

Robert McMaster*

ENVEJECIMIENTO, ATENCIÓN SANITARIA Y ATENCIÓN CLÍNICO-MÉDICA: ALGUNAS CONSIDERACIONES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LA POLÍTICA FISCAL**

La discusión económica respecto a la política fiscal futura, frecuentemente hace referencia al crecimiento del gasto en atención médica como una importante fuente de preocupación. El crecimiento del gasto en atención sanitaria se asocia generalmente a los avances tecnológicos y a la expansión de la demanda, sobre todo en el caso de la población de más edad. En este contexto, los gastos de atención clínico-médica pueden considerarse como una carga creciente que inevitablemente va en contra de la prudencia fiscal, ya que posiblemente demora el desarrollo socioeconómico. Este artículo argumenta que esta posición es exagerada porque parte de conceptos simplistas que suponen que el envejecimiento y la atención médica son un coste. Dichos conceptos están equivocados, ya que se basan parcialmente en la mercantilización de la atención. El artículo responde frente a esta concepción indicando que se trata de una visión de la atención simplista e inadecuada, proponiendo como alternativa una concepción en la que se enfatice la atención clínico-médica como algo profundamente relacional. Se requiere con urgencia un mayor conocimiento de tales consideraciones a la hora de desarrollar el discurso económico sobre la política fiscal.

Palabras clave: política fiscal, atención clínico-médica, atención sanitaria, gasto, bien.

Clasificación JEL: H5, I1.

1. Introducción

Este artículo pretende ser provocador por el hecho de poner en duda las bases sobre las que se asientan as-

* Department of Economics. University of Aberdeen Business School. University of Aberdeen.

** Traducción de Miguel Ángel Galindo Martín.

pectos relacionados con el debate convencional sobre el futuro de la política fiscal. Gran parte de este discurso se centra en los efectos derivados de una ratio de dependencia mayor procedente de una población más envejecida junto a su impacto sobre los gastos de atención sanitaria. En este contexto, los gastos en atención sanitaria y clínico-médica pueden considerarse como cargas crecientes que inevitablemente están en contra de la prudencia fiscal y que, posiblemente, demoran el desarrollo socioeconómico. El artículo se centra en el concepto existente del envejecimiento, la atención sanitaria y la clínico-médica en la literatura económica dominante. Por motivos de espacio, se trata de un análisis somero. Sin embargo, nuestra intención es provocar un discurso económico más amplio.

Los argumentos centrales del artículo señalan que la postura ortodoxa es simplista y engañosa en su marco epistemológico y ontológico sobre el envejecimiento y la asistencia. El envejecimiento no conduce simplemente a un incremento en los gastos de atención sanitaria: no es una variable exógena. Está construida en parte desde una perspectiva social y en parte como un proceso biológico: este último no implica necesariamente que se incrementen los gastos clínicos-médicos durante un período prolongado. Es más, la primera puede tener un impacto sobre el gasto a través de la edad como necesariamente dependiente, de ahí que sea gravoso. La economía, en su tratamiento simplista de la edad, puede propiciar sin quererlo esta impresión. Pero no tiene por qué ser así. Lo anterior supone una modelización de la atención como un bien especial, que resulta reduccionista, ya que genera un vacío deontológico al centrarse en el valor de cambio y, por tanto, en los costes. En lugar de ello, se enfatizan los aspectos relacionales de la atención clínico-médica. Por consiguiente, las explicaciones convencionales de la economía de la salud ofrecen un concepto insuficiente del valor de esta fuente de atención, lo que refuerza la impresión de la existencia de una crisis fiscal. Desde luego, mucho de lo anterior se fundamenta en argumentos propuestos por feministas, postkeynesianos e institucionalistas. Es importante

que los argumentos que se exponen en este artículo sean considerados bajo este prisma.

En el apartado siguiente exponemos brevemente la postura tradicional de los temas relacionados con la naturaleza y fuentes de la tensión fiscal. Los apartados tercero y cuarto revisan de una forma crítica los conceptos ortodoxos referentes al envejecimiento y a la atención sanitaria y a la clínico-médica, mientras que en el apartado final se indican algunas posibilidades futuras de investigación respecto a las implicaciones de política fiscal.

2. La postura habitual respecto a la futura tensión fiscal

La perspectiva económica ortodoxa tal y como se articula desde instituciones supranacionales tales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la OCDE es que, a más largo plazo, las economías industrializadas estarán sujetas a una presión fiscal importante e insostenible, generada en cierta medida por el envejecimiento demográfico y por un gasto de asistencia sanitaria cada vez mayor. De acuerdo con la OCDE, en los diez años comprendidos entre 1994 y 2004 el gasto dedicado a la asistencia sanitaria se incrementó más que el PIB en cada país miembro, con la excepción de Finlandia. Por término medio, el gasto de atención sanitaria supuso el 7 por 100 del PIB en 1990, incrementándose en una media del 8,9 por 100 en 2004 (datos de la OCDE de 2006). Existe una importante variación en la muestra de los gastos entre los países miembros de la OCDE con los de Estados Unidos, que se sitúan en un 15 por 100 del PIB, mientras que los de Corea del Sur son un 5,6 por 100. A un plazo más largo la mayor participación del gasto en asistencia médica en el PIB es mucho más destacable: por ejemplo, el gasto del Reino Unido ha aumentado del 3,9 por 100 a comienzos de la década de los años setenta al 8,3 por 100 en 2004. Situaciones similares se observan en otros países industrializados.

El informe de la OCDE también revela que uno de los principales medios para financiar el gasto es través de la imposición estatal (una media del 73 por 100 en

2004), aunque aparece una posibilidad mixta al considerar los cambios en la participación del gasto estatal en los países de la OCDE con un incremento/decremento medio desde 1990. Otras fuentes de financiación incluyen el seguro médico privado y los gastos a cargo del usuario (*out of pocket spending*). La OCDE argumenta que la tendencia sugiere que en el futuro el mantenimiento de los sistemas existentes de atención sanitaria requerirá una racionalización fiscal en otras actividades, o incrementos impositivos, o un mayor recurso a la financiación privada mediante, por ejemplo, una mayor incidencia y niveles de los gastos a cargo del usuario, o alguna combinación de estas tres. La situación indica claramente que la escasez combinada con las ilimitadas necesidades/deseos impone algunas elecciones difíciles de aceptar.

Desde luego, este supuesto crecimiento inexorable del gasto ha sido objeto de una importante discusión en la literatura referente a la economía de la salud. Entre los factores más significativos tenemos: el envejecimiento, los gastos más elevados en el seguro médico, la mayor renta, el oferente afectado por la demanda, una lenta productividad y el cambio tecnológico (véase por ejemplo, Newhouse, 1993). Baumol (1993) argumentó con notabilidad que el servicio de provisión de sanidad (y la educación) está sujeto a oportunidades limitadas para aumentar la productividad debido a las intensidades relativas del trabajo de la asistencia sanitaria y a la naturaleza heterogénea de muchas de esas actividades: el proceso de producción de la asistencia sanitaria no es necesariamente asimilable a la producción en masa fordista. Sin embargo, ésta no es una postura universal. Pauly (1988) señaló que una importante proporción de los procedimientos de asistencia clínico-sanitaria son suficientemente rutinarios para considerarlos analíticamente equivalentes a otras compras de los consumidores. En un prefacio a la publicación reciente del Banco Mundial, Le Grand (2003) ofrece una argumentación respecto a la expansión potencial de la participación del sector privado en la provisión de asistencia sanitaria. Afirma que «nunca quedó claro exactamente por

qué debería ser moralmente objetable obtener beneficios de la provisión de asistencia sanitaria más que de otras áreas de igual o incluso mayor importancia para el bienestar humano donde la provisión privada es habitual, tal como la comida o el alojamiento» (Le Grand, 2003, página x).

Las posturas de Pauly y de Le Grand son indicativas de una perspectiva en la que la provisión de asistencia clínico-médica necesita una reforma estructural para generar eficiencia en los resultados y en las actividades. Por el contrario, la literatura estandar de la economía de la salud considera la asistencia sanitaria (incorporando la asistencia clínico-médica) como un bien especial (véase por ejemplo, Culyer, 1990; Culyer y Newhouse, 2000), extendiendo algunos autores esta clasificación a la salud (véase por ejemplo, Grossman, 1972). En concreto, la asistencia sanitaria se toma como ejemplo frecuentemente para demostrar la existencia de externalidades junto a su provisión sujetas a asimetrías de información inherentes y a los consiguientes temas de interés para las instituciones. Por tanto, la postura tradicional hace hincapié en las nociones referentes a los fallos del mercado y simultáneamente acuerda cierta responsabilidad del Estado. Esta postura representada por Pauly, se cuestiona la extensión de las externalidades y por tanto, la eficiencia, legitimando el papel del Estado en la provisión de asistencia sanitaria.

Incluso a pesar de las diferencias entre la posición de Pauly y la postura más tradicional, ambas reconocen un imperativo intrínsecamente normativo en la provisión de algunas áreas de asistencia sanitaria. Quizá esto es más intensamente comunicado por Hutton y Maynard (2000) cuando afirman que «... ningún país está interesado sólo en la eficiencia de su sistema de atención sanitaria: si los países empleasen sólo el criterio de eficiencia, ¿se dejaría morir a muchos recién nacidos con poco peso!» (Hutton y Maynard, 2000, página 92).

Por lo tanto, parece existir un consenso en la literatura sobre economía de la salud acerca de que existe una restricción normativa a la hora de perseguir las soluciones totalmente eficientes. Desde luego, la extensión de

esta restricción está sujeta a un cierto debate, siendo una atractiva opción política acudir en mayor medida a los mecanismos de mercado. Conceptualmente, la postura de Pauly parece referirse a los planteamientos de Becker respecto a un estado mínimo que asegure un mercado competitivo en la provisión de asistencia sanitaria en términos de financiación y de reparto.

No hay duda de que los conocimientos conceptuales de la literatura de la economía de la salud enmarcan la aportación analítica en términos de mercado y que esto proporciona alguna racionalidad para ampliar los desarrollos en el ámbito de la política sanitaria global (véase por ejemplo, Laurell y Arellano, 1996, y Fine, 2001). Los organismos internacionales, tales como el Banco Mundial, tienen gran vocación para establecer reformas orientadas hacia el mercado. Frecuentemente la provisión orientada hacia el mercado se considera el medio más efectivo para conseguir el reto de aumentar la presión fiscal a lo largo de un período de tiempo más largo.

Sin embargo, se mantiene una cierta controversia sobre el impacto potencial del envejecimiento de la población sobre la política fiscal. Las predicciones fiscales suponen la existencia de costes mayores asociados al envejecimiento y a la asistencia sanitaria. Frecuentemente se llevan a cabo intentos para medir y valorar el impacto potencial de estas presiones sobre las ratios deuda/PIB y se está acumulando una amplia literatura bajo los auspicios de varias instituciones internacionales, tales como la OCDE y la Unión Europea. Tan lejos como llega mi entendimiento, la mayoría de los estudios indican que las actuales proyecciones de la ratio deuda/PIB aumentarán, con severos desequilibrios para la mayoría de las economías desarrolladas (véase, por ejemplo, Dang., *et al.*, 2001, 2006; Raffelhüschen, 1998). Incluso tales estudios están plagados de incertidumbres reconocidas por ellos mismos y, por consiguiente, están sujetos a una interpretación cauta. Por ejemplo, la OCDE (2001) considera que las proyecciones del gasto de asistencia sanitaria son más ambiguas que el gasto en pensiones debido a las incertidumbres en la composición demográfica de la población de más edad. En parti-

cular, existe alguna discusión sobre si el principal coste que genera el gasto en asistencia sanitaria es debido a una mayor proporción de población relativamente vieja o a una mayor proporción de población en los años finales de la vida.

Es más, las modelizaciones invocan supuestos claves respecto a las ratios de participación de la fertilidad, la mortalidad, la migración y la fuerza de trabajo, estando todos sujetos a una importante incertidumbre. La literatura intenta controlar esto a través del empleo de la simulación estocástica, que permite a los analistas la flexibilidad de alterar los pesos relativos de las variables como un medio de construir las proyecciones probabilísticas del gasto social, generalmente en contextos específicos de los países. Creedy y Scobie (2002) facilitan un ejemplo indicativo de este tipo de análisis, para el caso de Nueva Zelanda. Concluyen que existe una considerable incertidumbre y sensibilidad respecto a las proyecciones de gasto futuras. De forma similar Dunaway y N'Diaye (2004) estudian las presiones fiscales a largo plazo para Australia, donde los costes sanitarios y de envejecimiento fueron las principales fuentes del gasto, mostrando diversas variaciones. Por ejemplo, suponiendo una participación de la fuerza de trabajo menor en los grupos de más edad combinada con el crecimiento de la productividad en su media histórica, se prevé un déficit público aproximado del 5 por 100 del PIB que aumentará al final de un período de 40 años. Sin embargo, al relajar el supuesto de una reducción de las tasas de participación de la fuerza de trabajo Dunaway y N'Diaye (2004, página 6) concluyen que «... no habría necesidad de ajustes fiscales para hacer frente a los costes fiscales a largo plazo...» aparte de un presupuesto equilibrado a lo largo del ciclo económico.

Dunaway y N'Diaye (2004) también emplean el modelo macroeconómico del Fondo Monetario Internacional, MULTIMOD III (véase Laxton *et al.*, 1998)¹ para demos-

¹ LAXTON *et al.* (1998) afirman que MULTIMOD se diseñó para ayudar al Fondo Monetario Internacional en su vigilancia de las políticas

trar las tendencias de los ajustes fiscales durante un período de cuarenta años. Prueban cuatro escenarios: primero, el de referencia, donde el gasto público refleja los cambios en las tendencias demográficas; el segundo, con el presupuesto equilibrado; el tercero, de ajuste fiscal con suavización, donde el gobierno intenta dirigir la volatilidad del producto y alcanzar el objetivo de deuda cero durante el largo plazo; y cuarto, de ajuste parcial con suavización, donde los ajustes fiscales se suavizan. Como era de esperar, cada uno de estos cuatro escenarios producen diferentes resultados, y en el segundo se produce una importante volatilidad del producto. Duna-way y N'Diaye concluyen que la suavización fiscal a lo largo del tiempo es un medio de compartir la carga entre las generaciones.

Existe un cierto consenso en la literatura sobre el hecho de que la asistencia sanitaria para una población que envejece actúa como un importante coste que genera gasto fiscal. Conceptualmente se mantienen aspectos referentes a la oportunidad de los aumentos de la productividad en la provisión de asistencia sanitaria e incluso en la forma de gobernar la provisión. Si la asistencia sanitaria se asocia con las externalidades parece tener menos relevancia que si se considera como un caso de eficiencia para las reformas radicales orientadas hacia el mercado y desde el punto de vista argumental deja menos posibilidades para manejarlo a un nivel micro desde la perspectiva de la racionalización fiscal. Es más, incluso se discute que aunque se incluyan las externalidades en la asistencia sanitaria (a lo Pauly) puedan existir importantes restricciones normativas a la hora de elaborar el modelo.

Lo anterior refleja los argumentos convencionales. Sin embargo, este artículo señala que existen importantes debilidades en la perspectiva tradicional: la simple relación lineal postulada entre la edad y los gastos en

asistencia sanitaria es engañosa, y la concepción ortodoxa de la asistencia en el contexto de la salud es inadecuada. Esto conduce potencialmente a importantes ramificaciones para el análisis de la política fiscal.

3. Envejecimiento: ¿una importante laguna económica?

La simplificación de la vejez como una *proxy* de enfermedad y de gasto sanitario es criticable por motivos epistemológicos, ontológicos y éticos. De acuerdo con Dugger (1999) los trabajadores norteamericanos de más edad se ven discriminados por la jubilación anticipada, que supone para ellos la pérdida del estatus a través de las habituales perspectivas de dependencia. El proceso de envejecimiento es más complejo que lo insinuado por la postura reduccionista, tal como Dugger destaca, con un componente socialmente construido para la vejez así como uno de carácter biológico. Incluso el proceso completo de envejecimiento parece no casar bien con los conceptos fundamentales de la elección racional. Como señala Jackson (2001), los individuos no eligen envejecer, sino que se trata de una compleja manifestación de los procesos biológicos y sociales.

Incluso el aspecto biológico del envejecimiento no es completamente comprendido. El proceso evolucionista parece incluir la reproducción de las especies (no la exacta reproducción), el envejecimiento y luego la muerte. Este tipo de argumentación permite variantes más jóvenes de las especies para reemplazar a las más viejas y también ofrece potenciales procesos evolutivos y adaptativos que pueden facilitar la pervivencia de las especies. Sin embargo, como Jackson (2001) observa, el entorno vital humano durante el Siglo XX ha aumentado más allá de su ciclo vital, con los males de la riqueza (WHO, 2002) que han reemplazado a los males contagiosos en morbilidad. Esto ha llevado a un análisis estratificado del envejecimiento que distingue entre envejecimiento intrínseco —el curso de la vida determinado por una constitución interna del organismo— y envejecimiento extrínseco —influencias externas que permiten un alejamiento de

macroeconómicas de los Estados miembros entre el medio y largo plazo. No se construyó como un modelo de predicción a corto plazo. También intenta adoptar las ramificaciones de la crítica de Lucas.

las influencias intrínsecas—. Esto complica la relación entre envejecimiento y enfermedad y no se reduce a factores biológicos: lo social tiene un papel considerable (Dugger, 1999, Jackson, 2001).

La creciente expansión vital humana se asocia con la urbanización, con la mejora en la dieta y en la alimentación y con los avances en las tecnologías médicas. Es lo último, como expone Jackson, lo que cuestiona considerar el estatus de la edad como una variable exógena, como se supone en los modelos macroeconómicos. Si la asistencia sanitaria no es sólo una respuesta al envejecimiento, sino también una fuente, entonces existe una buena razón para creer que la edad es una variable endógena. Es más, Jackson señala que existen motivos para cuestionar cualquier asociación simple entre edad y enfermedad. Existe una distinción entre el envejecimiento psicológico y la enfermedad relacionada con la edad: el primero puede asociarse con las capacidades físicas reducidas en oposición a la enfermedad. Más importante, la edad relacionada con la decadencia física se relaciona fuertemente con factores sociales, tales como la indigencia. Por tanto, como Jackson (2001, 197) afirma, «la conexión edad-decadencia física no es a través de medios universales, naturales y predestinados».

La importancia de la indigencia y de las pautas de consumo sobre la salud es destacada por numerosos autores e instituciones (véase por ejemplo, WHO, 2002, y Fine, 2002). Debido a los ajustes en la dieta, el estilo de vida y los programas preventivos, podría aparecer una pauta de morbosidad concentrada al final de las vidas de los individuos. Por tanto, la reducción de las tasas de morbosidad actuaría como un atenuante adicional del presunto impacto del envejecimiento poblacional sobre el gasto sanitario²

² Incluso, este tipo de escenario es recogido en el reciente WANLESS REPORT (2002) del Reino Unido, que procuraba analizar el impacto de las tendencias tecnológicas, demográficas y médicas sobre la capacidad británica para sostener un exhaustivo servicio sanitario. Sin embargo, tales escenarios son sensibles, como reconocía WANLESS, al alcance de los cambios en el estilo de vida y dieta así como en la pobreza.

Jackson y Dugger ofrecen importantes aportaciones en lo referente a la construcción social de la edad. El envejecimiento físico es un proceso continuo, incluso la delimitación entre joven y viejo está basado en cierta medida en lo que pueden parecer motivos caprichosos. Jackson (2001, 206) argumenta que «las divisiones de la mayoría de los ciclos vitales de los individuos —educación, trabajo, jubilación— están construidas socialmente. Esta periodificación del envejecimiento realizada por el hombre refleja y refuerza las actitudes sociales hacia los mayores; los jubilados se consideran dependientes de los grupos de edad joven incluso cuando son capaces físicamente y no reciben pensiones públicas ni atención sanitaria».

Incluso Jackson y Dugger concluyen que la construcción social de la edad puede reducir la autoestima de los individuos y hacerles más dependientes de lo que podrían ser de otro modo. Hasta cierto punto el concepto de mayor contribuye a la noción reduccionista de que el acto de envejecer actúa como una rémora fiscal, cuando la relación es mucho más compleja.

La construcción social de la edad genera aspectos similares respecto a la salud, la asistencia médica y la enfermedad. Las definiciones de salud, asistencia médica y asistencia médico-clínica muestran algunas consideraciones interesantes: por ejemplo, la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1946 señala que «la salud es un estado de *completo* bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia» (énfasis añadido).

La amplia definición de la OMS contrasta con algunas aportaciones de la corriente principal de la literatura sobre la economía de la salud; por ejemplo, el modelo de Grossman (1972) define explícitamente la salud como días libres de enfermedad, que comprende la capacidad para trabajar, donde la salud es tratada como *stock* de capital. Al igual que Grossman, otras definiciones enfatizan la funcionalidad, pero en un sentido amplio, clasificando desde la salud basada en nociones de funcionamiento psicológico anormal hasta el funcionamiento físico y mental (para un estudio de estos temas, véase

Evans y Stoddard, 1990). A pesar de la existencia de diferencias obvias, todas las decisiones aluden en gran medida a la enfermedad a la hora de definir la salud: Grossman, de una manera dualista, la OMS con una relación más compleja en la que se indican consideraciones respecto a los constituyentes de la enfermedad.

De una forma instructiva, Boulding (1966) emplea nociones pragmáticas respecto a la construcción social del conocimiento al argumentar que las definiciones tanto de salud como de enfermedad son, en diversos grados, materias de raigambre social. Señala que «las sociedades y las culturas deben existir en lo que ahora se define aquí como enfermedad-salud... En algunas sociedades, la epilepsia es contemplada como un signo de favor divino» (Boulding, 1966, 213). Esa enfermedad, especialmente en el caso mental, considerada como concepto, debería estar sujeta a opiniones potencialmente controvertidas que *prima facie* pueden parecer bastante sorprendentes. Sin embargo, al delimitar lo que se entiende por enfermedad dos proposiciones deben tenerse en cuenta. Primero, hay que incluir alguna designación de lo que constituye el estado normal, y segundo, a continuación de esto, las desviaciones respecto a esta norma definida que deberían ser consideradas como enfermedad. A partir de estas proposiciones la construcción social de los significados de salud y enfermedad parecen considerar a la medicina como una empresa inherentemente normativa (véase por ejemplo, Boulding, 1966, y Kennedy, 1981). Kennedy ha resaltado cómo la homosexualidad ha sido juzgada por algunos practicantes de la medicina como una enfermedad que «debe ser curada». Señala cómo en 1974 la American Psychiatric Association votó *no* para designar la homosexualidad como una enfermedad.

También es apropiado reflexionar sobre las distinciones entre salud, atención sanitaria y atención clínico-médica. La atención sanitaria se define generalmente en términos funcionales e instrumentales como una demanda derivada para mejorar la salud (estatus). Incluye aquellos bienes, servicios y actividades cuyo propósito principal es prevenir empeoramientos o mejo-

rar la salud (véase por ejemplo, Hurley, 2000). De nuevo, una interpretación amplia implica que la atención sanitaria no corresponde sólo a los que practican la medicina y puede asociarse útilmente con los individuos, las familias y con otras instituciones. Una interpretación amplia de la asistencia sanitaria permite distinguir entre ella y un subgrupo categórico de atención clínico-médica; la última se conecta con la bibliografía respecto a la atención sanitaria de la corriente principal de la economía de la salud. Sin embargo, las dos se diferencian en que la atención clínico-médica es generalmente proporcionada con, y por, un particular aparato institucional y por centros en la relación entre la clínica y el paciente. Mientras la literatura señala alguna distinción entre definiciones amplias y estrechas de atención sanitaria (Hurley, 2000), su confianza en un acuerdo único institucional parecería que dejaba sin explorar los diferentes sistemas institucionales. Incluso, en este ámbito se señala que los aspectos esenciales correspondientes al mercado se predicen sobre una base epistemológica y ontológica errónea del bien.

4. La asistencia sanitaria y clínico-médica como mercancía: ¿una idea egregia?

Como se indicó, la literatura sobre economía de la salud está repleta de referencias a la asistencia sanitaria considerándola como una mercancía especial y algunos autores consideran que la salud también debería estar de acuerdo con ese estatus. Considerando esto último, su implicación es que la salud es un *stock* de capital con el que se puede comerciar contemplando los cambios en las restricciones: la edad se convierte en una restricción. Por lo tanto, cabe esperar que los mayores posean un *stock* de capital más reducido que los más jóvenes (Grossman, 1972). En el caso de la asistencia sanitaria, es teóricamente plausible que la atención se considere como un razonamiento en una función de utilidad de un médico (o de cualquier otro agente) que puede ser valorada y modificada. Por tanto si, por ejemplo, el coste del cuidado aumentara como una consecuencia de incurrir

en restricciones temporales, los médicos racionales reducirían la cantidad y/o calidad de la asistencia que ofrecen.

Sin embargo, la asistencia sanitaria considerada como una mercancía especial se asocia con frecuencia con el altruismo y el capital social. McGuire (2000) observa que se interpreta convencionalmente como ética médica y se introduce directamente como un razonamiento en la función de utilidad del médico, implicando funciones de utilidad interdependientes: «Como “ética” tiene el gusto de un mandato o una restricción —una vez que se introduce la restricción, otros objetivos del médico llegan a ser irrelevantes—. Quizá por esta razón, la mayoría de los trabajos en la economía de la salud no emplean una restricción para representar la ética, sino que representan al médico preocupado por los pacientes con una función de utilidad que incluye como un razonamiento algo valorado por el paciente... o la propia función de utilidad del paciente. En esta elaboración, la preocupación por los pacientes del médico dirigida desde la ética está sujeta a establecer una compensación en contra de su propio interés» (McGuire, 2000, 521).

Lo anterior tiene reminiscencias de la aportación de Becker. En el artículo de Culyer (1990) se desarrolla un análisis de la asistencia sanitaria en el que se hace referencia a Becker al centrarse en las características de la mercancía. No se demanda por el propio producto, sino por sus características. Culyer compara las características de la asistencia sanitaria: oportunidad, eficacia clínica y tasas de readmisión, con las de un filete, sabroso, tierno y gustoso. Culyer (1990, 10) describe la mercancía como «... los bienes y servicios en el sentido diario, cuya oferta, demanda y crecimiento, han sido el foco de atención para los economistas y cuya distribución personal ha sido el foco de atención por parte de todos los científicos sociales mostrando interés en la justicia distributiva».

Un aspecto interesante de la aportación de Culyer, e incluso de la literatura sobre el estudio de la salud y/o asistencia sanitaria (incluyendo la asistencia médico-sanitaria) como mercancías, es que se considera una suposición subyacente de que las relaciones sociales son

las mismas que las que rigen otros intercambios de mercancías. Incluso, en ninguna parte de su análisis Culyer considera que las relaciones sociales apuntalan la provisión de mercancías, que es el aspecto esencial de todos los que identifica para las mercancías. ¿Asistencia médica y filete? Ontológicamente, para Culyer las relaciones de aprovisionamiento parecen ser idénticas. Éste es un importante problema analítico que contribuye a la profundamente escasa valoración, a la falta de consideración de la asistencia en términos generales y a la atención clínico-médica en particular en el análisis de la política fiscal.

Por el contrario, resulta revelador referirse al análisis de la mercancía realizada por Marx (1990). Como los clásicos, Marx consideraba las mercancías como entidades que poseen valores de uso y de cambio. El valor de uso de algo sólo se realiza cuando se lleva a cabo su uso o su consumo. La deducción de ello es que la utilidad de algo no puede afirmarse *ex ante*. Es más, la utilidad no puede cuantificarse, mientras que el valor de cambio sí. Un importante aspecto de este razonamiento es que el valor de cambio no refleja las relaciones sociales que rigen la producción de la mercancía, aunque facilita el aspecto central de la definición de mercancías: como una mercancía es una entidad que puede potencialmente monetizarse (Fine, 2002), se produce para venderse en un mercado (Jessop, 2002) y, por tanto, los derechos de propiedad de la entidad pueden definirse y transferirse. Por consiguiente, para que una entidad pueda considerarse como mercancía debe tener legítima propiedad. Como se discutirá más tarde, esto supone un tipo de controversia relevante en el análisis de la atención clínico-médica y sanitaria.

Dos aspectos son evidentes. Primero, la mercantilización analítica y retórica de la asistencia en gran parte de la literatura sobre la economía de la salud, que reduce todo el valor al valor de cambio (McMaster, 2006)³. Y se-

³ Existe algún reconocimiento del valor de uso en la salud, y existen ejemplos en la literatura que están disconformes con una

gundo, la perspectiva reduccionista de la interacción y del intercambio, que genera representaciones equivocadas de la naturaleza de la asistencia sanitaria en general.

El énfasis sobre las capacidades de los agentes económicos para incluir diferentes razonamientos en sus funciones de utilidad, recuerda al proceso de valoración que se reduce al dominio de cambio. Partiendo del perspicaz trabajo de Radin (1996), la completa mercantilización —que hace pensar en la aportación de Backer, que supone el fundamento de gran parte de la aportación típica respecto a la salud— incluye la conjunción de cuatro indicadores: objetivación, carácter fungible, posibilidad de comparar y monetización⁴. El carácter fungible, la posibilidad de comparar y la monetización están estrechamente relacionadas, pero son conceptos distintos. El carácter fungible se refiere a la posibilidad de intercambiar las entidades mientras mantienen su valor para el propietario, mientras que la posibilidad de comparar se refiere a la valoración de las entidades de tal forma que pueden tabularse en una escala continua. Lo que resulta importante es que el carácter central del valor de cambio supone que la entidad modificada posee principalmente, o exclusivamente si el valor de cambio incluye todo valor, el valor instrumental, esto es, la entidad no tiene valor intrínseco (o de uso). En términos Kantianos, la entidad adolece de cualquier valor deontológico.

Las técnicas de evaluación en la economía de la salud enfatizan ciertamente la posibilidad de comparar y en algunos casos en la monetización (para planteamientos críticos véase por ejemplo, Forget, 2004 y Hil-

dred y Watkins, 1996). El carácter fungible es un aspecto más complejo, pero debería utilizarse para sostener los temas relacionados con la mejora del valor subyacente en el análisis coste-beneficio.

Se podría mantener que lo anterior refleja una ausencia de cualquier conocimiento de las ramificaciones de la mercantilización epistemológica (y ontológica) y del corolario ético. En concreto, la objetivización incluye diferentes nociones: propiedad, donde el objeto puede comerciarse como si se pudiese comprar y vender; negación de organismo, donde el ente es inerte, carece de autodeterminación, sentimientos y dignidad (o necesitan ser considerados) y mediación (Nussbaum, 1995). Existe una separación de la autoasociación con la objetivación que sugiere una entidad socialmente separada carente de cualquier atributo relacional. Siguiendo a Davis y McMaster (2005) y a Van Staveren (2001) esto parece la antítesis de la naturaleza del proceso de asistencia como profundamente emocional. Brevemente parece ser una representación reduccionista separada de las conexiones sociales: lo que Potts (2000) partiendo del filósofo Alfred Whitehead, ha descrito como la falacia de la concreción inoportuna⁵.

Dicha interpretación revela un acertijo conceptual que subyace en ella: si la asistencia sanitaria es una mercancía, ¿puede también considerarse como un elemento del capital social?. Como se indica en la literatura, la salud y la asistencia sanitaria (incorporando la clínico-médica) son designadas continuamente como «mercancías especiales» sobre la base de externalidades inherentes y, por ello, se plantea una correspondencia con el capital social. Sin embargo, las externalidades son los efectos *spillover* involuntarios de las actividades de consumo y/o de producción. ¿Con seguridad, la asis-

mercantilización universal en la que la salud no se considere comerciable (véase en concreto, McGUIRE *et al.*, 1982). Sin embargo, desde mi punto de vista, esto parece ser un problema sin resolver y casi nunca reconocido, en la economía de la salud.

⁴ Cada uno de estos indicadores son lógicamente distintos y separables y no se deducen necesariamente de otros. Por ejemplo, la objetividad puede ser una necesidad para otros indicadores, pero no es suficiente: potencialmente podría ser el caso de que la objetivización surge de la subordinación a través de las relaciones de poder y no de la mercantilización. Es más, la posibilidad de comparar no implica necesariamente la equivalencia monetaria: testigo de ello son las referencias de la economía neoclásica a las funciones de utilidad no reducibles.

⁵ WHITEHEAD señala que «no existe un error más habitual que suponer que, debido a los cálculos matemáticos prolongados y exactos que se han hecho, las aplicaciones del resultado a algún hecho de la naturaleza es absolutamente cierto» (WHITEHEAD, 1911, citado por POTTS, 2000, 169). La parte inicial de la afirmación de WHITEHEAD es apenas aplicable a la asistencia sanitaria, de ese modo refuerza la veracidad de la parte final.

tencia considerada como mercancía sugiere que un agente internaliza el precio de la asistencia (clínico-médica) como parte de su cálculo de utilidad?. Es más, a un nivel societario, el precio de la asistencia se calcula como parte de las remuneraciones del equipo clínico. ¿Es realmente la asistencia un efecto *spillover* de la provisión de cuidados clínico-médicos? Contemplada desde esta perspectiva, la representación conceptual de la asistencia en la economía de la salud resulta poco convincente: parece ser un intento de montar dos caballos que van en dos direcciones opuestas.

Si la salud, la asistencia sanitaria y clínico-médica se consideran como mercancías, sería razonable establecer qué tipo de mercancías son. Los economistas de la salud parecen ubicar la asistencia sanitaria (por ejemplo, la atención clínico-médica) en la categoría de necesidad, aunque se asocia frecuentemente con conceptos controvertidos y complejos de necesidad identificados de una forma perspicaz en muchas áreas de la literatura de la economía de la salud (véase por ejemplo, Culyer, 1995, Fuchs, 1996, Hurley, 2000). El concepto de necesidad puede rastrearse hasta los antiguos griegos. Aristóteles identificó distintos sentidos de necesidad catalogándolos desde la necesidad lógica, por ejemplo, lo que no puede ser de otra manera, hasta la necesidad hipotética, que puede ser considerada lógicamente de la forma: si el individuo Z desea la entidad X, pero se requiere que Y consiga X, entonces Y es una necesidad para X. Una forma de necesidad adicional se refiere a lo que un organismo necesita para vivir. Esta es la categoría más convencional, y lo que se empleó anteriormente, ya que resalta la capacidad que tiene una cosa clasificada como necesidad para contribuir de una forma esencial en el funcionamiento de un mecanismo u organismo (Boulding, 1966). Para los humanos y otras formas de vida, la comida y el agua son claramente necesidades: sin cantidades suficientes los organismos no podrían sobrevivir⁶. Por tanto, como Sulmasy

(1993) observa, la ausencia de dichas mercancías a lo largo del tiempo contribuye a la aparición de enfermedades, por ejemplo, impactos sobre el funcionamiento, con independencia del individuo particular. Obligatoria las mercancías sirven a una necesidad universal. En este ámbito, la atención clínico-médica se centra en el individuo, aunque no los servicios médicos. La necesidad médica depende de ciertas circunstancias y por ello no es universal. Es concebible el caso, incluso en la sociedad contemporánea, de que un individuo desarrolle su vida sin requerir asistencia clínica-médica.

Por tanto, si la asistencia clínico-médica no es una necesidad, ¿qué es?. La especificación institucional de la provisión de asistencia clínico-médica proporciona una pista en la elaboración de una arquitectura conceptual más apropiada. En las épocas romana y medieval la remuneración del médico era considerada como un honorario, y se esperaba que los médicos trataran y atendieran a los pacientes sin tener en cuenta su capacidad de pago. Puede resultar algo imaginativo presumir que esto continúa, pero como Fuchs (2000) reconoce al resaltar que la historia importa, existen efectos a enmarcar dentro de la historia potencialmente importantes en medicina. Por ejemplo, Sulmasy (1993) se refiere a dos posibles fuentes de dicha enmarcación: la naturaleza de no propiedad de las habilidades médicas y la medicina como vocación.

El argumento de la no propiedad de las habilidades médicas implica que la atención clínico-médica no puede considerarse como una mercancía. Ello se sustenta en la interpretación del Juramento Hipocrático como una guía moral. En concreto, aunque el Juramento no hace referencia a temas de la experimentación médica y puede no ser ético para muchas creencias religiosas, sin embargo hace referencia a la naturaleza de no propiedad de los conocimientos y habilidades médicas e insta al deber por parte de los médicos de expandir el conocimiento (Lasagna, 1964). Sulmasy establece paralelismos con las habilidades de los bomberos y de la policía: argumenta que ellos están obligados a mantener la confianza pública y por tanto no poseen sus habi-

⁶ Obviamente, el aire es necesario para sobrevivir, pero no es considerado una mercancía.

lidades. Por el contrario, el poder laboral de un contable puede ser una mercancía ficticia (o casi) (véase Jessop, 2002), pero existe una propiedad sobre las habilidades del individuo⁷.

Segundo, la asistencia clínico-sanitaria puede considerarse como algo análogo a la vocación (véase por ejemplo, Sulmasy, 1993, y Van Staveren, 2001). Incluso, sobre esta base, Sulmasy argumenta que como metáfora de la asistencia clínico-sanitaria resulta más apropiada la de un sacerdote en oposición a la de mercancía. De nuevo, esta línea de argumentación enfatiza el aspecto deontológico de la provisión médica y enfatiza dentro de las observaciones de Marx referentes a las relaciones sociales que rigen el suministro. El Juramento Hipocrático parece plasmar el papel relacional del médico: «Recordaré que en la medicina hay arte al igual que ciencia, y que la cordialidad, simpatía y el entendimiento pueden tener mayor peso que el cuchillo del cirujano o la droga del farmacéutico» (Lasagna, 1964).

Por tanto, ¿cuáles son las implicaciones de lo anterior para la planificación de la política fiscal?

5. Algunas implicaciones para el típico estudio de la carga fiscal

Este artículo ha pretendido ser provocativo en sus intentos de analizar la base conceptual de la explicación típica de la carga fiscal. Este estudio descansa parcialmente en una asociación simple entre los gastos por envejecimiento y asistencia sanitaria (incluyendo la asistencia clínico-médica) y sobre la concepción de la asistencia como una mercancía. No se ha pretendido considerar temas relacionados, especialmente las pensiones o hacer consideraciones más generales respecto

a la política fiscal, tales como las preocupaciones fundamentales respecto al equilibrio fiscal y medidas más estrechas de desarrollo y crecimiento.

Incluso los aspectos de la modelización convencional de la carga fiscal asociada con cambios demográficos emplea la convergencia al pleno empleo a largo plazo, o alguna invocación a la aportación de Lucas inspirada en la NAIRU (véase Laxton *et al.*, 1998) como supuestos simplificadores. Esto claramente exagera más los problemas de una población que envejece al hacer mucho hincapié en una ratio de dependencia que aumenta y simultáneamente infravalora la inactividad demográfica y el exceso de capacidad (Jackson, 2001). Es más, esto puede componer un fallo al considerar la construcción social de la enfermedad. Por ejemplo, gran parte del gasto en asistencia sanitaria privada en Estados Unidos es atribuible al considerar las necesidades percibidas por la sección de población de más edad sana, mientras que simultáneamente Estados Unidos continúa contabilizando algunas de las tasas de mortalidad más altas del mundo desarrollado.

Que el envejecimiento tiene un impacto sobre la política fiscal es sólo una parte de un modelo más complejo: una población que envejece no puede ser considerada como una variable exógena. La asistencia sanitaria, en el sentido más amplio del término, y la mejoría en los niveles de vida han contribuido a este modelo demográfico que se ha desarrollado. Incluso las simulaciones de la política fiscal actual parece que son incapaces de acomodar esto. Al asumir que la edad es una variable exógena y con la premisa del equilibrio fiscal, como identifican Laurell y Arellano (1996), existe un desplazamiento en el énfasis del aparato institucional clínico-médico apoyado por el estío hacia la asistencia sanitaria privada que sitúa al individuo en el papel de una persona que adopta decisiones racionales. Este proceso es instigado al concebir la salud, la asistencia sanitaria y la clínico-médica como mercancías. De forma inadvertida, la corriente principal de la economía de la salud, con su arquitectura del mercado institucional, contribuye a esto. El artículo argumenta que la atención mercantiliza-

⁷ *Prima facie*, esto parece contradecir el caso principal marxista respecto a la cesión de los derechos de propiedad por las clases trabajadoras de la industria a los poseedores de capital que dio lugar, en el análisis de Marx, a la mercantilización del trabajo. Sin embargo, como McMASTER (2006) resalta, el contexto y las eventualidades son de especial importancia: Marx consideró el sistema de empresa, no la provisión de atención clínico-médica.

da es reduccionista ya que no puede acomodar conceptualmente los aspectos relacionales de la asistencia que contribuyen cualitativamente al valor de la asistencia. Es más, como parece ser el caso en la imputación de la economía de la salud de un valor de cambio cuantificable para la asistencia sanitaria y clínico-médica como la única medida de valor infravalora inevitablemente estas actividades sobre el altar de la búsqueda de la cuantificación, y genera un vacío deontológico: la dignidad humana y los sentimientos de obligación son o ignorados, o incluidos como restricciones normativas no convenientes.

Al modelizar la edad como una restricción y la asistencia como una mercancía, el discurso económico ofrece una imagen falsa de ambos fenómenos. Ambos son parcialmente biológicos y parcialmente contruidos socialmente. Todo razonamiento teórico como el de necesidad resume la realidad, pero la aportación típica económica actual deforma, aunque sin intención, la representación de la realidad del envejecimiento y de la asistencia por tratar de mantener la posibilidad de solucionar el modelo. Consecuentemente, los aspectos importantes del envejecimiento y de la asistencia son ignorados en el análisis y ello, al menos, reduce los parámetros del estudio. Más inquietante es que esto pueda contribuir a un sentido exagerado de considerar que existe crisis fiscal asociada a la población que envejece, que sirve para demonizar más a las personas mayores como institución y, es más, a infravalorar extremadamente el valor cualitativo y deontológico de la asistencia. Debería parecer apropiado algún conocimiento de los aspectos anteriores en el discurso económico.

Referencias bibliográficas

- [1] BAUMOL, W. G. (1993): «Health Care, Education and the Cost Disease», *Public Choice*, volumen 77, páginas 17-28.
- [2] BOULDING, K. (1966): «The Concept of Need in Health Services», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, volumen 44, páginas 202-223.
- [3] CREEDY, J. y SCOBIE, G. M. (2002): «Population Ageing and Social Expenditure in New Zealand: Stochastic Projections», New Zealand Treasury, *Working Paper*, 02-28, diciembre, Wellington.
- [4] CULYER, A. J. (1990): «Commodities, Characteristics of Commodities, Characteristics of People, Utilities and the Quality of Life», en *Quality of Life: Perspectives and Policy*, BALDWIN, S.; GODFER, C. y PROPPER, C. (eds.): Routledge, Londres.
- [5] CULYER, A. J. (1995): «Need: The Idea Won't do - But We Still Need it», *Social Science and Medicine*, volumen 40, páginas 727-730.
- [6] DANG, T.; ANTOLIN, P. y OXLEY, H. (2001): «Fiscal Implications of Ageing: Projections of Age-related Spending», *Economics Department Working Paper*, 305, septiembre, OECD, París.
- [7] DAVIS, J. B. y MCMASTER, R. (2005): «The Individual in Mainstream Health Economics: A Case of *Persona non-grata*?», *Unpublished paper*, University of Aberdeen.
- [8] DUGGER, W. M. (1999): «Old Age is an Institution», *Review of Social Economy*, volumen 57, número 1, marzo, páginas 84-98, Londres.
- [9] DUNAWAY, S. y N'DIAYE, P. (2004): «An Approach to Long-term Fiscal Policy Analysis», *IMF Working Paper*, WP/04/113, julio, Washington DC.
- [10] EVANS, R. G. y STODDARD, G. L. (1990): «Producing Health, Consuming Health Care», *Social Science and Medicine*, volumen 31, páginas 1.347-1.363.
- [11] FINE, B. (2001): *Social Capital versus Social Theory: Political Economy and Social Science at the Turn of the Millennium*, Routledge, Londres.
- [12] FINE, B. (2002): *The World of Consumption: The Material and Cultural Revisited*, 2.ª edición, Routledge, Londres.
- [13] FORGET, E. L. (2004): «Contested Histories of an Applied Field: The Case of Health Economics», *History of Political Economy*, volumen 36, páginas 617-637.
- [14] FUCHS, V. (1996): «Economics, Values, and Health Care Reform», *American Economic Review*, volumen 86, enero, páginas 1-24.
- [15] FUCHS, V. (2000): «The Future of Health Economics», *Journal of Health Economics*, volumen 19, páginas 141-157.
- [16] GROSSMAN, M. (1972): «On the Concept of Health Capital and the Demand for Health», *Journal of Political Economy*, volumen 80, páginas 223-255.
- [17] HILDRED, W. y WATKINS, L. (1996): «The Nearly Good, the Bad, and the Ugly in Cost-effectiveness Analysis of Health Care», *Journal of Economic Issues*, volumen 30, páginas 755-775.
- [18] HURLEY, J. (2000): «An Overview of the Normative Economics of the Health Sector», en *Handbook of Health Economics*, Volumen 1, en CULYER, A. J. y NEWHOUSE, J. P. (eds.): Elsevier, Amsterdam.

- [19] HUTTON, J. y MAYNARD, A. (2000): «A Nice Challenge for Health Economics», *Health Economics*, volumen 9, páginas 89-93.
- [20] JACKSON, W. A. (2001): «Age, Health and Medical Expenditure», *The Social Economics of Health Care*, en DAVIS, J. B. (ed.): Londres y Nueva York, Routledge.
- [21] JESSOP, B. (2002): *The Future of the Capitalist State*, Polity, Cambridge.
- [22] KENNEDY, I. (1981): *The Unmasking of Medicine: A Searching Look at Health Care Today*, George, Allen and Unwin, Londres.
- [23] LASAGNA, L. (1964): *Hippocratic Oath - Modern Version*, http://www.pbs.org/wgbh/nova/doctors/oath_modern.html
- [24] LAURELL, A. C. y ARELLANO, O. L. (1996): «Market Commodities and Poor Relief: The World Bank Proposal for Health», *International Journal of Health Services*, volumen 26, número 1, enero, páginas 1-18.
- [25] LAXTON, D.; ISARD, P.; FARUQEE, H.; PRASAD, E. y TURTLEBOOM, B. (1998): «MULTIMOD Mark III: The Core Dynamic and Steady-state Models», *Occasional Paper*, International Monetary Fund, mayo, Washington DC.
- [26] LE GRAND, J. (2003): «Foreword», en *Private Participation in Health Services*, HARDING, A. y PREKER, A. S. (eds.): World Bank; Washington DC., páginas ix-xi.
- [27] MARX, K. (1990): *Capital*, volumen 1, Penguin, Londres.
- [28] McGUIRE, A.; HENDERSON, J. y MOONEY, G. (1982): *The Economics of Health Care: An Introductory Text*, Routledge and Keegan Paul, Londres.
- [29] McGUIRE, T. G. (2000): «Physician Agency», en *Handbook of Health Economics*, volumen 1A, CULYER, A. J. y NEWHOUSE, J. P. (eds.): North-Holland, Amsterdam.
- [30] McMASTER, R. (2006): «Health, Health Care, and Clinical-medical Care as Commodities: A Case of de Gustibus non est Disputandum?», *Unpublished Paper*, julio, University of Aberdeen.
- [31] NEWHOUSE, J. P. (1993): «An Iconoclastic View of Health Cost Containment», *Health Affairs*, suplemento, volumen 10, páginas 152-171.
- [32] NUSSBAUM, M. C. (1995): «Objectification», *Philosophy and Public Affairs*, volumen 24, páginas 249-291.
- [33] PAULY, M. V. (1988): «Is Clinical-medical Care Different? Old Questions, New Answers», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, volumen 13, páginas 227-238.
- [34] POTTS, J. (2000): *The New Evolutionary Microeconomics: Complexity, Competence and Adaptive Behaviour*, Edward Elgar, Cheltenham.
- [35] RADIN, M. J. (1996): *Contested Commodities*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- [36] RAFFELHÜSCHEN, B. (1998): «Ageing, Fiscal Policy and Social Insurances: A European Perspective», *Burch Working Paper* No. B98-8, Universitat of California, Berkley.
- [37] SULMASY, D. P. (1993): «What's so Special About Medicine?», *Theoretical Medicine*, volumen 14, páginas 27-42.
- [38] VAN STAVEREN, I. (2001): *The Values of Economics: An Aristotelian Approach*, Routledge, Londres y Nueva York.
- [39] WORLD HEALTH ORGANIZATION: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

ICE

Información Comercial Española

Revista de Economía

ICE
Información Comercial Española
Revista de Economía
MINISTERIO DE ECONOMÍA

ICE
1959
1981

í n d i c e s

Más de cien años
al servicio de la
economía española

ICE
Información Comercial Española
Revista de Economía
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA

1982
d i c e s
1998