

# LOS SERVICIOS DE SALUD Y EL MERCADO

Por

ANDRÉS MORENO MÉNDEZ  
FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO  
JESÚS PRIETO MORENO  
LUIS MARIANO HERNÁNDEZ NEILA  
PATRICIA PRIETO BRAVO

*Profesores del Centro Universitario de Plasencia  
del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura*

**SUMARIO:** 1. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD.- 2. LA DEMANDA Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD.- 2.1. ¿Es la demanda sanitaria reflejo de la conducta y la elección individual?. 2.2. La oferta de servicios como inductora de la demanda. 3. LOS FALLOS DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.- 3.1. La salud como bien público. 3.2. Situaciones monopolísticas u oligopolísticas. 3.3. Presencia de rendimientos constantes. 3.4. Asimetrías en la información. 3.4.1. Azar moral. 3.4.2. Selección adversa.- 4. LOS SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN Y EL ASEGURAMIENTO.- 4.1. Los seguros y el poder de mercado. 4.2. Aseguramiento y sus efectos: abuso moral. 4.3. Otros problemas: información insuficiente y rendimientos crecientes.- 5. LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.- 5.1. Condiciones de eficiencia derivables con criterios de bienestar social. 5.2. Razones de equidad y la salud como bien preferente. 5.3. Principios para justificar la intervención. 5.4. Los fallos de la provisión pública. 5.4.1. Fallos derivados de la planificación burocrática. 5.4.2. Fallos derivados de los mecanismos de acción política. 5.5. Posibilidades de intervención en los mercados de salud.- 6 CONCLUSIÓN.- 7. BIBLIOGRAFÍA.

## INTRODUCCIÓN

El funcionamiento de un mercado, esto es, la interacción de la demanda y la oferta de un bien o servicio para determinar el precio y la cantidad de equilibrio es una de las piezas clave del estudio de la economía. Los servicios de salud, como los demás bienes, los demandan unos individuos mientras que otros individuos e instituciones los ofrecen. La **demanda** de servicios de salud y la **oferta** de éstos integran el **mercado** de servicios de salud. Las condiciones que se suelen dar en este mercado le alejan de lo que en economía se entiende como un **mercado de competencia perfecta**, resultando por lo tanto que no se suele alcanzar la eficiencia económica. Cuando el funcionamiento normal de un mercado no permite alcanzar la eficiencia se dice que el mercado falla en su labor de asignar los recursos correctamente. En estos casos el Estado debe intervenir para corregir o complementar el libre juego de los agentes (demandantes y oferentes) que participan en el mercado.

### 1. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO DE SERVICIOS DE SALUD

Es frecuente rechazar la idea de un mercado libre en el ámbito de la salud. Se argumenta que la sanidad es diferente a otros bienes y servicios. La razón fundamental que se esgrime es la falta de información por parte de los consumidores acerca de los servicios médicos, lo que limita su capacidad de tomar decisiones correctas y aumenta el riesgo de cometer errores tal vez irreparables (la muerte). Desde esta perspectiva se destaca que la comparación entre la realidad y el modelo teórico de información entre el consumidor-paciente y el proveedor de salud, sobre todo el médico, nos dice que en el caso de los servicios de salud no se dan las condiciones para que el mercado pueda funcionar correctamente.

Debemos señalar que un mercado funciona correctamente cuando se dan las características siguientes: **la existencia de muchos vendedores**, ninguno de los cuales puede influir sobre el precio de mercado, una perfecta información de los vendedores y de los compradores, y **la ausencia de barreras artificiales al movimiento de las personas y de los bienes**. Como el mercado de los servicios de salud no cumple las condiciones necesarias para que un mercado funcione de la forma apropiada, sobre todo en lo relativo a la información, la conclusión es que

se debe apelar a soluciones alternativas, que en cierto modo contemplan la intervención del sector público.

La competencia es útil, porque mejora y añade información a la que la gente ya dispone. La **competencia permite comparaciones** y anima a los consumidores a contrastar tanto los precios como la calidad de los bienes y servicios.

Los servicios sanitarios afectan a la preservación de la vida. Además, estos servicios se ofertan con gran incertidumbre, una información asimétrica, externalidades y otros elementos constitutivos de importantes fallos de mercado.

La **incertidumbre** está presente en **cómo y en cuánto afecta a la enfermedad a los individuos**; en la práctica profesional, y en el aseguramiento privado, selección adversa y riesgo moral. El aseguramiento público facilita la objetivación del daño y evita el riesgo a la selección adversa. Persiste el riesgo moral entendido como la tendencia a un comportamiento más despreocupado y a un mayor consumo de servicios sanitarios por el hecho de estar asegurado.

La **información asimétrica** que supone el hecho de que los profesionales sanitarios saben mucho más que los pacientes acerca de los procesos de atención intenta resolverse con una relación de agencia, y con la producción y difusión pública de información sobre la efectividad de los tratamientos.

Las **externalidades** que acarrear las enfermedades infecciosas, los estilos de vida peligrosos y descuidados, la investigación y la producción y difusión de información revisten especial importancia en los servicios sanitarios.

También otros fallos característicos del mercado aparecen en los servicios sanitarios: **monopolios** en zonas de baja densidad poblacional, mercados incompletos para ciertos seguros, racionalidad individual que fracasa en situaciones como el “dilema del prisionero” que exigen cooperación, así como fallos en la equidad.

## El Estado

Las características que facultan al Estado para resolver ciertos problemas de producción de selección adversa y riesgo moral, también lo incentivan para reducir la competencia, convertir el empleo y el salario públicos en poco sensibles a las cambiantes necesidades sociales, limitar los incentivos a la eficiencia, fomentar las actividades de búsqueda de rentas, crear burocracia y reducir la flexibilidad de las políticas a través de rigideces normativas.

## 2. LA DEMANDA Y LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Los individuos demandan servicios de salud tanto como un bien complementario a otros bienes deseables en la vida, pues se disfruta más sintiéndose bien, como un bien de inversión. Invertir en salud ayuda a aumentar el número de días trabajados y contribuye a mejorar la retribución por tiempo trabajado.

La demanda de salud está condicionada por los siguientes factores:

- Los **niveles salariales**. Salarios más altos hacen que los costes de oportunidad de no trabajar por estar enfermo sean más altos.
- La **edad**. El envejecimiento se suele acompañar de una mayor necesidad de adquirir servicios sanitarios, al menos para compensar algo el deterioro que suele comportar.
- La **educación** suele estar relacionada con la eficiencia en la producción de salud, en el sentido de que se consigue el estado de salud deseado con menos esfuerzo, los más educados tienden a identificar más los beneficios de mejorar su propia salud.

### 2.1. ¿ES LA DEMANDA SANITARIA REFLEJO DE LA CONDUCTA Y LA ELECCIÓN INDIVIDUAL?

La demanda individual de servicios sanitarios no resulta fácil de identificar debido a un problema de información. En concreto, existen problemas de **asimetría** en la información cuando ésta se localiza en mayor medida entre los profesionales del sector, es decir, entre los ofertantes que entre los consumidores. Esto puede explicar que no exista una demanda independiente de la oferta, de forma que los mecanismos de mercado no podrían operar.

La asimetría tiene lugar en situaciones en las que tiene lugar una relación que en economía se denomina de **agencia imperfecta** entre el beneficiario de la actividad (el paciente) y quien la realiza, que antepone algún objetivo propio al del paciente. El término **agencia imperfecta** hace referencia a que existe un conflicto entre lo que el paciente hubiera elegido si hubiera tenido la misma información que el agente sanitario y la que se elige en la práctica. En este caso, aunque el tratamiento sea efectivo, el paciente con la información del agente no lo habría deseado.

## 2.2. LA OFERTA DE SERVICIOS COMO INDUCTORA DE LA DEMANDA

La hipótesis de **oferta inductora de demanda** es más específica. Ésta tiene lugar cuando el consumidor con la información del profesional no hubiera elegido el tratamiento, pero el profesional lo elige aun sin efectividad alguna, siendo perjudicial o neutral (nunca beneficioso) para la salud del consumidor y en función de determinada estructura retributiva, incentivos a la experimentación o comodidad. Éste es de hecho un tema de mala práctica profesional.

Otras versiones de la hipótesis de demanda inducida por la oferta son las siguientes:

- Una cama disponible es una cama utilizada.
- Aumentos en la oferta de proveedores, para evitar la consecuente disminución de rentas, se compensa con aumentos inducidos en la demanda.
- Fijación de un nivel de renta predeterminado e inducción de actividad, sean cuales fueran las tarifas existentes hasta conseguir el citado objetivo.

De lo anterior se infiere que la demanda individual de servicios sanitarios resulta difícil de identificar como tal, pues la información la ostentan en buena medida los profesionales del sector.

## 3. LOS FALLOS DEL MERCADO EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Para que el mercado lleve a cabo su tarea óptimamente deben cumplirse determinadas condiciones:

- Debe tratarse de *bienes o servicios de consumo rival* (la apropiación individual de un servicio hace que nadie más pueda disfrutarla) o, lo que es lo mismo, que no se trate de bienes públicos o de servicios que generen importantes efectos externos sobre otros agentes distintos de los que deciden consumirlos.
- Deben existir suficientes individuos a ambos lados del mercado como para que cada uno *no pueda individualmente influir de forma apreciable en los precios* y los tome como datos, es decir, que no existan situaciones de monopolio u oligopolio.
- Las **tecnologías de producción** de los bienes y servicios no deben presentar **rendimientos crecientes** o altos costes fijos. Estas características pueden ocasionar la inexistencia de equilibrio en el mercado por la

imposibilidad de los precios competitivos para cubrir los costes totales.

- **La información sobre la calidad** y características de los bienes y servicios intercambiados o sobre las acciones o características de los agentes que influyen en aquéllas debe estar *distribuida de forma simétrica* entre todos los consumidores y los productores para que no ocurran situaciones de *riesgo moral*, entendiendo por tal a aquellas situaciones donde el comportamiento de un individuo y la probabilidad de ocurrencia de una contingencia afectada por éste cambia con el aseguramiento debido a que dicho comportamiento no es fácilmente observable o verificable por el asegurador, o de *selección adversa*, esto es, aquella situación donde alguna característica del bien, servicio o de algún agente del mercado no es conocida por algún individuo que actúa en el mercado.

Cuando concurre una o varias de las situaciones anteriores en la provisión de un bien o servicio, se dice que **existen fallos de mercado** que podrían justificar una intervención pública en la asignación que lo corrija.

### 3.1. LA SALUD COMO BIEN PÚBLICO

El bien “salud de un individuo” es algo que nos afecta a todos, pero ésta es una postura que ha sido criticada. La **salud de una persona concreta le importa fundamentalmente a ella misma**, y excepto en el caso de las vacunas preventivas de epidemias, el tratamiento de enfermedades contagiosas o la investigación en las ciencias médicas, la salud prácticamente no tiene ninguna de las características de un bien público o de un bien cuyo consumo genere algún efecto externo. Siempre existe la posibilidad de excluir a cualquier individuo de los cuidados sanitarios y su consumo es claramente rival en presencia de recursos escasos, pues si una persona ocupa una plaza en un hospital, ésta no puede ocuparse por otra simultáneamente.

### 3.2. SITUACIONES MONOPOLÍSTICAS U OLIGOPOLÍSTICAS

Por lo que respecta al número de agentes que participan en el mercado de salud, la evidencia nos dice que en muchos países la oferta en muchos tipos de servicios se encuentra bastante concentrada, por lo que son frecuentes las situaciones oligopolios y los monopolios. En estos casos los oferentes tendrán capacidad para influir en los precios de los servicios de forma que no se cumple una de las condiciones propias de la competencia perfecta.

### 3.3. PRESENCIA DE RENDIMIENTOS CONSTANTES

Podría justificarse la intervención en los mercados sanitarios por la existencia de rendimientos crecientes —o costes decrecientes- o elevados costes fijos en la producción de determinadas prestaciones sanitarias, sobre todo local o en determinados cuidados especiales. Así, en muchas áreas rurales, la densidad de población es demasiado reducida para garantizar la supervivencia de varios servicios asistenciales.

### 3.4. ASIMETRÍAS EN LA INFORMACIÓN

En los mercados sanitarios se presentan los dos principales problemas de asimetrías en la información. La información es asimétrica cuando las dos partes de una transacción no comparten el mismo nivel de información. La existencia de asimetrías en la información da lugar a la aparición de dos situaciones conocidas como: **el azar moral y la selección adversa**, y, además, ambas aparecen en dos niveles distintos: en la relación entre el proveedor y el asegurado (el médico y el paciente) y en la relación entre el asegurador y el asegurado (la Seguridad Social o la compañía de seguros y el paciente potencial o cliente).

#### 3.4.1. *Azar moral*

- ***En la relación entre proveedor y asegurado***

Esta asimetría hace referencia a la poca información que posee el paciente con respecto a la que posee el proveedor (profesional de la sanidad) sobre el diagnóstico, los tratamientos alternativos, resultados esperables y costes del tratamiento entre distintos proveedores.

En el caso de unos honorarios por acto médico, el proveedor tendría incentivos para manipular tal información a favor de otra compra de servicios, los de curación o tratamiento (ineficiencia económica), pues el paciente estaría dispuesto a pagar por el diagnóstico más veraz y el tratamiento más efectivo y menos costoso, pero no posee tal información. Cualquiera que sea la forma de remuneración del proveedor, éste siempre tenderá a explotar la diferencia de la información. Así, en el sistema español público, resulta una práctica común que los proveedores favorezcan el tratamiento en el centro asistencial o la medicina del laboratorio del que

más ventajas económicas o extra-económicas se ha conseguido.

En teoría, la existencia de una minoría significativa de pacientes relativamente informada puede ser suficiente para **disciplinar el mercado**, porque la relación entre médico y paciente es personal y no contractual, dependiendo del conocimiento mutuo y aceptación de derechos y responsabilidades, reforzados por normas tradicionales. Así, el cumplimiento de las normas deontológicas que han prevalecido desde siempre, cumple una función supletoria que no hay que olvidar.

- *Entre asegurado y aseguradora*

Es muy posible que los individuos con seguro médico tiendan a abusar de los servicios asistenciales más de lo que sería socialmente deseable. El paciente asegurado, que se enfrenta a un **precio cero** en el momento de hacer uso de tales servicios, **demandará probablemente más atención que la deseada** en el caso de no estar asegurado, sobre todo cuando fingir o magnificar una enfermedad lleva aparejado el seguro adicional de **Incapacidad Temporal** y el no trabajar. La causa de este abuso por parte del paciente asegurado está en el que posee también una **información adicional** sobre la intensidad de sus molestias y sufrimientos que resulta difícilmente verificable por el facultativo. En efecto, existe un amplio rango de dolencias que no son fácilmente verificables por el médico y están, sin embargo, cubiertas por el seguro. La mayoría de los sistemas públicos de salud actuales **combinan un seguro prácticamente total** con una **falta de incentivos de los proveedores para actuar como agentes** de la aseguradora en el control y detección de los fraudes —las remuneraciones de los médicos están poco relacionadas con el volumen de **gasto gestionado** por éstos— por lo que este problema de azar moral se acentúa con la intervención pública, que difícilmente podría solucionarlo mejor que **el libre mercado**.

Las soluciones más usuales que el libre mercado posee frente a este tipo de problemas suelen basarse en la contratación de **seguros parciales** que hagan recaer parte del **coste de la contingencia** de enfermedad sobre el propio asegurado.

### 3.4.2. Selección adversa

- *Entre proveedor y asegurado*

El paciente no suele poseer demasiada información sobre la relación entre medios (tratamientos) y fines (salud en general) y sobre la calidad de la asistencia con respecto a la que tiene el médico. Estas deficiencias se resuelven con intervenciones por parte de la Administración, que pueden constituir barreras de entrada, con la consiguiente creación de poder de mercado. En este sentido, podemos citar la regulación existente sobre certificación, acreditación, licencias de práctica médica, productos farmacéuticos financiados públicamente, etc.. Por todo esto, los aspectos de calidad del servicio normalmente tienen relativa poca importancia en la demanda de servicio médico, puesto que los usuarios tienen poco conocimiento de la calidad del seguro médico que se les proporciona. Además, los médicos, al igual que la mayoría de las profesiones con alta cualificación y con problemas de asimetría de información, como abogados y profesores, han desarrollado asociaciones profesionales que limitan el flujo de la información sobre sus fallos, errores o conductas impropias, etc., por lo que el usuario no tiene más remedio que confiar en que los proveedores de servicios médicos respeten el juramento hipocrático que exige hacer siempre todo lo posible por la salud de los pacientes.

- *Entre el asegurado y la aseguradora*

La diferente propensión de los individuos a contraer enfermedades, hace que fuese eficiente discriminarlos por riesgos al ofrecerles un seguro. De esta forma los enfermos crónicos o los trabajadores en sectores de mayor peligrosidad laboral deberían pagar primas más elevadas que los individuos más sanos o los trabajadores en sectores más seguros respectivamente. La asimetría de información en el mercado de seguros médicos, determina, sin embargo, que gran parte de esa información esté más disponible desde el lado del asegurado que de la aseguradora. El **fallo de mercado** surgirá porque los individuos que esperan incurrir en poco gasto asistencial no querrán adquirir una póliza de seguro igual a la de un individuo de alto riesgo. Pero adquirir la información del coste esperado de cada individuo es costoso para la aseguradora, pues el asegurado sabe más que ésta acerca de su estado de salud. Además, la aseguradora no puede

esperar que tal información sea revelada de forma creíble por los individuos, pues todos los individuos se declararán pertenecientes a categorías de riesgo bajo si saben que se les ajustará la prima en base a su información. Sólo ofreciendo a todos los individuos una única prima de riesgos (promedio) llegaría a configurarse un mercado completo de seguros, aunque normalmente ineficiente. Algunos autores han defendido que en algunos casos este tipo de intervención podría sin embargo ser más eficiente que el libre mercado, básicamente cuando la proporción de individuos de alto riesgo no sobrepasa cierto nivel. El actual progreso de la tecnología y la ciencia médica está solucionando paulatinamente este problema, pues dentro de poco tiempo los análisis genéticos permitirán catalogar a los individuos en categorías de riesgo muy distintas. Así, al ser extremadamente difícil controlar el manejo de esta información, quien pertenezca a categorías desfavorables de riesgo acabará pagando más, acentuándose el problema de la desigualdad a favor de los individuos más sanos.

#### 4. LOS SERVICIOS DE SALUD, LA INFORMACIÓN Y EL ASEGURAMIENTO

La incertidumbre por el lado de la demanda en relación con la aparición de la contingencia y su alcance, es una imperfección propia de los servicios de salud. Esta imperfección es posible afrontarla mediante el desarrollo de mercados de riesgo, esto es, seguros médicos. Los seguros de salud se adquieren debido a la incertidumbre sobre la presencia o no de determinada contingencia y su alcance, esto es, su coste. El individuo compara su bienestar en términos de la **utilidad esperada** que le reportará la salud y su ausencia según las probabilidades que le asigne a uno y otro caso. En los casos de mantenimiento de su estado de salud, asegurarse implicará empeorar su utilidad mientras que en el evento de enfermedad su utilidad mejoraría, pues por la prima pagada se recibiría una compensación.

La conveniencia del seguro se podría determinar a partir de:

- El seguro sanitario genera exceso de consumo por parte del consumidor y “**abuso moral**” por parte del productor, concretado en la sobreutilización de los recursos sanitarios.
- En el otro extremo aparece la “**selección adversa**” (la del consumidor) y la “**selección de riesgos**” (la del productor), por las que se reducen costes seleccionando los pacientes.

La presencia de problemas de asimetría en la información en el mercado de seguros médicos, origina un desarrollo incompleto de los mercados de riesgo o seguros médicos. Los individuos que esperan incurrir en pocos gastos asistenciales, no desearán adquirir una póliza de seguro igual a la de un individuo de medio o alto riesgo sanitario. El problema radica en que la asimetría en la información entre el asegurado y la aseguradora no permiten a esta última ajustar la póliza por riesgo.

Para configurar un mercado completo de seguros habría que forzar a todos los individuos bajo un único fondo de compensación de riesgos.

#### 4.1. LOS SEGUROS Y EL PODER DE MERCADO

En el mercado de seguros médicos, debe tenerse en cuenta que la demanda, es decir, el volumen de primas contratado es poco sensible al precio de las mismas, lo que refleja la gran prioridad indiscutible que los individuos otorgan a la salud. Si a esto añadimos que los usuarios incurren en costes cuando sustituyen una entidad aseguradora por otra, asociados a la existencia de periodos puente en los que (Éste es un caso similar al de los propietarios de coches usados en perfecto estado. Éstos difícilmente ponen a la venta sus coches en el mercado de segunda mano pues éste tiende a no valorárselos de forma apropiada) ciertos servicios médicos no quedan cubiertos, a la dificultad de evaluar nuevas alternativas y a la pérdida del capital humano generado a través de la relación continua entre médico y paciente, concluimos que la **provisión privada de servicios sanitarios** podría tener un **alto grado de poder de mercado**, concretándose en la existencia de oligopolios en el sector con importantes barreras a la entrada de nuevas aseguradoras. Éstas tratarán de mantener segmentos de demanda cautiva y podrán imponer precios más altos, pues la cuota de mercado no se verá muy afectada.

Esta característica sería suficiente para condenar la ineficiencia de la provisión privada de sanidad y para justificar una intervención pública de política industrial que se podría concretar en la oferta de un seguro público gratuito y/o fuertemente subsidiado que compita en el mercado con las aseguradoras privadas. Esta intervención no supondría la eliminación del mecanismo de mercado, que atendería determinadas demandas, mediante la socialización de la oferta de servicios médicos, sino que daría lugar a la coexistencia simultánea de entidades privadas y públicas de servicios médicos.

## 4.2. ASEGURAMIENTO Y SUS EFECTOS: ABUSO MORAL

El aseguramiento hace que una transacción bilateral entre proveedor asistencial y paciente se transforme en una relación trilateral entre la aseguradora, el proveedor y el paciente.

Fruto del aseguramiento, el paciente se enfrenta a un precio cero en el momento de hacer uso de servicios asistenciales. En estas circunstancias el consumo superará al deseado en el caso de no estar asegurado, apareciendo de hecho lo que se denomina **consumo excesivo** o **abuso moral**. Éste puede disciplinarse haciendo participar al usuario en el coste en el momento de usar un servicio. Este **copago** supone una reducción en el aseguramiento de forma que debe valorarse la ventaja de disminuir el consumo excesivo con la pérdida de utilidad que experimentan las personas adversas al riesgo, al ver reducido su aseguramiento. El abuso moral surge porque existe información asimétrica.

## 4.3. OTROS PROBLEMAS: INFORMACIÓN INSUFICIENTE Y RENDIMIENTOS CRECIENTES

La insuficiencia de la información, aunque ésta esté equitativamente distribuida, plantea problemas en los mercados sanitarios. Así, por ejemplo, existe información insuficiente sobre la relación entre los tratamientos y la salud o sobre la calidad de la asistencia sanitaria.

Estas deficiencias se suelen resolver mediante intervenciones por parte del sector público, como por ejemplo las regulaciones sobre certificación de oferta asistencial, sobre licencias de prácticas médicas, sobre políticas de acreditación, sobre productos farmacéuticos, autorizados o financiados públicamente, etc. Estas regulaciones pueden constituir barreras de entrada.

La intervención en los mercados sanitarios puede ser necesaria por la existencia de rendimientos crecientes en la producción de determinados servicios sanitarios locales.

## 5. LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Si comparamos los sistemas sociales actuales de provisión sanitaria con los de otros bienes, resulta evidente que existe en los primeros un importante grado de

intervención pública. Las razones que se aducen para justificar la intervención pública en este sector son de dos tipos, unas de **eficiencia** y otras ideológicas, asociadas a la **equidad**.

### 5.1. CONDICIONES DE EFICIENCIA DERIVABLES CON CRITERIOS DE BIEN-ESTAR SOCIAL

En el primer caso, cabe hablar de problemas de selección adversa, necesidad de seguros, consecuencias derivadas de la implantación de éstos y problemas de información.

En el caso de la selección adversa se trata de información oculta por parte del consumidor sobre su situación de riesgo, que termina quebrando el mercado al convertirse éste en incompleto, proporcionando una cobertura menor a la socialmente deseable.

En estas circunstancias la oferta, al no conocer qué individuos son de alto riesgo y cuáles de bajo riesgo, sufrirá la depredación provocada por aquellos usuarios de alto riesgo que no son identificables como tales y se hacen pasar por usuarios de riesgo bajo, burlando con su elevada utilización los valores establecidos como media.

Por otro lado, el colectivo de bajo riesgo se irá separando del mercado generándose una situación ineficiente, concretada en la entrada sucesiva de individuos de alto riesgo presentados como si se tratase de bajo riesgo que irá expulsando a los individuos realmente de riesgo bajo, pues cada vez les resulta menos atractiva la oferta de cobertura. Estaríamos ante un público afectado por problemas de **comportamiento aprovechado**. En estos casos la actuación de regulación pública contaría con la ventaja potencial de su capacidad de ser impuestos por coacción, forzando la obligatoriedad de aseguramiento.

En el caso de aseguramiento social coactivo y colectivo surgirá el problema de la **acción oculta**, problema de información también conocido como "*moral bazar*" o **abuso moral**.

De nuevo, sería necesaria la búsqueda de una correspondencia adecuada entre la acción del asegurado y el grado de cobertura de riesgo, lo que justifica reconocer a favor de determinadas instituciones públicas ventajas sustanciales para su monitorización y control.

En los problemas de selección adversa o de información oculta del asegurado, lo relevante para garantizar su solución es forzar un acceso universal en el

aseguramiento independiente del estado de salud de los subscriptores de la póliza; si bien no necesariamente independiente de otros factores, como la renta. Así pues, la prescripción teóricamente avalada es la obligatoriedad de pertenencia al esquema de seguro y no su gratuidad universal.

La cuestión de riesgo moral en sanidad tiene dos dimensiones diferentes: acciones de prevención insuficientes y exceso de consumo.

El riesgo moral ligado al seguro sanitario apuntaría a una participación en los costes derivados del consumo de servicios asistenciales, más que el acceso gratuito.

## 5.2. RAZONES DE EQUIDAD Y LA SALUD COMO BIEN PREFERENTE

Algunos autores sostienen la tesis de que las intervenciones públicas en la sanidad, tanto las de carácter activo –la provisión de cobertura médica a toda la población- como la regulación de mercados relacionados con ellas –medicinas, sangre, alimentos, drogas- son de carácter no individualista y difícilmente racionalizables desde el punto de vista de la eficiencia económica.

Una posible justificación de la intervención pública en sanidad es por su consideración como **bien de mérito**, preferente o tutelar, por criterios de justicia social o equidad. Los argumentos a favor de la intervención pública se pueden concretar en los dos puntos siguientes:

- El derecho a la salud es necesario para preservar la vida de los individuos.
- La atención a la salud es la consecuencia normal de una forma de altruismo y de no garantizarla se produciría un atentado a la equidad y solidaridad humana.

## 5.3. PRINCIPIOS PARA JUSTIFICAR LA INTERVENCIÓN

Para justificar la intervención sería preciso la prevalencia de lo ético sobre lo económico y las posibles intervenciones estarían basadas en dos principios fundamentales:

- *El paternalismo del Estado*. El Estado se supone mejor informado y mejor juez sobre lo que conviene a los individuos, lo que le llevaría a prohibir el consumo de determinados bienes, como las drogas consideradas ilegales o los medicamentos y técnicas curativas que no han sido aprobados por el sector público.

- *El principio ético redistributivo.* Sostiene que nadie debe tener un acceso preferente a los servicios esenciales para conservar la vida, por el hecho de tener más dinero y poder comprarlos y que nadie debe sacar provecho de la venta de su propio cuerpo. Bajo este principio se justificarían intervenciones como la cobertura médica pública y la prohibición de venta de sangre y órganos.

#### 5.4. LOS FALLOS DE LA PROVISIÓN PÚBLICA

##### 5.4.1. *Fallos derivados de la planificación burocrática*

En la práctica se demuestra que ni la información disponible garantiza la eficiencia asignativa por parte de la administración sanitaria, ni las decisiones tomadas sobre esta base están exentas de coste para el ciudadano, en términos de pérdidas de bienestar generadas por la posible frustración de expectativas a una asistencia más individualizada y a una mayor libertad de elección.

España es uno de los países occidentales en los que existe mayor diferencia entre la efectividad del sistema sanitario en relación con los recursos sanitarios gastados, evaluada mediante indicadores sanitarios y el grado de satisfacción que sus prestaciones generan entre los ciudadanos, medido a través de encuestas.

##### 5.4.2. *Fallos derivados de los mecanismos de acción política*

Los miembros de las sociedades modernas son sensibles al infortunio de los demás. Con frecuencia, la sociedad encontrará intolerable que los enfermos no sean atendidos, independientemente de si su situación es debida al infortunio y la carencia de recursos o a la falta de previsión o el intento de aprovecharse del altruismo de la sociedad. Esta característica de las sociedades democráticas es de hecho bien conocida por sus miembros, que racionalmente podrían optar por ahorrarse los gastos del seguro privado en la convicción de que, ante la contingencia de caer enfermos, sus gastos serán cubiertos por la sociedad o el Estado. Si todo el mundo razona así, nadie se aseguraría en un sistema sanitario de participación voluntaria y, finalmente, sería el Estado el que financiaría su atención médica.

Este problema tendría fácil solución si el Estado demostrara su firmeza en el compromiso de no ayudar a aquéllos que no puedan pagarse su atención sanitaria.

Pero ¿podría un Estado democrático —un gobierno con la pretensión de salir reelegido- cumplir ese compromiso o amenaza ante la situación de algún individuo de que no se hubiese asegurado?

Esta incapacidad de los sistemas políticos de los actuales estados del bienestar a comprometerse, es la que causaría el fallo —o la ausencia- de mercados de salud privados, por lo que podría argumentarse la superioridad de un sistema de seguro obligatorio.

## 5.5. POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN EN LOS MERCADOS DE SALUD

Ante las dificultades en el control del creciente gasto sanitario, se argumenta la necesidad de reforma de los sistemas nacionales de salud basándose en la imposibilidad de mantener el elevado paternalismo existente en la tutela de los cuidados de salud en una sociedad desarrollada como la actual.

1. El modelo burocrático: la propia Administración es quien decide la compra del servicio y quien realiza el suministro.

2. La competencia pública: la decisión de compra de servicios se realiza según la elección directa o indirecta del usuario, aun manteniendo la financiación y producción de éstos bajo dominio público.

3. La competencia simulada dirigida: se trata de simular competencia en la provisión entre suministradores del servicio público y privado, y total o parcialmente, la financiación, siendo la decisión de compra de los servicios por la autoridad administrativa.

4. La competencia simulada descentralizada: sería el mecanismo anterior, pero en el que la decisión de compra resulta ser consecuencia de la elección del usuario.

El modelo de **la competencia pública** supone la concurrencia por parte de los centros suministradores por una financiación limitada, distribuida de acuerdo con los niveles de actividad y a una evaluación de eficiencia relativa. La **competencia simulada** supone un mercado de oferta donde productores públicos y privados estén presentes, mientras que la decisión de asignación proviene de los usuarios directamente o bien a través del gestor público. Estos métodos suponen formas de control más sensibles a la realidad y a las características de la producción, y una mayor adaptación a costes relativos cambiantes y a la adopción de innovaciones, además de las ventajas sobre el bienestar de los usuarios derivadas del aumento de las opciones de consumo. No obstante, su

puesta en práctica no deja de tener importantes problemas de gestión y organización del procedimiento.

## 6. CONCLUSIÓN

- El mercado de los servicios de salud es peculiar pues no se dan las condiciones para que el mercado pueda funcionar eficientemente.
- La demanda de salud está condicionada por distintos factores entre los que cabe destacar: 1) los niveles salariales, 2) la edad, y 3) la educación.
- Los fallos del mercado en los servicios de salud se deben a la existencia de asimetrías en la información ya que las dos partes de una transacción no comparten el mismo nivel de información.
- La incertidumbre por el lado de la demanda en relación con la aparición de la contingencia y su alcance, es una imperfección propia de los servicios de salud. Esta imperfección es posible afrontarla mediante el desarrollo de mercados de riesgo, esto es, de seguros médicos.
- Tanto por razones de eficiencia como ideológicas, asociadas a la equidad, la intervención pública es frecuente en el mercado de los servicios de salud.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

LAMATA F. Editor. **Manual de Administración y gestión sanitaria**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.

LLANO J, ORTÚN V, MARTÍN JM, MILLÁN J, GENÉ J, Directores. **Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson; 1998.

RUBIO S. **Glosario de economía de la salud**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.

BERNALDO L, BANDOW D, TANNEN M, CORONA J, GOODMAN J, MUSGRAVE G, et al, **Alternativas de reforma para la sanidad pública**. Madrid: Circulo de Empresarios; 1998, Boletín 63.

LÓPEZ I CASANOVAS G , ORTÚN V, **Economía y Salud : Fundamentos y políticas**. Madrid: Ediciones Encuentro; 1998.

MORA JR, Curso de Gestión de Servicios Sanitarios. Documentación básica del curso, Madrid: Escuela de Ciencias de la Salud; 1998.