el momento de la prestación, mediante un sistema sanitario

financiado por impuestos y que se basaba en dar igual servicio ante la misma necesidad.

En su modelo, la OMS identifica tres ejes que determinan el grado de cobertura sanitaria de un país:

- la población a la que se atiende,
- el porcentaje de contribución económica individual (gasto de bolsillo o *out of pocket*) para sufragar el servicio,
- los servicios que se ofertan.

Aunque la sostenibilidad de un sistema sanitario es un concepto harto interpretable (depende de si nos estemos refiriendo a sostenibilidad económica o fiscal de un país, por ejemplo), parece en cualquier caso evidente que un sistema sanitario difícilmente podrá ser capaz en el futuro de prestar *todo tipo* de servicios sanitarios para *toda* la población existente en su territorio, sin que los usuarios de los servicios tengan que aportar nada de su bolsillo. Por lo tanto, uno de los debates cruciales de los próximos años será determinar cuál es el equilibrio que se establece entre las tres dimensiones (población, gasto personal, servicios).

- A) Con respecto al primer eje, *el poblacional*, ciertos Estados están caminando en la dirección de ampliar la cobertura sanitaria a un porcentaje mayor de su población. El ejemplo más paradigmático de ello quizá sea la reforma sanitaria impulsada por el presidente Obama en Estados Unidos (*Patient Protection and Affordable Care Act*), cuya aplicación podría suponer la reducción de la cifra de personas sin cobertura sanitaria en Estados Unidos de 60 millones a *solo* 27 en 2022. En

Cerca de un tercio del gasto sanitario (al menos en Estados Unidos) es despilfarrado debido a la prestación de servicios innecesarios, excesivos costes administrativos, precios desorbitados, fraude o prestación ineficiente de servicios.

dirección contraria parece caminar el gobierno español, cuya aprobación y posterior aplicación del Real Decreto Ley 16/2012 supuso la exclusión del derecho a recibir asistencia sanitaria por el sistema nacional de salud de al menos 873.000 personas, según

datos del propio Reino de España (Kingdom of Spain, 2013). Más allá de la propia exclusión de personas, la citada norma supuso una sustancial modificación de las condiciones por las que se otorgaba el derecho a recibir asistencia sanitaria, modificándose desde la condición de ciudadano a la de asegurado (Minué-Lorenzo, 2012).

- B) El segundo eje determina el *porcentaje de la prestación que es directamente financiada por el asegurador* (sea o no el Estado) y la que es aportada directamente por el usuario. Casi todos los sistemas sanitarios del mundo incluyen algún tipo de copago en los servicios que prestan, siendo lógicamente mayor en los sistemas basados en el mercado y menor en los modelos tipo "Beveridge" (sistemas nacionales de salud), quedando los modelos sanitarios "bismarkianos" en una situación intermedia. La evidencia científica sobre la efectividad de los copagos es escasa, pudiendo impedir por el contrario que accedan a los servicios aquellos que más lo necesitan.

- C) El último de los ejes es el relativo al *rango de servicios* que ofrece un sistema sanitario a sus posibles usuarios, lo que a menudo queda reflejado en las llamadas “carteras de servicios” o “catálogos de prestaciones”. En este sentido cabría discutir tanto si esos servicios son realmente necesarios, oportunos y útiles, como si la forma en que se realiza la prestación es la más adecuada. Los datos relativos a la prestación de servicios por parte de los sistemas sanitarios son bastante desalentadores: según el propio *Institute of Medicine* (IoM) americano, el 30% del gasto total del sistema sanitario era despilfarro. Diferentes factores contribuyen a ese derroche: servicios innecesarios (210.000 millones de dólares), excesivos costes administrativos (190.000 millones), precios excesivos (105.000 millones), fraude (75 millones), prestación ineficiente de servicios (130.000 millones), oportunidades perdidas (55.000 millones) (Institute of Medicine, 2010). Sin embargo, a pesar de sus dimensiones, este despilfarro apenas está presente en la agenda de reformas, en la que en cambio monopoliza el debate la cuestión de la contribución directa de los usuarios o la sección de la población con derecho a recibirlos.

Los que consideran que el sistema sanitario es insostenible suelen basar parte de su argumentación en el crecimiento incontrolable de los gastos sanitarios.

A menudo sostienen que dicho crecimiento es consecuencia del incremento de la población atendida (con especial énfasis en aquellos que no son ciudadanos legalmente reconocidos), o del progresivo envejecimiento de la población con el consiguiente aumento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, no es éste, sino la innovación tecnológica el principal determinante del gasto sanitario (Bernal-Delgado, 2011). Los nuevos avances en tecnologías sanitarias (ya sean diagnósticas o terapéuticas) en muy raras ocasiones reemplazan a las existentes, generando un efecto en bola de nieve capaz de arrastrar cualquier muro de contención que encuentren a su paso. Y en ese proceso no hay que ignorar que los principales protagonistas son los médicos, quienes con sus decisiones, propuestas y presiones, constituyen los principales agentes de difusión y venta de las tecnologías.

Actuar contra el despilfarro en el sistema sanitario obliga a reformas culturales de tal relevancia que resulta mucho más sencillo intervenir mediante la exclusión de determinadas poblaciones, la reducción drástica de salarios a los profesionales, o el aumento de la contribución económica individual de cada usuario.

En ese sentido la propuesta de Bernal y Ortún de que las tecnologías deberían justificar (en términos de cantidad y calidad de vida) lo que cuestan, sigue siendo, por desgracia, más un deseo plenamente justificado que una posibilidad factible.

Algunos datos pueden dar una idea de la importancia del despilfarro en la crisis de sostenibilidad de los sistemas sanitarios:

- El número de prácticas médicas en las que las pruebas científicas disponibles no demuestran eficacia alguna, o en las que los daños superan a los potenciales beneficios es muy sustancial (entre 140 y 150 en dos revisiones diferentes) (Prasad, 2014).
- Mientras que las revisiones sobre la implantación de historias clínicas electrónicas y portales Web para usuarios en Inglaterra no han demostrado que



dichas innovaciones mejoren la calidad de las consultas, la seguridad de los pacientes, la comunicación, o la satisfacción de los pacientes (Greenhalgh, 2010), cada uno de los servicios regionales de salud españoles ha implantado su propio modelo de historia electrónica cuyo coste, efectividad y coste de oportunidad es completamente desconocido.

- La aplicación de las últimas recomendaciones de la *American Heart Association* y el *American College of Cardiology* en materia de prevención primaria de la enfermedad vascular al conjunto de la población mundial supondría que 920 millones de personas deberían tomar “estatinas”, un negocio de más de mil millones de dólares (Ionnidis, 2014).
- Los criterios de la 3ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales (DSM III) establecía en un año el tiempo necesario para catalogar a alguien como paciente con duelo prolongado; el DSM IV lo reducía a dos meses, y el recientemente aparecido DSM 5 lo limita a solamente dos semanas. Ya Viktor Frankl señalaba en *El Hombre en busca de destino* que “cualquiera de los distintos aspectos de la existencia conserva un valor significativo, el sufrimiento también. El realismo nos avisa de que el sufrimiento es una parte consustancial de la vida, como el destino y la muerte. Sin ellos la existencia quedaría incompleta.” (Frankl, 1979). Los nuevos criterios diagnósticos hurtan a los seres humanos de una dimensión fundamental de la vida, en beneficio exclusivo de las empresas farmacéuticas que fomentan el uso innecesario de psicofármacos.
- La obsesión por convertir en enfermedad cualquier circunstancia normal de la vida lleva al despropósito de que ciertas organizaciones de prestación de servicios (Kaiser Permanente) incluyan entre sus trastornos mentales entidades como el “desorden por bajo rendimiento académico”, “el trastorno del desarrollo académico”, “el trastorno del desarrollo de la expresividad escrita”, o la excesiva masturbación (a la vez que también el trastorno por deseo sexual hipoactivo situacional).
- La tendencia a convertir el proceso natural de envejecimiento en patológico, simplemente porque las determinaciones analíticas a ciertas edades no se ajustan a la media o la mediana de los valores analíticos encontrados en la segunda o tercera década de la vida. En palabras de Iona Heath, la antigua Presidenta del *Royal College of General Practitioner*: “No quiero tener otra vez 24 años, muchas gracias. Soy bastante feliz y no quiero tener los parámetros de una persona de 24.”
- El sobrediagnóstico (*overdiagnosis*) ocurre cuando los individuos son diagnosticados con condiciones que nunca les causarán síntomas o muerte (Welch, 2011). Como señala Heath “por primera vez en la historia se ha separado la noción de enfermedad de la experiencia humana del sufrimiento, creando una epidemia de enfermedades sin síntomas, únicamente definidas por parámetros aberrantes. Una proporción nunca vista de recursos sanitarios se dirigen a reducir esos números a estados ficticios de normalidad. Extender el rango de lo que se considera anormal claramente expande el mercado para la industria farmacéutica, aumentando las posibilidades de incrementar su margen comercial” (Heath, 2013). Las implicaciones éticas que ello tiene no son menores, como ella misma señala:

- 1.- Producen daño en personas falsamente etiquetadas como enfermas.
- 2.- La ampliación de la definición de enfermedad gasta recursos que podrían ser empleados en el tratamiento de verdaderos casos de enfermedad.
- 3.- La inflación de los costes pone en riesgo la viabilidad de sistemas sanitarios basados en la solidaridad.
- 4.- La intensificación de la actividad biotecnológica puede difuminar el amplio abanico de causas económicas y sociales de la enfermedad.

Esta situación de evidente mal uso de los sistemas sanitarios, no solo es innecesaria y costosa sino también sumamente peligrosa: la iatrogenia supone ya la tercera causa de muerte, tras el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (Gotzsche, 2014). Tal vez por ello, en los últimos años se han propuesto diferentes iniciativas para reducirlo, desde las recomendaciones de la *National College Alliance* americana de definir intervenciones que no deberían ser realizadas para cada una de las diferentes especialidades médicas (*Top Five List*), hasta las recomendaciones del *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) británico con respecto a intervenciones inapropiadas (*Do Not Do*).

El concepto de desinversión (*desinvestment*) hace referencia precisamente al proceso de cambio que supone dejar de hacer intervenciones innecesarias.

Los llamados Estados de bienestar fueron consecuencia de un consenso entre partidos, y los implantaron partidos conservadores y liberales para los que la provisión pública de servicios médicos universales era la culminación del liberalismo reformista del siglo XIX

Un proceso que se enfrenta a importantes desafíos: falta de recursos, ausencia de acuerdo respecto a la relación de coste-efectividad de las intervenciones, resistencias políticas, culturales y sociales para abandonar determinadas prácticas sancionadas por la costumbre, o la insuficiente investigación sobre su proceso de

implantación y resultados (Cooper, 2010). En cualquier caso, desinversión es un término equívoco; por ejemplo, en el mundo empresarial es usado para designar la externalización de actividades no nucleares a una empresa (Repullo, 2012). Por eso algunos autores avisan de la necesidad de emplear el término de *reinversión* en lugar de desinversión, que vendría definido como “un proceso explícito mediante el cual se dejan de financiar de manera parcial o por completo medicamentos, dispositivos, aparatos o procedimientos con bajo valor clínico, al tiempo que se promueven los de alto valor clínico, y además los recursos liberados se destinan a financiar estos últimos.” (Campillo-Artero, 2013). Este último es un matiz sumamente importante, puesto que difícilmente se comprometerán los clínicos a dejar de hacer determinados procedimientos, si el beneficio obtenido de ese ahorro va a parar fuera de su campo de intervención.

Repullo modifica la adaptación realizada de los trabajos de Brian Jennett (Lázaro, 1999), a la hora de identificar las 6 preguntas clave para desinvertir en lo inapropiado:

1. ¿Es ineficaz o inefectiva?
2. ¿Es insegura, en general o para un grupo de pacientes?
3. ¿Es innecesaria, porque lo mismo se puede conseguir de forma más sencilla, menos agresiva y más económica?

4. ¿Es inútil porque ya no es capaz de aportar ganancia de salud al paciente concreto?
5. ¿Es inclemente porque la intervención solo puede ofrecer unas condiciones inaceptables de calidad de vida, a juicio experto y del paciente?
6. ¿Es sensato sacrificar un gran volumen de recursos para obtener un resultado insignificante?
7. Un cambio de esa envergadura, orientado a hacer lo que se ha venido fomentando desde hace décadas bajo el paradigma de que el avance de la medicina es ilimitado, obliga a reformas de tal relevancia que resulta mucho más sencillo intervenir mediante la exclusión de determinadas poblaciones, la reducción drástica de salarios a los profesionales (a cambio de seguir manteniendo un empleo), o el aumento de la contribución económica individual de cada usuario. En ese sentido son siempre inspiradoras las reflexiones de Bauman sobre los procesos sociales de cambio en el mundo actual.

En *Vidas desperdiciadas* escribe: “La producción de ‘residuos humanos’ (seres humanos residuales) es una consecuencia inevitable de la modernización. Es un ineludible efecto secundario de la construcción del orden y del progreso económico”. Y también: “La nueva plenitud del planeta significa, en esencia, una aguda crisis de la industria de eliminación de residuos humanos. Mientras que la producción de residuos humanos persiste en sus avances y alcanza nuevas cotas, en el planeta escasean los vertederos y el instrumental para el reciclaje de residuos” (Bauman, 2005).

Es decir: el problema último reside no tanto en la realización de procedimientos inadecuados, sino en la existencia de un excedente humano para el que previamente existían procedimientos efectivos de eliminación (guerras, epidemias, catástrofes), incapaces hoy en día de absorber tanto excedente.

Los tres principios elementales del “corporatismo” de Milton Friedman (recortes en gastos sociales, desregulación y privatización) van progresivamente aceptándose como la única política económica posible, asaltando los principios del universalismo y minando los sistemas sanitarios basados en la solidaridad y no en el lucro.

El papel que podrían jugar en este contexto las organizaciones no gubernamentales no es baladí a la hora de calmar nuestras conciencias: “Poner a los refugiados en manos de los ‘trabajadores humanitarios’ (cerrando los ojos ante los guardias armados en segundo plano) parece ser el modo ideal de reconciliar lo irreconciliable: el irresistible deseo de desechar los residuos humanos nocivos al tiempo que satisfacemos nuestro conmovedor deseo de justicia moral” (Barman, 2005).

Cabe preguntarse si esa elección es simplemente una consecuencia del devenir del proceso de crisis actual o si puede responder a otro tipo de razones.

## 6. De la salud como derecho a la salud como mercancía

Tony Judt señala en *Reappraisals* que después de las guerras mundiales la característica fundamental del siglo XX fue el ascenso y posterior caída de los Estados, en una doble dimensión: la emergencia de los Estados nacionales autónomos y la disminución de su poder en manos de las Corporaciones multinacionales (Judt, 2008). En ese mismo ensayo recuerda que los llamados

Estados de bienestar (*Welfare states*) fueron consecuencia de un consenso entre partidos, implantados por partidos conservadores y liberales para los que la provisión pública de servicios médicos universales, pensiones de jubilación, seguros de desempleo y educación gratuita representaban, no la primera etapa del socialismo del siglo XX, sino la culminación del liberalismo reformista del siglo XIX. No en vano garantizar la atención sanitaria no solo permitía mantener a la fuerza del trabajo en buenas condiciones, sino que además actuaba de facilitador de la paz social.

A pesar de que la crisis del 29 supuso la demostración de que las políticas de *laissez faire* habían contribuido sustancialmente a semejante desastre, y de que la intervención apropiada del Estado que suponía la política keynesiana facilitó en gran medida la superación de dicha crisis, el grupo de economistas creado en torno a Friedrich Hayek seguía defendiendo los riesgos de cualquier intervención estatal. En palabras de este autor, “debemos afrontar el hecho de que la preservación de la libertad individual es incompatible con una plena satisfacción de nuestra visión de la justicia redistributiva”. Otro de los miembros más reputados de esa misma corriente económica, Milton Friedman, líder de la llamada escuela de Chicago, establecía los tres principios elementales del mercado libre: realización de los mayores recortes posibles en gastos sociales, desregulación con libertad máxima de movimientos para las empresas y privatización con abolición del rol público del Estado (Friedman, 1966). En este escenario no es difícil imaginar el inevitable uso de la puerta giratoria entre gobiernos y empresas.

La elección de M. Thatcher en el Reino Unido y R. Reagan en los Estados Unidos supuso la posibilidad real de aplicar ese modelo económico a gran escala, no sólo de forma directa en los países donde habían sido elegidos sino en todos aquellos lugares del mundo en los que era posible la intervención directa o indirecta de ambos gobiernos (el caso de Chile es el más ilustrativo). El conocimiento de los documentos reservados del gobierno Thatcher (Travis, 2012), pone de manifiesto la existencia de una estrategia deliberada de debilitamiento del Estado de bienestar que había sido la joya de la corona de la política británica durante buena parte del siglo XX.

Suele considerarse liberal a este tipo de políticas, pero quizá el término más adecuado sea el de *corporativista*, habida cuenta de que su principal característica estriba en una gran transferencia de riqueza pública hacia la propiedad privada (generalmente con endeudamiento asociado), el aumento de las desigualdades entre ricos cada vez más ricos y pobres cada vez más pobres, y la necesidad de incrementar gastos en seguridad y defensa para mantener el orden (Klein, 2007).

Es ilustrativo el título del libro escrito por uno de los actuales miembros del gobierno liberal conservador de David Cameron y asesor de alguno de los gobiernos de Margaret Thatcher: *Privatizando el mundo: un estudio de la privatización internacional en teoría y práctica* (Letwin, 1988). Reynolds y McKee han descrito pormenorizadamente el proceso seguido en el Reino Unido en este sentido en los últimos treinta años, y que responde de manera inequívoca a ese triple objetivo de recorte en gasto social, desregulación y privatización progresiva de servicios públicos (Reynolds, 2012). Uno de los elementos clave en la estrategia descrita en el libro de Letwin es precisamente la deslegitimación de los servicios públicos, generando una opinión pública creciente sobre su mal funcionamiento, aunque no exista prueba alguna en ese sentido (Appleby, 2011).

McKee y Stuckler, tal vez dos de los investigadores que más profundamente han investigado el proceso de cambio en los sistemas sanitarios europeos en los últimos años, describen con claridad las tácticas empleadas en la estrategia de asalto al universalismo (McKee, 2011):

- 1º.- Crear un grupo fácilmente identificable de pobres perezosos.
- 2º.- Establecer un sistema en que los ricos vean poco beneficio en seguir perteneciendo a él, puesto que sus impuestos a quienes benefician es precisamente a los miembros del grupo anterior.
- 3º.- Menoscar el papel de los sindicatos.
- 4º.- Hacerlo de la manera más discreta posible, estableciendo políticas cuyas implicaciones sean poco claras y cuyos efectos se verán únicamente en el futuro.

En definitiva, lo que se estaba librando en la Gran Bretaña de entonces, y ahora mismo en buena parte del resto de los países europeos, es la batalla entre dos formas de entender la sociedad y el papel que el Estado juega en ella: un modelo de sistema sanitario basado en la solidaridad, o bien un modelo alternativo centrado en el mercado, y en el que la salud y la asistencia sanitaria se convierten en un bien de consumo más, capaz de ser diseñado (inventando enfermedades), producido y consumido.

Las modificaciones normativas establecidas a nivel nacional y continental facilitan ese proceso.

En un texto premonitorio, previo al estallido de la crisis, Tudor Hart analizaba en detalle este dilema: “no hay modo de asumir todas las demandas de atención concebidas en un mercado de consumidores. La competencia está degradando a la población a la que sirve el NHS, al hacer que pasen a ser consumidores preocupados por lo que les apetece, en lugar de ciudadanos que tendían a asumir su situación de coproductores de su salud”. (Hart, 2006).

La reciente polémica abierta entre dos de las revistas científicas más prestigiosas del mundo (*BMJ* y *Prescrire*) y la propia Comisión Europea ilustra bien este debate. La carta de los directores de ambas revistas lleva por título “Sr. Juncker, las medicinas no son mercancías”, y en ella muestran su sorpresa ante el cambio de criterio de la Comisión Europea de adscribir la Agencia Europea del Medicamento (AEM) a la Dirección General de Empresas e Industria, en lugar de a la Dirección General de Salud y Consumo, donde estaba inicialmente adscrita. Ambos mantienen la sospecha de que la AEM defiende mucho más los intereses de la industria farmacéutica que de los pacientes a quienes van dirigidos sus productos (Godlee, 2014).

En las recientes elecciones europeas estuvo completamente ausente del debate político cualquier tipo de análisis o discusión sobre el Tratado de libre comercio entre Estados Unidos y la Unión Europea. (*Transatlantic Trade and Investment Partnership* o *TTIP*). Su negociación se está llevando con extremado sigilo, con la complicidad de los dos grandes partidos europeos, en principio favorables al acuerdo. Éste aspira a armonizar las regulaciones y estándares existentes a ambos lados del Atlántico en los niveles más favorables a las corporaciones transnacionales, quedando el poder de los Estados subordinado a éstas últimas (como describía Tony Judt). La inclusión de una cláusula (ISDS) de protección al inversor en los acuerdos supondrá que las corporaciones transnacionales podrán directamente demandar a los gobiernos

(ya sean de ámbito nacional, regional o local) cuyas decisiones consideren que perjudican a sus intereses comerciales o repercuten negativamente en sus beneficios potenciales (Monbiot, 2013).

En definitiva, “las leyes de la competencia europeas están diseñadas para que una vez que un servicio sea privatizado, no haya forma de recuperar su carácter público” (Rowland, 2004).

Las políticas de recorte y austeridad no son la única vía para abordar una crisis económica. Pero ésta sí es una magnífica oportunidad para implantar determinado tipo de políticas. En ese sentido es interesante recordar las palabras de Milton Friedman en su texto fundamental: “solo una crisis – real o percibida – da lugar a un cambio verdadero. Cuando esa crisis tiene lugar, las acciones que se lleven a cabo dependen de las ideas que flotan en el ambiente. Creo que esa ha de ser nuestra función básica: desarrollar alternativas a las políticas existentes, para mantenerlas vivas y activas hasta que lo políticamente imposible se vuelva políticamente inevitable”.

## Bibliografía

- Appleby, J. (2011). Does poor health justify NHS reform? *BMJ*, 342, d566.
- Barman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas. La modernidad y sus parias*. Barcelona: Espasa libros.
- Bernal-Delgado, E. y Ortún, V. (2011). La calidad del sistema nacional de salud: base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit*, 24, 254-8.
- Bonovas, S. y Nikolopoulos, G. (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg*, 53(3), 169-71.
- Campillo-Artero, C. y Bernal-Delgado, E. (2013). Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*, 27, 175-9.
- Cooper, C. (2010). Starket K. Desinvestment in health care. *BMJ*, 340, c1413.
- Epel, E. S.; Blackburn, E. H.; Lin, J.; Dhabbar, F. S.; Adler, N. E.; Morrow, J. D. y Cawthon, R. M. (2004). Accelerated telomere shortening in response to life stress. *PNAS*, 101, 17312-5.
- Faresjö, A.; Theodorsson, E.; Chatziarzenis, M.; Sapouna, V.; Claesson, H.P.; Koppner, J. y Faresjo, T., Higher Perceived Stress but Lower Cortisol Levels Found among Young Greek Adults Living in a Stressful Social Environment in Comparison with Swedish Young Adult. *PLOS One*, 8(9), e73828.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Friedman, M. (1966). *Capitalismo y libertad*. Madrid: Rialp.

- Garcia Rada, A. (2013). Child poverty and malnutrition rise in Spain as austerity measures bite. *BMJ*, 347, f5261.
- Gili, M.; García, J. y Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28(S1),104-8.
- Gotzsche, P. C. (2014). *Medicamentos que matan y crimen organizado. Como las grandes farmacéuticas han corrompido el sistema de salud*. Barcelona: Los libros del Lince.
- Greenhalgh, T.; Stramer, K.; Bratan, T.; Byrne, E.; Russell, J.; Hinder, S. y Potts, H. (2010). *The devil's in the detail. Final report of the independent evaluation of the Summary Care Record and HealthSpace program*. London: University College London.
- Godlee, F. y Toussaint, B. (2014). Mr Juncker, Medicines are not just a commodity. Disponible en:
  - <http://english.prescrire.org/en/79/207/46302/3754/3303/SubReportDetails.aspx>
- Hart, J. T. (2006). *The political economy of health care*. Bristol: The Policy Press. University of Bristol.
- Heath, I. (2013). Overdiagnosis. When good intention meet vested interest. An essay by Iona Heath. *BMJ*, 347, f6361
- Institute of Medicine (2010). *The healthcare imperative: lowering cost and improving outcomes*. Washington DC: National Academic Press.
- Ioannidis, J. P. A. (2014). More than a Billion People takin Statins? Potential implications of the new cardiovascular guidelines? *JAMA*, 311,463-4.
- Judt, T. (2008). *Reappraisals. Reflections on the forgotten twentieth Century*. New York: The Penguin Press Edition.
- Kingdom of Spain. (2013). *National Reform Programme*. (The English version for informational purpose).
- Klein, N. ( 2007). *La doctrina del shock*. Madrid: Planeta.
- Lázaro, P. (1999). Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. Capítulo docente para curso Master en Dirección Médica y Gestión Clínica de la UNED/ENS. [consultado Ene 2012]. Disponible en: <http://www.taiss.com/publi/absful/uned- neces-adec-utiliz.pdf>.
- Letwin, O. (1988). *Privatising the World: A Study of International Privatisation in Theory and Practice*, London: Cassell Educational Ltd.
- Lopez Bernal, J. A.; Gasparrini, A.; Artundo, C. et al. (2013). The effect of the late 2000 financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*, 23, 732–6.

- McKee, M. y Stuckler, D. (2011). The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *BMJ*, 343, d7973.
- McKee, M.; Karanikolos, M.; Belcher, P. y Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the health of Europe. *Clinical Medicine*, 12, 346-50.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2010). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*. doi:10.1016/j.gaceta.2011.02.010
- Minué-Lorenzo, S.; García Gutierrez, J. F. y Mercader, J. J. (2012). Beginning of the end for Spain's national health system. *BMJ*, 344, e3213 doi:10.1136/bmj.e3213
- Monbiot, G. (2013, Dec 2). The lies behind the transatlantic trade deal. *The Guardian*. Online Edition.
- Moran, M. (2000). Understanding the Welfare State: the case of Health Care. *British Journal of Politics and International Relations*, 135-160.
- Prats, J. (2013, Nov 21). La OCDE alerta de los efectos de los recortes sanitarios. *El País*. Edición digital.
- Peiró, S.; Artells, J. J. y Meneu, R. (2011). Identificación y priorización de actuaciones para mejora de la eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 25, 93-105.
- Prasad, V. y Ioannidis, J. P. A. (2014). Evidence-based de-implementation for contradicted, unproven, and aspiring healthcare practices. *Implementation Science*, 9, 1.
- Rechel, B.; Suhrcke, M.; Tsovala, S.; Suk, J. E.; Desai, M.; McKee, M. et al. (2011). Economic crisis and communicable control disease in Europe: a scoping study between among national experts. *Health Policy*, 103, 168-75.
- Repullo, J. R. (2012). Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Cal Asist*, 27,130-8.
- Reeves, A.; Basu, S.; McKee, M.; Meissner, C. y Stuckler, D. (2013). Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization and Health*, 9, 43.
- Reynolds, L. y McKee, M. (2012). Opening the oyster: the 2010-2011 reforms in England. *Clinical Medicine*, 12 (2), 128–32.
- Rivadeneyra-Sicilia, A.; Minué, S.; Artbudo, C. y Márquez, S. Lecciones desde fuera. Otros países en esta crisis y en las anteriores. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*, 28 (S1), 12-17.
- Rowland, D.; Price, D. y Pollock, A. M. (2004). Implications of the draft European Union services directive for health care. *The Lancet*, 364, 1200–2.



- Ruiz-Ramos, M.; Córdoba-Doña, J. A.; Bacigalupe, A.; Juárez, S. y Escolar-Pujolar, A. (2014). Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. *Inforem SESPAS 2014. Gac Sanit*, 28(5), 89-96.
- Suhrcke, M.; Stuckler, D.; Suk, J. E.; Desai, M.; Senek, M. y Mckee, M. (2011). The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLOS One*, 6(6), e20724.
- Suhrcke, M. y Stuckler, D. (2012). Will the recession be bad for health? It depends. *Soc Science & Medicine*, 74, 647-53.
- Stuckler, D.; Basu, S.; Suhrcke, M. et al. (2009). The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 374, 315–23.
- Stuckler, D. y Meissner, C. (2012). Fishback P, Basu S, Mckee M. Banking crises and mortality between the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929-1937. *J Epidemiol Community Health*, 66, 410e419.
- Stuckler, D. (2013). *El coste humano de las políticas de recorte. Por qué la austeridad mata*. Madrid: Taurus.
- Travis, A. (2012, Dec 12). Margaret Thatcher's role in plan to dismantle welfare revealed. *The Guardian*. Online Edition.
- Van der Werf, M. J.; Giesecke, J. y Sprenger, M. (2012). Can the economic crisis have an impact on tuberculosis in the EU/EEA? *Eurosurveillance*, 17(12), 1-2.
- Welch, H. G.; Schwartz, L. M. y Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed. Making people sick in the pursuit of health*. Boston: Beacon Press.
- Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level. Why greater equality makes societies stronger*. New York: Allen Lane.