

### **ALGUNAS INTERPRETACIONES SOBRE EL ESTADO, LA ECONOMÍA Y LA SALUD**

Ginés González García(\*)

El Estado, la salud y la economía son parte de la misma familia. Casi siempre endogámica, las relaciones entre sus miembros son complejas y dependientes. El Estado moderno ha sido actor de las políticas de salud y de sus resultados. La economía, esa madre omnipresente, ha determinado y a veces dominado al resto de sus parientes. Otros familiares, como en una novela del realismo mágico, le echan la culpa del mal funcionamiento social a un sólo gran villano: el Estado. Su tamaño y sus funciones son parte del debate político de las sociedades contemporáneas.

#### **Sobre el estado, la Economía y la construcción del futuro**

¿Cuál es el tamaño del Estado? ¿Cómo estudiarlo? ¿Cuáles son sus límites? ¿Cuáles son sus funciones? Los teóricos liberales afirman que *el tamaño del Estado ha crecido en gran magnitud durante este siglo*. Esto resultó notorio en algunos Estados que, como el sueco, fueron considerados paradigmas del Estado de Bienestar. En realidad, fue una distorsión que complicó la propia viabilidad del capitalismo y de la sociedad; porque la presión fiscal y regulatoria -tanto individual como colectiva- era tal, que impedía el desarrollo a futuro de esas sociedades.

El achicamiento del Estado es el paradigma en que la ex primer ministra británica Margaret Thatcher basó su política. Sin embargo, el Estado no se achicó tanto como muchos creen: tanto en el Reino Unido como a nivel internacional, la participación del Estado en el PBI descendió muy poco.

La participación estatal en el PBI traza una suerte de divisoria entre países con un gran Estado y países con Estado en pequeña escala. Los últimos, escasos en el mundo de las democracias occidentales, son aquellos donde el Estado participa con menos del 35% en el PBI; tal los casos de Suiza y Estados Unidos. En el resto de los países, el Estado tiene una participación creciente que en algunos casos (Francia) llega a casi dos tercios del PBI.

*Se intenta vincular la economía con la salud aceptando que acaso la unión entre ambas no es un matrimonio de amor sino un matrimonio por conveniencia, con todos los inconvenientes e infelicidades que esto trae consigo.*

En tal contexto, interesa mencionar el pensamiento de algunos teóricos para los cuales el problema actual más importante es la falta de apuesta al futuro. Esto se ve claramente en Europa, donde asoman discusiones sobre las causas que hicieron desaparecer la idea del futuro en las sociedades y que apuntan a interpretar de distintos modos a esta idea de pérdida.

Cabe decir que la falta de ilusión en el futuro (ilusión con la cual, en el fondo, se construye una nación, un destino, un proyecto o un sistema social como el sistema de salud) está deviniendo en un problema importante. Algunos teóricos como J. Fitoussi, argumentan que esto ocurre porque la tasa de interés real (tasa nominal de intereses menos la inflación) es tan fuertemente positiva que da preeminencia a los acreedores sobre los deudores. Los acreedores son el pasado, los deudores son los que construyen el porvenir, los que toman las deudas para hacer. Esta idea es central, pero -por cierto- hay otras ideas-fuerza según las cuales se privilegia la lucha contra la inflación sobre la lucha contra el problema mucho más grave de la desocupación.

Si bien Argentina se ha beneficiado bastante, porque ha tenido una muy fuerte incorporación de capitales, esta forma de construir las sociedades y organizar la economía, donde el excedente económico se combina con tasas que hacen muy difícil construir el futuro, es uno de los puntos de reflexión y de debate con plena vigencia. Esto hay que contextualizarlo con la idea de que en las funciones centrales del Estado, lo público siempre se vincula con el destino común. Pero, el Estado se ha convertido en competidor dentro de una economía donde todo es competencia, y en ese marco empieza a sacrificar desde la financiación de los sistemas sociales hasta su primer objetivo, que es conseguir el bien común.

En relación a esta crisis del Estado, cabe mencionar las diversas representaciones de lo público. Representa seguridad, difícilmente mantenida. Representa armonía social, aunque al Estado cada vez le cueste más sostener el equilibrio social, dadas las terribles inequidades que genera la construcción de la nueva riqueza sobre la nueva pobreza. Representa también a la moneda como símbolo histórico de soberanía; algo que está desapareciendo en virtud de acuerdos supranacionales que redefinen el concepto de soberanía y el objeto del Estado-Nación, que ha sido el gran protagonista de lo público en cuestiones centrales como la salud y la educación.

Entrando más específicamente al campo de la salud, ni el más fundamentalista de los teóricos plantea -desde uno u otro lado de la polémica-- posiciones absolutistas. *Nadie piensa que lo privado es todo en salud; nadie piensa que lo público es todo en salud.* Además, la salud de uno es un proyecto de su cuerpo, de una forma de cuidarlo, de un estilo de vida; es decir, un proyecto personal y, como tal, un proyecto privado. Lo mismo ocurre con las enfermedades. Estas son privadas, absolutamente individuales e íntimas de la gente. Indudablemente, desde este tipo de concepción, se trata de cuestiones de índole privada. Se intentará, entonces, plantear cuánto es lo que de público, tienen que tener cada una de las funciones que realiza el Estado.

## Los bienes públicos y los bienes privados

Desde la economía convencional se cree indiscutible la presencia estatal en lo que se consideran bienes públicos; porque son bienes producidos para el conjunto de la sociedad. Por razones de eficiencia, es muy difícil producir bienes públicos en forma individual. Es decir, es muy difícil hacer el control bromatológico de a uno cuando la bromatología sirve para todos, como sirve para todos el control de la contaminación del agua o del aire. En esto no hay discusión sobre que el Estado es el gran productor, el gran proveedor, el gran financiador y el responsable único.

Además, como estos bienes no pueden venderse, ningún interés privado -salvo alguna organización que quiera hacer beneficencia- va a producirlos. Algunos bienes públicos no son enteramente públicos, tal el caso de las vacunas; pero su beneficio, su externalidad es pública, ya que -en principio- corresponde básicamente que el Estado las provea. Desde ya, no necesariamente esto tiene que ser enteramente así. Por ejemplo, en Estados Unidos, la provisión de las vacunas no es pública, aunque algunos teóricos mostraron allí la conveniencia de que lo fuera. Pero en las inmunizaciones también hay un aspecto público y otro privado: frente a una epidemia, si bien el vacunado tiene una inmunidad -un beneficio privado para su salud- a la que otros no acceden, desde lo colectivo, hay un punto de cobertura (el porcentaje de gente inmunizada en una sociedad) que impide el desarrollo de la epidemia, lo cual convierte a la vacuna en un bien público. Por ejemplo, como no hay más viruela porque toda la población está vacunada, el bien público se concreta en la desaparición de esa enfermedad.

Aunque se trate de bienes privados, la salud, la educación y las jubilaciones son rubros centrales del gasto público. Las razones que fundamentan su financiación pública son las fallas del mercado, los bienes meritorios o preferentes basados en valores sociales y la redistribución del ingreso como estrategia central de la cohesión social.

Aunque nada explica la responsabilidad del Estado en la producción de bienes privados, son ampliamente conocidas las enormes imperfecciones que hay para comprar bienes y servicios en el mercado de salud. Así, un mercado tan imperfecto (con asimetría de información, con selección adversa, con selección de riesgos) exige un marco público que lo haga funcionar mejor. Esto lo aceptan todas las sociedades del mundo, aún las más liberales, y genera las regulaciones o las distintas formas que se adoptan para tratar de mejorar el imperfecto funcionamiento del mercado de la salud.

Una cuestión importante es atender no sólo la eficiencia, sino también la equidad en las sociedades, sus valores, sus bienes considerados meritorios. Esto es, atender a quienes no tienen cómo acceder a los servicios de salud. Esto puede realizarse de varias maneras:

- Directamente, brindando el servicio (hospitales públicos en Argentina o servicios nacionales de salud en otros países)
- Indirectamente, financiando el servicio (seguros públicos de salud para los pobres (Estados Unidos) o para todos (Canadá)).

Entonces, ¿qué queda para lo privado? Aquí está el debate y la exigencia de la sabiduría que los argentinos deberían tener para hacer la mezcla más justa que contemple la realidad cultural y el modelo preexistente donde lo público y lo privado coexisten en varios aspectos.

La crisis de la financiación está en todos los sistemas públicos del mundo. Aunque a nivel internacional el sistema de salud esté sufriendo menos las consecuencias del reordenamiento global del Estado que el sistema jubilatorio, seguramente -y entrando en inevitables especulaciones- salud y educación serán los próximos rubros afectados.

El Estado de Bienestar generalizó el acceso a estos bienes que antes de él sólo algunos alcanzaban. Sin embargo, los teóricos que abogan por incrementar los bienes de financiación privada argumentan que el Estado de Bienestar terminó con uno de los principios fundamentales de las sociedades libres: la responsabilidad individual. Según sus razonamientos, en tanto demos todo a todos y en la medida en que los sistemas sean universales y gratuitos, decaerá la responsabilidad individual, empezará la especulación y surgirán comportamientos oportunistas en el usuario, quien dejará de cumplir inclusive con la responsabilidad central de contribuir en todo lo que pueda: la idea de no pagar impuestos creyendo que igualmente pueden tenerse todos los servicios, está muy generalizada en nuestro país y en el mundo.

Siguiendo con el análisis de algunos resultados del Estado de Bienestar, algunos economistas han hecho estudios que incluyen ideas de equidad. Entre ellos, J. Legrand<sup>1</sup>, quien claramente muestra cómo un país puede tener la idea de lo público y lo privado como forma de subsidiar a los más pobres. En lo que respecta a la salud, Legrand estudió muy bien a estos subsidios para determinar la injusticia en la distribución de los servicios (los usaban más los más ricos que los más pobres); pero aún así, había en esa distribución menos injusticia que en el modo de distribuir otros servicios como los de educación secundaria y universitaria. Este es un debate pendiente en Argentina, que por supuesto, trae muy mala prensa política. Pero es un debate clarísimo, el subsidio a la educación universitaria, se dirige estrictamente a los sectores medios y altos de la población. O, en otra área, los

subsidios a la ópera (el subsidio cruzado al teatro Colón) están totalmente direccionado hacia los ricos y es uno de los mayores ejemplos de inequidad en la financiación pública.

## Estado, Salud y Reasignación Social

La idea de organizar al Estado de una forma global hace que no sólo sea injusta la curva de ingresos sino también la curva de impuestos. La gran dificultad para recaudar se está resolviendo principalmente de dos modos: cobrando muchos más impuestos directos e imponiendo muchos más impuestos a los bienes no trasladables (trabajo y capital físico). En definitiva, el capital financiero tiene menos impuestos directos porque son difíciles de cobrar y porque, además, si así se hiciera, migraría hacia otros países.

Las dificultades para conseguir dinero genera inequidad en el modo de obtenerlo; pero, por sobre todo, la distribución de lo que públicamente se recauda para el conjunto es inequitativa. Esto lleva a un doble cruce de inequidad en países que tienen a la equidad como objetivo.

En ese marco, y por más imperfecto que resulte, el mercado de salud sigue siendo el mejor reasignador social. En ningún otro rubro, el dinero recaudado se destina a los que más lo necesitan como sucede en el campo de la salud. Esto no quiere decir que haya muchas cosas por hacer y mejorar.

Al respecto, siempre surgen en primer lugar consideraciones y discusiones en torno a la *financiación*. Pero el debate abarca también otras cuestiones. Aunque probablemente se lo discuta menos, el tema de la *provisión de servicios* ha sido objeto de un cambio internacional. Si bien países como Francia aún tienen industrias públicas estatales, el Estado fabricante de bienes está desapareciendo del mundo. Lo que no desaparece es el Estado productor de servicios sociales (entre ellos, la salud) y aunque se impone la tendencia hacia una producción más privada que pública, debe convenirse que la última tiende a adoptar formas de gestión privada, en tanto intenta incorporar conceptos de productividad, de beneficio social, de resultados, de costos y de compromiso con los resultados.

Otro tema importante pasa por entender que hay *un principio de regulación que es también público-privado*. Esto debe incentivarse al igual que la gran cantidad de cuestiones pendientes referidas a regulación pública. Además de lo público, también es claro que la relación médico/paciente necesita siempre de una fuerte autoregulación privada de las partes.

Respecto al *aseguramiento*, se verifica que el poder, que antes estaba en los proveedores directos de servicios, tiende a depositarse en los aseguradores de servicios. Esto se da tanto en Argentina como a nivel internacional.

Un asunto relevante es el tema del *gasto*. Aunque todos quieren controlarlo, no hay unanimidad en cómo hacerlo. Para algunos, el control del gasto es una responsabilidad pública. Pero hay determinados gastos que empiezan a ser compartidos entre el sector público y privado. Esto se ve muy claro en los medicamentos. *Mejorar la asignación del gasto es un desafío público y privado*, en algunos casos estableciendo prioridades. Esta sí es una complicación porque todo no puede hacerse y no es fácil la responsabilidad política de decidir qué se hace y qué no.

En algunos casos (España, Holanda), los gobiernos asumieron el liderazgo y la responsabilidad sobre el gasto. En otros, se prefirió que estuviese a cargo de formas sociales más comunitarias, que no dejan de ser públicas; tal el caso de Alemania, donde se trata que las prioridades tengan un consenso social. Porque finalmente es muy difícil dotar de racionalidad técnica a un sistema de prioridades que, al momento de decidir, responde a un sistema de valores y no sólo a una cuenta costo-beneficio. En este juego, las sociedades intentan que haya una presencia de lo público, sea comunitaria o gubernamental.

## La salud como inversión: la Teoría del Capital Humano

Es cierto que, antes de que se la denominara así, la teoría sobre el capital humano comenzó a leerse en la obra de algunos autores como T. Schultz. En su libro *Cómo invertir en la gente*, el premio Nobel de economía plantea cómo podían hacer los trabajadores del sector salud para que la discusión política dejara de considerarlos como *los gastadores*. De un modo bastante apriorístico, esta calificación incluía la noción de improductividad, casi como un mal necesario y fundamentándola en valores morales y éticos que las sociedades deciden priorizar. No obstante, parecía admitir cierta desvinculación con la racionalidad económica y con el desarrollo propio de la economía. Por tanto, desde la mirada económica, implicaba una carga de la sociedad y un peso, pues exigía destinar recursos a áreas que no contribuían a crear riqueza.

Sólo en los últimos años comenzó a cambiar esta idea predominante sobre el sector salud. Antes se habían enunciado teorías destinadas a demostrar que las importantes mejoras masivas del estado de salud poblacional a nivel mundial se relacionaban más con la evolución económica que con los estrictos aportes de la medicina organizada. Claro que la disponibilidad alimentaria o las mejoras en el saneamiento ambiental -históricamente previas a la atención médica- se vinculan con cambios progresivos en el modo de producir y distribuir bienes y servicios; pero lo cierto es que, a partir de estos conceptos cuya realidad se admite, surgieron juicios o prejuicios que descalificaban al sector salud y conducían a concluir en que era ineficiente, gastador y muy poco efectivo. Estas ideas pueden encontrarse en la literatura, particularmente la de los '70.

Ahora bien, aún remontándonos a la antigüedad veremos que esto no fue tan cierto. El progreso y grandeza de algunos de los grandes imperios de Occidente, como el Romano, tuvieron mucho más relación en su gestación con los ingenieros que secaron los

pantanos y permitieron que no hubiera paludismo que con la capacidad de su ejército. A partir de lograr mejores condiciones de salud, los romanos empezaron a construir el imperio más grande de su tiempo. No obstante, esto no garantizaba nada: el hombre más importante de su tiempo y el que más dominio tuvo sobre cualquier lugar de la historia, Alejandro Magno, murió por la misma enfermedad que los romanos habían controlado, el paludismo. Pero una mirada más extendida, muestra como esos logros progresaron en las civilizaciones posteriores e influenciaron en la calidad de vida y salud de las poblaciones.

Para la teoría económica, la cantidad de población y su capacidad de ahorro son clave para crecer. Actualmente se utiliza un nuevo enfoque que incorpora el concepto *capital humano*, cuando se hace referencia a la calidad de la población como factor de crecimiento, endógeno a la economía.

En general, las antiguas teorías que analizan el crecimiento económico -por ejemplo, las formuladas por R. Solow y H. Dornstein- destacan lo fundamental de la acumulación y del ahorro. Aunque mencionaban a las políticas públicas y a la cantidad de población, muy pocas veces se referían al tipo y calidad de la población. Al percibirse que el crecimiento de algunas economías superaba lo esperable de acuerdo a los factores económicos tradicionales, comenzó a mirarse las características de la población y se destacó claramente que la existencia de capital humano hacía también al crecimiento económico.

La salud aumenta la cantidad y la calidad de la población. Un individuo sano trabaja más. Como se enferma con menor frecuencia, falta menos a su trabajo; y como se cura más rápido, tarda menos en reincorporarse a la actividad productiva. Esto no es demasiado difícil de valorar. Salud es productividad económica.

Admitida la idea de capital humano, digamos que en términos económicos es un *activo* que debe conservarse al igual que los activos físicos o financieros. Lo que se haga para conservarlo es, en realidad, un mantenimiento del stock de capital.

Asimismo, y como bien define Musgrave, el capital humano es un activo con características distintivas<sup>2</sup>: Una de ellas es que, a diferencia otros activos, se nace con un stock inicial de capital humano. Al nacer, se tiene un gran capital que con el paso del tiempo se va perdiendo en una especie de devaluación que, en general, se produce más o menos constantemente. En definitiva, es un capital programado para rendir durante un cierto tiempo.

También se caracteriza por ser un capital reparable. A veces se repara naturalmente (muchas enfermedades se curan solas); otras, con atención médica.

Asimismo, tiene la particularidad de ser un capital no renovable, no puede cambiarse; por lo menos, por ahora. Aunque mirando tecnologías como las de la clonación, no sería un delirio pensar que podremos llegar a tener un clon que -en algún punto de nuestra vida- nos permita cambiar un riñón, una articulación u otro órgano envejecido.

Hay además otra distinción, ya no económica sino ética: la valoración social de ese capital que hace que el valor del cuerpo sea diferente al de otros activos. Sin perjuicio de los compromisos sociales, parece que las valoraciones y las solidaridades recíprocas que tenía el mundo hace veinte o treinta años se hayan desdibujado un poco. No obstante, en cualquier democracia occidental sigue presente la idea de que una persona puede ser pobre o carente en muchas cosas, pero no tiene que ser pobre porque no tenga buena salud. Esta cuestión, que empieza con los sistemas de valores, es muy fuerte. Muchos filósofos -por ejemplo, J. Rawls<sup>3</sup>- hablan de la libertad como un valor máximo cualquiera sea el *velo de la ignorancia* que la sociedad tenga. En ese sistema de valores no hay libertad mayor que estar sano. Tampoco hay peor cautiverio o encierro que estar enfermo. Por eso, el enorme valor individual y colectivo que la salud tiene en la mayor parte del mundo.

En la temática del capital humano está muy en boga la idea de la *educación*. Se dice que los pueblos más educados controlarán el futuro, que la educación es el instrumento del desarrollo. Educar es, el gran instrumento para mejorar las inequidades sociales y para el crecimiento económico. Claramente, *la función salud se vincula con la educación*. Primero porque teniendo buena salud, se aprende mejor. Segundo porque el rendimiento del capital invertido en educación -prácticamente hoy cualquier persona pasa entre dieciocho y veinte años en el sistema de educación formal- es clave para mejorar la estructura productiva. Posiblemente, habrá en el futuro más años de educación sistemática y periódica educación renovable para cada persona.

En tanto mejore el capital de salud, la enorme inversión en la educación de las personas rendirá por mucho más tiempo. Es decir, la salud refuerza, complementa y provee de una rentabilidad superior al activo y al valor agregado que da la educación.

Sería interesante lograr más salud con los mismos recursos que hoy se gastan. Esa fue nuestra idea al escribir el libro *Más salud por el mismo dinero*<sup>4</sup>. Pero en la actual situación, producir cambios exige mejorar la financiación solidaria. En realidad, el sector salud no fue muy favorecido en estos últimos años. Si bien el gasto público aumentó, ello tiene poca vinculación con la producción. La producción pública es mucho mayor que hace unos años, pero eso no significa eficiencia sectorial.

Es un sector que tiene mucha más producción, si se toma producción como servicio. El incremento responde también al aumento que en los últimos años tuvo el PBI argentino. Pero, en proporción al PBI, la mayoría de las provincias argentinas disminuyó el gasto en salud respecto a años atrás. Por otra parte, no hay mediciones de la disminución del gasto en seguridad social provocada por la reducción de los aportes patronales y el aumento de la evasión y que el Estado argentino resolvió compensar para la jubilación pero no tanto para el sistema de obras sociales, a las que -con el justificativo de darle competitividad a la economía- privó de recursos.

Considerar al sector salud como improductivo, desvincularlo del crecimiento de la economía y no hacerlo parte del desarrollo económico ha sido una especie de coartada de quienes manejan la economía para justificar recortes en los presupuestos públicos o en los aportes patronales al sistema de servicios de salud. Para ellos, la prioridad fue disminuir el déficit fiscal o mejorar la rentabilidad empresarial y la competitividad nacional, objetivos que trataron de lograr disminuyendo el financiamiento del sector.

En relación con lo anterior, vale decir que sólo se toma como gasto en salud lo que se gasta en atención médica, excluyéndose el gasto en formación y todo lo vinculado con saneamiento ambiental.

La teoría del capital humano trata a la salud como un stock en parte genético y en parte adquirido que se desvaloriza mientras avanza la vida a una tasa creciente. La economía mide la cantidad y la calidad de la población. El valor del capital humano aumenta cuando se incrementa su vida útil; en consecuencia, sus habilidades, su capacidad laboral o empresarial, su educación rinden mayores beneficios.

Amartya Sen, el economista a quien tanto se le debe por vincular a la economía con la vida y la disminución de cualquier pobreza, relaciona la salud con el desarrollo humano por estas razones:

- La salud es parte del desarrollo humano.
- Salud y desarrollo humano se potencian mutuamente.
- Salud y desarrollo humano se favorecen con políticas activas.
- Particularmente los pobres se favorecen de las políticas activas.

La teoría del capital humano no alcanza para justificar como gasto productivo a todo el gasto en salud. Evidentemente no tiene justificación económica gastar en un viejo en sus últimos estadios o en un niño de corta edad con ningún valor agregado como la educación y sin capacidad productiva. Pero es importante ser cuidadoso con las interpretaciones y razones exclusivamente económicas. Los valores morales de la sociedad son las que justifican actitudes. Desde Aristóteles hasta nuestro tiempo la mayoría de los filósofos y todas las religiones tomaron al ciudadano y a la conservación de la vida como un impulso central. Esto no puede dejar de considerarse porque la sobreactuación de los argumentos económicos, como el intencionalmente descripto, puede justificar que se descalifique la acción. La salud es siempre más que lo económicamente rentable.

### **Crecimiento económico, desarrollo económico e inequidad**

En todas estas cuestiones económicas someramente abordadas, se observa que las desigualdades complican el desarrollo económico, contrariamente al discurso clásico de las teorías acumulativas, según las cuales hay casos en que las desigualdades son necesarias y que luego se compensan solas. La famosa curva de la U invertida de Kutznetz, establecía que la desigualdad inicial se compensaba espontáneamente. Las sociedades de mayor crecimiento en el mundo actual son las que en su interior lograron una menor inequidad o una mayor equidad, según cómo se desee expresarlo. Una de las razones por las que América Latina no creció como debió hacerlo durante los '90, es -según los economistas- porque las inequidades iniciales que fueron el punto de partida no sólo no favorecieron el crecimiento sino que lo hicieron lento y en algunos casos negativo. Es decir, se identifica a la desigualdad inicial como factor contrario al crecimiento económico.

En este contexto, al ser el primero y más rápido distribuidor en la disminución de la inequidad, la salud pasa a influir altamente en la economía. Como elemento de distribución social de equidad, la salud opera más rápido que la educación. Sin entrar en juicios valorativos, puede afirmarse que para obtener resultados educativos hay que esperar mucho, pero si se invierte bien en salud, la espera es mucho menor.

En términos de rentabilidad, la inversión en salud es claramente más rápida, de efectividad objetivable y actúa no sólo sobre la calidad sino sobre la cantidad de capital humano.

Para la teoría económica, es fundamental disminuir el gasto ocasionado por la enfermedad. En tanto se apliquen estrategias que favorezcan la reducción de la enfermedad, se contribuye - indudablemente- a disminuir el gasto de modo bastante directo. De hecho ya hay unas cuantas estrategias al respecto, algunas dentro del campo de la atención médica y otras dentro de las políticas de salud. No obstante, por alguna razón que no se alcanza a identificar plenamente, se trata a la salud como si no fuera el sector económico que ciertamente es. Según un informe del Banco Mundial, la salud es la industria más importante del mundo desde el punto de vista de su cuantificación dentro del PBI. En los países de la OCDE la industria más importante es la salud y la empresa más grande de Europa es el *National Health Service*. Esto es economía tanto como cualquier otro rubro.

### **La salud como causa, parte y consecuencia del crecimiento económico**

No es menos cierto que en ocasiones son los mismos profesionales de la salud quienes, desde un énfasis casi excluyente del compromiso ético, suelen focalizar la discusión sólo en los bienes sociales y en la economía social, sin avanzar con igual fuerza y legitimidad sobre otros aspectos económicos. Los diferentes planos de discusión en salud no son excluyentes sino complementarios. Uno de esos planos es el de la finalidad; otro, el de cómo proveerla; y un tercero, cómo financiarla. En los tres

planos el debate sigue siendo fuerte. No obstante, nadie duda que es una actividad económica que tiene insumos, bienes y mano de obra, que implica procesos y deviene en resultados como otras actividades cuya naturaleza económica es más fácil de visualizar. Pero más allá de que haya una renta, que se viva de ella o que se gane mucha plata, la inversión en salud tiene finalmente un sentido de equidad.

Salud es la única actividad económica importante que requiere mano de obra intensiva y sigue generando empleo al mismo paso que progresa tecnológica y científicamente, ahora que Educación -por acción de Internet y las modalidades a distancia- está dejando de serlo.

En tal contexto, debe valorarse la importante creación de riqueza hecha desde el campo de la Salud. El gasto sanitario es parte significativa del crecimiento económico y la población económicamente activa que directa o indirectamente trabaja en el sector es mucho más que la porción del PBI que la salud tiene asignada. De manera tal que, en un país que tiene al desempleo como problema central y en un mundo que claramente necesitará de actividades capaces de generar puestos de trabajo, la Salud adquiere relevancia y valor agregado. Tanto aquí como en Estados Unidos (por mencionar un país con innovación tecnológica de máxima), todas las proyecciones coinciden en adjudicarle al sector Salud una ampliación y un tremendo impacto en la generación de empleo.

Es cierto que en los últimos años ha habido algunos éxitos y algunos fracasos. La década del '80 fue una década que a nivel de desarrollo humano reflejó una falta de crecimiento económico y desarrollo social. La del '90 fue una década de crecimiento económico, pero siguió mostrando una falta de desarrollo social. Ambas fracasaron por la permanencia de la inequidad.

Esto muestra la necesidad de políticas activas y que la solución no es exclusivamente una consecuencia del desarrollo económico. Argentina aplicó una receta para el crecimiento de su economía: importó tecnología, importó capital, pero evidentemente no puede importar la solución para el desarrollo humano, que sigue representando una cuestión muy argentina, decididamente de resolución a nivel nacional.

## **Reflexiones finales**

Sin salud no puede concebirse al desarrollo humano ni al desarrollo económico. Esto es así porque la Salud es una actividad económica, una causa, un capital y un instrumento de redistribución y, por tanto, una parte esencial de todo proceso de desarrollo. Incluso podría decirse que es, en muchos aspectos, su motor.

Naturalmente una mejor distribución del ingreso, o un mayor crecimiento de la economía con mejor redistribución del ingreso, hubieran tenido un efecto mucho mejor que el producido por el simple crecimiento económico que sigue mostrando como carencia el no garantizar una mejora en el ingreso de los pobres ni en el gasto público.

En el caso argentino, esto conduce al terreno de la autocrítica. El gasto público aumentó por una deuda del pasado que paga esta generación: las jubilaciones cuyos aportes de ayer se dilapidaron. También aumentó el gasto público en Salud y esto no es poco. Pero, desde una posición corporativa parece que -así como el sector Salud ignoró durante mucho tiempo a la política y a la economía argumentando razones éticas- ahora la política y la economía ignoran a la Salud como sector. Esta es una situación difícil porque si no se considera a la Salud como motor y como parte eficiente del desarrollo, muy difícilmente se genere una política activa que la considere factor del desarrollo humano.

Aceptando que el desarrollo es un concepto mucho más amplio que el crecimiento económico, la Salud colectiva resulta mucho más que lo económicamente justificable y la equidad, mucho más que una mejor distribución de los ingresos.

Por eso se propone que en el tren del desarrollo económico con equidad, la Salud sea la locomotora que propulsa, el vagón que integra y el furgón de cola que cierra este hipotético convoy del desarrollo saludable. Dicho en otras palabras, pensar a la Salud como determinante, como integrante y como consecuencia del desarrollo económico.

Para mejorar la política de Salud, deberían recuperarse no sólo los ideales, sino la importancia de la Salud como factor determinante e integrante fundamental y no sólo como consecuencia.

Para terminar, una observación obligada: se podrá tener muy globalizado el mundo, la economía, las finanzas, la tecnología e inclusive los países y sus monedas; pero, por muy internacionalizado que esté el mundo, construir un capital sanitario nunca será parte de un proceso internacional. Es siempre un proceso nacional.

(\*) Médico especialista en Administración de Salud de la U.B.A. Ex Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires. Ex Presidente de la Asociación de Economía de la Salud de Argentina. Rector del Instituto Universitario de la Fundación ISALUD y autor de varios libros, como Más Salud por el mismo dinero y Remedios Políticos para los Medicamentos, entre otros.

2 Musgrove, P. "Public and private roles in health". World bank discussion paper No. 339. Washington DC, Agosto 1996.

3 Rawls, J. A theory of justice. Cambridge, Harvard University Press, 1971

1999

4 González García, G. Tobar, F. Más salud por el mismo dinero. La reforma del sistema de salud en Argentina, Buenos Aires. Ediciones Isalud. Segunda edición.