
El informe económico de los asesores del presidente Reagan o ¿cómo legitimar la reducción del gasto en salud?

Enrique Rajchenberg

Ya se ha convertido en un lugar común reiterar que las corrientes neoliberales postulan la reducción del gasto social o de todo aquel que no redunde positivamente en la rentabilidad de la inversión capitalista. En esa perspectiva, el gasto en defensa que permite la emergencia de nuevos espacios de valorización o la transferencia de capitales de un sector productivo a otro con más altas ganancias, como la fabricación de armamentos, resulta preferible al gasto en salud. Relativamente novedosa, en cambio, resulta la modalidad de legitimar dicha disminución. Por lo demás, no se trata únicamente de recortar el gasto estatal, sino de intentar bajar el monto erogado socialmente para remunerar los distintos servicios y específicamente el de salud.

El Informe Económico de 1985 de los asesores de Ronald Reagan se inscribe en el contexto de la propuesta mencionada. El capítulo cuarto de dicho informe aborda específicamente la problemática de salud y de los cuidados médicos; con prodigalidad de datos acerca del costo, "sopordado" por la sociedad norteamericana, de los servicios de salud, muestra los incrementos registrados en esa asignación de recursos financieros públicos y privados.

El área de la salud forma parte del conjunto de actividades de las que el Estado reaganiano pretende retraerse o por lo menos disminuir su presencia. El informe de Ronald Reagan señala en uno de sus párrafos finales: "El Gobierno Federal tiene únicamente algunas responsabilidades económicas importantes". Y prosigue: "...Una intervención federal adicional es a menudo más una parte del problema que una parte de la solución". La solución estribaría en "reducir las actividades menos importantes del Gobierno Federal", a fin de que "los particulares, las instituciones privadas, el Estado y los gobiernos locales tengan mayor libertad para alcanzar sus propios intereses".

Es preciso recordar que en los Estados Unidos el sistema de salud es en gran medida una industria privada, sometida a los procesos corrientemente observados en todas las demás ramas de la economía donde operan capitales particulares. En ese sentido, la monopolización del mercado por grandes conglomerados hospitalarios ha provocado la reconversión de los pequeños sanatorios en moteles o bien su quiebra. Asimismo, se ha desarrollado una estrategia por diversificar el origen de las ganancias, de modo que los capitales más concentrados se desplazan hacia actividades

igualmente rentables de la misma industria de la salud. Las compañías aseguradoras venden pólizas para cubrir los costos de atención médica de los particulares, aunque las más de las veces las empresas pagan una parte del costo del seguro de sus asalariados. Por lo tanto, el intento de reducir los costos de la atención médica corresponde al de disminuir los costos salariales y, por supuesto, al de aliviar el déficit fiscal del Estado norteamericano por la vía del decremento del gasto público en salud.

1. La magnitud del gasto en salud y de la preocupación reaganiana

Entre 1965 y 1983, esto es, en el lapso de casi veinte años, el gasto en salud ha pasado de constituir el 6.1% del PNB al 10.8%. Algunos observadores predicán que alcanzará el 12% para fines del decenio.

La distribución del gasto en salud según el origen público o privado de los fondos que remuneran los cuidados de salud ha variado considerablemente durante el período mencionado. Los pagos con fondos privados se multiplicaron por aproximadamente 7; aquellos que se realizaron con fondos gubernamentales lo hicieron por 13. Consecuentemente, el porcentaje que cada una de las aportaciones representaron en el total nacional del gasto en salud se modificó: en 1965, los fondos privados constituían el 73.8% del total y los gubernamentales, el 26.2%. Este último porcentaje aumentó, disminuyendo por consiguiente el primero, hasta 1980, año a partir del cual se reduce: 42.6%, 42.1% y 41.9% durante 1981, 1982 y 1983, respectivamente. Los programas Medicare (consagrado a las personas de edad avanzada) y Medicaid (seguro de salud para pobres) son "responsables" del 61% del gasto gubernamental en salud y del 90% del federal en el mismo rubro.

Ahora bien, los cuidados hospitalarios, los servicios médicos y los cuidados de enfermería a domicilio representan cerca del 70% del gasto

de denuncia de la realidad sanitaria y redactados en los setenta. Una de estas semejanzas nacional en salud. Los primeros representaron en 1983 el 52% del gasto en salud efectuado con fondos gubernamentales.

Los niveles alcanzados por estos ítems explican, como veremos posteriormente, por qué la estrategia de disminución del gasto en salud se encamina específicamente a modificar la importancia de aquellos en el total de gastos en salud.

2. ¿De qué se mueren los norteamericanos? según los asesores del Presidente: la recuperación del discurso radical.

En ortodoxo acuerdo con la tradición de las corrientes sociológicas norteamericanas, en el informe en cuestión, el estudio de la distribución de la mortalidad procede a verificar sus variaciones según edad, sexo y raza. Señala al respecto:

La causa principal de muerte para blancos y negros de ambos sexos menores de 15 años son los accidentes. De hecho, los accidentes son la causa principal de muerte en los menores de 45. De los 15 a los 24 años, los accidentes son causa primordial de muerte en los blancos, mientras que los homicidios lo son en los negros. El cáncer es la principal causa de muerte entre las mujeres negras entre los 25 y 44 años de edad y entre las mujeres blancas entre 25 y 64 años. Después de los 65 años, las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte.

Estos datos permiten a los redactores del informe concluir:

"El papel dominante de los accidentes y de los homicidios demuestra claramente que los factores conductuales juegan, en extremo, un importante papel en la mortalidad".

De hecho, los "factores conductuales" serán la piedra de toque de la justificación de la política de salud del Estado norteamericano ya que pasarán a explicar no sólo la mortalidad en los grupos más jóvenes, sino la mortalidad general.

Al leer algunos párrafos del informe, sorprende la enorme similitud que guardan con ciertos análi-

consiste en la evaluación de la incidencia de los cuidados médicos sobre los niveles de salud. “¿Más cuidados médicos producen mejor salud?”, interroga el informe. La respuesta negativa se apoya en investigaciones que “indican que las diferencias de mortalidad y enfermedad entre los estados o regiones de los Estados Unidos no pueden ser explicadas por diferencias en la distribución de los recursos consagrados a los cuidados médicos”.

La semejanza del informe con las propuestas progresistas finaliza en este punto, puesto que en éstas la descalificación, en ocasiones abusiva, de la medicina en lo relativo a la mejoría de las condiciones de salud se debía a un cuestionamiento global de las estructuras sociales cuya transformación devenía requisito del trastocamiento del perfil epidemiológico.

Los asesores del Presidente se encaminan por una vía radicalmente distinta. El cigarro, el consumo de alcohol y la dieta son puntales de la salud en esta perspectiva. Los tres factores de riesgo identificados como los mayores determinantes de riesgo de muerte son el fumar, el colesterol y la presión sanguínea. La conclusión ofrecida en términos escuetos parece no requerir mayor explicación para los autores: “Estos factores están influenciados por el estilo de vida de las personas. (...) La evidencia demuestra que la gente puede mejorar su salud si adopta estilos de vida saludables”.

Considero superfluo llevar a cabo una crítica en torno a la sugerencia de los asesores de la posibilidad de cambio individual del estilo de vida, aunque las consecuencias políticas de dicha afirmación son relevantes. La discusión acerca de la vida cotidiana, de la reproducción de la fuerza de trabajo, etc. ya se ha encargado de demostrar que el “estilo de vida” no corresponde a una opción individual de vida, sino a un conjunto de prácticas colectivas socialmente estructuradas.

Empero, dos observaciones son pertinentes. En primer lugar, no se trata exclusivamente de conocer e informar acerca de los efectos tóxicos del cigarro, por oportuno, sino de interrogarse ante todo por qué el cigarro se ha convertido en objeto de consumo. Indudablemente, los asesores prefieren guardar silencio con respecto a esta cuestión puesto que Reagan recibió gran apoyo, durante su primera campaña presidencial, de los tabacaleros del estado de Virginia a quienes manifestó que el Estado tenía preocupaciones más importantes que las relativas al hábito de fumar.

En segundo término, resulta inadmisibles el ocultamiento de los estragos sobre la salud de los trabajadores, aunque también de la comunidad en general, derivados del uso de una multitud de sustancias químicas en la industria. Del mismo modo, sería preciso inquirir acerca del porcentaje de accidentes laborales en el total de accidentes mortales acaecido en el grupo de menores de 45 años. La omisión es obvia. El problema no sería, entonces, el de los estilos de vida personales, sino el de las condiciones de trabajo que imponen modalidades de desgaste y donde la voluntad individual, aun férrea, de modificar hábitos no adquiere ninguna significación, a menos que se adopte la caduca tesis del factor humano para la explicación de la accidentabilidad laboral.

Una de las pruebas aportadas por los primeros críticos contemporáneos de los sistemas de salud capitalistas acerca de la irracionalidad del gasto en este renglón consistió en demostrar que en algunos países el 50% de dicho gasto se consagra a pacientes que tienen menos de un año de sobrevida. El informe comenta al respecto: “En 1978, el 28.2% del presupuesto total del programa Medicare fue gastado en pacientes durante su último año de vida quienes representaron el 5.2% del total de los beneficiarios”. Sin atreverse a inmiscuirse en cuestiones de orden ético-moral (“por hallarse fuera del campo de la economía”), el informe

sugiere incentivos fiscales para aquellas familias que en lugar de remitir a sus parientes a una institución hospitalaria se encarguen de él en su domicilio.

3. La recetas para reducir el gasto en salud.

Si bien los cuidados de salud constituyen una industria en los Estados Unidos, se impone, en la óptica comentada, una era de racionalización del consumo de los servicios de salud. El problema no sería el de mercantilizar la salud, fenómeno ya verificado, sino el de inducir la legalidad mercantil en la compra y uso de dichos servicios, aunque la propuesta no deje incólume la propia producción de los cuidados:

En otras industrias, el principio de la soberanía del consumidor es generalmente la mejor guía para determinar cuántos recursos tendrían que ser asignados a la industria. ¿Por qué no aplicar este principio a la industria de cuidados médicos?

El objetivo de estos propósitos consiste en usar los mecanismos del mercado para determinar tanto el nivel de los gastos en cuidados médicos como su asignación entre los diferentes servicios.

En otras palabras, el monto de los recursos consagrados a salud y su distribución entre los diversos niveles de atención deja de estar basado en las investigaciones epidemiológicas y devienen una función de las "preferencias" del consumidor, vale decir de su capacidad de compra.

En la misma dirección de imponer la racionalización a la industria de la salud, el informe destaca las virtudes de la competencia entre empresas proveedoras de servicios así como los peligros de la concentración. De todos modos, en la medida en que la guerra entre capitales se entabla y una de las batallas decisivas es la que concierne a los precios, los capitales más concentrados, aquellos que se integran vertical u horizontalmente despla-

zan a los "incapaces". Generalmente, las políticas gubernamentales que postulan las bondades de la competencia son promotoras de la monopolización económica.

4. La legitimación de la austeridad del gasto en salud.

En contra de aquellos que han postulado que el monetarismo friedmaniano o la teoría económica de la oferta constituyen el equivalente para la crisis actual de lo que representó el keynesianismo durante la década de los treinta, se ha demostrado en múltiples ocasiones que en el primer caso asistimos a una contrarrevolución económica; por ende, no presenciamos ninguna aportación original al campo de la ciencia económica, sino la profundización de añejas tesis políticamente conservadoras.

El neoliberalismo aplicado al campo de la salud no es ajeno a esta observación, aunque sus consecuencias políticas son tan graves como lo son sus recomendaciones en relación a otras áreas de la intervención estatal.

En los textos académicos más cínicos de economía de la salud, el cálculo del precio de la vida no debe justificarse, sino únicamente estar precedido por la aclaración de que hay que superar la idea de que la vida no tiene precio, en virtud de que el cálculo económico no conoce fronteras. En un documento político, como el informe comentado, el mismo argumento no puede ser sostenido. En este contexto, la disminución del gasto en salud o en general su racionalización debe ser legitimada. El objetivo es logrado fundamentando dicha reducción en el hecho de que la salud es una responsabilidad individual, estaría determinada por el estilo de vida que cada persona adopta.

La gravedad del argumento no radica tanto en su falsedad, aun si puede ser creíble en una sociedad basada en el individualismo y en la ideología del éxito, sino en la conversión de la salud en un asunto privado. En consecuencia, el terreno de la

salud deja de ser esfera pública, política y es tratado como cualquier sector de la actividad económica. Se reafirma, de esta manera, el adagio monetarista de que la economía funciona mejor

cuanto menos interviene en ella la política. El desmantelamiento del Estado-benefactor opera en esa dirección.

Abril de 1986.

