



Fundamentos teóricos de la Economía de la Salud

Theoretical foundations of Health Economics

Marianna V. Pensado Aguilar

Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública (IESAP, México)

y Universidad Tecnológica de México (UNITEC, México)

Correos electrónicos: pensadoam@iesap.edu.mx;

marianna_pensado@my.unitec.edu.mx

(Recibido: 08/10/2019. Aceptado para publicación: 09/04/2020)

DOI: [10.22201/fe.24484962e.2020.9.15.3](https://doi.org/10.22201/fe.24484962e.2020.9.15.3)

RESUMEN

Es indiscutible y cada vez más aceptada la relación que existe entre la salud y la economía. A su vez, la importancia de esta última incide tanto en la prestación de servicios médicos como en el impacto social relacionado con el bienestar colectivo como motor de crecimiento y desarrollo, la disminución de la pobreza, el aumento de la esperanza de vida y la calidad de ésta. La Economía de la Salud es una disciplina relativamente nueva que comienza a surgir en la década de 1970, donde Kenneth Arrow sienta las bases con su conocido artículo “La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas” donde analiza las características que hacen que el mercado de servicios de salud se inserte dentro de los mercados llamados “imperfectos”. La Economía de la Salud busca ganancias en salud atendiendo a dos premisas: eficacia y eficiencia en la asignación de los recursos. **Palabras clave:** demanda inducida, Economía del Bienestar, Economía de la Salud, evaluación económica, fallos de mercado, salud como bien económico. **Clasificación JEL:** D6, I10.

ABSTRACT

The relationship between the economy and health is increasingly accepted. In turn, the economy has an impact in the provision of medical services, in the collective welfare as an engine of growth and development, in poverty reduction, in the increase of life expectancy and in quality of life. Health Economics is a relatively new discipline that began to emerge in the sixties, when Kenneth Arrow laid the foundations with his well-known article “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. In his article, Arrow analyses how health services markets are inserted into the so-called “imperfect” markets. Finally, Health Economics looks for health gains, based on two premises: efficacy and efficiency in resources allocation.

Keywords: Induced demand, Welfare Economics, Health Economics, economic evaluation, market failures.

JEL Classification: D6, I10.

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente artículo es explicar el nacimiento y las bases en las que se sustenta la Economía de la Salud, así como sus ideas principales y campos de acción.

La salud es un bien económico que requiere de la utilización de recursos escasos frente a las necesidades ilimitadas, ante lo cual la Economía de la Salud tiene mucho que decir en la asignación de los recursos, al proponer métodos y herramientas que asignan eficientemente los recursos escasos para la satisfacción de las necesidades de los individuos, y en este sentido la salud constituye uno de los principales orígenes de bienestar económico y social.

Cuando se toma la decisión de incrementar o mantener el nivel de salud, esto implica renunciar a otros bienes, es decir, que dejan de atenderse otras necesidades. México destina alrededor del 6.2% del producto interno bruto (PIB) al rubro de salud, lo cual aún es insuficiente, de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), pero refleja la importancia de la inversión en este rubro, tanto en gasto privado (gasto de los hogares) como en asignaciones del gasto público.

Las desigualdades en la salud están determinadas por factores socioeconómicos y por características propias de los individuos, como el sexo y la edad. La transición demográfica, el aumento en la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas han presionado el aumento de gasto en tecnología; por lo que la evaluación económica tendrá un papel muy importante para orientar hacia los materiales y equipos más costo-efectivos.

Algunos expertos sostienen que cuando se elevan los índices de inversión en salud se tienen más oportunidades de crecer como

nación, ya que cuando se tiene un gasto improductivo (por debajo de los promedios internacionales) se generan reducciones en la productividad, lo que resulta en desigualdad y distrae recursos para el bienestar social.

Existen diversos problemas en el área de la salud que pueden ser analizados desde la óptica económica, lo primero es saber que la salud es un bien económico que no se ofrece dentro de un mercado en competencia perfecta, dado que presenta diversas fallas de mercado que lo hacen diferente de otros bienes.

En virtud de que no existe la libertad y racionalidad de los agentes económicos (pacientes) que demandan los servicios de salud, se presentan problemas de asimetrías de la información y demanda inducida. Lo anterior hace que los usuarios de los servicios de salud no puedan maximizar su beneficio debido a que no cuentan con toda la información que les permita hacer una mejor elección.

En todo el mundo se presentan problemas de escasez, no importando que la cantidad de recursos como porcentaje del PIB sea incrementada de forma constante, las exigencias cada vez son mayores en todos los países debido a la presencia de enfermedades cada vez más costosas y al aumento de la esperanza de vida; dicho de otra forma, nunca habrá suficientes recursos en salud que cubran todas las necesidades, de ahí la creciente importancia de asignar correctamente los recursos.

A más de 50 años de esta disciplina, se ha hecho evidente que los criterios de eficiencia clínica no son suficientes para alcanzar una gestión eficiente de los recursos sanitarios, lo que hace necesaria la introducción del concepto “eficiencia económica”, insertando de esta forma a la gestión sanitaria en nuevos escenarios.

2. MARCO TEÓRICO

De acuerdo a Kennet Arrow (1963), la Economía de la Salud constituye un área de economía aplicada que explora diversas áreas de la economía que ofrecen un método claro y riguroso para contrastar los teoremas de la Economía del Bienestar, como el funcionamiento de cualquier sector de la economía, y de esta forma concluir si el mercado es un mecanismo adecuado para la asignación de recursos o bien si es necesaria la formulación de políticas (Restrepo y Rojas, 2016).

La Economía de la Salud es definida como una disciplina de estudio que integra conceptos, teorías, modelos económicos y médicos para abordar el análisis y estudio de la producción, financiamiento, distribución y consumo de los servicios de salud (Arredondo López, 2001).

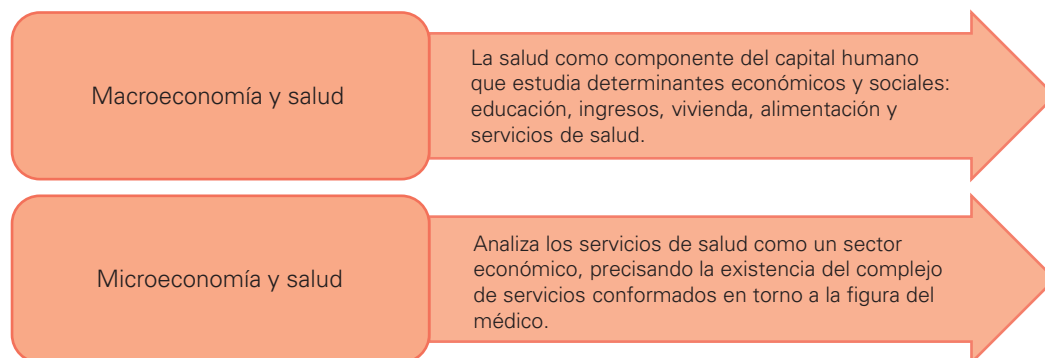
Arrow fue el primer economista en escribir sobre economía y salud, en su artículo ya muy conocido “Uncertainty and the welfare economics of medical care” de 1963 sienta las bases de estudio de esta disciplina, que posteriormente ha sido abordada por otros destacados economistas.

La tesis central de Arrow es que debido a la incertidumbre en la ocurrencia de la

enfermedad y la eficacia de los tratamientos, el mercado no garantiza una asignación eficiente de los recursos, de tal manera que planteó la tesis de que los problemas económicos especiales en la provisión de servicios médicos pueden explicarse como ajustes a la existencia de incertidumbre, diferenciando que existe incertidumbre sobre la ocurrencia del evento e incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento, lo que sugiere la falta de certeza sobre los resultados de los servicios, haciendo énfasis que la demanda del servicio no está orientada por la utilidad esperada de dichos servicios. Arrow distingue dos visiones sobre la relación entre la economía y la salud (véase el diagrama 1).

De acuerdo con Restrepo y Rojas (2016), el aporte intelectual principal del artículo de Arrow de 1963 es examinar las condiciones de los teoremas del bienestar y determinar si se cumplen en la industria de los servicios médicos. Si se cumplen tales condiciones y si el mecanismo de asignación de recursos satisface los requisitos del modelo competitivo, el mercado alcanzará un equilibrio que será necesariamente óptimo. De tal forma que podría afirmarse que el mercado es el mejor mecanismo para la asignación de recursos o de lo contrario se tendría que reconocer

DIAGRAMA 1
VISIONES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LA ECONOMÍA Y LA SALUD



Fuente: elaboración propia con información de Restrepo y Rojas (2016).

la existencia de fallas de mercado (véase el cuadro 1).

Para Restrepo y Rojas (2016) el artículo de Arrow marca el reconocimiento de la Economía de la Salud como un área de economía aplicada en la que intervienen economistas y profesionales de diversas disciplinas. La revista *American Economic Review* destacó la importancia del trabajo de Arrow ubicándolo dentro del top 20 de los artículos más importantes del siglo. Se acentúa del artículo:

Un marco para reflexionar sobre la economía del mercado de atención médica usando el lenguaje y las herramientas de la microeconomía moderna. Argumento que ese mercado está plagado de fallas de mercado porque los consumidores están expuestos a riesgos que no son plenamente asegurables (debido en gran parte a problemas de riesgo moral) y porque carecen de la información y del conocimiento necesario para evaluar riesgos y tratamientos. Anticipó muchos de los temas centrales que siguen ocupando a los economistas de la salud (Restrepo y Rojas, 2016).

Celebrando los 50 años de la Economía de la Salud en el Congreso de la International Health Economics Association (iHEA) de 2013, se destaca el énfasis del papel del profesionalismo frente a las asimetrías de la información y se tejen propuestas de reforma en cuanto a mecanismos de pago. Los planteamientos de Arrow dan fuerza al debate acerca del papel de Estado y del mercado en la provisión de servicios.

3. LA ECONOMÍA DEL BIENESTAR

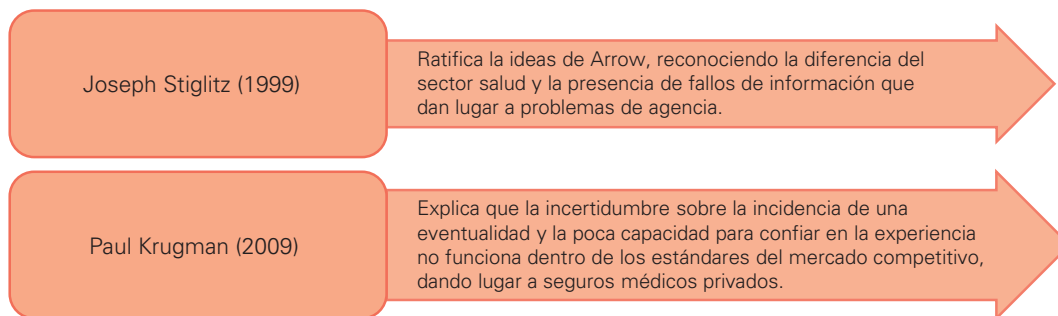
Los orígenes de la Economía del Bienestar se remontan al teorema de la mano invisible formulado por el economista clásico Adam Smith (Siglo XVIII) quien además de establecer los fundamentos de la teoría clásica y del valor, aportó a la economía política una doctrina basada en la utilidad y el egoísmo, donde desarrolló la idea de que cada individuo actuando en forma egoísta buscando su propio beneficio (o utilidad), contribuye al bienestar de la sociedad y que por lo tanto el mejor gobierno es el que interfiere en forma

CUADRO 1
EL MERCADO COMPETITIVO Y LOS FALLOS DE MERCADO EN SALUD

Condiciones que garantizan la eficiencia (Kenneth Arrow)	Características del mercado competitivo	Fallos de mercado atribuidos al sector salud
Existencia de equilibrio competitivo	Información perfecta Bienes privados No hay barreras a la entrada Producto homogéneo	Asimetrías e información imperfecta Bienes públicos Barreras a la entrada, titulación profesional y señalización entre otros Producto homogéneo
Comerciabilidad de bienes	Mercados completos No externalidades Vector de precios que equilibran el mercado	Mercados incompletos Restricciones sociales y externalidades Imposibilidades de exigir precio adecuado (enfermedades contagiosas)
No rendimientos crecientes	Rendimientos constantes Libre formación de precios	Rendimientos crecientes Discriminación de precios

Fuente: Restrepo y Rojas (2016).

DIAGRAMA 2 APORTACIONES DE OTROS ECONOMISTAS SOBRE LAS IDEAS DE KENNETH ARROW



Fuente: elaboración propia con información de Restrepo y Rojas (2016).

mínima con el mercado¹ (Ekelund y Hébert, 1995, p. 106).

Existen diversos enfoques sobre el bienestar, aunque el dominante es el de Wilfredo Pareto (*Manual d'économie politique*, 1906), donde desarrolla, entre otros, el tema del equilibrio general competitivo y las fallas de mercado (las fallas de mercado son: información asimétrica, monopolios, externalidades y bienes públicos). Arthur Pigou es considerado el fundador de la Economía del Bienestar y principal precursor del movimiento ecologista, al establecer la distinción entre costos marginales privados y sociales y abogar por la intervención del Estado mediante subsidios e impuestos para corregir los fallos del mercado e internalizar las externalidades. Posteriormente, Joseph Stiglitz, George A. Akerlof y A. Michael Spence obtuvieron el Premio Nobel (2001) por sus análisis de los mercados con información asimétrica.

La Economía del Bienestar se ocupa de las condiciones que determinan el bienestar económico en una comunidad² y su orienta-

ción ha sido predominantemente normativa,³ ya que las teorías plasmadas ayudan a juzgar hacia dónde debería dirigirse la economía para alcanzar un óptimo social, es así que esta disciplina pone énfasis en los mecanismos que permiten mejorar la eficiencia económica al tiempo que se logra el bienestar social, contribuyendo también a la formulación de teorías de justicia social que mejoraron las teorías igualitaristas, utilitaristas y distributivas de la justicia. La Economía del Bienestar descubre que “el mercado puede fallar en la asignación y distribución de recursos económicamente eficientes y socialmente justos; concede que el mercado pudiese alcanzar resultados económicamente eficientes, pero socialmente injustos” (Ayala, 2000, p. 184). La Economía del Bienestar concluye que el Estado lleva a cabo un papel importante en las fallas de mercado, mejorando la eficiencia económica y el bienestar social.

La teoría de la elección del consumidor se basa en la suposición de que las perso-

¹ Pero el egoísmo individual no siempre garantiza los mejores resultados para el mercado, dando lugar a fallas de mercado que requieren de la intervención activa del Estado para corregirlas.

² En la teoría tradicional se concebía este bienestar como

la suma de bienestar de todos sus miembros, debiendo reformular sus supuestos para superar la comparación interpersonal de la utilidad.

³ La expresión normativa se refiere al enfoque normativo de la economía que expresa lo que debería de ser, para lo cual utiliza juicios técnicos y de valor.

nas se comportan de forma racional en un intento de maximizar la satisfacción que pueden obtener al adquirir una combinación específica de bienes y servicios. La teoría de la conducta del consumidor parte de tres supuestos básicos: 1) las preferencias son completas, 2) las preferencias son transitivas y 3) los consumidores siempre prefieren una cantidad mayor de cualquier bien a una menor (Pindyck y Rubinfeld, 1996, pp. 71-72).

Jon von Neumann y Oskar Morgenstern aplican el concepto de utilidad a la salud, en donde describen cómo un individuo racional debe tomar decisiones en un ambiente de incertidumbre (Ekelund y Hébert, 1995, p. 384).

El concepto de *función social del bienestar* es una de las aportaciones que hace la Economía del Bienestar; dicho concepto se refiere a que “es posible agregar las utilidades individuales de las personas que forman la sociedad y que esto permite la evaluación de los deseos y necesidades del bienestar social que pueda reflejar la calidad de vida a la cual aspira la sociedad en su conjunto”.⁴ La función social del bienestar es la representación de las preferencias sociales a través del rango completo de bienes y servicios ofrecidos por el sector público y otras actividades del mismo (Ayala, 2000, p. 197). Un sistema económico ideal es aquel que logra el máximo bienestar social, para lo cual deben presentarse dos circunstancias: eficiencia y equidad.

Bajo ciertas condiciones (competencia perfecta, rivalidad y exclusión, información perfecta y mercados completos), una

⁴ Este modelo ha recibido críticas debido a que es imposible comparar la utilidad reportada por un bien de dos distintas personas debido a que las percepciones de cada individuo son diferentes y la utilidad no puede ser medida de forma objetiva.

economía de mercado se basa en mecanismos de precios competitivos que generan asignaciones eficientes. Este resultado se formaliza en los teoremas del bienestar (Stiglitz, 2002, p. 117).

Las asignaciones de recursos que tienen la propiedad de que no es posible mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de alguna otra son conocidas como *eficientes en el sentido de Pareto*.⁵ Un óptimo de Pareto se define en términos de condiciones marginales, que requieren la igualdad entre las tasas marginales de transformación en la producción y las tasas marginales de sustitución en el consumo⁶ (Stiglitz, 2002, p. 69).

El criterio de Pareto implica tres juicios de valor:

- Los individuos son unidades únicas y básicas del análisis.
- Cada individuo decide cómo maximizar su bienestar.⁷
- Mejorar la situación de alguien sólo es aceptable si no empeora la situación de otra persona.

El óptimo de Pareto se presenta cuando se satisfacen los siguientes supuestos básicos de un mercado en competencia perfecta:

- Información completa. Esto quiere decir que los mercados deben existir para todos

⁵ Si se tienen dos estados sociales A y B, A es preferible a B si por lo menos una persona está mejor en A que en B sin que ninguna de las otras personas esté peor que en B. En este caso, se dice que A es Pareto superior.

⁶ Es la cantidad de un bien que una persona está dispuesta a renunciar a cambio de una unidad de otro bien.

⁷ El consumidor es libre y soberano en el sentido de que su decisión de comprar o no un cierto bien queda exclusivamente en sus manos, sin que exista ningún organismo que le impida escoger la forma en que gastará su ingreso.

los bienes. Si los precios de mercado no pueden emplearse para el control de la oferta y la demanda, o bien si los agentes económicos no cuentan con la misma información, la provisión de algunos bienes y servicios no será completa.

- No hay externalidades: los precios deben reflejar los costos asociados a la producción y consumo individual.
- Los individuos buscan maximizar su beneficio.
- Competencia perfecta entre compradores y vendedores.⁸

La soberanía del consumidor parte del supuesto de que cada consumidor “es el mejor juez de sus necesidades y sus preferencias y el único que sabe lo que le conviene” (Ayala, 2000, p. 206). No es fácil percibir en toda su extensión, de un modo inmediato, el grado en que los consumidores condicionan el mercado. Estos parecen fuertemente condicionados por la publicidad y otros estímulos que influyen sobre sus decisiones⁹ (Sabino, 1991, p. 132).

Cuando hablamos de la inexistencia de externalidades, decimos que los precios deben reflejar los costos asociados, pero para reafirmar la idea es necesario explicar qué son los precios y cómo se establecen en un mercado en competencia perfecta. El criterio de eficiencia en el sentido de Pareto

es individualista en dos sentidos (Stiglitz, 2002, p. 71):

1. Sólo se ocupa del bienestar de cada persona, no del bienestar relativo de las diferentes personas. No le preocupa explícitamente la desigualdad.
2. Lo que cuenta es la percepción que tiene cada persona de su propio bienestar.¹⁰

Cuando no se cumplen estos supuestos básicos se dice que existen fallas de mercado y en consecuencia surge la necesidad de intervención estatal,¹¹ la teoría de las fallas de mercado no propone la intervención estatal, todo el tiempo y en todo lugar, por el contrario, sólo justifica la intervención pública de forma temporal.

Los teoremas fundamentales de la Economía del Bienestar son dos de los resultados más importantes que describen la relación entre los mercados competitivos (o en competencia perfecta) y la eficiencia en el sentido de Pareto.

1° Teorema. *Cualquier equilibrio competitivo es eficiente en el sentido de Pareto*¹²

En determinadas circunstancias, los mercados competitivos dan lugar a la asignación de recursos que tienen una propiedad muy especial: no existe ninguna reasignación de

⁸ El modelo competitivo supone que los mercados se vacían completamente, porque la oferta y la demanda se encuentran en equilibrio, en muchos mercados se ha demostrado que esto no se verifica.

⁹ Pero si se analiza un período relativamente extenso se puede comprobar, sin dificultad, que han sido las preferencias de los consumidores las que han orientado los cambios generales de la oferta. Es a través de este mecanismo que se producen hoy una cantidad de bienes que facilitan las tareas domésticas, que se ha creado una amplia industria cultural y que se han mejorado una serie de artículos de consumo de alta demanda.

¹⁰ De acuerdo con Stiglitz, esta idea es incoherente con el principio de soberanía del consumidor, en donde los individuos son los que mejor pueden juzgar sus deseos y necesidades.

¹¹ Algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen una información incompleta y por la convicción de que el mercado suministra por sí solo poca información.

¹² Las asignaciones de los recursos que tienen la propiedad de no poder mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de alguna otra se denominan asignaciones eficientes en el sentido de Pareto.

recursos que puede mejorar el bienestar de la persona sin empeorar al mismo tiempo el de alguna otra.¹³

2° Teorema. *Bajo ciertas condiciones cada asignación eficiente en el sentido de Pareto puede obtenerse como un equilibrio competitivo*

Este teorema indica que pueden ser separados los problemas de distribución y eficiencia, por lo que los mecanismos de mercado pueden soportar cualquier asignación eficiente en el sentido de Pareto, ya que el mercado distribuye neutralmente.

El segundo teorema de la Economía del Bienestar afirma que si no nos gusta la distribución de la renta que genera el mercado competitivo, no es necesario que dejemos de utilizarlo, lo único que se tienen que hacer es redistribuir la riqueza inicial y dejar actuar al mercado competitivo.¹⁴

Finalmente, la nueva Economía del Bienestar examina que el Estado no conoce las características relevantes de todos los agentes, y asume que el Estado, al igual que el mercado, enfrenta problemas de información

.....
¹³ De acuerdo con Ayala (2000, pp. 206-207), los supuestos de este teorema son la ausencia de externalidades y la competencia perfecta. Este teorema sólo funciona cuando existe un equilibrio competitivo, que cada consumidor puede determinar su demanda debido a que conoce los precios de los bienes y el mercado procesa la información y asigna los recursos con los que es alcanzado un resultado eficiente.

¹⁴ La Economía del Bienestar tiene una importante implicación: todas y cada una de las asignaciones eficientes en el sentido de Pareto pueden alcanzarse por medio de un mecanismo de mercado descentralizado. En un sistema descentralizado las decisiones relacionadas con la producción y el consumo son tomadas por un conjunto de empresas e individuos que integran a la economía, en cambio en un mecanismo de asignación centralizado estas decisiones se concentran en las manos de un único organismo, o de una sola persona a la cual se denomina planificador central (Ayala, 2004, p. 37).

por lo que introducen nuevas restricciones a las políticas públicas y a la teorías del *second best*.¹⁵ La teoría de las fallas del gobierno¹⁶ abre una perspectiva de análisis más realista a la Economía del Bienestar, por lo que ahora el papel del gobierno es identificar los cambios de políticas que podrían aumentar el bienestar social (Ayala, 2000, p. 186). El enfoque del bienestar ampliado es una aportación de los estudios de Sen,¹⁷ Williams y Culyer. La importancia de este enfoque es que se opone a que sólo sea tomada en cuenta la disposición a pagar como un criterio de valoración (Ortún, 1990, pp. 59-60).

Culyer menciona que la concepción ampliada del bienestar (*extra-welfarims*) trasciende a la Economía del Bienestar tradicional debido a que ésta no excluye la satisfacción que se deriva del consumo, pero si incluye la forma en la que los individuos se relacionan entre sí (citado en Ortún, 1990, pp. 59-60).¹⁸

.....
¹⁵ La teoría del segundo mejor óptimo (*second best*) implica que cuando no se cumplen las condiciones del óptimo de Pareto la sociedad puede aceptar un segundo mejor óptimo que no necesariamente mejora el bienestar.

¹⁶ Las fallas de gobierno son imperfecciones que se producen cuando la intervención del gobierno en el mercado (incluyendo la producción de bienes públicos) no es eficiente en el sentido de Pareto.

¹⁷ Amartya Sen realizó valiosas contribuciones económicas al bienestar social a través de la teoría económica. Sen examina las relaciones y las diferencias entre los conceptos —capital humano y capacidad humana— donde concibe las cualidades humanas en su relación con el crecimiento económico, mientras que el concepto de capacidad describe la expansión de la libertad humana para vivir el tiempo de vida que la gente juzgue valedera, es decir, que el desarrollo no puede verse sólo como un incremento del PIB, sino como una expansión de la capacidad humana para llevar a cabo una vida más libre y digna. También comenta que la prosperidad económica contribuye a que la gente se realice obteniendo mejores servicios de salud y atención médica y algunos otros factores que influyen en lo que realmente gozan y disfrutan las personas.

¹⁸ Los extrawelfaristas parten del supuesto de que la maximización de la salud bajo la restricción de recursos es un enfoque de relevancia para la política sanitaria, a pesar de que ello supone imponer a los individuos unas determinadas preferencias y violar el principio de soberanía

4. TEORÍA DE LAS FALLAS DE MERCADO

La teoría de las fallas de mercado fue una respuesta y crítica a la falta de realismo de las teorías basadas en el modelo competitivo. Esta teoría produjo los argumentos más sólidos, desde el punto de vista del análisis positivo y normativo, para la justificación de la intervención estatal (Stiglitz, 2002).

4.1. Bienes públicos

Para Samuelson “los bienes públicos puros son aquellos cuyo consumo por parte de un individuo no afecta el consumo de este bien por otro consumidor”. Un bien público tiene dos características primordiales: la no exclusión y la no rivalidad en el consumo —exactamente lo contrario de un bien privado¹⁹— (citado en Ayala, 2000, p. 91). Debido a lo anterior, los servicios de atención a la salud no son bienes públicos.

4.2. Monopolios (o fallos de competencia)

Para que los mercados sean eficientes en el sentido de Pareto debe existir *competencia perfecta*, es decir, deben existir suficientes empresas que no puedan influir en la determinación de precios. Los mercados en competencia perfecta son la excepción y no la regla, por lo que a menudo se presentan problemas de fallos de competencia a través de los monopolios.

del consumidor (Cárdenas *et al.*, 2001, p. 44).

¹⁹ Un bien privado es aquel que tiene la propiedad esencial de que el consumo de un bien por parte de un individuo disminuye el monto de bienes que podría consumir otro individuo. Adicionalmente, tiene la propiedad de exclusión que quiere decir que sólo puede consumirlo el individuo que ya pago un precio por dicho bien.

Para Ayala (2004), el monopolio es una estructura de mercado en donde existe un único vendedor de un producto que no tiene sustitutos cercanos y que abastece a todo el mercado. Cuando existe la presencia de unas cuantas empresas se denomina oligopolio.²⁰ Una de las características principales del monopolio son las barreras a la entrada que permiten la existencia de un único oferente en el mercado que se traduce en la capacidad de influir sobre el precio. Dentro del mercado sanitario, las barreras a la entrada están dadas por la especialización de los profesionales de salud (Tobar, 2016, p. 40).

Este hecho hace que las diferencias básicas entre el monopolio y la competencia perfecta sean las elasticidades precio de la demanda a las que se enfrenta la empresa en cada una de las estructuras de mercado (Vega, 2000, p. 20). En el caso del mercado sanitario podríamos hablar de algún medicamento de patente que no tuviera ningún sustituto.²¹

4.3. Externalidades

Una externalidad es una falla de mercado definida como el efecto de las actividades de producción o consumo de un agente sobre el consumo o producción de otros agentes, por lo tanto, surgen tanto en la producción como en el consumo. Si representan un costo o una disminución del bienestar se denominan externalidades negativas,²² en cambio, si originan un beneficio o un incremento del bienestar se trata de externalidades po-

²⁰ Los economistas llaman competencia monopolística a la presencia de monopolios, duopolios y oligopolios.

²¹ Para que funcione la mano invisible debe haber competencia; cuando existen monopolios lo que indica es la ausencia de una fuerte competencia. Lo que se traduce en la inexistencia de bienes sustitutos.

²² El ejemplo más común de una externalidad negativa es la contaminación.

sitivas. Las externalidades representan una falla de mercado en virtud de que los costos marginales individuales no reflejan los costos marginales sociales, es decir, alguien paga o se beneficia por una actividad que no emprendió. La principal razón para el surgimiento de externalidades es la ausencia de derechos de propiedad bien definidos.²³

4.4. Fallos de información (información asimétrica)

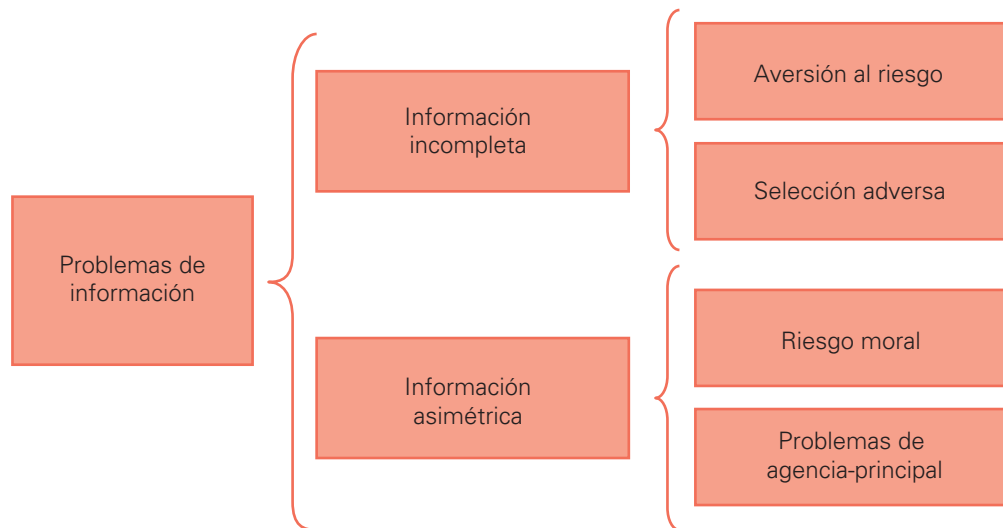
Algunas actividades del Estado se justifican porque los consumidores tienen una información incompleta y por la convicción de que el mercado suministra por sí solo poca información (Stiglitz, 2002, p. 99). Ayala (2004) apunta que la información asimétrica surge porque los agentes tienen un acceso

desigual a la información, este problema se presenta cuando un grupo de individuos involucrados en el intercambio de ciertos bienes y servicios tiene un acceso más fácil y menos costoso a la información, por lo que este grupo podrá tener un mayor poder de negociación tanto en precios como en cantidades.

Dentro del mercado sanitario, los problemas de información residen en la posición del médico sobre la indicación y efectividad de los tratamientos disponibles. Debido a lo anterior, surge la economía de la información como una rama de la economía que genera la información incompleta y asimétrica.

En el diagrama 3 se presentan los problemas de estudio de esta rama: la aversión al riesgo,²⁴ la selección adversa, el riesgo moral y la teoría de agente-principal.

**DIAGRAMA 3
ECONOMÍA DE LA INFORMACIÓN**



Fuente: Ayala (2000, p. 200).

²³ Para resolver las externalidades se deben definir correctamente los derechos de propiedad o bien aplicar impuestos compensatorios a los agentes causantes de la externalidad.

²⁴ La aversión al riesgo se refiere a las distintas evaluaciones que hacen los individuos del riesgo. De forma que habrá amantes, enemigos y neutrales al riesgo.

5. SELECCIÓN ADVERSA

La selección adversa es un problema de información incompleta en donde una de las partes de la transacción conoce aspectos de la misma que resultan relevantes, pero que son desconocidos para la otra parte. La solución de este problema está asociada con la transmisión de señales en el mercado²⁵ (Ayala, 2000, p. 205).

La selección adversa en salud se presenta generalmente en el mercado de seguros, donde el usuario es quien esconde la información al médico para conseguir que el contrato de seguros se haga efectivo (Stiglitz, 2002, p. 357), es decir, se presenta cuando los individuos tienen mayor información para predecir mejor que el asegurador su estado de salud futuro de modo que elijan el plan que mejor se ajuste a su probabilidad esperada de uso de servicios, generándose así una mala distribución del riesgo (Sabino, 1991, p. 46). También puede darse a través de la exclusión (por parte de las compañías aseguradoras) de individuos con enfermedades crónicas.

.....

²⁵ Para ilustrar los problemas de la selección adversa Akerlof, en la década de 1970, analizó el mercado de los autos usados (*market for lemons*). Su aporte consistió en demostrar que cuando los vendedores tienen mejor información que los compradores puede ocurrir que sólo los bienes de poca calidad lleguen al mercado. Para comprender este aporte, se utiliza el mercado de los autos usados. ¿Qué tipo de automóvil esperaría una persona conseguir cuando compra un auto usado? Para responder, hay que preguntarse quién tiene más incentivo para vender su auto, ¿aquel que tiene uno bueno o aquel que tiene uno malo? Evidentemente quien tiene uno malo. Enterado de este hecho, el demandante espera que la calidad promedio de un auto usado sea baja y por ello su disposición a pagar por él, también es baja. Esto lleva a que quien tiene un buen auto no desee venderlo por ese precio y a que la parte no informada, o sea el comprador, negocie exactamente con la gente que no debe. En situaciones como ésta se dice que la parte no informada obtiene una selección adversa de las partes informadas.

6. RIESGO MORAL

El riesgo moral (moral hazard) es un problema de información asimétrica entre dos partes de un contrato, es decir, una de las partes de la transacción realiza acciones que afectan el valor de la transacción y la otra parte no puede controlarlas²⁶ (Ayala, 2000, p. 205).

En salud el riesgo moral se argumenta como que “si la población accede al consumo de servicios sanitarios a un precio cero o cercano a cero, el individuo consumirá más de que lo consumiría si tuviera que pagar por el servicio” (Stiglitz, 2002, p. 356).

6.1. Incertidumbre respecto a los tratamientos

La incertidumbre se refiere a la ausencia de información completa respecto a la ocurrencia de los sucesos futuros, pero puede referirse a cualquier tipo de información. La existencia de incertidumbre hace que no pueda conocerse de antemano el resultado de una acción o que, en otras palabras, pueda suceder algo diferente a lo esperado. Los individuos tienen que escoger constantemente entre diversos cursos de acción que tienen un número diverso de resultados posibles. El problema consiste en determinar el modo en que, en tales condiciones, los individuos toman sus decisiones (Sabino, 1991, p. 88).

La incertidumbre está presente debido a la forma y el desarrollo de la enfermedad de un individuo, a la presentación de signos y síntomas que pueden derivar un tratamiento determinado (Hidalgo, Corugedo y Del Llano, 2000). Artells (2005) lo explica más

.....

²⁶ La solución a los problemas de riesgo moral consiste en proporcionar a la parte que realiza la acción un incentivo para que actúe en la forma preferida por la otra parte.

detalladamente al afirmar que dentro de los servicios sanitarios la información requerida es individual e intransferible y el costo de adquirirla es elevado por lo que la naturaleza técnica de esta no facilita la comprensión del usuario y los costos de una decisión equivocada pueden ser demasiado elevados.²⁷

Cuando los consumidores acuden a los servicios médicos, lo que ellos están comprando son los conocimientos y la información del médico. Como consumidores deben confiar sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas o los procedimientos necesarios para poder recuperar su nivel de salud en vista de que carecen de los conocimientos médicos, éstos no pueden valorar y/o evaluar de manera acertada los conocimientos médicos y los tratamientos que son mejores para ellos (Stiglitz, 2002, p. 349).

6.2. Incertidumbre respecto a la incidencia de la enfermedad

La falta de información perfecta, por otra parte, no obedece sólo a problemas derivados de la complejidad de los intercambios económicos: no se trata solamente de que sea imposible manejar adecuadamente, y de un modo casi instantáneo, un gran volumen de información, sino, además, de que es imposible prever completamente la reacción de los otros agentes que intervienen en un mercado (Sabino, 1991, p. 88). Existe incertidumbre acerca de los cambios en el nivel de la salud o la incidencia relativa de la misma. Debido a lo azaroso que es una enfermedad y añadido a que el consumidor (paciente) tiene información asimétrica y desconoce cómo

²⁷ En la medida que la elección racional depende de la información de la naturaleza de los productos, ésta anula o limita el ejercicio de soberanía del consumidor.

se presentará determinada enfermedad que pudiera afectarle, no se encuentra en condiciones de prever su consumo y mucho menos de determinar cuál será el tratamiento más indicado a seguir.

6.3. Relación agente-principal

El problema del principal y el agente trata de cómo conseguir que una persona haga lo que otra quiere. Se denomina *agente* a una persona que actúa en nombre de otra,²⁸ el *principal* (Ortún, 1990). Los problemas del principal y el agente se plantean en todas las organizaciones tanto públicas como privadas. La discrepancia entre los diferentes intereses de los agentes y de los principales da lugar a los denominados *problemas de agencia*.²⁹ La teoría de la agencia analiza la forma de los contratos formales e informales mediante los que una o más personas, denominadas como el principal, encargan a otra persona, denominada el agente, la defensa de sus intereses delegando en ella cierto poder de decisión (Stiglitz, 2002). La relación de agencia dentro del mercado de salud se interpreta como la subordinación del paciente ante el

²⁸ Cuando un deportista profesional desea negociar un contrato con un club, recurre a su representante para que actúe en su nombre; cuando se presentan problemas en una empresa, los trabajadores recurren al líder sindical para que actúe en nombre de sus agremiados. Las relaciones entre ambas partes son estudiadas en el marco de la teoría de la agencia, cuyo objetivo es mostrar cómo las empresas difícilmente se comportan de manera que maximicen su utilidad.

²⁹ Así, por ejemplo, en el caso de la empresa, los directivos pueden estar tentados a actuar en su propio interés en lugar de hacerlo en el de los accionistas. Esto implicará la necesidad de diseñar un sistema adecuado de incentivos, restricciones y penalizaciones con objeto de asegurarse de que los directivos (agentes) actúan en sintonía con los intereses de los accionistas (principales). Este sistema implica unos costos llamados costos de agencia, cuya consideración es de suma importancia en el proceso de toma de decisiones empresariales.

médico, debido a que es el segundo el que cuenta con toda la información necesaria sobre el diagnóstico y tratamiento médico a seguir (Maynard, 1981, p. 9).

En su calidad de agente (el médico o grupo de práctica médica) utiliza su información acerca de las características del paciente y utiliza su juicio acerca de las carencias sanitarias y la tecnología disponible para “decidir en beneficio del paciente” su demanda. En la relación de agencia, el médico traduce “la necesidad percibida” en utilización (Artells, 2005, p. 18). Aunque el paciente es el que toma la decisión inicial de buscar tratamiento, dada su ignorancia asociada con la asistencia sanitaria, debe delegar la toma de decisiones respecto a su salud al médico, que finalmente se convierte en el demandante de sus propios servicios (Maynard, 1981, p. 9).

6.4. Demanda inducida

La demanda inducida es un concepto clave dentro de la Economía de la Salud debido a que representa una de las características más importantes que hacen de la salud un mercado imperfecto, dado que se produce como consecuencia del desconocimiento completo de las características del producto o servicio de parte de los agentes del proceso. Las elecciones en salud implican de forma inevitable la utilización de juicios de valor, en donde el problema se encuentra en ¿quién valora los beneficios?, ya que cuando un médico hace una prescripción realiza un juicio de valor en nombre del paciente, por lo que es complejo saber qué valoración se debe usar cuando se hacen evaluaciones médicas (Ortega, 2002, p. 599).

En este mercado, el paciente (usuario o cliente) no puede probar el producto antes de consumirlo, de ahí que las restricciones morales que se imponen a los profesionales de la

salud son más severas que las de otros profesionistas (Arrow, 1981, p. 52). Cuando el agente (de forma consciente o inconsciente) establece variables que le son determinantes a él, pero no al paciente, ocurre una relación de agente imperfecta,³⁰ cuando esto sucede se presenta la demanda inducida por el proveedor. La demanda inducida ha sido uno de los temas más polémicos en Economía de la Salud. La demanda inducida por el proveedor tiene dos connotaciones importantes de carácter positivo y normativo, de acuerdo con Ortún (1990, pp. 57-58):

- Positivamente: la oferta y la demanda dejan de ser independientes y se incumple una de las condiciones esenciales para que el mercado sea un mecanismo eficiente de asignación de recursos sanitarios.
- Normativamente: la soberanía del consumidor deja de ser la justificación de las pautas de utilización.

Una justificación teórica importante para la intervención en el mercado sanitario es proporcionada por la demanda inducida debido a que los consumidores gastan más de lo necesario, y sujetándose a su restricción presupuestaria renuncian al consumo de otros bienes y servicios (Ortún, 1990).

7. LA ECONOMÍA DE LA SALUD

La contribución más importante que los economistas pueden aportar al análisis de la salud es demostrar que muchos sistemas sanitarios no son eficientes ni igualitarios, por lo que se hace necesario introducir mejores incentivos con la finalidad de que los

³⁰ De acuerdo a la ética médica, el médico (agente) actúa siempre para favorecer el interés del paciente.

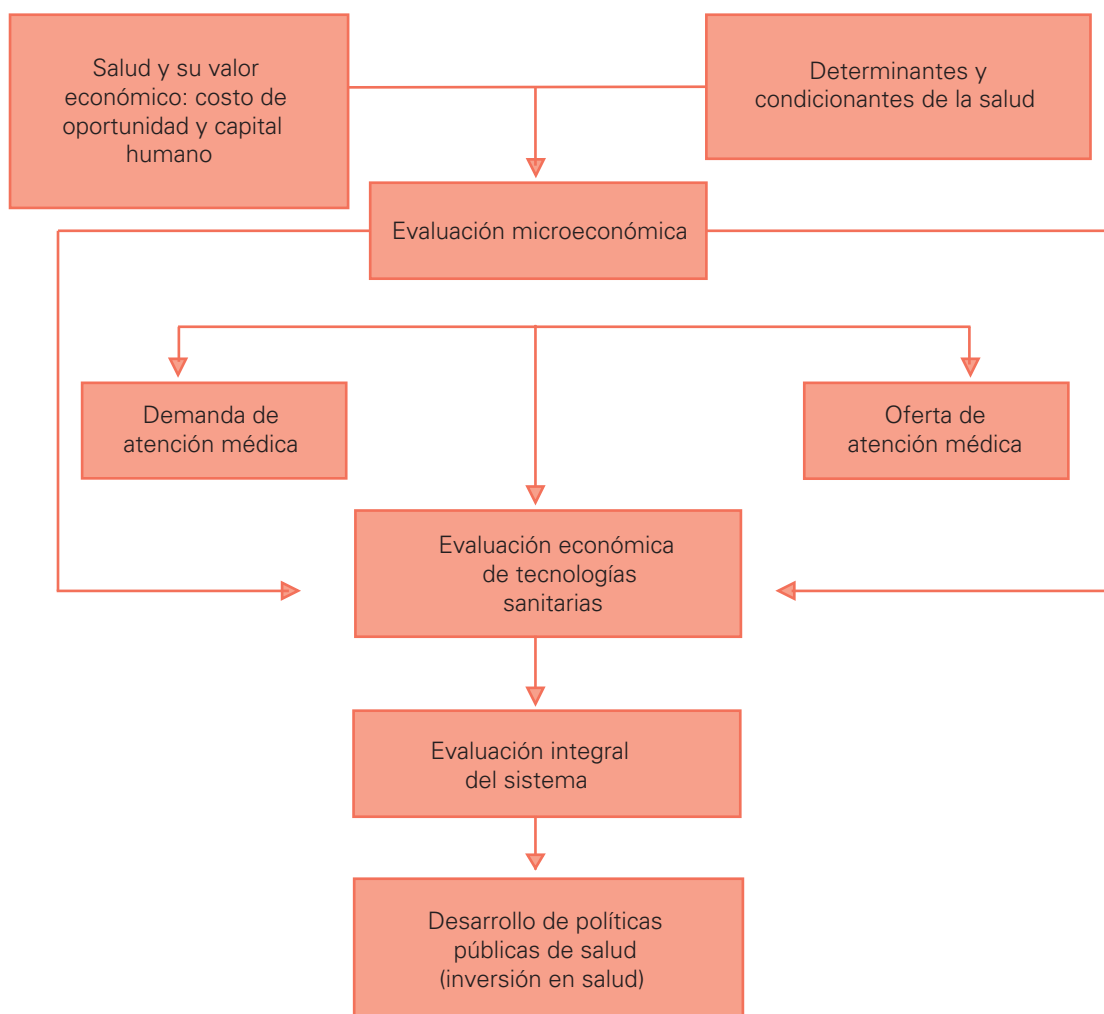
proveedores actúen eficientemente (Maynard, 1981, p. 7).

La salud como indicador de desarrollo económico expone que la buena salud incrementa el bienestar de los individuos, por lo cual los beneficios están dados a través de la reducción de días de ausentismo laboral, el aumento de la productividad, en tal sentido, de acuerdo con Rivera (2003, p. 21), la inversión en el cuidado y prevención de la salud reducen las tasas de depreciación de capital

humano y disminuye el decrecimiento de la productividad debido a la edad, por lo que al hacer énfasis en las inversiones productivas en salud equivale a obtener beneficios mayores que los derivados de su aplicación específica.

En el documento *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en Salud* el Banco Mundial examina las políticas nacionales alrededor del mundo y los vínculos entre salud-política sanitaria-desarrollo econó-

DIAGRAMA 4
CAMPOS DE ESTUDIO DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD



Fuente: Modificado de la propuesta de Arredondo López y Parada Toro (2001).

mico, en donde se refleja que la buena salud puede incrementar la productividad y, de esta forma, el crecimiento económico del país, por lo que ahora se debe invertir en salud eligiendo servicios más costo-efectivos (Durán, 2003, p. 177).

La Economía de la Salud abarca diversos temas de interés. En el diagrama 4 se pueden observar sus áreas de estudio y análisis de acuerdo con Arredondo López y Parada Toro (2001).

8. CONCLUSIONES


El problema esencial de la economía es cómo satisfacer las necesidades de los individuos siendo los recursos escasos y cómo asignar de manera óptima estos recursos, es decir, cómo ser eficientes. Otro problema central es la distribución de la renta que engloba no sólo cuestiones económicas, sino éticas y morales que desembocan en problemas de equidad y justicia.

La salud es un bien escaso cuya obtención y mantenimiento exigen dinero y trabajo por lo que alcanzarla implica satisfacer necesidades expresadas en forma de demanda, más el costo de oportunidad que encierra renunciar a otros bienes. La salud es una necesidad imperante y un indicador clave del desarrollo humano, hoy por hoy se

acepta que el crecimiento de la economía no es la única guía que evalúa el desarrollo económico.

La Economía de la Salud se puede entender como la integración de las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas para el estudio de los mecanismos, determinantes y condicionantes de la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud.

Una de las interrogantes de esta disciplina entre los economistas de la salud ha sido la forma en que se integra esta especialidad en el mercado laboral, por lo que podemos preguntarnos si los economistas de la salud son ¿profesionistas del sector sanitario con conocimientos de economía? O bien ¿economistas con estudios de salud pública o epidemiología?, la posible respuesta es que son ambos, la diferencia es el enfoque que se da en la práctica laboral, para aclarar el campo de acción de unos y otros.

Es importante destacar la vigencia e importancia de la Economía de la Salud, ya que a través de los instrumentos que de ella derivan se puede ayudar a que los responsables de tomar las decisiones tengan elementos más firmes y, sobre todo, un panorama más amplio de cómo actúa el mercado dentro de este sector específico y como deben de actuar los integrantes de este. 

REFERENCIAS

- Artells, J.J. (2005). Alan Harold Williams: Pionero y promotor de la Economía de la Salud. *Revista Gaceta Sanitaria*, 19(5), septiembre-octubre, pp. 417-419. <https://doi.org/10.1157/13080151>
- Arredondo, A. (2001). Transición epidemiológica y Economía de la Salud: hacia un modelo de análisis para los servicios de salud. En: *Gerencia y economía de los servicios de salud. Diplomado a distancia* [Material de estudio, Tomo I, pp. 139-162]. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). [en línea] Disponible en: <http://biblioteca.ciess.org/adiss/r483/gerencia_y_economia_de_los_servicios_de_salud_diplomado_a_distancia_material_de_estudio_tomo_i>.

- Arredondo López, A. y Parada Toro, I. (2001). Niveles de aplicación de la Economía de la Salud: revisión y análisis. En: *Gerencia y economía de los servicios de salud. Diplomado a distancia* [Material de estudio, Tomo I, pp. 163-180]. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). [en línea] Disponible en: <http://biblioteca.cieess.org/adiss/r483/gerencia_y_economia_de_los_servicios_de_salud_diplomado_a_distancia_material_de_estudio_tomo_i>.
- Arrow, J.K. (1981). La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. *Revista Información Comercial Española*, 574, junio, pp. 47-63. [en línea] Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10214>>.
- Ayala, J. (2000). *Diccionario moderno de la economía del sector público: para entender las finanzas del Estado mexicano*. México: Diana.
- Ayala, J. (2004). *Mercado, elección pública e instituciones: una revisión moderna de las teorías del Estado*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Cárdenas, J., Collazo, M., Cosme, J., Gálvez, A., González, G. y Miyar, R. (2001). *Alcance y aplicación de la Economía de la Salud*. Serie de Desarrollo no. 24. La Habana: Representación de la Organización Panamericana de la Salud (ops)/ Organización Mundial de la Salud (oms).
- Durán, A. (2003). Economía de la Salud, toma de decisiones y diseño de políticas de salud. En: *Seminario Internacional de Economía de la Salud* (pp. 171-190). México: Instituto Mexicano del Seguro Social. [en línea] Disponible en: <https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=469-economia-de-la-salud-seminario-internacional&category_slug=documentos-de-referencia&Itemid=493>.
- Ekelund, R. y Hébert, R.F. (1995). *Historia de la teoría económica y su método*. 3ª. edición. España: McGraw-Hill.
- Hidalgo, A., Corugedo, I. y Del Llano, J. (2000). *Economía de la Salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Maynard, A. (1981). La naturaleza del mercado sanitario y las prioridades de investigación para economistas de la salud. *Revista Información Comercial Española*, 574, junio, pp. 7-17. [en línea] Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10214>>.
- Ortega, A. (2002). Farmacoeconomía. En: Gamundi Planas, M.C. (coord.), *Farmacia hospitalaria-Tomo I* (pp. 599-623). Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). [en línea] Disponible en: <<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap211.pdf>>.
- Ortún, V. (1990). *La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones*. Barcelona: La Llar del Libre.
- Pindyck, R. y Rubinfeld D. (1996). *Microeconomía*. 2ª. edición. México: Limusa.
- Sabino, C. (1991). *Diccionario de economía y finanzas*. Caracas: Editorial Panapo.
- Stiglitz, E. (2002). *La economía del sector público*. 3ª. edición. España: Antoni Bosch.
- Restrepo, J. y Rojas, K. (2016) La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, 84, enero-junio, pp. 209-242. <https://doi.org/10.17533/udea.le.n84a07>

- Rivera, B. (2003). El papel de la salud en la acumulación de capital humano: efectos sobre la productividad en economías desarrolladas. *Revista Economía de la Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de La Coruña*, 804, enero-febrero, pp. 13-22. [en línea] Disponible en: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619876>>.
- Tobar, F. (2016). ¿Para qué sirve la Economía de la Salud? *Revista CISALUD*, 23, pp. 34-41. [en línea] Disponible en: <https://issuu.com/cisalud/docs/cisalud_dic_16>.