

## UN NUEVO MARCO CONCEPTUAL PARA LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Carlos Parodi Trece

### RESUMEN

El diseño adecuado de las políticas sociales supone "tener en mente" un marco de referencia teórico que posibilite su implementación práctica. El objetivo del presente artículo es proporcionar algunas ideas al respecto, poniendo énfasis en el aporte de las herramientas que brinda la teoría económica al sector salud. La utilidad de este marco está en acercar a los profesionales de la salud y a los economistas.

### ABSTRACT

Designing adequate social policy involves "bearing in mind" a theoretical reference framework that enables its to work in practice. The aim of this article is to air a number of ideas on the subject, with an emphasis on the input of tools that provide economic theory applicable to the health sector. The usefulness of such a framework is that it provides a meeting ground for health specialists and economists.

### I. Generalidades

La economía de la salud no ocupa un lugar intermedio entre la economía y la medicina, sino que es una de las múltiples ramas de la economía; como tal, usa criterios y herramientas que también son aplicables a otras ramas. Inclusive, puede afirmarse que no hay un solo concepto económico propio de la economía de la salud<sup>1</sup>.

Por ejemplo, el punto de partida es el reconocimiento de la escasez de recursos. Ante ello, independientemente de quién produzca los "cuidados de salud", deben hacerse elecciones en el siguiente sentido:

1. Si los cuidados de salud son producidos por el sector público, entregar más recursos al sector salud implica otorgarle menos a otro como, por ejemplo, la educación. Esto significa que los recursos tienen un costo (llamado de oportunidad), por lo que, dado el monto asignado, debe obtenerse el máximo provecho y ello supone producir al menor costo posible.

2. Alternativamente, si son producidos por el sector privado debe pensarse: ¿cuánto rendirían los mismos recursos utilizados en otro fin?

En segundo lugar, existen tres elecciones básicas que determinan la organización de los servicios de salud (al igual que en cualquier otro sector de la economía):

1. El monto a ser asignado a salud y la composición de ese gasto.
2. El mejor método para producir servicios de salud. Esto implica escoger el monto de capital y equipo con relación a la cantidad y tipo de trabajadores en la provisión del servicio.
3. El método de distribución de los servicios de salud entre los distintos grupos de la población.

Las dos primeras elecciones se vinculan con la eficiencia económica, mientras que la tercera se vincula con la equidad. Es importan-

te mencionar que un supuesto básico, para la aplicación del análisis económico en la toma de decisiones, es que deben existir alternativas; si hubiera sólo una alternativa posible no existiría problema económico.

Sin embargo, la organización de los servicios de salud no es el único factor que determina el "estado de salud". La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades. Desde esta perspectiva, bastante amplia, puede entenderse a la salud como sinónimo de bienestar; por eso, el estado de salud en un momento determinado depende no sólo de los cuidados médicos, sino también de variables como: el saneamiento básico, la educación, la nutrición, la vivienda, entre otras. Esto es muy importante porque a menor nivel de ingreso del país, las enfermedades se asocian más con problemas de saneamiento básico, nutrición, etc. Además, un país con una alta tasa de mortalidad no necesariamente implica servicios de salud deficientes, sino que la causa última puede estar en los demás factores.

Entonces, en lo que sigue no se estudiará al bienestar en sí mismo, dado que no es lo que se transa en el mercado, sino la industria de cuidados médicos o simplemente cuidados de la salud. En el capítulo II se analizarán las principales características del mercado de cuidados médicos, enfatizando sus diferencias con lo que los economistas consideran como modelo de mercado ideal: el de competencia perfecta, las cuales se sintetizan en el capítulo III.

En el capítulo IV se plantean las alternativas para organizar un sistema de salud, diferenciando sus funciones, lo cual nos lleva a analizar los mercados de seguros de salud (capítulo V) con todas las dificultades que ellos suponen. En el penúltimo capítulo se explican los principales instrumentos para controlar los costos en el sector para, finalmente, en el capítulo VIII establecer los principales aportes que el análisis económico puede realizar al sector salud. La idea es que los sistemas de salud

pueden enriquecerse con el aporte de herramientas simples de la economía.

## II. Características del mercado de cuidados médicos

El mercado de cuidados médicos es distinto de los demás mercados, sus características definen un conjunto de particularidades muy especiales. En términos generales, éstas son las siguientes:

### Naturaleza de la demanda

No es estable, a diferencia, por ejemplo, de la demanda por alimentos o vestido; por el contrario, es irregular e impredecible. Si dejamos de lado los servicios preventivos, los cuidados médicos sólo brindan satisfacción ante una enfermedad; es decir, ante una desviación del estado normal de una persona. Es cierto que las personas poseemos algunos grados de libertad para alterar nuestros riesgos pero, a pesar de ello, la enfermedad de todos modos puede abatirnos contra nuestra voluntad<sup>2</sup>.

Esta aleatoriedad nos lleva a pensar que la demanda por servicios médicos está asociada con una probabilidad relativamente alta de disminuir nuestra integridad personal. Por ello, existe un riesgo de muerte o de incapacidad parcial o total para desarrollar nuestra capacidad para generar ingresos (en otras palabras, dejar de trabajar o hacerlo en inferioridad de condiciones). Puede argüirse que lo mismo es válido para la alimentación, pero este problema puede solucionarse con un mayor ingreso; sin embargo, ante una enfermedad, no necesariamente un mayor ingreso es la solución. Entonces, la enfermedad no sólo implica un riesgo, sino un riesgo muy costoso.

### Comportamiento esperado de los médicos

Esta característica es la que se nota frecuentemente en los cuidados médicos. El con-

sumidor (en este caso, el paciente) tiene dificultades para evaluar el servicio recibido. Normalmente, los consumidores no conocen las consecuencias de los distintos tratamientos médicos; ni siquiera pueden diagnosticar qué tipo de tratamiento necesitan. Por eso se establece una relación de confianza entre el paciente y el médico, el primero espera que el comportamiento del segundo esté guiado por el interés del paciente.

Esto se origina en lo que la literatura económica denomina **asimetrías de información**: el volumen de información con que cuentan proveedores y consumidores no es el mismo. Normalmente, dada la naturaleza compleja de las acciones de salud, lo único que percibe el paciente es la ausencia de salud, pero no conoce la naturaleza y alcance de sus necesidades ni menos los medios para satisfacerlas. Sólo los profesionales de la salud cuentan con esa información, lo que les brinda una mayor capacidad negociadora. De esta forma, el paciente no decide ("no demanda") el tratamiento que va a recibir; en lugar de ello, selecciona a un médico quien es el que toma la decisión. En otras palabras, **como el paciente no tiene el conocimiento suficiente delega la autoridad al médico, quien toma la decisión por él.**

Dada esta realidad, el médico cumple un doble rol: por un lado, actúa en el interés del paciente y, por otro, en función de su propio interés, como un oferente del servicio. Por eso puede **inducir demanda** y hacer que el paciente acuda a él tantas veces como lo solicite; por ejemplo, dada la reducida información del paciente, el médico puede recomendarle que acuda a su consultorio todas las semanas para ver si el progreso es satisfactorio o no. Esto tiene un correlato empírico pues se ha observado que, junto con el incremento en el número de médicos en determinadas áreas, han aumentado tanto el precio como la cantidad de servicios médicos<sup>3</sup>. En resumen, se argumenta que los médicos tienen la capacidad de producir directamente demanda de sus servicios; la hipótesis de la "capacidad de inducir" afirma

que los médicos producen demanda por sus propios servicios<sup>4</sup>.

### Producto incierto

El resultado del tratamiento de una enfermedad tiene un alto componente de incertidumbre. La recuperación total es difícil de predecir y ésta, dada la asimetría de información, es mayor aún en el caso de los pacientes.

### Naturaleza de la oferta

Es obvio que para poder ejercer la medicina es necesario tener una acreditación; normalmente ésta la brindan los Colegios Médicos. Además, el costo de la educación médica usualmente es alto y el tiempo de estudios es mayor que en otras profesiones. Estos dos factores actúan como una restricción a la oferta.

### Política de precios

En el mercado de cuidados médicos es usual la discriminación de precios a partir del nivel de ingresos (en el extremo, es gratuita para los pacientes indigentes); aquí, cabe mencionar la existencia del pago directo por el servicio (*fee for service*) y como alternativa los sistemas de pre-pago (que incluyen los mercados de seguros de salud).

### III. El mercado de cuidados médicos y el análisis económico

Cuando un economista analiza el comportamiento de un mercado usa como patrón de comparación al mercado de competencia perfecta, pues éste origina resultados socialmente óptimos. Por eso, "para que el mercado funcione bien", se examina qué tanto se aleja el mercado analizado (en este caso, el de cuidados médicos) de la competencia perfecta que, teóricamente, logra la eficiencia<sup>5</sup>.

El modelo competitivo conduce a asignaciones de equilibrio que son eficientes desde el punto de vista de Pareto; es decir, son

asignaciones en las que no se puede mejorar a nadie sin empeorar a otro. Esta noción es recogida por el primer teorema del bienestar, el cual sostiene que "todo equilibrio competitivo es Pareto-óptimo". Sin embargo, ésto no alude al deseo de una determinada asignación. Aquí entran en juego juicios de valor, pues puede preferirse una asignación a otra a sabiendas que algún grupo de individuos esté empeorando, siempre y cuando la mejora que reciben otros individuos más que compense el deterioro causado a los primeros.

Las asignaciones eficientes, en el sentido de Pareto, no nos dicen nada con respecto de la distribución de ingresos resultante: puede ser que un grupo muy pequeño de la población tenga gran parte de la riqueza y la mayoría viva en condiciones de pobreza. Esto sería eficiente (pues la única forma de mejorar a los pobres es empeorando a los ricos), pero no equitativo.

En este punto se introduce el segundo teorema del bienestar que sostiene que si no estamos de acuerdo con la distribución de ingresos resultante, no se necesita abandonar el mecanismo de mercado; todo lo que se requiere es redistribuir la riqueza inicial y dejar el resto al libre mercado. Por lo tanto, todas las asignaciones Pareto-eficientes pueden lograrse con el mecanismo de mercado. En este sistema, todas las decisiones de producción y consumo son llevadas a cabo por los distintos individuos que conforman la economía.

Sin embargo, existen dos conjuntos de razones que justifican la intervención del Estado en ciertos mercados y que impiden lograr la eficiencia que sugiere el mercado libre.

1. **Fallas del mercado:** Aquí se encuentran los monopolios naturales (cuando resulta más barato que una empresa ofrezca el bien que un conjunto de ellas), los bienes públicos, las externalidades, la ausencia de mercados completos y las fallas de información. El mercado de cuidados médicos presenta varias de estas fallas: asimetrías

de información (el proveedor maneja más información que el paciente), externalidades (la presencia o ausencia de enfermedades transmisibles en una persona afecta el bienestar de otras), competencia imperfecta entre los oferentes, falta de difusión de adecuada información con respecto a los cuidados preventivos, monopolios naturales (en el caso de los hospitales), etc.

2. **Problemas de equidad:** Una distribución desigual de ingresos atenta contra la equidad. El mercado privado de cuidados de salud puede ser eficiente (lo que es improbable por las fallas mencionadas) pero, aún así, puede no proveer del servicio a la gente que no tenga dinero para pagar los tratamientos. Como la salud se considera un bien meritorio (en el sentido que su provisión debe ser alentada y difundida con relación a los demás bienes), se abre el espacio para el gobierno.

La idea clave está en que el mercado de cuidados médicos se aleja del mercado competitivo. Las características usuales del mercado de competencia perfecta se presentan en el cuadro siguiente, en el cual se hace la comparación con el mercado de cuidados médicos.

Todo lo reseñado implica que los mercados de cuidados médicos se comportan de forma distinta que los mercados competitivos. Por ejemplo, la teoría competitiva predice que un aumento en el número de médicos disminuirá el precio de los servicios médicos; la realidad contrasta con este hecho, probablemente, por la existencia de una demanda inducida (como se vio en el capítulo II, la oferta de médicos puede crear su propia demanda). Este tipo de dificultades sugiere la necesidad de la presencia del Estado, no necesariamente como proveedor directo, pero sí como regulador. A continuación se analiza esto con más detalle.

### DIFERENCIAS ENTRE EL MERCADO DE COMPETENCIA PERFECTA Y EL MERCADO DE CUIDADOS MÉDICOS<sup>6</sup>

MERCADO COMPETITIVO	MERCADO DE CUIDADOS MÉDICOS
Muchos proveedores	Limitado número de proveedores
Firmas maximizadoras de beneficios	La mayoría de hospitales no tienen ese objetivo
Producto homogéneo	Producto heterogéneo
Información perfecta	Asimetrías de información
Pago directo por parte de los consumidores	Los pacientes sólo cubren una fracción de los costos (por la existencia de seguros)

#### IV. Organización de un sistema de salud

La organización de un sistema de salud implica diferenciar, en primer lugar, las funciones de producción y financiamiento; del mismo modo, es imprescindible definir los mecanismos de propiedad y asignación de recursos con los cuales va a operar el sistema.

La producción de servicios de salud puede ser realizada por entidades de propiedad pública, privada o mixta. Esta producción implica el uso de distintos recursos (trabajo, equipamiento, insumos, infraestructura, etc.) que tienen un costo y, por lo tanto, deben ser financiados.

El financiamiento de los mencionados costos puede estar en manos del Estado (es decir de los contribuyentes, a través de los impuestos) o de particulares. Simultáneamente, el financiamiento de la salud puede suponer cobros directos al usuario o pagos periódicos no relacionados directamente con los episodios de enfermedad (a través de un seguro de salud), o una combinación de ambos.

Como puede notarse, a partir de estas funciones nacen distintos sistemas de salud resultantes de combinar las distintas formas de propiedad con los diferentes medios de financiamiento.

En segundo lugar es necesario definir cómo se van a asignar los recursos productivos; aquí existen dos alternativas polares: usar al mercado (mecanismo descentralizado) o al Estado (mecanismo centralizado), o una com-

binación de ambos. Entre los dos extremos (pero tendiendo más al sistema descentralizado) se encuentran dos opciones:

1. **Mercados internos**, que tienen como objetivo aislar las funciones del comprador y proveedor del gobierno, estimulando la competencia entre los proveedores estatales y potenciales proveedores privados.
2. **Competencia pública**, que consiste en permitir al usuario escoger libremente entre los proveedores, relacionando el presupuesto de un proveedor con el número de pacientes que éste atrae.

Esto último es interesante porque plantea la introducción de subsidios a la demanda de salud<sup>7</sup>. En general, un subsidio busca transferir recursos a las personas para que éstas accedan a ciertos bienes o servicios que la sociedad considera necesarios y que por sus propios medios no pueden alcanzar. Nótese aquí la noción de bienes meritorios y de equidad, discutidos en el capítulo II. Los subsidios pueden aplicarse a la demanda o a la oferta.

El **subsidio a la demanda** consiste en que el consumidor recibe un aporte para pagar su sistema de salud y decide, libre y soberanamente, a qué institución se dirigirá para adquirir el producto o servicio requerido. Así, la persona subsidiada posee la capacidad en el momento de negociar con el proveedor para exigir la mejor calidad en el servicio recibido.

Por su parte, el **subsidio a la oferta** entrega los recursos directamente al productor del bien para que el producto pueda ser vendido a un precio inferior que su verdadero valor, independientemente de quien lo demande. Este es el caso de la **salud pública**: el Estado transfiere recursos a los productores (hospitales y servicios de salud) y no a los consumidores (beneficiarios), disminuyendo así la posibilidad de exigir un servicio de mejor calidad. Cuando se subsidia la oferta, la transferencia de recursos no debe hacerse inercialmente, sino en función de ciertos estándares como, por ejemplo, por egresos hospitalarios, por el costo promedio que se incurre en determinado tratamiento, etc. De lo contrario, las instituciones de salud no tendrían los incentivos necesarios para funcionar eficientemente, siguiendo estrategias de optimización en el manejo de sus recursos. En otros términos, si una persona está disconforme con la atención y decide no acudir más a un hospital o un consultorio, la institución no ve mermado su presupuesto. Por lo tanto, los subsidios a la oferta deben entregarse en función de resultados.

Entonces, la idea central está en introducir competitividad en el sector público para que, en un contexto de equidad, redunde en mayor calidad y eficiencia.

La discusión anterior ha originado muchos debates en cuanto a la forma en que debe organizarse un sistema de salud. Al margen de ello, todo sistema debe cumplir con dos objetivos: **eficiencia y equidad**. La eficiencia implica lograr el estado de salud socialmente deseado al mínimo costo posible, y la equidad alude a un acceso no discriminatorio al sistema de salud; aquí es fundamental garantizar un nivel mínimo de salud a los grupos más desprotegidos (indigentes, ancianos, etc.). De manera adicional, para que un sistema de salud sea viable, **no debe tener problemas de financiamiento**. Por ejemplo, puede plantearse un sistema muy equitativo pero imposible de financiar.

Una de las mayores dificultades, que entraña el diseño de un sistema de salud, es la

forma en que el Estado va a transferir los fondos financieros al interior del sistema público. Los presupuestos pueden ser de dos tipos: **históricos o relacionados a resultados**; en este último caso pueden basarse en la cantidad de prestaciones otorgadas, o en algún indicador de resolución de las prestaciones efectuadas. Sin embargo, también aparecen dificultades: si se transfieren recursos por la cantidad de prestaciones otorgadas, existe el incentivo para que el proveedor no se preocupe por la calidad de las mismas ni por el aumento de los costos al otorgar las prestaciones.

Por otro lado, si se transfieren fondos asociados a la resolución de prestaciones (llamados pagos asociados a diagnósticos) se controla la calidad, sin deteriorar el número de prestaciones. Además, los presupuestos se pueden elaborar sobre una base **retrospectiva** (se paga por acontecimientos ya ocurridos, relacionados o no a resultados) o **prospectiva** (se paga por estimaciones futuras, relacionadas o no a resultados).

## V. Seguros de salud

Cuando se debaten temas sobre el sector salud, el tópico de seguros de salud probablemente sea el más discutido. Pese a los avances logrados, se mantienen dudas con respecto a su eficiencia y cobertura de los desempleados, los indigentes, los pacientes de tercera edad y aquéllos que sufren enfermedades catastróficas.

En el capítulo II se comentó la naturaleza de la demanda por cuidados médicos y se vio que la enfermedad es un hecho impredecible; en el caso que ocurra este evento no deseado, el individuo se ve obligado a afrontar gastos en un momento en el cual se está reduciendo su capacidad de generar ingresos.

La idea básica de un seguro de salud es la de compartir el riesgo; por eso, aparecen los mercados de seguros de salud como una alternativa de financiamiento de los servicios de salud.

El siguiente ejemplo muestra las razones de la expansión del mercado de seguros.

Supongamos que existe una posibilidad entre cien de contraer cierta enfermedad, cuyo tratamiento cuesta US\$ 20,000 al año. Una compañía vende pólizas para asumir ese riesgo; si vende muchas pólizas, por ejemplo 10,000, la ley estadística de los grandes números indica que la compañía, casi con certeza, tendrá que pagarle a 100 personas (es decir,  $1/100$  de 10,000). El número podrá ser ligeramente mayor o menor que 100, pero no se alejará mucho de ese valor.

Así, compartiendo el riesgo entre un gran número de personas, el riesgo asumido por la compañía es mínimo. Esto permitirá que la póliza se venda a un valor moderadamente superior que US\$ 200 ( $1/100 \times \text{US\$ } 20,000$ ), que representa el valor esperado o gasto promedio en el cual incurre la compañía por los individuos que asegura. El hecho que el costo tiene que estar por encima de US\$ 200 se explica porque la compañía no sólo debe cubrir los costos de aquéllos que se enferman, sino otros costos administrativos.

La mayoría de las personas son **adversas al riesgo**. Técnicamente, esto quiere decir que se prefiere asumir un costo dado con certeza, antes que la incertidumbre que significa un costo alto. En otras palabras, muchos preferirán pagar US\$ 200 a la compañía que no hacerlo, y asumir la posibilidad de (uno entre cien) tener que afrontar un desembolso de US\$ 20,000 dólares. De esta manera, aparecen los **mercados de seguros**.

Sin embargo, no es eficiente asegurarse contra todos los gastos médicos. Presentemos un caso extremo: supongamos que existe la certeza que se requerirá un chequeo anual cuyo costo es de US\$ 100 dólares y que la compañía que vende la póliza, para cubrir este gasto, lo hace al precio de US\$ 110 porque además de cubrir el costo del chequeo, debe cubrir sus propios costos. En ese caso es preferible no asegurarse contra ese gasto, pues se ahorraría US\$ 10.

A pesar de lo beneficioso de los seguros, éstos presentan una seria dificultad. El **seguro incentiva al individuo a gastar más en**

**cuidados médicos que lo que se gastaría en otras circunstancias**. Por ejemplo, si el individuo sabe que la compañía cubre el 80% del costo por cada día adicional que el paciente se mantenga internado en un hospital, puede decidir seguir internado sin que exista una necesidad real para hacerlo. Por su parte, los médicos no estarán incentivados a controlar los costos porque "el seguro paga". En otras palabras, el seguro crea un incentivo para el sobreconsumo. De esta manera, la existencia de seguros de salud lleva a un aumento no deseado en los gastos para cuidados médicos.

Este efecto, que tiene el seguro en el comportamiento de los agentes, se conoce en la literatura económica con el término de *moral hazard*. El problema no sólo está en el sobreconsumo, sino en que la persona tenderá a gastar menos en cuidados preventivos de la salud, por lo que aumentará la posibilidad de enfermarse. Este problema de *moral hazard* no es privativo de los seguros médicos, pues en otros tipos de seguros también ocurre. Un ejemplo extremo es el pensar en un individuo que incendia su casa con la finalidad de cobrar el seguro. Como puede notarse, todo lo anterior se reduce a un problema de incentivos.

Ante esta realidad, es un interés principal de las compañías el diseño de algunos mecanismos para limitar la cobertura de un seguro. Entre éstos tenemos a los siguientes:

1. **Deducibles:** El paciente debe pagar un monto fijo antes de que el seguro cubra el total o una fracción del resto. Por ejemplo, luego que el individuo ha pagado US\$ 100 por cuidados médicos durante un año, la compañía cubre una parte o el total (dependiendo del plan) de los servicios médicos adicionales. Existen varias razones para el uso de deducibles: primero, reduce los costos administrativos asociados al procesamiento de la información, el paciente sólo hará el trámite con la compañía si el monto que puede obtener compensa los costos incurridos en tener que ha-

cer el trámite; segundo, controla el sobreconsumo del seguro; y tercero, si el deducible es mayor que el precio del servicio, se provee el incentivo para que el paciente controle su demanda. Sin embargo, el uso de deducibles también plantea dificultades: un deducible igual para todos los individuos representará una carga mayor para una familia de bajos ingresos que para una de altos ingresos. En la misma línea, un deducible muy alto desincentiva el uso del seguro, con lo cual éste no estaría cumpliendo su función.

2. **Coseguro:** Surge cuando la compañía reembolsa al paciente una fracción del precio del servicio. Por ejemplo, un nivel de coseguro de 20%, efectivamente reduce el precio pagado por el paciente cubierto en un 20%. Obsérvese que si sube el precio del servicio, la compañía sigue cubriendo el mismo porcentaje.

La ventaja del coseguro es que reduce el precio para el paciente y provee los incentivos para buscar proveedores menos costosos.

3. Esta posibilidad consiste en entregarle al asegurado un monto fijo en el evento de una determinada enfermedad. Por ejemplo, la compañía entrega como único pago US\$ 1,000, evitando el incentivo para el sobreconsumo ya que el beneficio es fijo y no depende de la cantidad de servicios médicos adquiridos. Esta alternativa es complicada porque habría que especificar distintos pagos para cada enfermedad; y, como éstas varían en complejidad e intensidad, sería muy complejo y costoso suscribir los contratos de seguros.

El punto clave es cómo proveer una adecuada protección evitando, al mismo tiempo, los incentivos para el sobreconsumo; esto es válido tanto para los seguros públicos como para los privados.

Normalmente coexisten sistemas de seguros de salud públicos y privados. Los usuarios del sector público, usualmente, no se sienten satisfechos del servicio debido a los rechazos, colas de espera, insuficiencia de medicamentos, entre otras razones. La población de ingresos altos y medio-altos se adscribe al sistema privado, recibiendo una atención expedita, acceso a moderna tecnología y una cómoda hospitalización. Los sistemas privados discriminan, ya que no aceptan (o de hacerlo, lo hacen a costos muy altos) a personas de la tercera edad o a enfermos crónicos (es decir, los pacientes más costosos); y, adicionalmente, sólo pueden acudir a ellos quienes pueden pagar. Por lo tanto, las personas de bajos ingresos (incluidos los indigentes) no tienen acceso a dichos sistemas.

En la medida en que existe un reconocimiento generalizado que la salud es un derecho y, por lo tanto, debe asegurarse que llegue a todos en forma equitativa, es el Estado quien debe corregir esta falla de los mercados privados de seguros de salud. Su función es la de regular los seguros médicos ofrecidos por el sector privado o la de proveer seguros sociales, para posibilitar que la cobertura sea amplia y que los costos se mantengan bajos<sup>8</sup>. Un ejemplo de regulación podría ser la alternativa de seguros colectivos: las compañías sólo podrían asegurar grupos de individuos en los cuales se incluyan pacientes de tercera edad y otros con enfermedades catastróficas. La idea es no desproteger a nadie.

## VI. Control de costos en el mercado de cuidados de salud

Una característica central del mercado de cuidados médicos es que el precio pagado por el consumidor asegurado, cuando demanda servicios de salud, puede determinarse independientemente del precio pagado a los proveedores cuando ofrecen el servicio<sup>9</sup>.

Esto sugiere dos alternativas, no excluyentes, para controlar los costos: políticas de demanda (*demand-side cost sharing*), a través de

las cuales los pacientes deben pagar más por concepto de deducibles y coseguros; y políticas de oferta (*supply-side cost sharing*), que apuntan al diseño de incentivos adecuados a los proveedores de servicios de salud.

### Políticas de demanda

La investigación llevada a cabo en la década de los setenta, en economía de la salud, se basó en la búsqueda de la mejor forma de usar un instrumento de política (la cobertura del seguro) para lograr dos objetivos: brindar una adecuada protección al usuario y simultáneamente evitar el sobreconsumo de cuidados médicos, comentado en los capítulos precedentes.

Sin embargo, el uso de un instrumento para lograr dos objetivos en conflicto coloca limitaciones a la utilización de este grupo de políticas. El problema central está en el hecho que el individuo asegurado tiene los incentivos para generar una demanda excesiva por cuidados médicos. Aquí también entra en juego la relación médico-paciente: el paciente deposita la confianza en el médico para que éste tome las decisiones respecto del tratamiento, por lo que el médico puede inducir la demanda.

Estos factores han originado un crecimiento desmedido de los gastos en salud. Sin embargo, las políticas de demanda consideradas en forma aislada imponen riesgos financieros altos al paciente asegurado, al aumentar excesivamente los deducibles y el coseguro con la idea de desincentivar el consumo excesivo.

### Políticas de oferta

La literatura tradicional sobre el seguro de salud óptimo, parte del supuesto que la cantidad de servicios de salud está determinada por el punto sobre la curva de demanda escogido por el consumidor perfectamente informado. Además, este consumidor tiene como objetivo elevar al máximo su bienestar. Por lo tanto, se asume que la oferta se acomoda a la demanda.

Sobre la base de este argumento, en las décadas de los años sesenta y setenta, los médicos y los hospitales eran pagados "por el servicio ofrecido", de manera que el pago excediera al costo del servicio ofrecido, cualquiera sea éste. Así, existían incentivos evidentes para ofrecer cualquier nivel de consumo deseado por los pacientes. Pero, como se ha visto, esta demanda está fuertemente influenciada por los mismos médicos. Las políticas de oferta apuntan directamente a alterar estos incentivos que tienen los proveedores de salud. Lo interesante es que si se colocan incentivos adecuados, no se impone un riesgo financiero adicional a los pacientes. En ese sentido, son superiores a las políticas de demanda<sup>10</sup>. En torno de estas ideas se ha desarrollado el debate en la década de los ochenta.

Consideremos el caso de un paciente hospitalizado para un trasplante de riñón. De acuerdo con el "pago por servicio ofrecido" (*cost-based payment system*), el hospital recibe financiamiento adicional por cada día de hospitalización, cada examen realizado y cada procedimiento llevado a cabo. La alternativa es un sistema de pago prospectivo (*prospective payment system*) que significa que el hospital recibe un pago fijo, equivalente al promedio nacional de todos los pacientes que se someten a un trasplante de riñón. Si el paciente se queda en el hospital un tiempo excesivo o se usan procedimientos sumamente costosos, el hospital sufre una pérdida y, de esta forma, tiene los incentivos para actuar eficientemente. Sin embargo, es cierto que hay pacientes más costosos; en ese caso, aparece una provisión adicional otorgada luego de estrictas verificaciones.

Nótese que, dado el rol intermediario de la Compañía de Seguros, es posible independizar las políticas de demanda (el paciente puede tener cualquier grado de cobertura) de las políticas que alteran los incentivos para la oferta. En ese sentido no son excluyentes, sino complementarias. Por lo tanto, ambos tipos de políticas de control de costos suponen dos extremos:

1. Por el lado de la **demanda**: pacientes sin seguro y pacientes con seguro completo.
2. Por el lado de la **oferta**: sistema de pago por servicio ofrecido (*pure cost-based reimbursement*) y sistema de pago prospectivo (*pure prospective payment*).

De otro lado, un sistema prospectivo puro presenta dos dificultades: los proveedores tenderán a buscar pacientes que le brinden el mayor beneficio esperado, dejando de lado a aquéllos que supongan costos muy altos y que, por lo tanto, generen pérdidas. Por otro lado, puede llevar a una subprovisión del servicio. Por eso no se trata de llegar a los extremos, sino de ubicarse en algún punto intermedio. Esta mezcla óptima permite mantener en niveles manejables el riesgo financiero de los pacientes y, al mismo tiempo, diseñar los incentivos para evitar los sobrecostos del sector.

Lo que sí queda claro es que, conforme se pasa de un sistema prospectivo a uno basado en el costo, la cantidad de servicios ofrecidos por los proveedores de salud tiende a aumentar. Esto sucede porque el médico sabe que el paciente no tiene información completa. La idea es implementar los incentivos por el lado de la oferta (para controlar los costos) sin trasladar el costo al paciente y sin alterar los objetivos de riesgo ofrecidos por el seguro de salud.

## VII. Algunas precisiones

En el capítulo anterior se ha enfatizado la necesidad de crear incentivos, por el lado de la oferta, para lograr reducciones en los costos del sector salud sin imponer riesgos adicionales a los pacientes. Aquí se discuten otros argumentos adicionales en la misma línea.

### Nuevas tecnologías

Si se hace un análisis de mediano plazo, el desarrollo y la adopción de nuevas tecnologías es extremadamente importante para determinar los nuevos patrones de costos<sup>11</sup>. Se

vincula la existencia de seguros y el sistema de pago por servicios ofrecidos con nuevas tecnologías y, por lo tanto, con el rápido crecimiento de los costos de los cuidados médicos. En otras palabras, el uso de tecnología médica más sofisticada ha llevado a un aumento en los costos. Esto en sí no es negativo. Sin embargo, es evidente que la combinación de información imperfecta por el lado del paciente, generosas coberturas del seguro y el sistema de pago por servicio ofrecido ha puesto en marcha fuertes incentivos a los proveedores de cuidados médicos para utilizar tecnologías nuevas, aunque demasiado costosas.

La pregunta clave es la siguiente: ¿cómo asignar recursos para tecnologías muy costosas si gran parte de la población pierde la vida por enfermedades muy elementales? Debe buscarse la combinación adecuada entre utilizar tecnología de punta *versus* consideraciones más simples. En ese sentido, si la sociedad se coloca una meta para lograr determinado crecimiento de la tecnología, los incentivos por el lado de la oferta siguen siendo superiores a las políticas de demanda porque no fuerzan al paciente a afrontar costos financieros adicionales.

### Equidad

La igualdad en el acceso a los cuidados de salud se considera un derecho de la población; sin embargo, este objetivo puede entrar en conflicto con la provisión eficiente de servicios de salud. En la práctica, las políticas de demanda (deducibles y coseguros) pueden desincentivar a los grupos de bajos ingresos (si es que cuentan con un seguro). De hecho, para lograr el acceso equitativo, los incentivos por el lado de la oferta (al reducir los costos) constituyen una herramienta más eficaz. En este contexto, la mayoría de los gobiernos regulan las políticas de demanda para garantizar un seguro universal, especificando un monto mínimo de cobertura que todos los individuos deben tener. Obsérvese que las políticas son aplicables tanto al sector público como al sector

privado. Si el Estado tiene que asumir a los individuos no absorbidos por el sector privado (por ejemplo, los indigentes), igualmente son necesarias medidas para controlar los costos sin disminuir la calidad del servicio.

### VIII. El aporte de la economía a la salud

Es fundamental mencionar que para que el sector salud funcione adecuadamente, no debe depender sólo de los que trabajan en él. Los economistas aportan, como se desprende del texto, dos ideas poderosas, claramente aplicables al sector: una es la de los incentivos (no sólo monetarios), que inducen a ciertos comportamientos sin que los afectados tengan que estar de acuerdo con las razones subyacentes; y la otra es el concepto de mercados, que es un sistema particular de incentivos que afecta a todos sin que sea dirigido por nadie. Por lo tanto, debe buscarse que "el mercado de la salud funcione bien", lo cual implica una adecuada organización de incentivos, reglamentos, etc., para que todos los agentes del mercado de la salud (médicos, compañías de seguro, en

fermeras, entre otros) puedan realizar su labor de la mejor manera posible frente a los limitados recursos asignados y frente a los intereses de la sociedad.

Dada la realidad actual, todo esto supone sistemas mixtos: el Estado solo no va a resolver todos los problemas, ni tampoco el mercado privado. Coexisten provisión y financiamiento privados con un sistema de salud pública bastante amplio. Lo que no debe dejarse de lado es que los servicios de salud deben ser eficientes (lograr resultados al menor costo posible), equitativos (básicamente implica igualdad en el acceso), tener un financiamiento estable y satisfacer al consumidor. El economista aporta en el campo microeconómico (la organización interna del sector) y en el macroeconómico (la asignación global de recursos al sector), proponiendo alternativas sobre cómo usar los recursos. La conclusión final es que debe existir una voluntad de apertura, en economistas y médicos, en aras de lograr una comunicación más fluida que tenga como objetivo de fondo la elevación de la salud de la población.

### NOTAS

1. Musgrove, Philip, (1994).
2. Miranda, Ernesto, (1992).
3. Feldstein, Martin, (1983).
4. Maddala y Miller, (1990).
5. Para un análisis comparativo véase Arrow, (1963).

6. Stiglitz, Joseph, (1986).
7. Caviedes, Rafael, (1994).
8. Banco Mundial, (1993).
9. Ellis y McGuire, (1993).
10. Ellis y McGuire, (1993), *op. cit.*
11. Newhouse, Joseph, (1992).

### REFERENCIAS

- Arrow, Kenneth, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", en *The American Economic Review*, Vol. 53, No. 5, diciembre 1963, pp. 941-973.
- Banco Mundial, *Invertir en Salud*, Informe sobre el Desarrollo Mundial, Washington D.C.: 1993.
- Browning, Edgar y Jacqueline Browning, *Public Finance and the Price System*, New

- York: Mcmillan Publishing Company, Tercera Edición, 1987.
- Caviedes, Rafael, "Subsidios a la demanda en salud: una alternativa viable", en *Estudios Públicos* No. 54, Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos (CEP), Otoño 1994, pp. 83-123.
- Cutler David, "A Guide to Health Care Reform", en *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 8 No. 3, Summer 1994, pp. 13-29.

- Feldstein, Martin, *Health Care Economics*, New York: John Willey and Sons, 1983.
- Maddala G.S. y Ellen Miller, *Microeconomía*, México: McGraw Hill, 1992.
- Miranda, Ernesto, "Cobertura, eficiencia y equidad en el área de salud en América Latina", en *Estudios Públicos* No. 46, Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos (CEP), Otoño 1992, pp. 163-248.
- Musgrove, Philip, "Economía y salud". Charla efectuada en Reunión de la Asociación Chilena de Economistas de la Salud. Santiago de Chile, 1994.
- Newhouse, Joseph, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", en *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 6, No. 3, 1992, pp. 3-21.
- Oyarzo, César, "La mezcla público-privada: una reforma pendiente en el sector salud", en *Estudios Públicos* No. 55, Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos (CEP), Invierno 1994, pp. 143-170.
- Randall, Ellis y Thomas McGuire, "Supply Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care", en *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 7, No. 4, Fall 1993, pp. 135-151.
- Stiglitz, Joseph, *Economics of the Public Sector*, New York: W.W. Norton Company, Segunda edición, 1986.
- TASC, "Los Sistemas de Seguros de Salud". Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional No. 15, Santiago de Chile: Ilades/Georgetown University, 1991.
- TASC, "Reformas Propuestas al Sistema de Salud". Trabajo de Asesoría al Congreso Nacional No. 25, Santiago de Chile: Ilades/Georgetown University, 1991.