



Centro de Estudios de Estado y Sociedad

SEMINARIO V – Septiembre 2003

**Los aportes de la Economía de la Salud
al Debate de los Derechos de la Salud**

Ernesto Báscolo¹

Comentarios de Laura Lima Quintana²

con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud



¹ Licenciado en Economía, Instituto Juan Lazarte.

² Licenciada en Economía, Consultora independiente, PRESSS

Los Aportes de la Economía de la Salud al Debate de los Derechos de la Salud

Introducción

Durante la última década se han promovido procesos de reforma de los sistemas de servicios de salud en los países centrales y en los países subdesarrollados. La eficiencia en la asignación de los recursos y la contención de la presión de los costos representaron las principales motivaciones de estas transformaciones. En este contexto, la Economía de la Salud se ubicó en un lugar privilegiado como herramienta de análisis, de diagnóstico y productora del diseño de las políticas de cambio.

Sin embargo, las desigualdades en el acceso de los servicios sanitarios, la debilidad de las instituciones a cargo de la producción de los servicios de atención médica y los pobres resultados encontrados en las condiciones de salud de importantes sectores de la población de los países menos desarrollados, exigen una mirada con especial atención a la equidad y al desafío de considerar más explícitamente los “Derechos de la Salud” como objeto de análisis, como premisa de las políticas sociales y como criterio de evaluación de las mismas (McGuire et al 1988).

No obstante, este nuevo desafío encuentra a la Economía de la Salud con escasas ofertas analíticas disponibles para abordar esta materia. En este trabajo se intenta explorar la capacidad de aplicación de diferentes abordajes de la teoría económica a los “Derechos de la Salud”. En primer lugar, se señalan algunos comentarios que servirán como plataforma para ordenar el desarrollo y la discusión de la relación entre teoría económica y derechos de salud. En segundo lugar, se expondrán las premisas y herramientas teóricas de la economía tradicional, reconocida en este trabajo como utilitarismo. En tercer lugar, se presentan aportes teóricos alternativos a la visión ortodoxa. Por último, se introduce una discusión final, considerando el desarrollo de las secciones anteriores.

La lógica de la Economía de la Salud y lo Social como Objeto de análisis

Cuyer (1981) considera con claridad pedagógica la necesidad de una definición de la “Economía de la Salud” a partir de la identificación de la “Economía” como disciplina y la Salud como “Objeto” de análisis.

Sin embargo, la enunciación más bien ingenua de la articulación entre teoría y objeto analítico debe explorarse críticamente, considerando la discusión posible de alternativos abordajes teóricos y su correspondiente redefinición de la agenda y los alcances de “la Salud” como cuestión de interés. Al mismo tiempo, Cuyer (1981) explicita que como “Economía de la Salud” se debería considerar la aplicación de la Economía del Bienestar como marco teórico hegemónico disponible al tópico de la Salud.

Si se focaliza la interrogación de la “Economía de la Salud”, a partir de su lógica, se buscará especificar los rasgos conceptuales específicos, reconociendo las especificaciones de los posibles marcos teóricos alternativos. En este trabajo se intenta abordar esta discusión identificando como aspectos centrales, las cuestiones vinculadas con la interpretación de: 1) las instituciones y 2) los valores o la ética.

Ambas cuestiones (lo institucional y los valores) tienen vínculos inequívocamente interrelacionados, lo cual será tratado a lo largo de este trabajo. Sin embargo, con el propósito de revelar las especificidades de su tratamiento por cada uno de los abordajes elegidos, se identificarán las dos variables (trazadoras de la lógica en estudio) como entidades explicativas. Complementariamente, se

introducirán algunos comentarios generales vinculados con su operativización en relación a la cuestión social, y más específicamente, con respecto a la discusión de los derechos de la salud.

De esta forma, la propuesta de discusión sobre los alcances de la Economía de la Salud para reconocer a la salud como un derecho más que como una mercancía transada en el mercado, es la de explorar en los alternativos marcos teóricos el rol que juega la concepción de las instituciones y los valores y/o la ética en sus respectivos análisis (Cuyler et al. 1981).

Desde las “instituciones” y “los valores” hacia los “Derechos de la Salud”

El desarrollo de las instituciones y los “valores éticos” en los abordajes que se presentan servirán para explicar el significado y rol de los derechos de salud en sus respectivos propuestas analíticas.

Con respecto a las instituciones, es posible reconocerlas como el receptorio regulatorio o las “reglas del juego” que contienen las opciones disponibles que subyacen entre los actores en juego, restringiendo sus conductas y estrategias y definiendo la naturaleza de los vínculos entre los mismos. Otorgar este rol a las instituciones permite reconocerles una función instrumental, como mecanismo de producción de la cuestión social. En esta primera visión, son las instituciones las que generan los resultados sociales.

Sin embargo, si la cuestión social no se agota solamente en los alcances de los resultados sociales (ej: condiciones socioeconómicas o epidemiológicas) y se incorpora a la organización social de la producción como parte del objeto/tópico en análisis (ej. la organización social de la producción de los servicios de atención médica), entonces lo institucional puede ser visto no sólo como mecanismo exógeno a la cuestión social, sino también como parte de la misma. En esta segunda interpretación de las instituciones, el modo de resolución de los problemas debe integrar al mismo objeto de análisis.

En cuanto a la ética, es posible identificar sus diferentes vínculos con la Cuestión Social como objeto de análisis. En un primer reconocimiento de su rol, puede advertirse que la ética esconde (o expone) la escala y estructura de los valores, contenidos en los juicios y métodos de evaluación de la Cuestión Social. Si en este caso también, lo social abarca a la organización social que la produce, los valores serán parte de las instituciones en juego.

Por esta razón, la lógica de la Economía de la Salud puede descubrirse explicitando las relaciones entre instituciones y los valores con la Cuestión Social, haciendo referencia específica a los Derechos de la Salud como objeto. Sin embargo, esta operativización sólo puede ser abordada teniendo en cuenta las diversas perspectivas teóricas que serán identificadas y discutidas.

La definición de los Derechos de Salud, como gran parte de los derechos sociales pueden relacionarse tanto con los resultados concretos alcanzados en la asignación de recursos, como con las premisas del funcionamiento de las instituciones que forman parte del sistema de servicios de atención médica. Aunque estas dos definiciones pueden aparecer complementarias, nos servirán para identificar potenciales vínculos entre las opciones de teoría económica con las perspectivas de los Derechos de Salud.

La escuela Neoclásica tradicional o Welfarismo

Como ya se mencionó, la Economía de la Salud aparece formalmente presentada como la economía del Bienestar (como disciplina) aplicada al sector salud (como tópico a ser analizado). En esta sección, se sistematizará en forma sintética este abordaje, como marco hegemónico y arsenal

conceptual de la teoría económica. De acuerdo con este marco teórico, los individuos racionales maximizarán sus utilidades, y en términos macro, la sociedad alcanzará su máximo bienestar social, lo cual se expresa como la agregación de la función de las utilidades individuales (Arnesperger y Van Parijs 2002).

En cuanto a los aspectos institucionales, si bien no se define explícitamente al mercado como institución, éste se presenta como modalidad excluyente, ya que el Estado sólo aparece como medida correctiva a las imperfecciones del primero. La premisa general de esta perspectiva considera que dado el supuesto de agentes actuando racionalmente los recursos serán asignados eficientemente, maximizando las utilidades individuales cuando se utilizan mercados perfectamente competitivos (Samuelson, P. 1947).

El enfoque de los valores de la economía del bienestar tiene como base filosófica al utilitarismo. En este abordaje, los valores son reconocidos a partir de las siguientes tres premisas:

- En primer lugar, el utilitarismo es un enfoque basado en las consecuencias, según el cual todas las elecciones (de los actos, de las normas y de las instituciones) deben juzgarse en función de sus consecuencias de los resultados que generan.
- En segundo lugar, se restringe la evaluación de las situaciones a las utilidades generadas de las respectivas situaciones analizadas. De esta forma, todas las elecciones deberían juzgarse en función de las utilidades que generan.
- Por último, el tercer componente es la “ordenación basada en la suma”, que requiere que las utilidades de las diferentes personas se sumen para calcular y definir un valor agregado (Espino J. A. 1999).

Las limitaciones más importantes del abordaje utilitarista se vinculan con:

- 1) la indiferencia hacia la distribución, ya que esta evaluación tiende a no considerar las desigualdades de la distribución de utilidades o bienestar generados, ya que sólo cuenta la suma total, con independencia de lo desigualmente o no que esté distribuída);
- 2) desinterés por los derechos, las libertades y otras cuestiones que no reportan utilidad; y
- 3) existen posibilidades de que las circunstancias adversas de privación social afecten las percepciones y elecciones de los individuos más desvalidos.

Desde esta clásica versión del utilitarismo de la Economía del Bienestar, los derechos de la salud no pueden integrarse ni como parte de un visión normativa, estableciendo el lugar que deberían ocupar los derechos de la salud, ni como teoría positiva, describiendo los alcances logrados en la evaluación de los sistemas de salud (Sen 1999).

Alternativas versiones del utilitarismo

La versión más estricta de la teoría libertaria se basa en una priorización absoluta de los derechos, fundamentalmente los derechos de propiedad o económicos. En este abordaje, Robert Nozick (1974) revaloriza en forma casi excluyente a los derechos económicos por sobre el resultado de las instituciones que lo respaldan y por lo tanto del resto de derechos y libertades generadas a gran parte de la sociedad. De esta forma, contrariamente al análisis utilitarista clásico, este enfoque más que consecuencialista se basa en condiciones o en determinados derechos (los económicos) como los

constitutivos de las instituciones. En esta versión un determinado modelo institucional se impone como válido, excluyente e incuestionable, independientemente del análisis de las consecuencias o resultados de su funcionamiento. Obviamente, en este caso, los derechos de salud con una naturaleza claramente diferente a la de los derechos de propiedad, quedarían excluidos como objeto analítico de este abordaje teórico.

En una interpretación más amplia de la Economía del Bienestar, se pueden identificar algunos desarrollos que intentan integrar conceptos valorativos más próximos a la realidad de las cuestiones sociales y en particular al sector salud. En este sentido, se deben incluir los conceptos de simpatía, externalidades y bienes meritorios como recursos analíticos de esta corriente teórica.

Simpatía representa el sentimiento que una persona siente por otra, de tal forma que el bienestar de una persona puede crecer o decrecer en función del estado de bienestar de otra. En este sentido, se puede reconocer que un comportamiento que está basado en simpatía tiene un sentido eminentemente egoísta (desde el marco teórico del utilitarismo), ya que una persona siente placer y por lo tanto mayor bienestar, en función del bienestar o pena de las otras personas. De esta forma, un comportamiento motivado por este fenómeno explica que las acciones de una persona para beneficiar a otras pueden obedecer al objetivo de búsqueda de mayor bienestar propio (Sen 2000).

El concepto de "Simpatía" se reconoce en términos de "externalidades". Más específicamente, como uno de los abordajes clásicos de la economía de la salud aplicados al Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, Culyer (1976) identificó en las externalidades a uno de los argumentos que fundamentaban al sistema público y universal.

En un primer abordaje, el análisis de las externalidades se restringe a la salud individual de los ciudadanos. En este sentido se reconoce que las personas no sólo están afectadas por el riesgo del nivel de infección de otras personas, sino por el mismo estado de salud de los otros. El argumento es simple. Los individuos están afectados por el estado de salud de las otras personas, ya que la mayoría de ellos requerirán de atención médica y por lo tanto el consumo de otros afecta la disponibilidad para el conjunto.

Es importante advertir que el acento de esta interpretación de las externalidades recae en la distribución y equidad del objeto analítico primario de la economía de la salud, los servicios de salud más que la salud de la población.

El argumento que desarrolla a la equidad desde una perspectiva basada estrictamente sobre los servicios de salud se vincula con aquellos antecedentes teóricos de la economía de la salud que destacan la noción de una mercancía como "bien meritorio". En este caso, el bien que adquiere esta característica puede reconocerse a partir de que la "élite" a cargo de las decisiones de asignación de recursos considera o valora que tales bienes podrían estar siendo sub-consumidos en caso de que su consumo dependa exclusivamente de la disponibilidad de pagar de los individuos.

Esta mirada tiene fundamentos que residen en los valores de un grupo de la población particular que podría considerarse como "élite", con mayor poder de influencia en el juicio, diseño e implementación de la configuración del Estado y las políticas públicas en particular. De esta forma, la caracterización de los bienes como "meritorios" en el sector salud podría representar el resultado tanto de los valores sociales así como de las condiciones sociales y políticas propias de cada escenario institucional perteneciente al sistema de salud bajo análisis (McGuire 1988).

Como antecedente de la visión de los bienes meritorios, una dimensión de la equidad en los sistemas de salud se puede reconocer en las consideraciones explícitas de los propósitos básicos del Sistema Nacional de Salud, en donde Lees (1962) refuerza la equidad en relación al consumo de los servicios

de atención médica. Gran parte de los fundamentos y premisas del S.U.S. en Brasil podrían ubicarse en la misma línea.

Sin embargo, a pesar de las aplicaciones generales entre el concepto de bienes meritorios y derechos de salud, dos limitaciones pueden reconocerse. En primer lugar, la definición de bienes meritorios pareciera ser muy ambigua, sin explicitación de los criterios a ser considerados para una evaluación de esta naturaleza. Al mismo tiempo, no permite establecer un vínculo entre derechos de salud y priorización (priority setting) en donde se establecería un orden o condiciones básicas en donde se podrían integrar a aquellos servicios o prestaciones que inevitablemente deberían participar en la categoría de bienes meritorios y por lo tanto, derechos de salud de la población.

En segundo lugar, el análisis de los vínculos entre simpatía y bienes meritorios debería ser profundizado, integrando no sólo 1) cuestiones valorativas, sino también 2) la caracterización de los actores identificados como sujetos de tales valores y preferencias, como así también 3) el enforcement, que permitiría identificar cómo se garantizaría la realidad (puesta en práctica) de tales reconocimientos valorativos.

Abordajes alternativos al utilitarismo económico

El desarrollo de corrientes alternativas al análisis económico tradicional no tiene ni un almacén único ni una coherencia integradora. Uno de los argumentos revalorizados por la literatura específica del sector salud se basa en el análisis de los supuestos de racionalidad del sujeto económico. Más concretamente, se reconoce la racionalidad limitada de los individuos en su relación con los servicios de salud. Una creciente producción heterodoxa desarrolla esta temática, incluyendo la noción de racionalidad limitada tanto en la demanda como en la producción misma de los servicios de atención médica (Báscolo 2002).

Como una aplicación especial, desde la teoría económica se enfatiza la consideración que los consumidores en este sector tienen una información limitada, lo cual dificulta comparaciones de bienestar tanto entre individuos como a través del tiempo. Sobre esta base se argumenta la necesidad de proponer un sistema de evaluación que se extienda más allá de las utilidades individuales exclusivamente, incluyendo al estado de salud como variable analítica a ser maximizada.

En este sentido, es interesante señalar unidades de medida y evaluación como los AVAC (Años de Vida Ajustados por Calidad) a partir de los cuales se miden las implicancias o consecuencias de intervenciones sanitarias o modelos institucionales de los servicios de salud. De esta forma, ya no serán las utilidades individuales las variables y unidades (subjetivas) a ser maximizadas, sino la selección de criterios objetivos vinculados con el estado de salud de la población. Cabe aclarar que los AVAC podrían servir como medida en donde sólo interesen las consecuencias de su suma agregada, o pueda representar un instrumento para describir la distribución de condiciones y consecuencias en el estado de salud de diferentes intervenciones sanitarias.

De todas maneras, en este abordaje se define el rol las instituciones (en este caso el sistema de servicios de salud) a partir de la búsqueda de sus objetivos. La restricción de la definición de la función y los objetivos del sistema de salud sólo en términos del mejoramiento del estado de salud de la población, excluye la posibilidad de considerar las implicancias de la complejidad de intereses, necesidades y relaciones entre los actores que integran las instituciones sanitarias. En esta visión, el poder debería participar como variable condicionante del contexto institucional que contiene el proceso de toma de decisiones de los servicios sanitarios.

Con respecto a los valores que subyacen en estos aportes, se incorpora como un nuevo concepto al “compromiso”, definido a partir de la elección de una persona eligiendo un acto que el individuo cree que producirá (o podría producir) un menor nivel de bienestar a esta misma persona, en comparación con una alternativa acción que también estuviese disponible a este sujeto. Esta situación viola una de las premisas del utilitarismo clásico, ya que los objetivos del agente económico no se restringen a su propio bienestar. En otras palabras, en este caso el agente económico elige por opciones que le darán niveles de bienestar personal menores que si hubiese elegido sólo considerando sus propios intereses (Sen 2000).

Este abordaje está basado sobre la motivación de comportamientos menos egoístas ya que el estímulo de los individuos podría apoyar o perseguir la equidad como objetivo social de los servicios de atención médica.

En este sentido, la perspectiva de Titmuss (1970) reside en la consideración del altruismo como ingrediente de la función social de bienestar social. En esta caracterización de la función social de bienestar social se considera que la sociedad moderna conlleva connotaciones morales con implicancias prácticas. En este argumento se reconoce una base del imperativo Kantiano, en donde la conducta de los individuos está condicionada por cierto “deber” de los individuos de “dar” u “ofrecer” a la sociedad. Una de las aplicaciones interpretativas más importantes del argumento de Titmuss reside en la observación del comportamiento de donaciones de sangre, en donde el comportamiento de los individuos no reside en búsqueda de beneficios individuales, sino en motivaciones que refuerzan un sentimiento basado en el “deber de dar” (Sen 2000).

Una interpretación particular del altruismo corresponde al análisis de la participación de Margolis (1982). En este caso se revaloriza especialmente la dimensión de la participación en los actos sociales como una fuente de generación de ganancias de utilidades individuales. De esta forma, además de una función de utilidad basada sobre la utilidad producida por el consumo individual de bienes, se revaloriza el proceso de participación como premisa de generación de bienestar. En esta visión, alejada del aspecto estrictamente consecuencialista, se destacan los procedimientos institucionales más que el producto de las utilidades generadas por el consumo individual de bienes y servicios. La aplicación de la visión de Margolis a los Derechos de Salud puede relacionarse a la posibilidad de introducir condiciones de participación social en el proceso de toma de decisiones del sistema de servicios de salud.

Desde perspectivas que destacan argumentos de la “Teoría de la Justicia” es posible relacionar más directamente los Derechos de Salud con la teoría económica, ya que se identifican en forma directa y explícita las prioridades que deberían considerarse como objetivos sociales. Si bien en los aportes teóricos de John Rawls se concede a algunos derechos fundamentales, tales como algunos derechos políticos y humanos como parte del principio de igual libertad (los cuales se presentan como restricción o premisas en el funcionamiento de las instituciones), su énfasis reside en la identificación de bienes primarios, como prioridades que deberían considerarse en la asignación social de los recursos (John Rawls 1997).

John Rawls (1997) distingue entre bienes primarios naturales (talento o condiciones particulares y originarias de salud, tales incapacidades) y bienes primarios sociales (entre los cuales se considera a las oportunidades de acceso a las posiciones sociales). Como jerarquía en la priorización de justicia, y en condiciones sociales de escasez (como en nuestros países subdesarrollados), se define la necesidad de maximizar la oferta de un mínimo del conjunto de los bienes primarios sociales. Si bien, los derechos de salud no se encuentran explícitamente definidos al interior de esta gama de bienes primarios, la teoría de la justicia de John Rawls (1997) podría servir de argumento para incluirlos como condiciones mínimas y necesarias para garantizar la libertad de las personas y la justicia y equidad en la asignación de los recursos. En este caso, la libertad tiene un significado asociado a la

posibilidad de acceso al conjunto de bienes primarios, que se consideran esenciales para garantizar equidad y justicia social.

En un abordaje similar, Sen (1999) destaca las relaciones entre libertades, derechos y capacidades. Sen señala que si el propósito es revalorizar las oportunidades reales del individuo para alcanzar sus propios objetivos, habría que tener en cuenta no sólo los bienes primarios que poseen las personas, sino también las características personales relevantes que determinan la conversión de los bienes primarios en la capacidad de la persona para alcanzar sus fines. La categoría que Sen utiliza para conceptualizar las cosas que una persona puede valorar hacer o ser, es la de "funciones".

De esta forma, las capacidades de una persona se refieren a las combinaciones de funciones que puede conseguir. En este caso, Sen revaloriza un significado de libertad que se relaciona con la capacidad de las personas para conseguir sus propias combinaciones de "funciones" (condiciones de vida). Más allá de la cuestión de cómo valorar las capacidades o libertades de las personas, en este trabajo nos referimos a la posibilidad de incluir a los derechos de salud como "funciones" que los individuos y las sociedades valoran. En este abordaje, los derechos de salud podrían considerarse como libertades instrumentales, tanto en términos de sus consecuencias (mejoramiento del estado de salud) como procedimentales (capacidad de participar y elegir la definición de sus propios Derechos de Salud).

El componente instrumental tiene significado al considerar que tales atributos (mejoramiento del estado de salud de la población y capacidad de participar de la institucionalidad del sistema de servicios de salud) se retroalimentan y alimentan el proceso de desarrollo de la sociedad como un todo.

Discusión y Conclusiones

Desde la teoría económica, el análisis de los Derechos de Salud ofrece varias perspectivas. Lejos de una visión uniforme y excluyente, la Economía de la Salud puede reconocerse en función del marco teórico utilizado. Generalmente, el objeto de análisis puede describirse vagamente como el sector salud, la salud de la población o el sistema de servicios de salud. En este trabajo, el objeto se centra sobre los derechos de salud, lo cual obliga a indagar el alcance y la capacidad interpretativa de cada oferta analítica de la salud como cuestión social más que como la transacción de una mercancía en el mercado.

Con el propósito de ordenar los rasgos sobresalientes de las propuestas teóricas se seleccionaron sus respectivas visiones de los valores y las instituciones.

La propuesta teórica de la Economía del Bienestar, basada en el utilitarismo destaca a las utilidades individuales como variables centrales y excluyentes que tomará la racionalidad de las elecciones de los agentes económicos en el marco de relaciones de intercambio comercial voluntario. Ninguna consideración de los derechos de salud tiene lugar en este marco teórico, ya sea en la consideración de los juicios valorativos, así como en las instituciones reconocidas como soporte de las relaciones de los actores involucrados en el sistema de servicios.

En una visión más cercana a la filosofía del utilitarismo, la definición de los bienes meritorios podría servir para incluir a los servicios de atención médica, en la medida que se reconozca que la disponibilidad a pagar como instrumento de asignación de los recursos podría generar condiciones de consumo, por debajo de las necesidades sociales de tales bienes y las utilidades agregadas producidas. En este caso, la intervención del Estado puede adquirir diferentes formas institucionales, a fin de garantizar el aseguramiento y/o la provisión de los servicios de salud como bienes meritorios.

En términos generales, el utilitarismo aborda la valoración de la inclusión de los servicios de salud en función de las consecuencias de las elecciones individuales, en términos de su suma agregada.

Contrariamente, los aportes de Novick (1974) revalorizan al mercado como institución excluyente, considerando a los derechos económicos con un rol absoluto más allá de las potenciales consecuencias sociales que generaría el funcionamiento pleno de los mercados como modalidad de asignación de recursos.

La visión del extra utilitarismo considera a los valores de los individuos no necesariamente egoístas (Sen 1999), con diferentes dimensiones o perspectivas de la equidad. En este sentido, la introducción del compromiso, sirve como una posible valoración de las personas frente a determinadas situaciones en donde las elecciones individuales (de asignación de recursos) pueden no necesariamente favorecer a los sujetos portadores de tales decisiones. Complementariamente, la introducción de criterios o mediciones objetivas de los resultados o consecuencias del proceso de asignación de recursos sirve para ofrecer una metodología alternativa a las utilidades individuales y subjetivas. En este abordaje las consecuencias serán medidas a través del mejoramiento del estado de salud de la población, ajustado por su calidad de vida. Sin embargo, hasta este punto nada define criterios o premisas distributivas, garantizando un Derecho de la Salud para la población en su conjunto.

Con el propósito de avanzar en los aspectos de equidad se introducen la teoría de la justicia de J. Rawls, y la teoría de la libertad y las capacidades del A. Sen. En el primer caso (Rawls 1993), los derechos de la salud podrían considerarse como derechos al seguro o al acceso de servicios de salud. De esta forma, se pueden reconocer a los derechos de salud como bienes primarios sociales, los cuales deberían ser garantizados para el conjunto de la población. En todos los casos, la selección de las alternativas institucionales, comparando sistemas de servicios de salud, tendría que basarse en la consideración de las consecuencias para los más necesitados socialmente. La definición de un paquete mínimo de servicios y la garantía de su provisión para toda la población pueden ser interpretados como resultado de este abordaje.

En el abordaje de Sen (2000), se destaca la relevancia de la equidad en toda su perspectiva, alterando cuestiones esenciales que atañan a la visión más tradicional del utilitarismo. En este caso, su enfoque práctico ofrece la posibilidad de definir y comparar capacidades específicas, a partir de la selección de un determinado aspecto social como unidad de análisis. En este punto, los derechos de la salud podrían constituirse en una cuestión de interés como trazador de relevancia para caracterizar la calidad de vida de la población, la justicia social, la condiciones de desarrollo, o como criterio de evaluación de desempeño de los sistema de servicios de salud. Como complemento a los aportes de J. Rawls, el análisis de Sen permite articular más operativamente la aplicación de la relación entre capacidades, libertad y desarrollo al campo de la salud, brindando argumentos para el diseño de sistemas de salud en donde los Derechos de la Salud participen como premisas de las instituciones sanitarias al servicio tanto de la justicia social, como del desarrollo de la sociedad en su conjunto.

Sin embargo, es necesario reconocer que la Economía de la Salud, como disciplina con capacidad de producción científica, tanto en el estudio aplicado como en su desarrollo analítico, se recuesta mayoritariamente en términos de una especialización de la Economía del Bienestar, con preocupaciones focalizadas en la eficiencia y excluyendo una dimensión que recupere los Derechos de la Salud, tanto en términos institucionales (derecho a participar en las decisiones sanitarias) como en las implicancias que las mismas tienen sobre el estado de salud de la población.

Si bien los aportes extra utilitaristas permiten definir criterios, metodologías e interpretaciones de situaciones concretas, la posibilidad de lograr una integración de los Derechos de la Salud como aspecto importante de la problemática de la agenda de la Economía de la Salud exige un largo camino. Ya que los valores y las instituciones pueden significar los aspectos que sostienen el armazón tradicional, la discusión de sus roles y sus vínculos en la problemática de la equidad del

sector salud constituyen un sentido obligado como base de desarrollo de esta agenda de investigación y análisis.

Bibliografía

Arnsperger C. y Van Parijs P. (2002), "Ética económica y social. Teorías de la Sociedad Justa". Paidós Estado y Sociedad. Barcelona. Buenos Aires. México.

Culyer, A. J. (1976), *Need and the National Health Service*, Oxford, Martin Robertson.

Culyer, A. J. (1980), *The Political Economy of Social Policy*, Oxford, Martin Robertson.

Culyer (1981), "Health, Economics, and Health Economics" In van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds) North-Holland Publishing Company.

Culyer, A. J., Maynard, A. K. and Williams (1981), 'Alternative systems of health care provision: an essay on moes and beams, in Olson, M. (.), *A new Approach to the Economics of Health Care*, Washington, American Enterprise Institute.

Espino J. A. (1999), *Instituciones y Economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. Fondo de Cultura Económica. México.

McGuire, A, Henderson J. And Mooney G. (1988), *The Economics of Health Care. An Introductory Text*. London And New York. Routledge.

Margolis, H. (1982), *Selfishness, Altruism and Rationality*. Cambridge, Cambridge University Press.

Nozick (1974), *Anarchy, State and Utopia*. New York.

Rawls, A (1997), "Teoría de la Justicia". Fondo de Cultura Económica. Madrid.

Rawls, A (1993), *Political Liberalism*, Columbia University Press, Nueva York.

Samuelson, P. A. (1947), *Foundations of Economic Analysis*, Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Sen A. (2000), *Desarrollo y Libertad*. Buenos Aires. Planeta.

Comentarios

Laura Lima Quintana

El trabajo presentado resulta de especial interés por su posibilidad de cambiar las fronteras de los temas que aborda la Economía de la Salud y, es necesario reconocer, que explora aspectos difíciles y sutiles de la teoría económica ya que no hay salud disponible en el mercado y su producción es bastante misteriosa. Estas dos apreciaciones podrían marcar ciertas limitaciones de la teoría económica para el abordaje de su aplicación a los derechos a la salud.

Tal vez subyace, todavía, una fuerte relación entre la salud y la asistencia médica (sanitaria). Esta última es vista, en la bibliografía actual de economía de la salud, como un componente de la salud que no es el único ni el más importante.

El trabajo despierta varios intereses que invitan no sólo a la reflexión sino también a activas investigaciones. Aquí van las primeras preguntas que surgieron con la lectura:

- ¿Qué definición de salud tomamos?
- ¿Significa lo mismo para todos el derecho a la salud?
- ¿Si existe el derecho a la salud, es posible culpar a alguien por su ausencia?

Intentar responder a estas preguntas supone revitalizar viejas paradojas asociadas a la salud. V. Ortún menciona en su libro "La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones que: *"...la creciente comercialización de algunos servicios sanitarios y la atención de los medios de comunicación, morbosa en ocasiones, a los problemas de salud contribuyen a la creación de un clima de aprensión, inseguridad y alarma acerca de la enfermedad..."*

Estas y muchas otras variables dificultan encontrar una definición de salud que permita unificar los criterios y responder la segunda pregunta.

No cabe duda que hay que intentar avanzar en estos aspectos para que los aportes de la economía puedan concretarse en el sentido esperado. Es posible que mirar el desarrollo de las políticas de salud y de las instituciones desde una perspectiva histórica puede ayudar a delimitar los problemas y a distinguir a los verdaderos de los falsos.

En esta tónica Evans³ nos advierte que *"...la forma de encarar un problema determina los tipos de evidencia a los cuales se les concede peso y aquellos otros que no se toman en cuenta..."*. El comentario citado de Evans da lugar a todo el abanico de opciones analíticas desarrolladas tanto por los economistas estrechos como por los comprensivos como él mismo los clasifica.

A esta altura de los comentarios se pueden mencionar las preguntas que surgieron posteriormente:

- ¿Es diferente la definición de salud que utilizan las distintas escuelas económicas cuando delimitan los problemas a abordar?

³ R. G. Evans y G. L. Stoddart, Producir salud, consumir asistencia sanitaria - Cap. 2 de ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?

CEDES

- ¿Cuáles son los temas relacionados con el bienestar que dejan afuera las distintas escuelas porque no los consideran problema dada la insuficiente presión de oferentes y/o demandantes?

- ¿Es posible establecer y determinar en forma democrática los derechos a la salud?

Si la última pregunta fuera positiva, la economía de la salud podría desarrollar instrumentos adecuados, al menos, para evaluar el desempeño de los sistemas o instituciones responsables del cumplimiento de este derecho.

Por el momento la economía de la salud tendrá que abordar además de los temas cercanos a la salud (derecho a un conjunto de bienes y servicios para su protección y capacidad adecuada para su producción), temas vinculados con la asignación y gestión de servicios asistenciales (consumo de atención médica como mercancía). En definitiva, estos temas no son excluyentes y ambos son parte del campo de aplicación de la teoría económica.

Por último, es de esperar que, aún existiendo un derecho a la salud amplio y operativo, subsistan las tensiones en la asignación de los recursos que se expresarán en cuánto dejar en decisiones colectivas (capacidad y predisposición para pagar impuestos y cuánto en las decisiones individuales (poder de los que buscan menor presión tributaria).

Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sanchez de Bustamante 27
1173 – Buenos Aires – Argentina
Teléfonos (54 11) 4861-2126 / 5204
Fax (54 11) 4862-0805
www.cedes.org