

---

## SALUD, MERCADO Y ESTADO

---

### **2.1 MERCADO DE LA SALUD**

- 2.1.1 INTRODUCCIÓN: LA SALUD COMO BIEN
- 2.1.2 FUNCIÓN DE PRODUCCIÓN DE SALUD
- 2.1.3 CONCEPTO Y DEFINICION DE MERCADO
- 2.1.4 MORFOLOGIA DEL MERCADO DE LA SALUD

### **2.2 FALLAS DEL MERCADO DE LA SALUD**

- 2.2.1 LA EFICIENCIA, UN CONCEPTO A TENER EN CUENTA
- 2.2.2 EL OPTIMO DE PARETO
- 2.2.3 LOS MERCADOS PERFECTAMENTE COMPETITIVOS
- 2.2.4 LAS FALLAS DEL MERCADO: EL CASO DEL MERCADO DE LA SALUD
- 2.2.5 LAS FALLAS DEL ESTADO EN SANIDAD

### **2.3 MERCADO Y ESTADO**

- 2.3.1 MERCADO CONTRA ESTADO EN SANIDAD, UN DEBATE PERMANENTE

### **2.4. LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS**

- 2.4.1. CONCEPTO DE OFERTA
- 2.4.2. LA EMPRESA Y LA PRODUCCION
- 2.4.3. CONCEPTO Y TIPOS DE COSTOS
- 2.4.4. ALGUNAS PARTICULARIDADES DE LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS

## 2.1 MERCADO DE LA SALUD

### 2.1.1 Introducción: La salud como bien

Es cierto que la salud constituye un bien económico, pero es a todas luces un bien muy especial y particular en cuanto a sus características tanto en lo individual como en lo social. Estas peculiaridades son en primer lugar observables en lo que podríamos llamar *la función de producción de salud*, y en segundo lugar trasladan su influencia a los mercados de bienes y servicios relacionados a la misma, haciendo que la teoría convencional (*neoclásica*) resulte insuficiente, o directamente fracase al tratar de explicar el funcionamiento de este mercado como mecanismo de regulación de la actividad económica del área.

Entonces, dada la compleja e intangible naturaleza de la salud como bien, por otro lado ligado a la vida misma como fin último no sustituible, una aproximación reduccionista pero práctica resulta de admitir que a nivel individual las personas buscan su reparación ante la privación o ausencia del mismo (enfermedad) a través de los servicios sanitarios asistenciales, y su conservación o la prevención del evento de enfermedad a través de los servicios de medicina preventiva. La enfermedad a su vez implica costos, tanto directos o monetarios para pagar la atención médica, como costos de oportunidad (lucro cesante, viajes, esperas, etc), por lo cual y entendiéndola como un riesgo financiero, las personas buscan limitar esos riesgos futuros e inciertos que amenazan su estado de salud, apuntando a preservarla, mantenerla o repararla, a través de los seguros médicos. (obras sociales, prepagas, reembolsos, etc).

Por otro lado, desde la óptica social o colectiva, la salud es considerada como parte del capital social ligado al crecimiento y desarrollo de las sociedades, y en tal concepto pasa a ser considerado como un *bien meritorio*. Y en este punto conviene aclarar que económicamente *bienes tutelares, meritorios o preferentes*, son aquellos bienes o servicios que, en opinión de las autoridades de una sociedad, resultan de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general para el conjunto de la población. Luego, su acceso y consumo debe ser protegido, y un modo de lograr esto es hacer que eso no dependa de la capacidad adquisitiva individual

Las sociedades modernas occidentales convalidan esta valoración y de hecho aceptan que los individuos que las componen tengan diferentes niveles de acceso al consumo de bienes en general, pero respecto al bien salud, no conciben ni aceptan que alguien no pueda tener acceso al tratamiento de una enfermedad por falta de medios económicos para obtenerlo. Hay una diferencia algo sutil, pero visualizable, en la sensación colectiva por la cual la salud (con todos los factores que como se verá más adelante tienen alta incidencia en su consecución) no es el bien u objeto directamente motivante. Puede decirse que de modo transitivo e indirecto, lo es la enfermedad, con su connotación de sufrimiento y amenaza hacia el bienestar individual y común lo que la sociedad no tolera.

A partir de la valoración de las sociedades y más concretamente luego de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los Estados han elevado la salud al rango de un derecho social que debiera ser universal, incorporándolo a las constituciones y asignando los medios para hacerlo efectivo mediante la reparación y prevención de la salud a través de la adecuada atención médica. Esto último está representado por los sistemas de salud o cobertura médica, oportunamente definidos por la OMS, como *el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance de las personas los recursos del diagnóstico temprano, del tratamiento oportuno, de la rehabilitación, de la prevención y del fomento de la salud*, y es lo que básicamente pasa a ser el bien a proveer y tutelar para el conjunto de la sociedad.

### ***2.1.2 La función de producción de salud***

Definimos la ***función de producción de salud*** como la relación entre el nivel de salud alcanzado y los “recursos” (factores de producción) empleados para conseguirlo.<sup>1</sup> A diferencia de la de otros bienes y servicios, esta función de producción es de naturaleza compleja, multifactorial y multidimensional, aceptándose clásicamente que los resultados de salud de la población están condicionados en los países occidentales por cuatro grandes factores o determinantes :

- **El primero de ellos es la *biología* o la *herencia*.** Con referencia a este aspecto, sobre el que no opera la decisión o elección a nivel de políticas colectivas o conductas individuales, un panel de especialistas mundiales concluyó que en las principales causas de muerte la genética es responsable por aproximadamente el 27% de los casos (Asenjo, 1993).

---

<sup>1</sup> González López- Valcárcel, Beatriz, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

- **El segundo condicionante de nuestra salud es el *ambiente* en que vivimos.** Es obvio que hay lugares más saludables que otros. Aunque en general las áreas más pobres son también las más insalubres e incluso ecológicamente adversas, hay factores del deterioro ambiental que afectan casi tanto la salud de los ricos como la de los pobres. Un ejemplo de ello es el deterioro de la capa de ozono que cubre la atmósfera y está directamente relacionada con la incidencia del melanoma o cáncer de piel. *Los factores ambientales representan, en promedio, el 19% de los casos de enfermedad (Dever, 1993).*
- **El tercer factor, que está muy relacionado con el anterior, son los *estilos de vida*** que incluyen entre otros, nutrición, tabaquismo, sedentarismo, conductas de riesgo, adicciones, prácticas laborales, etc. Posteriores análisis del tema ampliaron la discusión sobre en qué medida se trata de un problema individual y en qué medida es un problema público, valorando la real posibilidad y responsabilidad de los individuos de modificarlos, en tanto sigan inmersos en las circunstancias existenciales que los llevaron a adoptarlos. Epidemiológicamente se ha cuantificado el peso de los estilos de vida, concluyendo que *un 43% de la veces la enfermedad y aún yendo más lejos la muerte reconoce como causa mediata a los hábitos nocivos que signaron a la persona a lo largo de la vida.*
- Por último está el ***sistema sanitario, constituido por los hospitales, seguros médicos, consultorios, médicos, laboratorios, medicamentos, etc.*** El mismo es *responsable por el 11% de los casos de enfermedad o muerte*, y ello conduce a reflexionar la escasa incidencia que finalmente tienen los recursos formales de los servicios de salud en contraposición al monto de los recursos destinados a tal fin, que en todo Occidente consumen aproximadamente *el 90% de los recursos de salud.*<sup>2</sup>

Se puede válidamente agregar a nuestra función de producción de salud, componentes menos clásicos pero técnicamente convalidados:

“La salud de la población se ve influida simultáneamente por factores generales tales como la organización social y política, factores demográficos (edad promedio, distribución por grupo etario), factores genéticos, factores ecológicos (ambiente de trabajo, contaminación ambiental), factores económicos (el nivel general de prosperidad), factores sociales (diferencias entre ingresos<sup>3</sup>, cohesión social, relaciones familiares y sociales, estilos de vida, consumo), consideraciones culturales (valores sociales dominantes, niveles de educación e información), etc. (...) Aunque los mismos determinantes se aplican a la salud individual, de hecho están ligados a la salud no en base a la causalidad estadística sino por probabilidad estadística”.<sup>4</sup>

Se entiende ahora, y es importante haberlo mostrado digamos desde el inicio, por qué decíamos que la función de producción de salud es multifactorial y multidimensional, y cuál es el verdadero peso relativo de los servicios de salud o dicho de otro modo, del mercado de la salud.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Esto es el denominado *gradiente socioeconómico*: aún con niveles de renta suficientes para todos, considerando la pirámide socioeconómica, quienes están en los niveles más altos se enferman menos y viven más tiempo y en mejores condiciones de salud.

<sup>4</sup> Haut Comité de la Santé, *Rapport général: la santé en France*. Paris: La Documentation Française, 1994.

✱ Quede entonces como referencia a tener en cuenta que, pese a su indudable protagonismo, el mercado de los servicios sanitarios provee sólo uno de los factores de producción de salud, y que ellos son un medio y no un fin en sí mismos. Luego, la *demand*a de servicios sanitarios es una demanda derivada de la de salud.

### 2.1.3 Concepto y Definición de Mercado

En la mayoría de los países los mercados y los precios que se fijan en ellos desempeñan un papel capital en la asignación de los recursos a los distintos usos.

✱ Un mercado es toda institución social en la que los bienes y servicios, así como los factores productivos se intercambian

Lo esencial de todo mercado es que los compradores (demandantes) y los vendedores (oferentes) de un bien o servicio entran en contacto libremente para comercializarlo, y siempre que se de esta circunstancia podemos decir que estamos ante un mecanismo de asignación de recursos denominado mercado. Los demandantes y oferentes se “ponen de acuerdo” sobre el *precio* de un bien o servicio, produciéndose el intercambio de cantidades determinadas del bien por una cantidad de dinero.

El precio de un bien es su relación de cambio por dinero, esto es, la cantidad de pesos que se necesitan para obtener a cambio una unidad del bien.

Los precios, determinados en muchos mercados, guían nuestra decisión de comprar un determinado bien o servicio y la decisión del oferente de venderla. La sociedad asigna los recursos escasos a aquellos bienes y servicios demandados a través del sistema de precios. Fijando los precios para todos los bienes y servicios, el mercado permite la

---

<sup>5</sup> Ver Ortún Rubio, Vicente en: *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, Cáp. III, pp 71 a 77, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990

coordinación de los compradores y los vendedores y , por tanto, asegura la viabilidad de un sistema capitalista de mercado. El libre juego de la oferta y la demanda es una pieza clave en el funcionamiento de toda economía de mercado.

Una gran parte del análisis económico se dedica a estudiar la forma en que se determinan los precios en los mercados; la forma en que estos sirven para coordinar las decisiones de las empresas, de las economías domésticas y de los gobiernos.

Los mercados participan en la asignación de los recursos de todas las economías, pero ninguna se basa exclusivamente en ellos. **Para comprender por qué, resulta útil examinar dos casos extremos: una economía en la que no hay mercados y una en la que sólo hay mercados**

### **2.1.3.a La economía planificada**

En teoría, los recursos escasos podrían asignarse a los diversos usos posibles sin tener que utilizar mercados o precios. Por ejemplo, en una economía autoritaria, el Estado tomaría todas las decisiones relacionadas con la producción y el consumo. Asignaría los recursos a las diversas industrias, indicaría a sus empleados la cantidad exacta que habría que producir y la manera de realizar el trabajo y especificaría la cantidad de cada bien y servicio que debería consumir cada miembro de la sociedad.

Sin embargo, esto resulta imposible si se tiene en cuenta la infinidad de decisiones que se toman diariamente, principalmente por medio del juego de los comportamientos y preferencias individuales a través de los mercados. Resulta difícil imaginar que una economía de este tipo pudiera asignar eficientemente los recursos.

### **2.1.3.b La economía de libre mercado**

En una economía de libre mercado el Estado no interviene en la asignación de los recursos, sino que son las economías domésticas y las empresas las que toman todas las decisiones relacionadas con la asignación de los recursos. En este tipo de economías, los individuos buscan su interés personal y tratan de beneficiarse lo más posible, sin la

interferencia del Estado. Como sostuvo Adam Smith<sup>6</sup>, los individuos que buscan su interés personal en una economía de mercado se ven llevados “como por una mano invisible” a hacer cosas que redundan en interés de otros y de la economía en su conjunto. En este tipo de economías, los precios determinan no sólo lo que se produce y cómo sino también para quien.

Sin embargo, no existen economías puras de libre mercado como las mencionadas. Para que los mecanismos mencionados sean ciertos, se necesitan una serie de supuestos técnicos e institucionales que no siempre se dan.

### 2.1.3.c Las economías mixtas

Las economías autoritarias y de libre mercado son casos extremos muy poco realistas. En la práctica, tanto el Estado como el sector privado (empresas y consumidores) desempeñan un importante papel en la manera en que se decide el “qué”, el “cómo” y el “para quien” del conjunto de la sociedad.

El capitalismo occidental puede definirse como un sistema económico mixto, en el cual el Estado tiene una ingerencia variable, sin llegar a anular la iniciativa privado. El Estado interviene en el funcionamiento de los mercados, especialmente en aquellos con características particulares, de muchas formas y por muchas razones. La mayoría de los gobiernos desempeñan un importante papel en la decisión del “para quien” –en el caso del mercado de la salud, por ejemplo, ofreciendo asistencia gratuita a los necesitados-. Normalmente, el Estado produce algunos bienes y servicios (como salud, educación, defensa nacional, etc), y regula el funcionamiento de muchos mercados (por ej. controlando precios y tarifas de bienes y servicios básicos como la electricidad, el agua, etc).

Existen ciertos casos en donde las características de los bienes y servicios que se intercambian hacen especialmente necesaria la participación del Estado para lograr una adecuada asignación de los recursos. Como se verá a continuación, el mercado de la salud es uno de ellos.

---

<sup>6</sup> Adam Smith (1776), *La riqueza de las naciones*.

### 2.1.4 *Morfología del Mercado de la salud*

✱ A modo de introducción, veamos un breve texto de Jorge Katz:<sup>7</sup>

“El cuidado, mantención y recuperación de la salud de los miembros de una determinada sociedad se realiza mediante el empleo de recursos humanos (médicos, otros profesionales de la salud y otro personal), equipos e instrumental, servicios de hospitalización públicos y privados, vacunas y fármacos e insumos sanitarios y generales. Estos recursos son combinados en proporciones variables, las que normalmente son decididas por los profesionales médicos: en la mayoría de los casos son ellos quienes definen los exámenes necesarios, asumen la responsabilidad por el diagnóstico clínico de las patologías identificadas y determinan las terapias. *Blumberg estimó en un estudio a fines de los setenta que el 70% del gasto en servicios de salud de una comunidad depende de las decisiones de los médicos.* Cada uno de los servicios e insumos mencionados identifica un mercado particular en el que actúan distintos proveedores – públicos y privados; nacionales y extranjeros – y usuarios, ya sea de bienes y servicios finales o de bienes y servicios intermedios, de consumo o de inversión. En dichos mercados prevalece un precio (o más bien un espectro de precios), alcanzado en virtud de ciertas reglas conductuales de los agentes – proveedores y usuarios o “pacientes” – que se desenvuelven enmarcados por estructuras de mercado más o menos competitivas (...) se trata en general de mercados imperfectos en los que la oferta tiene relativa capacidad para crear su propia demanda.”

En este apartado trataremos de lograr una aproximación sencilla al mercado de la salud a través de una descripción morfológica, marcando además algunos aspectos que consideramos claves para la comprensión de su funcionamiento, que desde ya advertimos que es altamente imperfecto, idiosincrático y con un componente relacional complejo y cambiante entre los roles e intereses que asumen los actores de los diversos submercados, aspectos sobre los que iremos avanzando a lo largo del curso.

---

<sup>7</sup> : 1) Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994

Desde la perspectiva de la demanda, los consumidores buscan mantener o reparar su salud a través de los servicios médicos, estando entonces dispuestos a adquirirlos a veces directamente, o en la mayoría de los casos demandando seguros médicos que les provean esos servicios a través de un pago previo, buscando de esta manera neutralizar el riesgo financiero además del sanitario que saben que les ocasionará un evento de enfermedad.

✱ **Aclaremos:** Estamos aquí trabajando sobre una perspectiva económica de mercado, por lo tanto deberemos hacer una abstracción del *sistema de salud* que pudiera haber en uno u otro país, ya que en un sistema nacional de salud de tipo universal (*Por ejemplo el Reino Unido*), la realidad es que las personas tendrán un acceso libre y gratuito a los servicios o bienes de salud que demanden y que ese sistema provea, en tanto que la situación será muy distinta si estamos en un país que considera que la salud es una obligación privada de sus ciudadanos y que éstos deben pagar por lo que demanden. (En este último caso, estaremos viendo al mercado de la salud en acción...)

Y en este último país, si una persona se enferma, o tiene un accidente, o simplemente va a tener un hijo, debe acudir al mercado a buscar los servicios y bienes que requiere (ir al consultorio médico, a la farmacia, a internarse de urgencia, a sacarse una ecografía, o a internarse para el parto...).

Otra opción que se le presenta a esta persona, es prevenir la situación mediante la adquisición de un *seguro de salud*, que los hay de distinto tipo, pero que generalmente están orientados a proveer servicios sanitarios a cambio del pago adelantado de una cantidad de dinero (prima o cuota mensual). Y acá tendremos nuevamente distintas opciones: seguros privados de salud: los clásicos planes prepagos médicos, o los seguros sociales, por ejemplo las obras sociales para distintas ramas laborales, la seguridad social para jubilados y pensionados, los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, los seguros públicos para indigentes, etc). Desde ya el ejemplo más claro en nuestro caso, son los seguros privados, ya que son típicamente un servicio privado que provee el mercado y cuya demanda es voluntaria. En este caso, esta persona (que resultó ser muy adversa a tolerar semejante riesgo diario en relación a su salud...) decide adquirir un seguro y se asocia a un plan médico prepago, paga su cuota mensual y accede a todos los servicios pactados contractualmente en su cobertura cuando los necesita.

Desde la perspectiva de la oferta, la respuesta a la demanda de los consumidores se organiza en distintos submercados, que a su vez mantienen importantes interconexiones entre sí, influenciando y modificando su accionar entre unos y otros por distintos mecanismos.

Didácticamente, podemos identificar los siguientes "submercados", que la mayoría de los autores llaman directamente "mercados de salud"<sup>8</sup>:

---

<sup>8</sup> Ver: 1) Katz JM y Miranda RM, *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, Revista de la CEPAL 54, Diciembre de 1994, Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999.- 2) Vassallo, C. Mercados de Servicios Médicos en al Argentina (**PAPER DISPONIBLE**) 3) Sellanes M, Morfología del Mercado de Medicamentos en Argentina. (**PAPER DISPONIBLE**)

- \* Mercado de Recursos Humanos que a su vez comprende el de los Servicios Médicos y el de la Educación Profesional.
- \* Mercado de Servicios Institucionales (hospitalización pública y privada)
- \* Mercado de Medicamentos.
- \* Mercado de los seguros de salud o de financiamiento.

- Veamos algunos aspectos y problemas comunes a estos mercados que caracterizan en general su accionar complejo e imperfecto. Si los sumamos a los rasgos especiales del bien *salud*, aparecerá la necesidad de un marco regulatorio específico a cada uno de ellos y a la salud como sector.
  
- ✓ Tanto sobre la oferta como sobre la demanda la **tecnología médica** opera como un factor exógeno de alta influencia. El **alto ritmo innovativo** que caracteriza al sector salud opera a nivel de todos los mercados señalados, disminuyendo su grado de competencia y eficiencia al introducir permanentemente nuevos productos, procesos y formas organizativas de los servicios. La necesidad de obtener rentas diferenciales por la introducción de nuevos productos y servicios origina aumento de precios y costos, a la vez que induce a una mayor demanda para recuperar costos de Investigación & Desarrollo(I&D) y marketing, apareciendo prácticas oligomonopólicas y aumentando las barreras de entrada y salida al mercado.
  
- ✓ Tanto los mercados como los actores de los mismos son **dinámicos y cambiantes**, asumiendo alternativamente roles de oferta o de demanda, ejerciendo entre ellos múltiples y variadas **influencias**. Las agrupaciones, alianzas, integraciones verticales y horizontales e incluso las cartelizaciones aparecen con frecuencia. El **poder de negociación y lobby** de los grandes grupos se reflejan en los precios con más fuerza que los costos competitivos de producción.
  
- ✓ La **presencia de seguros o prepagos** modifica tanto a la demanda (el precio aparentaría caer a cero para el que consume), como a la oferta prestadora y proveedora ya que a la relación médico-paciente(consumidor), se le suma la presencia del financiador con su propio poder e intereses. Si pensamos aquí que la demanda es principalmente decidida por el médico que trata, decide y prescribe, aparece la conocida frase que caracteriza a este mercado diciendo que *"el que decide no consume, el que consume no decide ni paga, y el que paga no decide ni consume"*, aludiendo al **"tercer pagador"** que es según los casos la seguridad social, el prepago o el Estado si se recurre a un servicio público. Además las **diferentes formas de pago** establecidas por los seguros financiadores (por cápita, módulo, prestación, etc) se convierten en incentivos agregados ya que determinan qué y cómo y cuánto es más lucrativo prestar.
  
- \* La lectura de este mercado entonces, debemos hacerla a partir del conocimiento de algunos elementos clave:

Las fallas del mercado, la respuesta institucional a las mismas y sus efectos secundarios. Una adecuada caracterización de la demanda y de la oferta del mercado particular, que estemos considerando, sus barreras de entrada y de salida y del bien o servicio intercambiado.

La organización del mercado, o sea los roles que asumen los diversos actores, sus interrelaciones, negociaciones, acuerdos, asociaciones o colusiones.

La naturaleza e incidencia del cambio tecnológico.

El marco regulatorio operante, institucional y legal en que se llevan a cabo negociaciones y contratos y el papel y capacidad del Estado para intervenir.

## 2.2 FALLAS DEL MERCADO DE LA SALUD

### 2.2.1 La eficiencia: un concepto a tener en cuenta

¿Qué es ser eficiente?(del lat. *efficiens*: conseguir su cometido u objetivo)  
"conseguir una efectividad utilizando a un costo mínimo o con los mínimos recursos. Dicho de otro modo: " conseguir la máxima efectividad con unos recursos dados". Como es un término muy común en economía y de especial significado en la economía de la salud, veremos las tres acepciones del mismo: **la eficiencia técnica, la eficiencia de gestión y la eficiencia asignativa.**

- \* **Eficiencia técnica:** consiste en obtener el producto buscado utilizando el mínimo de recursos o factores de producción posibles.
- \* **Eficiencia de gestión:** consiste en obtener el producto buscado al mínimo costo posible. Es decir: maximizamos la producción a un costo dado. Aquí hay que tener en cuenta que en sí es un concepto relativo, y entonces necesitaremos términos de comparación, por ejemplo con otras organizaciones o países.
- \* **Eficiencia económica o asignativa**<sup>9</sup>: "Es la producción al menor costo social de los bienes y servicios que más valora la sociedad y la distribución de los mismos de una forma socialmente óptima". Estamos aquí al mayor nivel de eficiencia , pudiendo decirse que presupone las anteriores, y además toma en cuenta las preferencias de la demanda (los ciudadanos).
- \* **Para completar lo anterior, observemos que las definiciones dadas son estáticas. Pero lo esencial de una economía es su capacidad de crecimiento, y esto es su eficiencia dinámica, o sea su capacidad de crecimiento. Esta depende esencialmente de la capacidad de innovación y la flexibilidad o adaptabilidad productiva y organizativa de sus agentes.**

El crecimiento económico en el largo plazo está dado por la interacción de dos elementos: **las capacidades y los incentivos** presentes en la economía. La capacidad

---

<sup>9</sup> Se sigue aquí a Ortún Rubio, Vicente en: *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990.

está dada por los factores productivos en cuanto a calidad y cantidad: *oferta de capital humano, ahorro, capital físico y competencias técnicas y organizativas*. A su vez, el sistema de incentivos determina el grado de eficiencia con el que se explotan esas capacidades. Podemos así entender que los fracasos del mercado y de los mecanismos de asignación de recursos por el Estado son en definitiva inadecuaciones del juego de incentivos para gestionar armónica y eficientemente los recursos o factores productivos de que dispone, y lograr maximizar los resultados a nivel social.

### ***2.2.2 El Optimo de Pareto***

De acuerdo a lo visto hasta ahora, se puede entender que un mercado competitivo conduce a un equilibrio socialmente eficiente, y la producción de bienes y servicios está entonces determinada por las preferencias de los consumidores y la estructura de producción disponible en cuanto a factores de producción o recursos. Es decir se llegaría a un estado de distribución adecuada o ideal, a un "equilibrio socialmente eficiente".

Ahora bien, ¿cuál sería el punto óptimo de ese equilibrio? Nos encontramos aquí con un concepto conocido en Economía como el **"Óptimo de Pareto"** que puede entenderse como aquella situación en la cual es imposible reasignar recursos para mejorar la situación de una persona sin perjudicar a otra, según sus valoraciones subjetivas respectivas. Un óptimo de Pareto también supone una situación en la que sea imposible reasignar factores de producción de modo que se produzca más de un bien, pero menos de cualquier otro bien. Vemos entonces que técnicamente implica un "estado óptimo" de eficiencia asignativa o económica.

- No obstante lo clásico de este criterio conviene notar que, como dice Ortún Rubio, "El criterio de Pareto implica tres juicios de valor: primero, que los individuos son las unidades únicas y básicas del análisis (mayor preocupación por los individuos que por el cuerpo social); segundo, que cada individuo es el mejor juez de su propio bienestar (incluye comportamientos autodestructivos), y tercero, que mejorar la situación de alguien sólo es aceptable si nadie empeora."
- Hay además cuatro observaciones respecto a que un mercado competitivo conduce a un óptimo de Pareto: a) *Los mercados reales no son casi nunca perfectamente competitivos*. b) *En el mercado de salud- como se verá luego- hay situaciones que el mercado no puede resolver satisfactoriamente.* c) *El equilibrio del mercado lleva a la eficiencia pero no a la equidad.* d) *Otros mecanismos diferentes al del mercado pueden llevar al sistema a un estado eficiente.*

Para que una economía de mercado alcance un óptimo de Pareto o sea una situación de equilibrio paretiano, es necesario que trate de un mercado perfectamente competitivo, lo cual implica que se den una serie de condiciones, y ello nos lleva entonces a considerar el tema de los **mercados perfectos e imperfectos**.

### ***2.2.3 Los mercados perfectamente competitivos<sup>10</sup>***

Para que un mercado tenga competencia perfecta deben cumplirse determinadas condiciones:

#### **Modelo de mercado perfectamente competitivo**

- ✱ Múltiples y anónimos productores y consumidores , pequeños en relación con el mercado.
- ✱ Ausencia de obstáculos al movimiento de los precios. (*ninguno controla precios*)
- ✱ Libre entrada y salida del mercado. (*no hay barreras de ingreso ni de egreso*)
- ✱ Un producto homogéneo. (*no diferenciado*)
- ✱ Información perfecta. (*compradores bien informados*)
- ✱ En general , ausencia de interferencias al libre juego de la oferta y la demanda.

En este mercado perfecto ideal, todos los individuos pretenden maximizar sus utilidades, conocen perfectamente el producto en cuestión, que es aceptablemente homogéneo, pueden entrar y salir del mercado cuando quieran y se entienden vía precios, pudiendo alcanzar situaciones de óptimalidad paretiana.

¿Podemos pensar un mercado así? Ese es el tema: los mercados reales en realidad reflejan sólo parcialmente las características descritas en el modelo neoclásico de mercado de competencia perfecta. No obstante, algunos se acercan bastante y la “mano invisible de Adam Smith” puede actuar aceptablemente llevando a un equilibrio vía precios, por ejemplo algunas industrias en la agricultura. Pero por ejemplo, a medida que el producto se va complejizando y diferenciando en sus características, todo el resto de las condiciones ideales que habíamos mencionado se van alterando y el mercado se aleja más de las

condiciones de competencia perfecta y de alcanzar un equilibrio vía precios y resultar eficiente en un sentido asignativo o económico que implique en definitiva una maximización del bienestar social. La soberanía del consumidor (ya no perfectamente informado y capaz de decidir y elegir libremente) se ve afectada. Estamos entonces en presencia de lo que denominamos **fallas del mercado**, que es un concepto fundamental para avanzar en la comprensión del mercado de servicios de salud, y a las que dedicaremos una especial atención en el próximo apartado.

A modo de ejercicio, tomando en cuenta lo que ya hemos hablado acerca de los mercados y preparándonos para el próximo apartado, leamos el siguiente texto de William H. Hsiao<sup>11</sup> referido a lo que denomina *Una economía "anormal" en el sector salud* y tratemos de imaginar en este mercado de servicios de salud, a dos "consumidores" que van a ingresar en él a partir de dos situaciones distintas: uno se pasó con los brindis y tiene vómitos y dolor de cabeza y el otro acaba de sufrir un serio accidente y está inconsciente.

- "Un mercado libre y competitivo puede ser un sistema superior para la producción y distribución de bienes privados. Sin embargo, el libre intercambio entre compradores y vendedores, sin interferencia del gobierno, no necesariamente connota un mercado competitivo. Para que exista un mercado competitivo que asegure los resultados sociales deseados, deben cumplirse varias condiciones básicas. Un mercado competitivo presupone soberanía del consumidor y competencia de precios, que a su vez requiere que los consumidores tengan conocimiento suficiente sobre el precio, calidad, beneficios de los servicios y drogas que desean comprar, de manera de hacer elecciones racionales. Los sistemas de mercado funcionan a través de señales de precios y un mercado competitivo requiere que los precios sean conocidos de antemano y que los compradores tengan tiempo para comprar. Ciertas condiciones básicas deben ser satisfechas desde el lado de la oferta. Tiene que haber libre entrada y salida de oferentes (médicos, clínicas, hospitales y compañías farmacéuticas) para que exista competencia."

#### ***2.2.4 Las fallas del mercado. El caso del mercado de servicios de salud***

Los servicios de salud forman parte de los llamados " mercados imperfectos", dado que presentan una serie de fallas que afectan negativamente la soberanía del consumidor y que derivan en deseconomías limitando seriamente su eficiencia. Se trata pues de un

---

<sup>10</sup> Ver Stanley Fisher-Rudiger Dornbusch, Mc Graw-Hill, Cap.9.-

<sup>11</sup> Hsiao,WH, *Economía "anormal" en el sector salud*, traducido de Health Sector Reform in Developing Countries. Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999.-

mercado de competencia imperfecta que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado, y cuyos efectos finales no llevan al bienestar de la población.

Si unimos los conceptos que hemos visto acerca de la salud como un bien meritorio o tutelar a la presencia de estas fallas en el mercado, ya podemos hacer referencia a lo que indica la teoría y práctica económica en un caso como el que nos ocupa: que existe la necesidad de la intervención del Estado, que interviene dentro de sus funciones económico sociales, principalmente como regulador, proveedor y financiador. Esto da origen al debate sobre la dosis necesaria de intervención pública en los mercados sanitarios, que abordaremos hacia el final del presente capítulo.

Cuando una falla de nuestro organismo provoca síntomas que quitan bienestar, la respuesta médica es corregir esta situación , por ejemplo con un medicamento, pero muchas veces esto a su vez provoca los famosos efectos secundarios no deseados, que es preferible conocer de entrada para terminar de entender qué está sucediendo. Una situación similar se da en el caso del mercado de servicios de salud: cada una de estas fallas genera una respuesta institucional que busca corregirla, pero ésta a su vez provoca efectos secundarios no deseados. Vamos ahora a exponer y entender cuáles son las fallas a que hicimos referencia, lo que constituye un punto clave para comprender la dinámica y particular idiosincracia del mercado de la salud, para lo cual seguiremos a Ortún Rubio, quien explica las fallas principales agrupándolas en siete de tipo positivo y dos de tipo normativo, identificando luego las respuestas institucionales y los efectos secundarios.

Fallas del mercado de los servicios de salud	
Positivas	Normativas
➤ Incertidumbre o falta de información	* <i>Dependen de opiniones y juicios de valor</i>
➤ Información asimétrica	
➤ Insuficiencia de racionalidad individual	➤ Bienes tutelares
➤ Externalidades	➤ Equidad
➤ Bienes públicos	

➤ Rendimientos crecientes	
➤ Mercados incompletos	

➤ **Incertidumbre o falta de información:**

Podemos considerar la incertidumbre como una de las fallas capitales en nuestro mercado de salud, más claramente visible cuando la pensamos en relación al evento de riesgo por el cual actuaremos como consumidores de servicios de atención médica: la enfermedad. Y aparece aquí una alta dosis de incertidumbre, que podemos dividir en:

✱ **Incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad:**  
¿Nos enfermaremos o no? ¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo? ¿De qué y con qué gravedad? Esta incertidumbre es vivida entonces en relación a la enfermedad vista como un riesgo sobre el que no tenemos respuesta cierta, que además de las connotaciones de sufrimiento y amenaza sobre la vida misma, está ligada a un quebranto financiero, sea a través de la demanda y pago de los servicios capaces de restituir o reparar la salud como al hecho del eventual lucro cesante que puede derivarse de ella.

✱ **Dada la natural aversión de las personas a un riesgo de esta naturaleza, la respuesta institucional - en este caso del mercado - son los seguros públicos o privados, o una mezcla de ambos.**

Ahora bien, si las primas pudieran calcularse correctamente a nivel actuarial, con toda la información pronóstica posible sobre el gasto esperado por cada usuario, dependiendo de su estado de salud, y si no se tratara de un bien tutelar como es la salud, no habría mayor problema. Pero como sabemos, esto no es así en la práctica, y aparecen entonces dos **efectos secundarios:**

✱ **Selección por riesgos:** que es un defecto precontractual que se da por el lado de la oferta, por el cual las aseguradoras tratan de maximizar de modo oportunista sus beneficios seleccionando los buenos riesgos y rechazando o desviando los riesgos desfavorables o altos, que potencialmente le significarían un mayor consumo de servicios (enfermos crónicos, con preexistencia o antecedentes de cáncer, enfermedades cardiovasculares, personas mayores de 60 años, discapacitados, etc).

✱ **Selección adversa:** no obstante lo anterior, los propios usuarios pueden causar este efecto secundario precontractual, que también limita la eficiencia del mercado de seguros. Sería una conducta oportunista en espejo, basada en la mayor información que poseen los usuarios acerca de su salud y su propensión a utilizar los servicios, por la cual se busca esconder información para que el contrato se efectivice. Entonces, dado que las primas de seguro de los menos sanos serán demasiado caras, éstos tienden a asegurarse menos que quienes presentan un riesgo alto.

✱ **Abuso o riesgo moral:** es otra variante de oportunismo postcontractual, por la cual ya no sólo se escondería información sino acción. En este caso, el hecho de que una persona esté asegurada o disponga en forma prepagada de servicios de salud que deberá pagar igual consume o no los mismos, puede llevarlo a un “consumo excesivo o superfluo”. Básicamente es el cambio de actitud del consumidor respecto de la cantidad demandada de bienes, al eliminar el pago de esos bienes por medio de una tasa de seguro fija, invariable respecto al uso o no de esos bienes o servicios.

✓ *No obstante la importancia que pretenda atribuirse a esta falla por parte de los consumidores, lo cierto es que como Pauly (1968) bien señalara, esta conducta no tiene nada que ver ni con la moral, ni tampoco le cabrían los términos “abuso” o “riesgo”. En términos sencillos, podría decirse que tal conducta no es más que una respuesta predecible y previsible por parte de un consumidor racional a una disminución del precio del bien que demanda. Esto puede entenderse si se considera que el seguro de salud tiene como efecto una disminución incluso a cero, del precio y consiguiente gasto de bolsillo por parte del consumidor al momento de adquirir cualquier especie de servicio médico, convirtiéndose en un efecto colateral no deseado del seguro de salud.*

✓ *Este “sobreconsumo” a su vez puede entenderse en sentido económico y en sentido sanitario. En sentido sanitario, el sobreconsumo podría ser a veces perjudicial o iatrogénico para el consumidor, con pérdida de bienestar sanitario individual o social (P.Ej.: exceso de medicamentos), o para la comunidad por el costo de oportunidad de los recursos que podrían derivarse a objetivos epidemiológicamente más acertados o a quien tiene necesidades mayores o más urgentes). En tanto que en el sentido meramente económico sería lo explicado en el párrafo precedente, cuando al accederse al bien o servicio a un costo cero o cercano a cero, se consume innecesariamente más de lo que se consumiría de tener que pagarse su auténtico costo social, produciendo una pérdida de bienestar en este caso económico y social.*

✱ **Los tres efectos secundarios que hemos visto se basan en un esquema de seguros privados. En caso de aseguramiento público financiado por un sistema nacional de salud no encontraremos selección adversa, pero sí distintas variantes de los otros dos.**

✱ **Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos:** Dentro de las ciencias prácticas, la medicina es acaso una de las más inciertas. Hay incertidumbre por parte del paciente en cuanto a la efectividad del tratamiento, a su duración, su costo final, su calidad, etc. Pero también hay de parte del profesional prestador un grado lógico de incertidumbre por ejemplo respecto a lo acertado del diagnóstico, a la respuesta y tolerancia al tratamiento instituido, a la conducta del paciente respecto al cumplimiento de lo prescripto, y tantas otras que en conjunto explican la variabilidad presente en la práctica médica.

✱ **La respuesta institucional** – en este caso del Estado, directamente o bien por delegación a una asociación profesional – para proteger a los consumidores de la mala posibilidad de proveedores de mala es la **regulación del ejercicio profesional, la habilitación, acreditación y categorización de prestadores, etc.**

Nuevamente, aparecen **efectos secundarios**: entre ellos el más grave es el poder monopolista que imprime o puede imprimir esta limitación de la entrada de oferentes al mercado. Vale decir, quienes tienen la capacidad de regular también detentan el poder de crear un **monopolio**, regulando la entrada a la profesión, la especialidad, o el ejercicio a nivel regional en beneficio naturalmente de los intereses de quienes están regulando.

➤ **Asimetría de la información:**

Esta es otra de las fallas capitales más típica de los mercados de servicios de salud, y se refiere a la asimetría o diferencia en el grado de información que posee el médico respecto del paciente, o sea entre las dos partes que contratan el servicio (por extensión de la oferta respecto a la demanda de atención médica.) Es fácil observar que la soberanía del consumidor informado que elige y decide libremente en este caso no se da en absoluto.

Si bien la relación médico –paciente es el caso más típico, esta asimetría se replica en múltiples oportunidades en este mercado. Un ejemplo típico lo constituye el submercado de medicamentos. El médico prescribe una droga sobre la que el paciente que va a consumirla ignora todo, pero no obstante la compra y la consume. Pero a su vez, si comparamos la información que sobre esa misma droga tiene el médico prescriptor y los laboratorios que la producen, aquí se verifica nuevamente una asimetría y una asincronía de la información pero esta vez a favor del laboratorio, que va a tener en última instancia más precozmente una cantidad mayor de datos acerca de ese medicamento, no sólo médica sino económica. Si a ello le sumamos la presencia de un *tercer pagador*, por ejemplo la seguridad social, que va a pagar por esa droga que no eligió ni va a consumir, vemos que la alta imperfección del mercado queda reflejada en una frase **“el que elige no consume; el que consume no elige ni paga y el que paga no elige ni consume.”**

La principal **respuesta institucional** a esta situación es la **relación de agencia** que se establece entre el médico y el paciente. Veamos un poco más en detalle en qué consiste<sup>12</sup>:

Decimos que existe una relación de agencia cuando una persona, a quien llamamos “principal”, delega en otra denominada “agente” el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo. La relación médico-paciente es un caso típico que puede analizarse desde la teoría de la agencia, ya que el paciente delega en el médico, en virtud de su asimetría negativa de información, el poder de decidir cuál es el tratamiento indicado para la dolencia por la que consulta.

Si inscribimos esta relación en el marco de ética médica que debe prevalecer, tendremos una situación positiva, en la que el médico cumplirá con los requisitos a que está obligado: un conocimiento científico lo más completo y actualizado posible sobre la materia a tratar, una consideración antropológica y de los valores humanos y morales en juego y la consideración de la bondad o maldad del acto técnico en juego.

Luego, la decisión tomada al adoptar la conducta terapéutica y prescribir el tratamiento cumplirá con los principios de eficacia, efectividad y eficiencia. En este caso tenemos una relación de agencia perfecta, ya que el agente ha respetado los principios éticos

---

<sup>12</sup> Para ampliar este tema se puede consultar Martín Martín, J. y Del Puerto López del Amo González M. , *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Junta de Andalucía –Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

inherentes a su profesión y ha tomado en cuenta sólo las variables pertinentes al paciente (el diagnóstico, el pronóstico, la situación familiar y socioeconómica, la presencia o no de cobertura médica disponible y el alcance de ésta, etc).

Pero puede darse la situación en que el agente médico empiece a considerar variables que no afectan positivamente los intereses del paciente, sino los suyos o bien los de la institución, y que éstos comiencen a pesar mucho en la decisión: entonces la relación de agencia se torna incompleta. Por ejemplo: prescribir medicamentos de marcas que le otorgan beneficios en especies (inscripción a congresos, viajes, etc), recitar a la consulta innecesariamente, indicar estudios superfluos que le reditúan alguna participación monetaria (o no indicar los necesarios por los costos que le significarían al prepago del cual él es empleado) incluir pacientes en protocolos que está adhiriendo, dar altas indebidamente precoces para liberar camas, etc)

Esta situación supone un comportamiento oportunista del agente, que acarrea un costo para el principal y que se denomina pérdida residual, que puede entenderse como la diferencia entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del agente, y el que realmente ha alcanzado.

A su vez, para minimizar esto se plantean sistemas de incentivos que buscan alinear los intereses del agente con los del principal (pensemos esto también a nivel de las organizaciones y sistemas de servicios de salud). Pero estos mecanismos también tienen sus propios costos. Entonces estos costos sumados a la pérdida residual constituyen los llamados "costos de agencia", que si bien puede parecer complicado de considerar aquí, es muy útil que sepamos que existen en este mercado de la salud que nos ha llevado a estar leyendo estas líneas...

Los **efectos secundarios** que se siguen de esta relación de agencia incompleta son:

- \* La **demanda inducida por la oferta** → **comprometiendo o anulando la soberanía del consumidor** → por la cual queda en conflicto la independencia entre la oferta y la demanda cuyo comportamiento se vuelve indiferenciado e incapaz de alcanzar un equilibrio eficiente → y lleva en definitiva a una **ausencia de mercado**.

Otras respuestas institucionales a la asimetría de información médico-paciente, que solamente mencionaremos son:

Producción y difusión pública de información acerca de la efectividad de los tratamientos, precios, etc.

"Activismo" de los pacientes: decisiones conjuntas médico paciente; consentimiento informado; directivas de avance por parte del paciente respecto a situaciones de incapacidad para decidir o consentir determinados tratamientos.

Comités de Bioética en instituciones hospitalarias y a nivel académico-profesional.

➤ **Presencia de Bienes Públicos:**

En economía el concepto de **Bien Público** difiere de la acepción que se le da en lenguaje político- administrativo. Implica dos condiciones:

✓ **No rivalidad**: el consumo de ese bien no reduce la cantidad del mismo disponible para los demás y **No excluibilidad**: no es posible excluir a nadie de su consumo.

Algunos de los servicios de salud poseen en mayor medida las características de los bienes públicos, especialmente aquellos que suelen incluirse en la salud ambiental, la prevención, la investigación o la educación sanitaria. Como ejemplos podemos citar la higiene alimentaria, la protección de riesgos medioambientales, la fluoración de las aguas, los servicios de alcantarillado y tratamientos de excretas. Este concepto no es desde ya aplicable a aquellos servicios de salud que se consumen en forma individual (medicamentos, consultas, internaciones, etc) por la misma definición que dimos al principio

En el caso de los bienes públicos, el propio concepto de demanda como disposición a pagar falla, ya que al no poder quedar nadie excluido del uso de estos bienes, los consumidores tendrán incentivos para ocultar su "disposición a pagar". Como consecuencia de esto el mercado no constituye un mecanismo de asignación eficiente, porque da lugar a una provisión desde inferior a la socialmente óptima a nula inclusive.

**La respuesta institucional** está dada por la **provisión pública** de estos bienes (por ejemplo financiada por impuestos), **subsidios o asistencia benéfica**.

Los **efectos secundarios** que se siguen es la aparición conductas "aprovechadas" de ciertas personas que, sabiendo que no pueden ser excluidas del disfrute de esos bienes deciden no contribuir voluntariamente al pago. ( *free-riders o polizones en el sentido que viajan sin pasaje*).

➤ **Presencia de externalidades:**

Veamos primero que se entiende en economía por **externalidades**: son los beneficios o los perjuicios que se causa a un tercero como consecuencia de la producción o el consumo de servicios sanitarios. Luego un bien presenta externalidades cuando su consumo afecta indirectamente a personas distintas a quienes decidieron y realizaron el consumo de ese bien. Tenemos entonces en sanidad externalidades positivas (o beneficios), como por

ejemplo las vacunas, la investigación, la información. El caso más ilustrativo acaso sean las vacunas: en este caso aparte de la utilidad propia y privada que tiene quien se vacuna, aporta además un efecto externo del que se benefician aún quienes no la “consumieron”, pues disminuyo el riesgo de contagio a nivel social.

El caso contrario de externalidades negativas pueden ser las enfermedades infectocontagiosas o el conducir en forma imprudente, donde claramente se genera un riesgo de perjuicio sobre terceros ajenos al acto.

“Hay algunos autores que hablan de las externalidades filantrópicas, son las que justifican planteamientos y deseos de equidad en salud: en mi función de utilidad entra como argumento no solamente mi nivel de salud sino también el de los demás. A la gente le gusta saber que sus conciudadanos están sanos. Igual que ocurría con los bienes públicos y por razones similares, el mercado proveería ineficientemente estos bienes y servicios, en menor cuantía que el nivel socialmente óptimo. También en este caso es porque la demanda únicamente recoge la disposición a pagar por la utilidad o el beneficio privado del demandante, sin tener en cuenta el beneficio que produce a los demás.”<sup>13</sup>

**La respuesta institucional** está dada también en este caso por la **provisión pública** de estos bienes y servicios, **subsidios o asistencia benéfica de acuerdo a los distintos sistemas de salud**.

Los **efectos secundarios**, también a semejanza de los bienes públicos consisten en la aparición de **free-riders (o polizones en el sentido que viajan sin pasaje)**.

➤ **Las otras tres fallas de tipo positivo que hemos mencionado, las desarrollaremos más brevemente pues son más puntuales:**

➤ **Mercados incompletos:**

En este caso es un concepto técnico, que se refiere a la posibilidad de que exista gente dispuesta a pagar pero no haber oferta para ese tipo de consumo, generando entonces una demanda insatisfecha: por ejemplo personas discapacitadas que desean adquirir un seguro de salud que sin embargo nadie ofrece en plaza, o una determinada tecnología

---

<sup>13</sup> González López- Valcárcel, Beatriz, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

médica que no obstante nadie ha importado a determinada región donde hay gente dispuesta a consumirla, pero en un número demasiado escaso para motivar una oferta.

➤ **Rendimientos crecientes:**

Los **rendimientos crecientes** implican **economías de escala**<sup>14</sup>. Estas pueden justificar la existencia de monopolios naturales en el mercado de la salud, por ejemplo en caso de zonas de baja densidad geográfica donde no tendría sentido que existiese más de un proveedor, entonces el Estado con un único hospital zonal actuaría como un monopolio natural económicamente justificado.

➤ **Racionalidad limitada:**

Esto se refiere a que, aún siendo perfectamente lógicos en la generalidad de nuestros actos, no obstante en cuanto a nuestras decisiones como consumidores de servicios de salud, hay un mayor margen de actuar con insuficiente racionalidad a nivel individual. No olvidemos que hay además una información incompleta y altas connotaciones emocionales cuando está en juego la salud o la vida (nuestra o de quienes queremos). Por lo tanto, es común que se den en la vida situaciones o dilemas, en los que aún queriendo ser racionales, podemos actuar de modo desfavorable para nosotros o para los demás.

➤ **Veamos finalmente las dos fallas de carácter normativo, en el sentido de que dependen de juicios de valor, ideologías u opiniones: los bienes tutelares y la equidad.**

➤ **Bienes tutelares:**

Hemos hablado de este concepto en la introducción del presente capítulo, recordemos entonces que **bienes o servicios tutelares, meritorios o preferentes**, son aquellos cuyo consumo es considerado prioritario<sup>15</sup> por las autoridades de una sociedad, independientemente de las valoraciones individuales, luego no se considera adecuada su provisión por el mercado.

---

<sup>14</sup> Decimos que una fase de la producción *tiene rendimientos crecientes a escala*, o *economías de escala* en el sentido de que a medida que se aumenta el nivel de actividad y las unidades producidas, los costos medios de producción van disminuyendo.

<sup>15</sup> Resultan de importancia vital para el país, porque el hecho de que todos puedan alcanzarlo deriva en un mayor grado de bienestar general.-

**La respuesta institucional** está dada por el Estado, que reconoce, promueve y protege el derecho a la salud y está legitimado para intervenir en la financiación sanitaria y para regular aspectos relacionados con los hábitos de vida adquiriendo una mayor capacidad de intervención en el mercado.

El **efecto secundario** está dado por la imposición de preferencias del poder público, limitando así la “soberanía” del consumidor”. Por ejemplo, las inmunizaciones obligatorias en período escolar primario, el uso del cinturón de seguridad, etc.

➤ **La falta de equidad:**

Hemos dejado para el final esta falla normativa, por la profundidad de su impacto contra el mercado como mecanismo de asignación de recursos. El paradigma del mercado es la eficiencia, pero a la vez esto implica que no toma en cuenta para nada el criterio de equidad en la distribución de los recursos en una sociedad.

Si bien no profundizaremos ahora el concepto de equidad<sup>16</sup>, veamos dos textos muy a propósito de este concepto en referencia a los mercados:

- \* “El concepto de **equidad en salud**, puede ser abordado, desde la perspectiva de la **igual oportunidad de todas las personas** que participan de un sistema de salud, de tener acceso a los servicios de acuerdo a sus necesidades reales de salud. La inequidad en el acceso se puede deber a razones económicas de las personas para cubrir sus gastos en salud, a la distribución geográfica de los servicios, a las barreras impuestas por las creencias, la cultura y la educación. El **concepto de equidad en el acceso**: significa que las personas acceden a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no de acuerdo a su nivel de ingreso. El **concepto de equidad en el financiamiento**: significa que la gente participa en el financiamiento de su salud con relación a su nivel de ingreso y no en relación a sus riesgos de salud.”<sup>17</sup>

**La respuesta institucional** debido a las múltiples imperfecciones de los mercados de bienes y servicios médicos, el Estado tiene la responsabilidad de establecer procedimientos eficaces que permitan garantizar la calidad, evitar la ineficiencia y promover la equidad, por ejemplo modulando cinco funciones más específicas: el desarrollo del sistema, la provisión y coordinación, la gestión financiera, la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor.

---

<sup>16</sup> Se puede ver Musgrove, Ph. *Medición de la Equidad en materia de Salud*.

<sup>17</sup> Ver Martínez E. y Villalba S. “*La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay*”, I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud - AES - Fundación Isalud, Bs.As., 2000.-

Esto se da no sin **efectos secundarios**, entre los que destacan el consumo excesivo de servicios (al ser gratuitos, se consumirán por encima del nivel de eficiencia), costos de transacción y algunos incentivos perversos a los proveedores y a los consumidores.

➤ Para ejercitar lo visto, trate de completar el siguiente cuadro:

Fallas del mercado de los servicios de salud		
Falla	Repta. Institucional	Efectos Secundarios
➤ Incertidumbre		
➤ Información asimétrica		
➤ Externalidades		
➤ Bienes públicos		
➤ Bienes tutelares		
➤ Equidad		

➤ ¿Qué diferencias hay entre bienes públicos y bienes tutelares o meritorios? ¿Cuál de ellos piensa que son los medicamentos esenciales, y cuál es su opinión al respecto?

### 2.2.5 Las fallas del Estado en Sanidad

En este apartado, haremos una breve referencia a las fallas del Estado dado que, como en la mayoría de los mercados, en sanidad, el Estado también falla como mecanismo de asignación de los recursos.

Existen **fallas públicas por acción y por omisión**. Entre las primeras se incluyen aspectos tales como la creación de grandes empresas deficitarias en los sectores más diversos, programas de inversión superfluos o más allá de las reales posibilidades, controles sobre el sector privado, grandes déficits fiscales y gastos innecesarios. Entre las

segundas encontramos, falencias tales como el deterioro de servicios e infraestructura, ausencia de regulaciones, etc.

**Una de las principales causas de este tipo de fallas, tanto las provocadas por acción como por omisión, es la falta de incentivos organizativos e individuales.** Las organizaciones públicas son monopolios con inmortalidad garantizada porque no pueden quebrar. Los servicios no son pagados directamente por el consumidor, con lo cual éste no actual como cliente y existe una ausencia de relación entre los ingresos (coactivos) y los gastos. En cuanto a los incentivos individuales, normalmente la prevención de la alternativa política, la prevención de que los funcionarios acompañen a los gobiernos salientes, ha llevado a establecer una estabilidad en el empleo. Sin embargo, se ha evitado un problema pero se ha creado otro: una persona no puede ser despedida cuando hay un cambio de gobierno pero posiblemente tampoco lo sea por vagancia o por incompetencia manifiesta. (Ortún Rubio, 1995).

**Clásicamente se citan cuatro fallas principales del "no-mercado" (Wolf, 1988): falta de relación entre ingresos y costos, objetivos de la propia organización, externalidades derivadas de la acción del Estado , e inequidades distributivas.**

- ✓ Dado que a nivel del Estado los ingresos se obtienen de manera coactiva, los incentivos para conductas eficientes y minimizadoras de costos pasan a un plano secundario. Del mismo modo, las posibilidades tecnológicas para aumentar la productividad o realizar economías de escala son menos explotadas en el Estado que en el mercado.
- ✓ Los móviles políticos a nivel estatal pueden no coincidir con la eficiencia o el altruismo. En ausencia de beneficios, surgen incentivos perversos (poder, clientelismo político) y variables en pro de intereses marginales, como manejo de la información, tamaño de la planta de personal o del presupuesto, etc. Aparecen así "internalidades" o sea costos y beneficios privados u organizativos que se incluyen en el cálculo de quienes toman las decisiones sanitarias y sociales.
- ✓ Posibilidad de generar "externalidades" no previstas, debido a la intervención pública. Inequidad: la asignación o la redistribución de recursos por el Estado puede corregir algunas desigualdades y generar otras nuevas.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Ortún Rubio, Vicente, *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990, pp. 58-59.

### 2.3 MERCADO Y ESTADO

Habiendo presentado las principales características de los mercados de salud, incluyendo tanto las fallas propias del mercado como así también las del Estado, surgen cuestiones como cuál debería ser el tamaño del Estado en sanidad, cuáles son sus funciones y cuáles sus límites.

El debate sobre las ventajas y desventajas de un sistema sanitario público frente a uno privado ha estado abierto desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial.

Actualmente, los teóricos neoliberales afirman que el tamaño del Estado ha crecido significativamente en este siglo, sosteniendo que el Estado del Bienestar ha sido una distorsión que complicó la viabilidad del capitalismo y de la sociedad en su conjunto. Otros dicen que si bien todos están de acuerdo en la reducción del Estado, la misma no fue de la magnitud que muchos creen.

En el campo de la salud específicamente, no hay nadie, por más fundamentalista que sea, que plantee posiciones absolutistas. No se piensa que lo privado es todo en salud, así como tampoco hay quien piense que lo público lo sea.

Como señala Rovira Forns (1986), plantear el debate público o privado en términos de mercado o planificación puede inducir a confusión, pues parece que se identifica la intervención pública con planificación, lo cual es inexacto. La regulación de las condiciones de entrada en el sector, de los precios, o la concesión de establecimientos también son formas de intervención pública.

A grandes rasgos, los ámbitos de la participación estatal pueden agruparse en: financiación, provisión y la regulación.

La participación en la **financiación** está dada por la medida en que los fondos provienen de presupuestos públicos en lugar de surgir de la renta disponible de los individuos.

La **provisión**, hace referencia a la titularidad pública de los centros de servicios sanitarios.

Finalmente, la **regulación** se refleja en la influencia del Estado en el accionar del sector tanto público como privado.

Las razones que pueden justificar desde una perspectiva económica la intervención pública en el mercado o incluso la eliminación total de este último en ámbito de la salud se encuentran en el desarrollo del presente capítulo, especialmente cuando se hace mención a las fallas del mercado en sanidad.

Seguramente el lector extraerá de lo expuesto que tanto en el mercado como en el Estado existen ventajas e inconvenientes para asignar recursos en el sector sanitario. Tanto las fallas del primero como las del segundo son más la excepción que la regla. Ni la existencia de fallas del mercado basta para justificar la intervención estatal, ni las fallas del Estado son suficiente para legitimizar el *laissez faire*.

Como conclusión general, podemos afirmar que la preferencia por un sistema de salud público o privado suele estar asociada a posturas político-ideológicas establecidas *a priori* que no siempre están justificadas ni por la evidencia empírica ni por las herramientas teóricas utilizadas en el análisis (Rovira Forns, 1986).

Los partidarios de la provisión pública se encuentran entre los individuos próximos a ideologías que otorgan mayor prioridad a los objetivos de equidad y a enfoque preventivo de la salud. Los defensores del mercado suelen dar prioridad a los criterios de eficiencia y responsabilidad individual y son en principio escépticos respecto a la eficiencia del sector público.

Para terminar, como sugiere Cabasés (1982), parece que sería útil obviar la dicotomía público-privado como eje de la discusión e intentar establecer la gama apropiada de actividades que ha de desempeñar el sector público y las que corresponden al mercado, determinadas por su contribución al bienestar social.

## 2.4 LA OFERTA DE SERVICIOS SANITARIOS<sup>19</sup>

### 2.4.1. Concepto De Oferta

La palabra “oferta” es un término general que describe la conducta de los vendedores reales y potenciales de un bien.

La **cantidad ofrecida** de un bien es aquella que están **dispuestos a vender** los vendedores en un período determinado. Depende del precio del bien y de otros factores, principalmente los precios de los factores utilizados en la producción y las técnicas de producción de que disponen los vendedores.

Por **dispuestos a vender** significa que los vendedores querrían y estarían dispuestos a entregar la cantidad ofrecida si hubiera suficientes compradores.

Resulta importante distinguir entre cantidad **ofrecida y vendida** de un determinado bien o servicio. La cantidad **ofrecida** depende únicamente de la conducta del vendedor, mientras que la **vendida** depende tanto de los compradores como de los vendedores.

La cantidad ofrecida aumenta normalmente con el precio del bien. Cuanto más alto es el precio, mayores son los recursos que se utilizan en la producción y la cantidad del bien que se pone a la venta. Si baja el precio, los productores se muestran menos dispuestos a incurrir en los costos y a realizar los esfuerzos necesarios para producir una mayor cantidad del bien, por lo que disminuye la cantidad ofrecida.

La **función de oferta** resume la relación entre el precio y la cantidad ofrecida. Describe la conducta de los vendedores de la misma manera que la función de demanda describe la de los compradores.

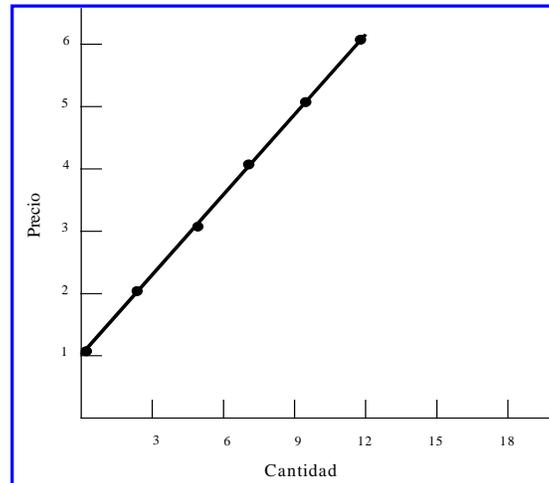
La **función de oferta** es la relación entre la cantidad ofrecida de un bien y su precio.

---

<sup>19</sup> El desarrollo del presente capítulo se ha basado en Becker y Mochón (1994) y Dornbusch y Fischer (1990).

Indica la cantidad que desean vender los vendedores a cada uno de los precios.

La **curva de oferta** muestra gráficamente la cantidad ofrecida de un bien a cada uno de los precios, manteniéndose constantes los demás factores que afectan a la oferta. Suele tener pendiente positiva.



### 2.4.2. La Empresa Y La Producción

Las empresas realizan la función productiva fundamental. La empresa es la unidad económica de producción encargada de combinar los factores o recursos productivos (trabajo, capital y recursos naturales) para producir bienes y servicios que, posteriormente, se venden en el mercado.

#### 2.4.2.a La empresa y los beneficios

Un supuesto razonable respecto al objetivo que guía el comportamiento de las empresas es que éstas pretenden enriquecer lo más posible a los propietarios, esto es, que tratan de maximizar los beneficios.

El **objetivo principal** de la empresa consiste en tratar de *maximizar los beneficios* que obtiene en el ejercicio de su actividad.

El beneficio de una empresa es la diferencia entre los ingresos y los costos durante un período determinado

$$\text{Beneficios} = \text{ingresos} - \text{costos}$$

Los **ingresos** son las cantidades en pesos que obtiene la empresa por la venta de sus bienes o servicios durante un período determinado. Estos resultan de multiplicar el número de unidades vendidas por el precio de venta.

Los *costos* son los gastos ligados a la producción de los bienes y servicios vendidos durante un periodo considerado, y se deben a los pagos derivados de contratar la mano de obra y los demás factores productivos.

#### 2.4.2.b La producción: el corto y el largo plazo

Vale la pena comenzar esta sección con algunas definiciones básicas:

- \* El **producto total** es la cantidad de producción que se obtienen para diferentes niveles de trabajo.
- \* El **producto medio del trabajo** (o productividad del trabajo) es el cociente entre el nivel total de producción y la cantidad de trabajo utilizada, e indica el nivel de producción que obtiene la empresa por unidad de trabajo empleada.
- \* El **producto marginal** de un factor variable (el trabajo por ejemplo) muestra el aumento en la producción obtenido utilizando una unidad adicional de ese factor.

Si el producto que una empresa lanza al mercado experimenta una demanda creciente, se deseará expandir la producción (el producto total). Sin embargo, muchos de los factores que se emplean en la producción de un bien son bienes de capital, tales como maquinarias y edificios. Si quisiéramos aumentar la producción rápidamente, algunos de estos factores no podrían incrementarse en el corto plazo –es decir, permanecerían fijos- y sólo sería posible aumentar la producción con mayores cantidades de factores, como el

factor trabajo, cuya adquisición en mayores cantidades si resulta factible en un breve período de tiempo.

El **corto plazo** es un período de tiempo a lo largo del cual no pueden variar algunos de los factores que se denominan factores fijos. Las empresas si pueden ajustar los factores variables, incluso en el corto plazo.

En un plazo de tiempo algo mayor, y si continúa la presión por parte del mercado, la empresa empezará a introducir nueva maquinaria y, a más largo plazo aún, puede incluso construir una nueva fábrica.

A **largo plazo** las empresas tienen la posibilidad de alterar la cantidad de cualquiera de los factores que emplean en la producción. Precisamente, en economía, la distinción entre corto y largo plazo se establece únicamente atendiendo la existencia o no de factores fijos.

Las propiedades técnicas de la producción a largo plazo se establecen en torno al concepto de **rendimientos a escala** (escala significa el tamaño de la empresa medida por su producción), y éste se aplica sólo al caso en que todos los factores de varíen simultáneamente en la misma proporción.

Existen *rendimientos o economías a escala crecientes* cuando al variar la cantidad utilizada de todos los factores, en una determinada proporción, el producto total varía en una proporción mayor.

Un caso sería, por ejemplo, si al doblar las cantidad utilizadas de todos los factores, obtenemos más del doble del producto.

Existen **rendimientos constantes a escala** cuando la cantidad utilizada de todos los factores y el producto total varían en la misma proporción. Existen

**rendimientos decrecientes** cuando al variar la cantidad utilizada de todos los factores en una proporción determinada, la cantidad obtenida de producto varía en una proporción menor.

### *2.4.3 Concepto Y Tipos De Costos*

La cantidad y el precio de los bienes o servicios a ofrecer dependen principalmente de los costos de producir el bien. Las empresas no estarán dispuestas a ofrecer bienes si el precio no cubre el costo de producción.

Como se mencionó anteriormente, los **costos** son los gastos ligados a la producción de los bienes y servicios vendidos durante un período considerado, y se deben a los pagos derivados de contratar la mano de obra y los demás factores productivos.

Los costos son importantes porque ayudan a seleccionar las mejores decisiones para ajustarse a los objetivos de la empresa. Asimismo, permiten evaluar en qué medida las empresas utilizan adecuadamente los recursos y factores productivos. En cualquier caso, el papel fundamental jugado por los costos se debe a que la decisión más importante que tiene que tomar cada empresa (esto es que volumen de producción va a lanzar al mercado) la adopta teniendo en cuenta los costos en que incurre.

#### **2.4.3.a Los costos a corto plazo**

- En el **corto plazo** hay dos tipos de factores de producción:
  - ✓ **Variables:** cuya cantidad puede variarse para producir mayor o menor cantidad de bienes o servicios.
  - ✓ **Fijos:** cuya cantidad no puede alterarse sin costo elevado.
- En consecuencia, a corto plazo existirán dos tipos de **costos:**

- \* **Costos variables:** vienen dados por el valor de los factores variables y dependen del volumen de producción
- \* **Costos fijos:** se derivan del empleo de los factores fijos y no dependen del volumen de producción, esto es, se incurre en ellos aunque no se produzca nada.

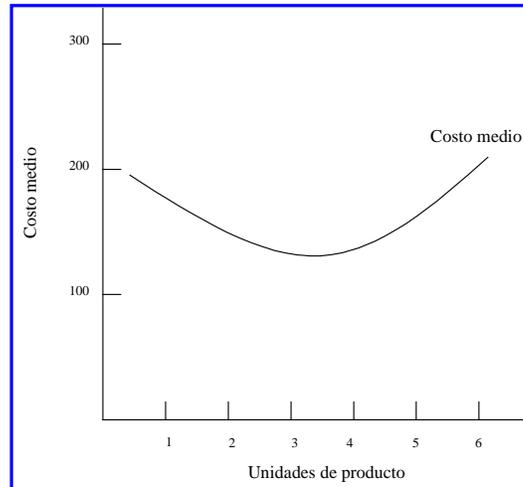
En tanto, los **costos totales** son iguales a los costos fijos más los costos variables

$$\text{Costos totales (CT)} = \text{costos fijos (CF)} + \text{costos variables (CV)}$$

Los **costos medios (Cme)** son los costos totales por unidad de producción, esto es el CT dividido el número de unidades producidas (Q)

$$Cme = CT/Q$$

Hay que tener presente que no todas las unidades tienen el mismo costo de producción ya que los costos fijos se van repartiendo entre un número mayor de unidades a medidas que va aumentando el volumen de producción. Como consecuencia, la curva típica de costos medios tiene forma de U. Para niveles bajos de producción la curva es decreciente porque hay más unidades entre las que distribuir los costos fijos.



#### 2.4.3.b Los costos a largo plazo y las economías de escala

A largo plazo, la empresa es capaz de ajustarse totalmente al cambio de las circunstancias (ya sea necesidad de aumento o disminución de la oferta) ya que no existen factores fijos. La producción de la empresa, aunque no esté en absoluto limitada por la elección de los niveles de factores que utiliza, implica unos costos.

Los costos totales de producción aumentan conforme se incrementa la cantidad producida, ya que a mayor producción los costos aumentan. Lo interesante es entender cómo aumentan los costos totales con la producción.

Para analizar como varían los costos al cambiar el nivel de producción es conveniente analizar el costo por unidad o costo medio. Para facilitar el análisis es factible plantear tres situaciones alternativas:

a) **Curva de costos decrecientes:** una expansión de la producción va asociada con una reducción del costo unitario del producto. Si se suponen constantes los precios de los factores (costos para la empresa), una disminución del costo medio será a consecuencia de que la producción crece más rápidamente que las cantidades requeridas de factores productivos. Frecuentemente, ante este tipo de situación, se dice que la empresa disfruta

rendimientos crecientes o economías de escala.

b) **Curva de costos creciente:** al aumentar la producción aumentan los costos medio por unidad de producción. Dados constantes los precios de los factores, el incremento de los costos tiene que deberse al hecho de que la producción aumenta menos que proporcionalmente respecto al incremento de los factores. Frecuentemente, ante este tipo de situación, se dice que la empresa presenta **rendimientos decrecientes o deseconomías de escala.**

c) **Curva de costos constante:** los costos medios por unidad de producto no varían al cambiar el volumen de producción. En este caso, la producción y los factores productivos varían en la misma proporción y se dice que la empresa muestra **rendimientos constantes a escala.**

A pesar de lo señalado respecto a la forma de la curva de costos medios a largo plazo, los economistas la consideran con frecuencia con forma de U; ello implica que se supone que hay economías de escala en los niveles bajos de producción y deseconomías de escala en los niveles más elevados

#### Un caso típico de costos en salud

Es interesante analizar el caso de los centros de internación. En general, estas instituciones se caracterizan por la presencia de altos costos fijos, debido a la infraestructura que deben mantener en cuanto al mantenimiento de habitaciones, tecnología (especialmente en terapia intensiva), personal especializado las 24 hs, etc. En consecuencia, el aumento de la cantidad de pacientes internados (la producción) hace disminuir los costos. Es decir, la curva de costos medios es decreciente, o de otra forma, la institución presenta rendimientos crecientes a escala.

#### 2.4.3.c El costo marginal

A veces resulta interesante conocer como se incrementan los costos totales cuando la producción aumenta en una unidad. Para ello se emplea el concepto de costo marginal (CM).

El **costo marginal** es el aumento del costo total necesario para producir una unidad adicional de un bien o servicio.

El costo marginal puede expresarse como la razón de cambio en el costo total ante un cambio en la producción:

$$(CM) = (\Delta CT) / (\Delta Q)$$

En el corto plazo, como los costos fijos no varían, el costo marginal está dado por la variación de los costos variables al cambiar en una unidad la producción. Por ejemplo, el costo marginal de un estudio de imágenes (por ejemplo una ecografía) realizado en un centro de diagnóstico con las instalaciones preparadas es solamente el costo variable correspondiente a una unidad de producción: el pago al técnico por realizar un estudio, el uso de las instalaciones, el porcentaje de gel utilizado, el papel para las impresiones, etc. Muchas decisiones se suelen tomar “en el margen” comparando los ingresos y costos de producir una unidad más.

Por ejemplo, un centro de estudios clínicos puede estar evaluando extender la cantidad de turnos disponibles por día. Probablemente, si un economista está a cargo de evaluar dicha posibilidad, se fijará la relación entre los ingresos y costos que surgen de atender a un paciente más. Si los ingresos son mayores a los costos, se agregarán más turnos, ya que ello estaría indicando que hay espacio para seguir incrementando las ganancias. En caso contrario la decisión correcta será disminuir la cantidad de turnos disponibles.

#### 2.4.4. Algunas Particularidades De La Oferta De Servicios Sanitarios

Si bien el análisis presentado no deja de ser útil, al igual que en el caso de la demanda, el análisis de la oferta de servicios médicos, así como también de otros productos vinculados al cuidado de la salud, no debe abordarse simplemente a partir del enfoque económico "tradicional" como el expuesto. Existen características particulares de los individuos que participan en la oferta de este tipo de servicios que merecen ser tenidas en cuenta.

- Los servicios médicos pertenecen a una categoría de bienes en donde el producto y la actividad de producirlos son idénticos. Ello conduce a afirmar que el comportamiento esperado de los "oferentes" de servicios médicos (profesionales médicos) es diferente del esperado para un hombre de negocios en general.
- En el caso de los servicios médicos, el cliente no puede probar o evaluar el producto antes de consumirlo, y hay un importante componente de confianza en la relación entre los agentes participantes (demandante y oferente).
- Las restricciones éticas prevalecientes sobre las actividades de los médicos son mucho más severas que las prevalecientes sobre otras actividades.
- Algunas diferencias que en teoría existen entre el comportamiento esperado de un médico y el de un típico hombre de negocios son:
  - ✓ La publicidad y competencia vía precios son virtualmente eliminados entre los médicos
  - ✓ Las recomendaciones dadas por los médicos respecto a sus propios tratamientos o de otros médicos se suponen que son completamente independientes de sus propios intereses
  - ✓ Al menos en teoría se supone que el tratamiento es orientado a las necesidades de pacientes y no esta limitado a consideraciones financieras. Si bien el comportamiento ético seguramente no es el mismo en la práctica que en la teoría, puede suponerse que no tiene influencias sobre la asignación de recursos.
- En general, debería poder decirse que existe un alejamiento del objetivo primordial que rige el comportamiento de la oferta en los mercados competitivos que es el de la maximización de la ganancia.
- La incertidumbre es un factor que probablemente juegue con mayor intensidad en el caso de los servicios médicos que en el caso de otro bien. La recuperación de una enfermedad es tan impredecible como su surgimiento. Para la mayoría de los bienes,

la posibilidad de aprender de la propia experiencia o de la de otros es significativa ya que existe un adecuado número de “experimentos”. Un aspecto interesante a destacar con respecto a la incertidumbre prevaleciente en este tipo de mercados es que la misma es muy diferente dependiendo de que lado de la transacción se considere. Dado que los conocimientos médicos son tan complicados y específicos, la información procesada por el médico, así como también sus consecuencias y los tratamientos alternativos es mucho mayor que la del paciente. Ambas partes están al tanto de esta asimetría informativa y su relación esta teñida de esta realidad.

- La oferta de servicios médicos esta restringida debido a la exigencia del título para ejercer el acto médico.
- Tanto la calidad como la cantidad de la oferta de servicios médicos ha estado fuertemente influenciada por fuerzas sociales ajenas al mercado
- Por todas las cuestiones comentadas, la fijación de precios de la industria médica difiere significativamente de la forma en que se fijan en un mercado competitivo.

### Bibliografía

- Arrow, K. *La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas*, Development and operation policy, HRO Working Papers, Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Economía y Gestión de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud.
- Beker, V. y F. Mochón, *Economía: elementos de micro y macroeconomía*, Mc Graw Hill Ed. 1994: cap 4, 6 y 7.
- Cabasés, J. "Debate sector público vs mercado", en II Jornadas de Economía y Salud. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Departamento de la Presidencia (1982).
- Caplan de Cohen, N. "Reformulando el Rol del Estado: Privatización y Regulación", Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, mimeo.
- Dornbusch, R. y S. Fischer, *Economía*, 2a edición. Mc Graw Hill Ed. 1990: Cáp 1-4 y 9.
- González García, G, "El debate público-privado en las políticas de salud", VIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, 1999.
- Hsiao,WH, *Economía "anormal" en el sector salud*, traducido de Health Sector Reform in Developing Countries. Material de la Cátedra de Economía de la Salud, Maestría de Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, Fascículo 21, Agosto de 1999.-
- Martín Martín, J. y Del Puerto López del Amo González M. , *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*, Junta de Andalucía –Consejería de Salud y Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.
- Martínez E. y Villalba S. "La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay", I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud - AES - Fundación Isalud, Bs.As., 2000.-
- Musgrove, Ph. *Medición de la Equidad en materia de Salud y Equidad, Eficiencia y Calidad. El desafío de los modelos de Salud*, IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, AES, Fundación Isalud, Buenos Aires, 1995.
- Ortun Rubio, V., "Análisis de los mercados y del marco regulatorio del sector salud", IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, 1995.
- Ortún Rubio, Vicente, *La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones*, EUGE- Ed. La Llar del Llibre, Barcelona, 1990: Cáp. II, pp. 47-67; Cáp. III, pp 71 a 77
- Rovira Forns, J, "Mercado y Planificación en Sanidad", Humanidades Médicas, Vol XXXI, N° 746, 1986.
- Stiglitz Joseph, *Microeconomía*, de la 2ª Edición Inglesa, Ed. Ariel SA, Barcelona, 1998 Cap2: *Pensar como un economista*; pp. 44-66; Cap. 14: Mercados imperfectos, pp. 345-371; Cáp. 17: El cambio Tecnológico, pp. 421-436.