



# Universidad Austral de Chile

Escuela de Ingeniería Comercial

## **Seminario de grado**

### **EN EL MERCADO DE LA SALUD EN CHILE, ¿LAS FALLAS QUE SE PRESENTAN EN SU FUNCIONAMIENTO, JUSTIFICAN LA INTERVENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO?**

Tesina presentada como Requisito  
para Optar al Grado de  
Licenciado en Administración.

Profesores Responsables: Jaime Astete A.  
Horacio Sanhueza B.

Profesor Patrocinante: Víctor Jacques P.

**RODRIGO HOFFMANN PROCHELLE  
FELIPE SCHMIDT PERALTA**

VALDIVIA-CHILE

2010

## ÍNDICE DE MATERIAS

Página

### RESUMEN

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	MARCO DE REFERENCIA DEL ESTUDIO	3
3.	MATERIAL Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS	7
3.1	Presentación del Problema	7
3.2	Operacionalización de Conceptos	7
3.3	Métodos a utilizar en el Trabajo de Tesina	8
3.3.1	Tipo de Investigación	8
3.3.2	Diseño de Investigación	9
3.3.3	Fuentes	9
3.3.4	Análisis	9
4.	PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	10
4.1	Introducción a la Economía en Salud	10
4.2	Mercados Perfectamente Competitivos	12
4.3	Anomalías en el Mercado de la Salud	15
4.4	Regulación	23
4.4.1	Rol del Estado	31
4.4.2	Regulación en Chile	34
5.	CONCLUSIONES	44
6.	BIBLIOGRAFÍA	47

## ÍNDICE DE FIGURAS

1.	Figura 1. Interrelaciones en el Sistema de Salud	11
2.	Figura 2. Pirámide de Maslow	17
3.	Figura 3. Modelo del Reembolso	25
4.	Figura 4. Modelo de Contrato	26
5.	Figura 5. Modelo Integrado	27

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

1.	Gráfico 1. Mercado Perfectamente Competitivo	13
2.	Gráfico 2. Monopolio	22

## ÍNDICE DE TABLAS

1.	Tabla 1. Respuesta Institucional del Estado	33
2.	Tabla 2. Evolución del Gasto en Salud 1990-1999	43

## **RESUMEN**

La siguiente Tesina de Grado tiene por finalidad analizar y estudiar el mercado de la salud en términos de su eficiencia, estableciendo diferencias respecto a uno perfectamente competitivo, y así determinar las diversas razones que conducen a este mercado tan característico a presentar múltiples fallos que impiden alcanzar un óptimo de Pareto. Es por esto, que el Estado, en la gran mayoría de los países del mundo, se ve obligado a intervenir, dada la importancia que representa la salud en el bienestar y calidad de vida de las personas que constituyen una comunidad. Por lo anterior, es necesario definir los aspectos en que se precisa la regulación e intervención del Gobierno.

Es una investigación y tema de estudio bastante recurrido por lo que se está a disposición de mucha información, facilitando y haciendo posible alcanzar los objetivos de la Tesina.

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente tesina trata un tema muy importante que no sólo tiene implicancias económicas y sociales, sino que afecta directamente al bienestar de todas las personas. La salud más que un bien se considera un derecho, por lo tanto es algo que todos los individuos debiesen tener.

Ésta ha sido y seguirá siendo objeto de estudio debido a su importancia en la calidad de vida de las distintas sociedades. De lo anterior radica el interés de análisis, y a través del cual se pretenden establecer sus respectivas comparaciones y diferencias entre el mercado de la salud y los demás. Teniendo en cuenta que se está frente a un mercado intervenido por el Estado, se llega necesariamente a la discusión en cuánto debe intervenir y qué medidas debe tomar para lograr el mayor bienestar de la comunidad.

La investigación es de tipo teórica orientada a analizar, diferencias entre el mercado de la salud y otros mercados, y dada su relevancia existen múltiples fuentes de diversos autores que han realizado estudios exhaustivos destinados a buscar la forma de lograr el mayor bienestar de las distintas sociedades. La investigación es viable en relación al material disponible, y el objetivo es determinar qué implicancias tiene que el mercado opere inadecuadamente, y en qué aspectos es necesaria o se precisa la intervención del Estado.

Si bien el trabajo es meramente teórico, sirve como punto de partida para cualquier otro que necesite de premisa la relación existente entre la eficiencia, el mercado de la salud, y el rol del Estado en el mismo.

Además, es importante estudiar este mercado en particular, debido a las connotaciones éticas y morales que conlleva. Se tiene que crear una conciencia social respecto a esto, con el fin de encontrar soluciones frente a un intercambio que presenta claras deficiencias.

Respecto a los objetivos a desarrollar, se pretende determinar, en el mercado de la salud, si las fallas de mercado afectan de forma tal, que se pierde la eficiencia, y a raíz de esto el Gobierno tiene la necesidad de intervenir, aplicando todas las herramientas a su alcance para tratar que el mercado en cuestión se desarrolle en los marcos de una competencia perfecta (o lo más cercano a ésta).

Para lograr estos objetivos generales se pretende también llegar a profundizar ciertos temas relacionados con la economía y la salud. Es por ello que se definirá la eficiencia en los mercados, se analizará la competencia perfecta y se comparará con el mercado de la salud, se presentarán las fallas de mercado que se dan, se señalará el rol del sector público en este mercado y como trabaja en la búsqueda de eficiencia y equidad, y finalmente se mostrará el caso chileno y cómo los conceptos se aplican a éste.



## 2. MARCO DE REFERENCIA DEL ESTUDIO

La economía es el estudio de la forma cómo las familias, las empresas, y el Estado toman sus decisiones en un entorno donde los recursos disponibles son escasos. Una de sus ramas es la microeconomía, la cual se encarga de la conducta de unidades económicas individuales –consumidores, empresas, trabajadores e inversores- así como los mercados que comprenden ésta. Estos últimos corresponden al “conjunto de compradores y vendedores que a través de sus interacciones reales o potenciales determinan el precio de un producto o de un conjunto de productos” (Pindyck y Rubinfeld, 2001). Son innumerables el número de mercados que existen en nuestra sociedad, entre los cuales se pueden mencionar: el mercado de automóviles, petróleo, computadoras, entre otros. Pero hay uno bastante particular que afecta de manera considerable nuestras vidas, éste es el mercado de la salud.

Como señalan Katz y Miranda (1994) “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. “ Por lo tanto, podemos referirnos a distintos submercados:

- 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

Lo ideal sería que en cada uno de estos submercados (o simplemente mercados, como se refieren la mayoría de los autores) la producción de los bienes y servicios se realice al menor costo social posible, y que la distribución de los recursos sea socialmente óptima, es decir, que nos encontremos en presencia de la llamada eficiencia económica o asignativa. Claramente, el mercado de la salud presenta ciertas irregularidades, por lo tanto, es necesario entender previamente las diferencias entre un mercado que es perfectamente competitivo y un mercado imperfecto.

Un mercado caracterizado por la competencia perfecta es aquel en el cual ningún comprador o vendedor individual puede ejercer influencia alguna sobre el precio mediante sus compras o ventas individuales. Miller y Meiners (1990) señalan que existen cuatro condiciones bajo las cuales surge un mercado perfectamente competitivo, en el cual es indispensable la presencia de todas ellas simultáneamente. Dichas condiciones son las siguientes:

- Homogeneidad del producto: En competencia perfecta nos referimos a un producto homogéneo; existe un gran número de vendedores, cada uno de los cuales vende un producto idéntico.
- Movilidad de recursos sin restricciones: Las empresas deben estar en capacidad de entrar o salir de cualquier industria, los recursos deben poder movilizarse sin ningún problema entre usos alternativos y los bienes y servicios deben ser vendibles donde quiera que el precio sea más alto.
- Gran número de compradores y vendedores: Para que ningún agente económico pueda ejercer influencia alguna sobre el precio, debe existir un gran número de ellos y cada uno debe actuar de manera independiente.
- Información perfecta: Todos los compradores y vendedores deben tener perfecta información acerca de sus curvas de demanda y de costos, y acerca de la oferta y la demanda del mercado.

Además, como indica Torres (2002), es necesario que se cumplan ciertos supuestos para hablar de competencia perfecta:

- 1.- Individualismo.- Lo social se concibe como una yuxtaposición de intereses individuales y se supone que la persecución de fines estrictamente individualistas conlleva la consecución del mejor de los estados posibles para la comunidad.
- 2.- Comportamiento racional.- Un agente es racional si se cumplen dos requisitos:
  - a. Persigue fines coherentes entre sí.
  - b. Los medios que emplea para alcanzar los fines son los más adecuados.

3. Conducta egoísta.- Los agentes adoptarán sólo las decisiones que les reporten mayor utilidad individual sin tener en consideración las que tomen los demás ni los efectos que éstas puedan provocar. Se supone que el conjunto de las decisiones individuales generan un orden espontáneo de satisfacción general.
4. Estrategia maximizadora.- Los agentes se enfrentan a un problema de maximización bajo restricciones:
  - a. Maximización del beneficio para los productores
  - b. Maximización del nivel de para los consumidores

El mercado de la salud pertenece al grupo de los mercados imperfectos, debido a las características extraordinarias que presenta. En general, los supuesto de la competencia perfecta no se cumplen, de ahí la inequidad, e ineficiencia inherentes al mismo. La incertidumbre o falta de información, la información asimétrica, la insuficiencia de racionalidad individual, las externalidades, los bienes públicos, los rendimientos crecientes, los mercados incompletos, los bienes tutelares y la falta de equidad son los principales elementos que hacen del mercado en cuestión, uno de los que presenta mayor cantidad de fallas (Vassallo et al., 2003). Así por ejemplo, la incertidumbre se explica con la variabilidad existente entre distintos diagnósticos para una misma enfermedad, o la carencia de información para tomar ciertas decisiones.

La insuficiencia de racionalidad individual se ve presente cuando existen riesgos de vida y el enfermo debe tomar decisiones, en tanto a la falta de equidad, ésta aparece con el nivel socioeconómico del consumidor. Éste último concepto es sumamente relevante en el tema en estudio, ya que tiene connotaciones éticas y adquiere singular importancia a la hora de tomar decisiones, dada la existencia de grandes diferencias entre individuos y grupos sociales, y distintas áreas geográficas ante una misma necesidad (Barbieri, 1999). Así entonces, como señaló Leenan (1985), la equidad tiene que ver por lo tanto con la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria y utilización de medios, e igualdad en la calidad de atención, teniendo en cuenta las diferencias socio-económicas y regionales.

Además de lo explicado anteriormente, existe otro concepto importantísimo que entra en la toma de decisiones de casi cualquier área dentro del campo de la salud, la eficiencia. “El concepto de eficiencia conjuntamente con el de equidad, constituyen los criterios básicos para la toma de decisiones en el campo teórico de la Economía de la Salud” (Barbieri, 1999). Pero la búsqueda de la eficiencia y equidad ha sido el principal problema presente en este mercado tan característico.

El siguiente texto explica qué es lo que impide el logro de la eficiencia dentro la salud. “La economía de la salud como disciplina del área de la economía neoclásica aplicada se ha ocupado de demostrar, que por su lógica de funcionamiento, el mercado como instrumento asignador de recursos en el sector salud, no es eficiente. Aún en equilibrios competitivos el mercado sanitario no puede alcanzar óptimos de Pareto, dado que se caracteriza por presentar fallos del mercado” (Barbieri, 1999). Entendiendo por óptimo de Pareto como el nivel en que no se pueden asignar más recursos sin perjudicar a otro, o producir un bien sin tener que dejar de producir otro. Estos fallos de mercado son los mencionados anteriormente, y como vemos ahora se relacionan estrechamente con los conceptos de equidad y eficiencia.

El Estado cumple un rol fundamental en la regulación de este mercado, aunque existan muchas discusiones respecto a que si se debe dejar que el mercado fluya de acuerdo a las leyes naturales de la economía o si debe haber intervención pública. Es casi imposible encontrar un país donde la salud no se encuentre intervenida, esto se debe por los numerosos errores que presenta el mercado. Ahora el discurso se centra principalmente en qué medida debe actuar el Estado frente al problema y cuanto es lo que debe dejar a la economía para su autorregulación. Sin embargo, las regulaciones no son perfectas, y el propio Gobierno tiene fallas que tiene que superar para que así las ineficiencias e inequidades disminuyan en vías de alcanzar un óptimo.

### **3. MATERIAL Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS**

#### **3.1 Presentación del Problema**

En la economía se estudia el funcionamiento de los distintos mercados, de acuerdo a modelos preexistentes con el fin de tener una comprensión clara de lo que sucede en el intercambio de valor diariamente. Estos modelos ayudan a reflejar de la mejor forma posible la realidad, sin embargo, esto es sólo un intento, ya que el caótico escenario contiene variables lo suficientemente subjetivas que influyen en los supuestos inherentes al mismo. Así, el mercado de la salud es el ejemplo que mejor representa esta situación.

Existen cuantiosos fallos de mercado que terminan por destruir las bases del modelo de competencia perfecta, y por lo tanto de la libre competencia. Es por esto que este estudio se basa en los problemas que genera, y cómo el Gobierno tiene que recurrir al intervencionismo para aumentar la equidad y eficiencia en el área. Finalmente, con todos los antecedentes mencionados, se plantea la siguiente pregunta: En el mercado de la salud en Chile, ¿las fallas que se presentan en su funcionamiento, justifican la intervención del sector público?

#### **3.2 Operacionalización de Conceptos**

Condición de Pareto: “Aquella situación en la cual es imposible que la totalidad de los individuos salgan beneficiados de algún tipo de intercambio adicional. En otras palabras, si un individuo sale beneficiado de cierto tipo de acción, un segundo individuo saldrá perjudicado como consecuencia de dicha acción. También se le conoce como la asignación óptima de recursos de Pareto, óptimo de Pareto y criterio de Pareto.”(Miller y Meiners, 1990, 634-5)

Eficiencia Económica: “Un proceso de producción es eficiente desde el punto de vista económico, si no existe ningún otro proceso que pueda ser utilizado para obtener esa tasa de producción a un menor costo.” (Miller y Meiners, 1990, 285)

Eficiencia de Mercado: Un mercado alcanza resultados eficientes cuando en el largo plazo se logra producir al menor costo posible (eficiencia productiva) y la asignación de recursos se hace de acuerdo a las preferencias de los consumidores (eficiencia asignativa), maximizando de esta manera el bienestar de la sociedad, a través de la maximización del excedente del productor y consumidor.

Falla de Mercado: “Situación en la cual la solución del mercado no conduce a la obtención de un óptimo de Pareto.” (Miller y Meiners, 1990, 661)

Intervencionismo: Injerencia del Estado en el ámbito de la producción y distribución de la economía con el fin de modificar desempeños considerados inadecuados, a través de producción directa y regulación de los agentes privados.

Mercado: “Un mercado es un conjunto de compradores y vendedores que se interrelacionan, posibilitando realizar intercambios, constituyendo de ésta forma el centro de toda actividad económica.” (Pindyck y Rubinfeld, 1995, 10) “Es dentro de los mercados donde operan la oferta y la demanda.” (Miller y Meiners, 1990, 24)

### **3.3 Métodos a utilizar en el Trabajo de Tesina**

#### **3.3.1 Tipo de Investigación**

La estrategia de investigación que se va a utilizar en el estudio es de tipo descriptivo y analítico, dado que se selecciona y analiza una serie de fenómenos, midiendo cada uno de ellos de forma independiente, para posteriormente “describir” lo que se investiga. (Díaz y Riadi 2002)

### **3.3.2 Diseño de Investigación**

El diseño de investigación es de tipo no experimental, debido que las variables no se manipulan, y los fenómenos se observan para posteriormente efectuar un análisis de los resultados.

### **3.3.3 Fuentes**

Secundarias: La investigación estará guiada por bastante material documental y bibliográfico, destacando principalmente libros, papers e información obtenida a través de páginas Web.

### **3.3.4 Análisis**

El análisis a realizar se enmarcará dentro de lo teórico, como se ha mencionado anteriormente adquiriendo información por medio de libros y páginas Web, para tener una base sólida que permita enlazar los conceptos que se estudiarán. Sin embargo, es necesaria una fuente de datos que proporcione información apropiada para verificar que los conceptos teóricos sean aplicables satisfactoriamente en la realidad. Es por esto que se requerirá investigar fuentes secundarias, ya que no existen los recursos para realizar encuestas dentro de todo Chile o el mundo. Refiriéndose a esto por la necesidad de datos a un nivel macro, que integra la extensa red de salud.

## **4. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **4.1 Introducción a la Economía de la Salud**

La economía se ocupa por la satisfacción de las necesidades y deseos de las personas, teniendo en cuentas la escasez de los recursos para lograrlo. Es por esto que se tienen que hacer juicios de valor para establecer las prioridades generales e individuales. Además, se debe tener en cuenta que la economía reflexiona sobre los recursos materiales, y la salud al definirse como un bienestar físico y espiritual, requiere más que sólo eso. Así se sostiene entonces, que la economía de la salud estudia las consecuencias del sistema salud, entendiendo por éste como la organización de instituciones que proveen, aseguran, regulan y supervisan los servicios de salud en un país.

Para tener una mejor comprensión del sistema, es importante mirar los sectores o mercados internos que se dan en el sistema, así es posible identificar cuatro de ellos: el mercado de servicios de salud, mercado de seguros, mercado de productos farmacéuticos y otros insumos, y el mercado de equipos y tecnología. Los elementos que interactúan dentro de estos mercados son los agentes, que cumplen las siguientes funciones:

- Ministerio de Salud: Actúa como agente regulador, y define los precios y la oferta en el sistema de salud pública.
- Hospitales y proveedores: Proporcionan el servicio a los consumidores. Pueden ser públicos o privados, y están constituidos por médicos, enfermeras y personal de apoyo.
- Médicos: Otorgan el servicio directamente.
- Pacientes: Son los demandantes y representan a casi la totalidad de las personas.
- Industria farmacéutica: Produce y vende las medicinas a las farmacias.
- Farmacias: Venden las medicinas a los pacientes.
- Compañías privadas y de seguros: Son alternativas o complementarias a los seguros públicos, y proporcionan sistemas de reembolso entre el paciente y el médico.

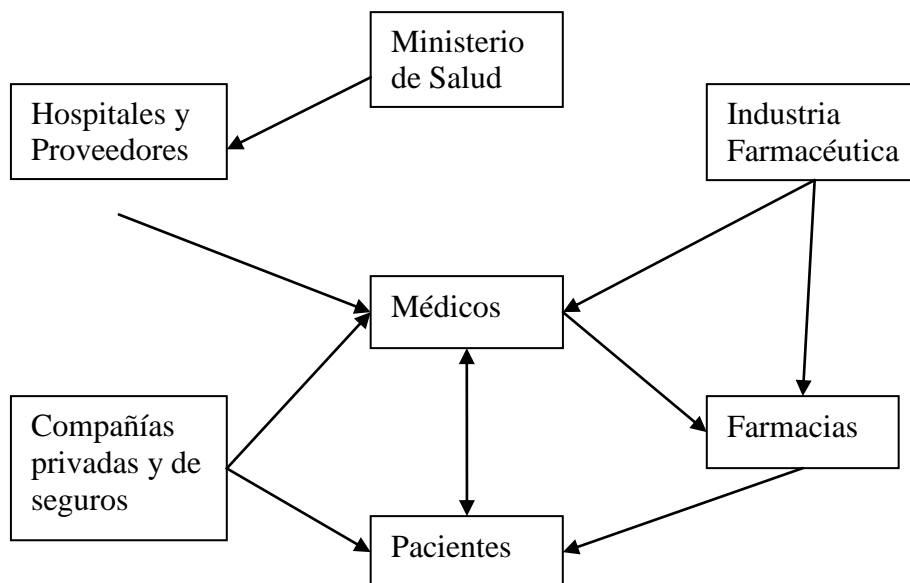


Debido a la complejidad que se genera por la interacción entre los agentes, aparecen los problemas que propician las singularidades del sector.

Un ejemplo muy claro es la relación que existe entre la industria farmacéutica, los médicos, las farmacias y los pacientes; la primera se aprovecha de la relación de agencia entre los médicos y los pacientes con el fin de incentivar el consumo de sus productos.

Así el profesional prescribe los medicamentos de acuerdo a un incentivo comercial, y no en base a lo que él cree que es mejor, produciéndose un conflicto de intereses. Lo descrito anteriormente y las relaciones entre los demás actores se pueden comprender mejor a través del siguiente diagrama.

**Figura 1. Interrelaciones en el Sistema de Salud**



**Fuente: Elaboración Propia**

Problemas se pueden encontrar en cada interrelación, por eso los gobiernos han intervenido de manera muy activa en el sector, impidiendo que “la mano invisible” actúe, y con el objetivo final de entregar un acceso generalizado al bien en cuestión. El Estado debe entonces hacerse cargo de los bienes meritorios (su consumo produce un efecto social mayor que la satisfacción individual) y los bienes públicos (benefician a todos), dejando los

bienes privados (beneficio individual) a los particulares que ninguna intención tienen de acercarse a los dos primeros.

#### **4.2 Mercados Perfectamente Competitivos**

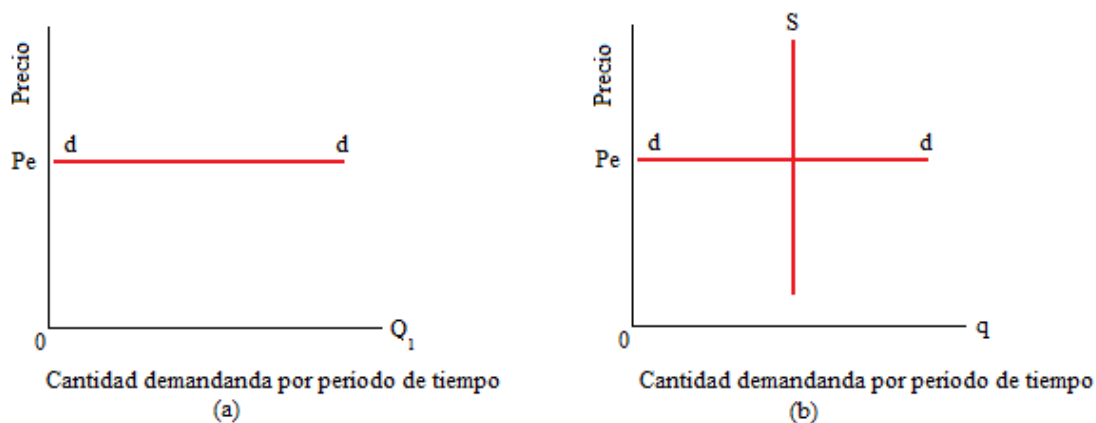
En una economía de mercado simplificada en donde hay muchos compradores y vendedores, total libertad de entrada, no hay acuerdos de precios, productos estandarizados e información completa, en adhesión a que las personas saben lo que quieren, conocen la situación de mercado, y actúan a favor de sus intereses personales, se habla de una situación de Mercados Perfectamente Competitivos o Competencia Perfecta. (Reynolds, 1988) Además de estas condiciones, se supone que la economía se encuentra en ocupación plena, es decir, está operando en su curva de posibilidades de producción. Un aumento en la producción de cualquier producto trae consigo la disminución de uno o más de los otros productos presentes en el mercado.

De acuerdo a Miller y Meiners (1990), en competencia perfecta no existe rivalidad, debido a que si existe perfecta información, y la participación de cada agente económico en el mercado es realmente insignificante, no hay ninguna razón para comprometerse en campañas publicitarias ni tampoco para realizar investigación de mercados, y menos diferenciación entre los productos, porque este es homogéneo. En cuanto a los compradores, no tendrán la necesidad de buscar un producto o negocio más ventajoso, ninguno se arrepentirá de haber hecho alguna compra, por lo tanto tampoco ninguno se preocupará por mirar las marcas de los productos. En un mercado perfectamente competitivo no existe ningún proceso para analizar, pero la relevancia de un modelo tan simplificado como este radica en que es el punto de partida para establecer predicciones definidas acerca de cómo operará la economía. Y los distintos tipos de imperfecciones presenten en el mercado de la salud o cualquier mercado que se desee analizar, se pueden ir introduciendo uno a uno. “Las afirmaciones según las cuales el modelo de competencia perfecta debería ser abandonado porque los supuestos en los cuales se basa lo convierten en un modelo inaplicable para la vida real son incorrectas desde todo punto de vista. En efecto, el modelo es útil como una primera aproximación para lograr entender la manera como operan los mercados y para predecir los resultados de políticas microeconómicas

predeterminadas. En la medida en que se reconozcan tanto sus limitaciones como sus cualidades, el modelo de competencia perfecta se constituye en una invaluable herramienta para el análisis económico.” (Miller y Meiners, 1990)

En una industria en competencia perfecta una empresa no puede ejercer ninguna influencia sobre el precio del bien vendido, y por esta razón se dice que el precio se encuentra dado. Es fundamental para comprender de mejor forma cómo funciona el mercado de la salud y sus anomalías, analizar la relación entre la demanda de mercado y la demanda a la cual se enfrenta un competidor perfecto, por lo que una empresa determinada puede vender cualquier cantidad al precio que se determina en el mercado, y si ésta cobra un precio más alto no venderá ningún bien. Por esta razón, como se muestra en el gráfico a continuación la elasticidad precio de la demanda es igual a menos infinito.

### Gráfico 1. Mercado Perfectamente Competitivo



#### La relación entre la demanda de mercado y la demanda a la cual se enfrenta un competidor perfecto

En el panel (a) se puede observar la determinación del precio de equilibrio del mercado,  $P_e$ , por la intersección de las curvas de demanda y oferta del mercado. La empresa individual perfectamente competitiva percibirá el precio de equilibrio,  $P_e$ , como su curva de demanda. La empresa entonces actuará como si pudiera vender cualquier cantidad a ese precio y no venderá nada si cobra un precio más elevado. Su curva de demanda es horizontal, como puede observarse en el panel (b), de tal manera que la elasticidad-precio de la demanda es igual a  $-\infty$ .

**Fuente: Miller y Meiners (1990)**

En un mercado en competencia perfecta como señala Torres López (2002), si se cumplen todas las condiciones mencionadas anteriormente, llevará necesariamente a los siguientes efectos:

1. Existe un máximo grado de eficiencia en el sistema, por lo que los recursos se utilizan de la mejor forma posible.
2. El precio de mercado es único.
3. Todos los agentes económicos alcanzan el mayor grado posible de bienestar.
4. Existe un máximo bienestar social o la sociedad se encuentra frente a un óptimo de Pareto, en donde ningún agente económico puede mejorar su situación actual sin tener que perjudicar a otro.

En el siguiente punto, donde se explican las anomalías en el mercado de la salud, será posible apreciar que cada aspecto relacionado con un mercado perfectamente competitivo no se presenta en la vida real, y cada submercado presenta irregularidades que impiden que se alcancen óptimos de Pareto y una maximización de bienestar en la sociedad.

Es muy difícil encontrar algún mercado que se asemeje a uno en competencia perfecta, se podría mencionar el de las papas como uno bastante cercano, pero hasta este mercado tan particular presenta ciertas irregularidades o fallas de mercados, que varían dependiendo del país en donde se lleve a cabo el estudio. El mercado de la salud en relación con el de las papas tienen algo en común, y es que ambos se pueden identificar como un bien económico, pero destacando que la salud es un bien bastante especial dado las características extraordinarias que presenta, y lo determinante que es en la vida de las personas, ya sea tanto en lo individual como lo social.

### 4.3 Anomalías en el Mercado de la Salud

#### Bienes Públicos

Dentro de la clasificación de bienes, existe una categoría que divide a éstos en privados y públicos. Los primeros son los más comunes, como por ejemplo la carne o los autos, en ellos bajo las condiciones ideales, el funcionamiento del mercado perfectamente competitivo resulta eficiente. Los bienes públicos en cambio, benefician a toda la comunidad y no existen motivos para que alguien no pueda acceder a ellos, como lo serían el aire o las calles de una ciudad. Para diferenciar estos dos bienes se analizan dos características intrínsecas fundamentales, la rivalidad y la exclusividad. Así la rivalidad se define como la imposibilidad de acceder a un bien si otro individuo previamente ya lo hizo, y la exclusividad como el no tener libre acceso a ese bien (por ejemplo puede depender del poder adquisitivo que tenga el consumidor). (Lago y Moscoso, 2005)

Con estos antecedentes se puede afirmar a simple a vista que algunos de los servicios públicos tienen un alto grado de bien público, como el servicio de alcantarillado, la salud ambiental, las campañas de prevención, la investigación o la educación sanitaria. Sin embargo, los medicamentos, las consultas o las internaciones no cumplen las características necesarias para ser catalogados dentro de la categoría recién mencionada.

La importancia dada a este aspecto radica en el particular beneficio que aporta el consumo en salud. La vida de los individuos, el bienestar físico y mental (con todas las implicaciones en los demás ámbitos de la vida que esto contiene), dependen de la oportunidad de acceso al bien. Es por esto que las sociedades durante el siglo pasado han luchado incesantemente porque la salud se convierta en un bien público o con una alta concentración de éste, a través de acciones legales en favor de la no-exclusividad. No obstante, el problema de la intervención radica en que al volver un bien privado en público, se pasa de un producto o servicio pagado a uno de libre acceso o gratis, eliminando así uno de los fundamentos de la competencia perfecta. Esto genera uno de los principales problemas, que es el asunto de los *free-riders*. Éstos se definen como los individuos que no desean contribuir o pagar un mínimo de servicio, ya que al ser de libre acceso, paguen o no por el bien lo recibirán de todas formas. (Vassallo et al., 2003)

### Bienes Tutelares

Estos bienes son clasificados como tal, cuando el consumo agregado de ellos produce un bienestar generalizado, y no su consumo individual, es decir, que tienen una gran importancia para la sociedad. Como el concepto de qué es lo que se considera de importante involucra un juicio de valor y es relativo para las distintas personas, se dice que este fallo de mercado se encuentra dentro de los fallos normativos. A raíz de esto se puede inferir que se necesita de alguna entidad que decida cuáles bienes son importantes para la comunidad y cuáles no. El Estado es generalmente el agente encargado de dar respuesta a esta pregunta, por su función inherentemente social y reguladora. (Vassallo et al., 2003)

Adentrándose ahora en la relación que existe entre estos bienes y la salud, el eslabón parece ser bastante evidente, ya que como se estipuló anteriormente, la salud es la piedra angular de nuestra existencia y bienestar físico y mental. Existe por lo tanto consenso en la importancia del bien salud, que más allá de traer satisfacciones para necesidades creadas por la sociedad hacia el individuo, mantiene el buen funcionamiento del organismo biológico a través de la prevención y las soluciones médicas. Esto se puede ejemplificar a través de la pirámide de Maslow, en la que se aprecian los niveles de necesidades del ser humano, desde las fisiológicas en la base hasta la autorrealización. Como se observa en la figura 2, las necesidades fisiológicas representan la base de la pirámide, y a continuación sigue el nivel de seguridad, a la que la salud también apunta.

**Figura 2. Pirámide de Maslow**



**Fuente: <http://coachingaccion.wordpress.com/2009/04/20/todo-cambia-hay-que-adaptarse/>**

### Problemas de Asimetría de Información

Este problema aparece cuando los oferentes y demandantes se encuentran frente a distintos niveles de información, con la ventaja consecuente de uno sobre otro, por el hecho de encontrarse con mayor acceso de información para la toma de decisiones. La asimetría de información es quizás la falla de mercado más evidente dentro del análisis. Está presente en muchas formas, definidas en general por la relación particular entre los diferentes agentes que participan. El caso más ejemplificador se da en el vínculo médico-paciente. Este último llega a la consulta entregando información sobre sus síntomas (debido a la incertidumbre provocada por la falta de conocimientos), y el profesional a través de sus conocimientos especializados, obtiene más información de la que posee el cliente, llegando al extremo de tener el poder de decidir por éste acerca del producto otorgado (tratamiento, medicamentos, internación, etc.). En ese momento el médico tiene la decisión sobre el producto, su calidad y precio, por lo que decimos que se produce una demanda inducida por la oferta. En este caso en general, más que un problema de asimetría, se dice que existe un problema de agencia. Esto quiere decir que el agente (médico en este caso) decide y asesora al principal (paciente), provocando de esta forma que se produzca un conflicto de interés. El oferente toma las decisiones de acuerdo a la disponibilidad de camas, el tipo de seguro que se posea, etc., y no para darle el máximo de satisfacción al paciente que demanda el producto o servicio. Sumado a esto, el paciente no tiene la capacidad de poder decidir cual

diagnóstico es el mejor, porque sabe muy poco de medicina. Gracias a lo descrito, es que existen abusos dentro del sistema y conllevan a una relación imperfecta de agencia entre el médico y enfermo. (Genatti, 2008)

No obstante estas imperfecciones también se encuentran en otros casos, así derivado de lo recién expuesto, aparece el lazo entre la industria farmacéutica y el médico. Muchas veces se establece un contrato comercial entre estos dos actores, constituido de la siguiente manera: el médico prescribe medicamentos de determinado laboratorio en sus recetas, dejando de lado (en muchos casos) por lo tanto la posibilidad de adquirir la versión genérica. Luego la empresa farmacéutica recompensa al médico. Podría entenderse este hecho como una extensión del problema que surge con los pacientes, ya que en estas situaciones se prescriben medicamentos no con el afán de conseguir lo mejor para el enfermo, sino que para cumplir con el contrato que el profesional en salud mantiene con el laboratorio. A su vez, el médico carece de información económica y de fabricación del medicamento, creándose así otra asimetría de información y una asincronía, pero esta vez a favor del laboratorio. Y si a esto agregamos a un tercer pagador como seguridad social, que no consume ni elige el bien, queda en evidencia la alta imperfección existente en el mercado de salud. Lo anterior se puede resumir en la siguiente frase: “El que elige no consume; el que consume no elige ni paga y el que paga no elige ni consume” (Vassallo et al., 2003).

Existe otra variante que permite constatar imperfección en el mercado de salud y se relaciona con el trato de la información. Es posible distinguir tres tipos de anomalías llamadas, riesgo moral, selección adversa y señalización. El primero se refiere a que el principal no tiene conocimientos sobre lo que hace el agente, entonces es imposible verificar si es que está obrando de manera correcta o no y por lo tanto el valor por la labor realizada no puede ser cuantificado verazmente a través del precio. Si una fundación contrata a un hospital para que preste servicios a la comunidad por cualquier razón, la institución benéfica espera que se presten servicios de la máxima calidad con el menor costo posible, en otras palabras, que el hospital trabaje de forma eficiente. Pero como éste no tiene incentivos para serlo, ya que la fundación no tiene forma de control, se llega a una pérdida de eficiencia asumida por el principal (la fundación). Una forma de solucionar esto es trabajar a través de incentivos o competencias. (Martinez-Giralt, 2007)



La selección adversa surge porque el principal posee información privada relevante que lo lleva a tener cierta ventaja sobre el agente. Lo más claro se presenta en el mercado de los seguros. Un individuo siempre tiene más información sobre sí mismo que la empresa de seguros, entonces si se cobran primas de seguro por la media de la población se producirían pérdidas. Los con menos riesgo de enfermedad no contratarían el servicio porque la prima sería muy alta y los con más riesgo se aprovecharían del sistema. Como medida frente a esto, las aseguradoras cobrarían una prima más alta, excluyendo a los individuos de bajo riesgo y provocando una asignación ineficiente de recursos. La solución que se da a esta situación es generar distintas coberturas, calcular el nivel de riesgo del cliente y cobrar una prima justa. (Lago y Moscoso, 2005)

Es bueno destacar que la selección adversa no sólo se encuentra en el vínculo asegurado-aseguradora, sino que también entre hospitales y aseguradoras, y médicos y pacientes. Esta última está descrita al comienzo de esta sección y se refiere al control que pierde el cliente sobre su demanda al ser inducida por la oferta. En el caso de hospitales y aseguradoras sucede cuando el hospital, al tener mejor información sobre sus propios pacientes que el ministerio de salud o las compañías de seguros, oculta información a la hora de negociar los precios de reembolso. (Lago y Moscoso, 2005)

Finalmente, aparece la señalización como una variación a la selección adversa, ya que el problema de asimetría es el mismo, sin embargo, la parte que posee información privada quiere hacerla pública. Esto sucede cuando personas sanas quieren demostrar, a través de exámenes por ejemplo, que no presentan un riesgo alto para las aseguradoras y así puedan acceder a primas más bajas. Por el otro lado, aparecen personas que sí presentan riesgos pero tratan de ocultar su situación. (Martinez-Giralt, 2007)

### Externalidades

Se dice que existen externalidades cuando al haber un intercambio entre dos agentes aparecen efectos positivos o negativos sobre un actor ajeno a este intercambio. Cuando se producen efectos beneficiosos se habla de externalidades positivas, en caso contrario, de externalidades negativas. Generalmente al existir este tipo de efectos sobre los agentes económicos, el Estado aplica medidas para así aumentar o disminuir, según convenga, los

efectos positivos o negativos respectivamente, de las externalidades. Por ejemplo, si se desea disminuir el número de enfermedades respiratorias a causa del humo de tabaco, se aplica un impuesto sobre los cigarrillos, mitigando de esta manera el efecto negativo. Por el contrario, si se producen beneficios, el Estado otorgará subvenciones para incentivar a los productores a seguir en la misma actividad y tengan en cuenta el beneficio externo que aportan sus acciones. El caso más claro en la salud es el proceso de vacunación. Si algunos individuos se vacunan, entonces el riesgo de que las demás personas de la sociedad, al entrar en contacto con ellos, se enferme es menor, generándose entonces la externalidad positiva. En el fondo, el Gobierno está compelido a intervenir para controlar estas anomalías que se presentan en los mercados, porque si se piensa que los productores actúan bajo motivaciones económicas solamente, queda claro que no se preocupan por consecuencias adyacentes. (Genatti, 2008)

#### Insuficiencia de Racionalidad Individual

En general, la casi totalidad de los modelos económicos suponen que los individuos son racionales a la hora de tomar decisiones respecto de ellos mismo y los demás, y casi siempre es así. Sin embargo, cuando una persona se enfrenta a decisiones que pueden poner en riesgo su salud y por lo tanto su vida, pierden esa capacidad de ver las cosas desde un punto de vista neutral y racional, porque existe una carga emocional enorme de por medio. (Vassallo et al., 2003)

Tal como se mostró en la figura 2, la base de la pirámide y por lo tanto las decisiones que más importan van asociadas a las necesidades fisiológicas básicas y a la seguridad, que son en el fondo las que los sistemas de salud pretenden mantener, y proteger. Si se suma esta carga emocional a la incertidumbre provocada por la falta de información, aumentan en gran medida las probabilidades de tomar decisiones erróneas o que sean perjudiciales para uno mismo o los demás.

## Monopolios

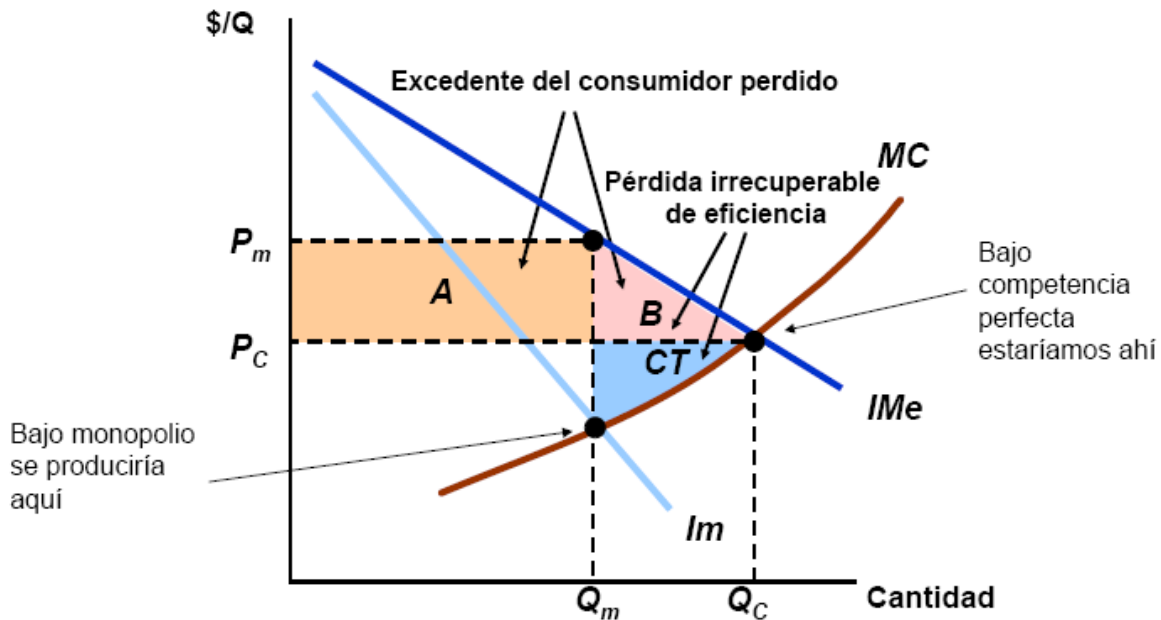
Se habla de monopolio cuando existe solo un productor de un determinado bien o servicio y de oligopolio cuando son pocos. Los monopolios no son buenos para el bienestar social, ya que no existe competencia, y por ello se llega a perder eficiencia en el mercado. En primer lugar los precios son más altos que en competencia perfecta y la producción es menor. Esto lleva inevitablemente a una pérdida de eficiencia en el mercado que se ve reflejado en su mayoría por una pérdida en el excedente del consumidor. En el gráfico 2 se puede apreciar lo señalado, en el fondo la empresa aprovecha su poder monopólico y le quita beneficios a los consumidores.

El mercado de los servicios de salud tiende a ser caracterizado como oligopólico, y en algunos casos hasta monopólico. Las barreras de entrada son muy grandes por lo que no cualquier asociación puede entrar de un día para otro al mercado, manteniéndose así la baja concentración de oferentes. Por otra parte, en los lugares apartados geográficamente, o con concentración demográfica muy baja, es muy fácil encontrar monopolios que se dan naturalmente por las características zonales, y que son la mejor alternativa viable para los que prestan el servicio. (Martinez-Giralt, 2007)

En el fondo, a pesar de ir en contra de las leyes para que un mercado funcione de manera eficiente, es la mejor alternativa, porque no se justifican más productores. Por último, importa destacar que la demanda del bien salud es muy inelástica, ya que es imprescindible para la supervivencia, de modo tal que las variaciones en el precio no cambian prácticamente la cantidad demandada. En algunos casos incluso puede llegar a ser perfectamente inelástica, por ejemplo, cuando la vida está en juego.

Dentro de los submercados de la salud también existen monopolios. Las empresas farmacéuticas es uno de ellos y se produce un monopolio para un determinado medicamento al momento de crearse éste. En la mayoría de los casos se otorgan patentes a ciertos laboratorios, para que de alguna forma paguen los costos de investigación y desarrollo y como estas patentes duran por un largo período, el inventor de ese medicamento tendrá el monopolio por muchos años. (Martinez-Giralt, 2007)

Gráfico 2. Monopolio



Fuente: Guillermo Yáñez, Universidad Diego Portales, 2006

### Equidad

El concepto de equidad forma parte de la segunda y última falla de mercado normativa. Es una de las fallas más importantes, analiza lo que recibe cada persona y si ello corresponde a un concepto de justicia. Como se vio anteriormente, el bien salud es indispensable para la sociedad, por lo tanto cada persona debiera tener acceso a él. La economía neoclásica sostiene que si el mercado opera bajo las leyes de la competencia perfecta y “la mano invisible” resuelve la asignación de recursos, finalmente el acceso a los bienes en el mercado dependería del ingreso de los individuos. Como la dotación de recursos es desigual, el gobierno debe intervenir a fin de solucionar situaciones deficitarias, ocupándose de la equidad y tratando a la vez de mantener la mayor eficiencia posible.

Respecto al problema de acceso a los bienes, existen varios mecanismos posibles, pero la alternativa dominante es el nivel de ingreso. El objetivo final es que las personas accedan al bien o servicio de acuerdo a su necesidad y no a su nivel de ingreso. Esto se tiene que dar en conjunto con la equidad en el financiamiento, que explica cómo el financiamiento del bien tiene que ir de acuerdo al nivel de renta y no de la gravedad de la enfermedad. (Vassallo et al., 2003)

Por otra parte, se presenta el tema de la existencia de mercados incompletos (Vassallo et al., 2003), es decir, la cantidad ofertada no es suficiente para la cantidad demandada. Esto se ve comúnmente en hospitales públicos que colapsan generalmente cuando hay brotes de alguna enfermedad contagiosa.

La tercera barrera de acceso se relaciona con la cultura, la religión y las creencias. Existen religiones por ejemplo que prohíben el uso de anticonceptivos, y otras que castigan variadas prácticas y productos médicos. Esto en todo caso no provoca una pérdida del bienestar común, ya que su limitación es por voluntad propia de los consumidores.

No obstante, la equidad trae un efecto secundario no deseado, los *free-riders* señalados anteriormente. Con esto, se quiere destacar el hecho que al tener un servicio que sea gratis para todos, ello traerá consigo una ola de oportunistas y de consumismo desmedido.

#### **4.4 Regulación**

El Estado cumple un rol fundamental en la economía de la salud que se expresa por la capacidad de intervenir, con el propósito de mejorar el bienestar social, afectando favorablemente la calidad de vida de las personas. El Gobierno interviene actuando como productor, consumidor y regulador de las actividades de las familias y las empresas. Sus funciones son acompañadas generalmente por compañías de seguros, que pueden ser públicas o privadas, quienes se encargan de financiar el sistema de salud.

La regulación del Estado afecta tanto a la oferta como la demanda de este mercado tan peculiar, entendiendo por oferta el servicio de hospitales, médicos, empresas aseguradoras, y los distintos precios que conllevan las atenciones médicas. En cuanto a la demanda, ésta se ve influenciada por los beneficios que se les otorgan a las personas como subsidios a los costos sanitarios, desgravaciones fiscales, o también el caso en que la salud sea libre para todos, en donde el Gobierno incurre en el cien por ciento de los gastos. La estructura en el mercado de la salud incluye por lo tanto, las Familias, las Empresas, las Compañías de Seguro y el Estado, que actúa como ente regulador dependiendo el tipo de política económica sobre los distintos agentes.

Se pueden distinguir tres modelos en los sistemas sanitarios, estos son: a) Modelo del Reembolso b) Modelo de Contrato y c) Modelo Integrado.

a) Modelo del Reembolso

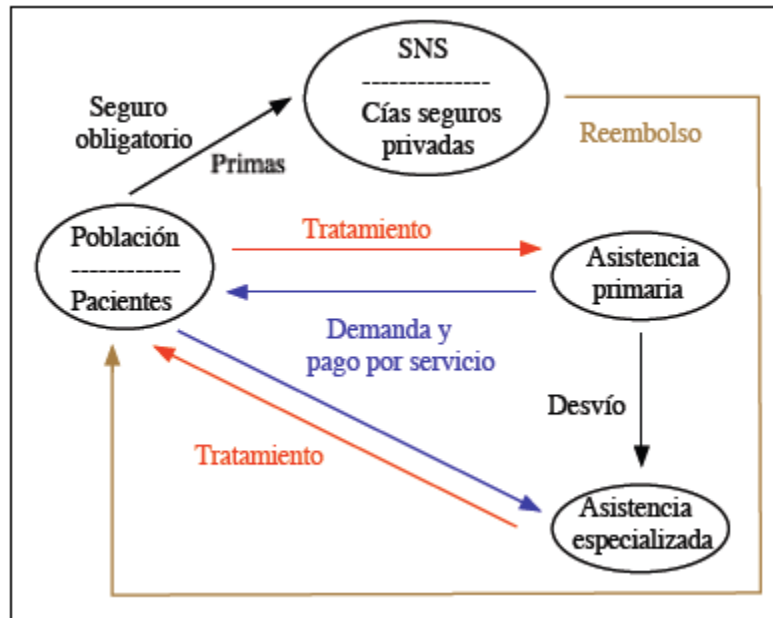
Dependiendo quién financie las atenciones médicas se pueden diferenciar en este modelo una variante pública y otra privada. En el primer caso, existe un seguro obligatorio en el que las personas se ven obligadas a cotizar un monto determinado de su ingreso, y la variante privada se caracteriza por el pago de primas para hacer frente a los distintos servicios del mercado de la salud. Lo fundamental de este modelo es la separación que existe entre los financiadores y los proveedores, las personas pagan por los actos médicos, y posteriormente se efectúa un reembolso que puede ser tanto parcial como total.

En el sector público existe un Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que puede ser netamente público o de compañías privadas o mutuas, por lo cual no hay competencia entre financiadores, haciendo desaparecer la selección adversa de riesgos.

En el otro extremo, se encuentra el sector privado, en donde los pacientes deciden a que proveedor o centro médico pagan directamente por sus servicios, y posteriormente se lleva a cabo un reembolso que puede ser parcial como total. La diferencia comparando las dos variantes radica en que en el sector privado la libertad de las personas de elegir entre las distintas compañías de seguro, genera una fuerte competencia entre las mismas compañías y los proveedores de los servicios de salud. Se hacen presente, por lo tanto, la selección adversa de riesgos y los costos asociados al cambio de compañía de seguros, y además existe un incentivo por parte de las empresas aseguradoras a inducir la demanda, que determinan uno de los tantos fallos que presenta el mercado de la salud.

En la siguiente figura se pueden apreciar los flujos de dinero y servicios para el modelo del reembolso.

**Figura 3. Modelo del Reembolso**



**Fuente: Martínez-Giralt (2003)**

b) Modelo de Contrato

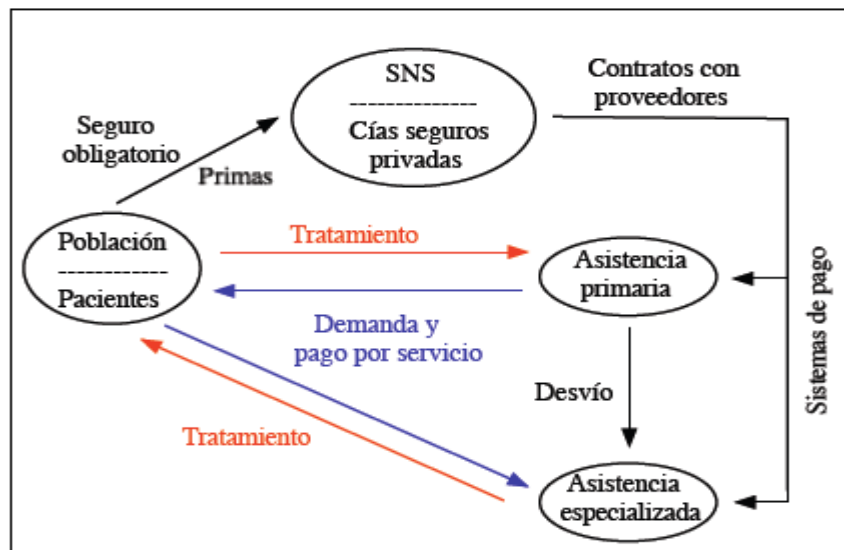
En este modelo hay una relación entre los financiadores y los proveedores, los cuales por medio de contratos establecen una serie de vínculos.

La versión privada se caracteriza debido a que las personas que se encuentran en una determinada compañía de seguros tienen que escoger dentro de una lista de proveedores con los cuales la aseguradora ha establecido contratos.

En cambio, por el lado de la versión pública, los servicios médicos son financiados mediante impuestos y son para todo aquel que desee hacer uso de ellos, razón por la cual se denominan sistemas de seguridad social universal y gratuita. Se aprecia una equidad, en relación a que todos tienen accesos a los servicios, y los mismos habitantes del país determinado son quienes deciden dentro de una amplia gama de proveedores a cual escoger. El Estado o las mismas compañías de seguros contratadas por él, son quienes retribuyen a los proveedores a través de negociaciones para llegar a acuerdos, presentándose como único problema la calidad de los servicios o la eficiencia de este mercado.

Podemos observar en la figura 4, a diferencia de la anterior, que existe una relación o contrato con proveedores por parte de las compañías de seguro o los mismos entes del Gobierno en algunos casos.

**Figura 4. Modelo de Contrato**



**Fuente: Martínez-Giralt (2003)**

c) Modelo Integrado

Como su nombre lo indica, este modelo distingue una integración entre los proveedores y financiadores de ambos niveles, por lo tanto, las empresas aseguradoras contratan a los médicos y también son ellos los dueños de los hospitales, asumiendo de esta forma todo el riesgo que implica el sistema de salud.

Al igual que en los modelos anteriores, se pueden diferenciar tanto una versión pública como privada. En el ámbito del sector privado las personas pagan un monto de dinero o prima, la cual les da el derecho al uso de los servicios de los proveedores quienes son propiedad de las compañías de seguros.

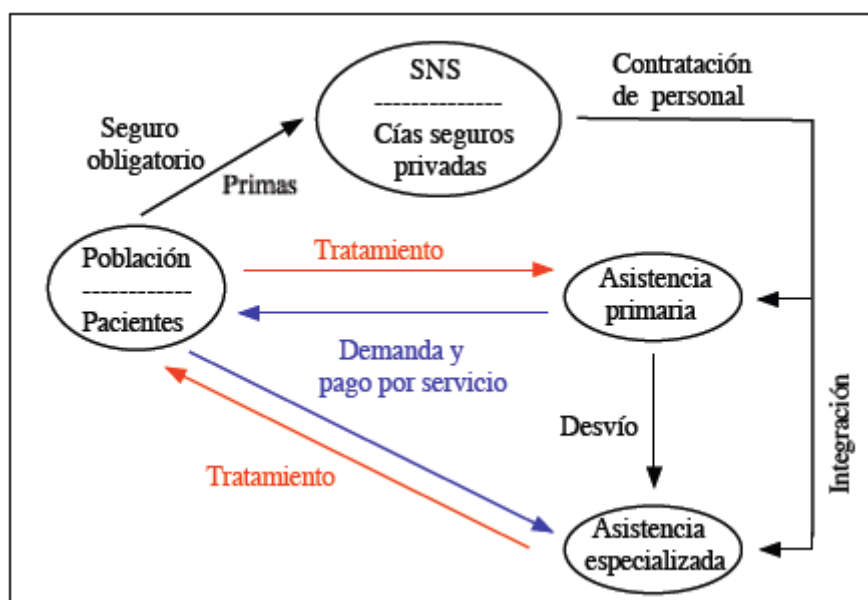
Pero se puede presentar un problema relacionado netamente con la equidad, en relación a que las personas de bajos recursos puedan tener acceso a una salud de calidad, y no se le presenten barreras dadas por su nivel de ingreso. Como señala Artells (1994):



“La competencia entre compañías de seguros y las mutuas permite compensar cierta propensión a la restricción de la utilización asociada a la salarización y los presupuestos cerrados con que se retribuyen a los proveedores. Sin embargo, la limitación del acceso a la cobertura por razones de capacidad de pago de los usuarios restringe seriamente los efectos sobre la equidad y solidaridad.”

A continuación se presenta un gráfico del modelo, que a diferencia del anterior muestra la integración de la asistencia primaria y especializada con las compañías de seguro.

**Figura 5. Modelo Integrado**



**Fuente: Martínez-Giralt (2003)**

En la versión pública del modelo de integración el Estado es el encargado de cumplir la función de empresa aseguradora y además de ser el proveedor de los servicios de salud, lo que garantiza una cobertura universal, pero originando pérdida de eficiencia en relación a la productividad generada por la libre competencia, y los bajos incentivos que reciben los médicos asalariados.

Una vez analizado cada uno de los modelos se puede llegar a ciertas conclusiones acerca de las versiones públicas como privadas en el mercado de la salud. Con respecto a la

versión pública, se puede destacar la equidad y solidaridad que garantizan el acceso universal al sistema, pero dan como resultado una ineficiencia si no se aplican medidas de control sobre el gasto público, tanto por la oferta como la demanda de salud.

Por el lado de la demanda es posible referirse a tres medidas o métodos de control, las cuales se definen de la siguiente forma:

- Franquicias o Coseguros: es el pago por parte del consumidor de una proporción fija de la factura en los servicios de salud.
- El pago compartido: el consumidor asume una cantidad fija, la cual es independiente del monto de la factura.
- Deducible: consiste en el pago anticipado de la factura por el consumidor y posteriormente se reembolsa una parte, que puede ser tanto fija como proporcional.

(Martinez-Giralt, 2003)

Para desarrollar un control en la oferta es necesario confeccionar presupuestos globalizados prospectivos tanto para proveedores y hospitales de primer nivel, y además incorporando incentivos en vías de mejorar la eficiencia y productividad vía descentralización, fomentando de esta forma la competencia entre proveedores. Estos métodos son generalmente utilizados en los modelos privados de contrato pero poco a poco se han ido expandiendo a las versiones públicas que se han mencionado en los modelos anteriores.

La importancia de entender el rol de un proveedor y financiador de las distintas versiones radica en que de estas formas es como el Estado regula las actividades del mercado sanitario, y por la naturaleza de este sector es posible destacarlo como uno de los sectores más regulados en todo el mundo, por lo cual su función se centra en los conceptos de eficiencia, eficacia, efectividad y por último la equidad, que representa y selecciona asignaciones compatibles con la justicia social, razón por la cual el Estado debe estar en concordancia con los valores de la sociedad. A continuación se definen cada uno de los conceptos en términos del mercado sanitario:

- **Eficiencia:** En donde no es posible mejorar el estado de salud de una persona, sin tener que recurrir a empeorar la de otra, por ejemplo, en el caso de operaciones dejar de intervenir a una, por tener que operar a otra.
- **Eficacia:** Es el grado o la magnitud en la que una intervención (tratamiento, procedimiento o servicio) mejora los resultados para los pacientes en condiciones ideales (típicamente un clínico controlado aleatorizado). ([http://www.guiasalud.es/apoyo\\_Glos.htm#](http://www.guiasalud.es/apoyo_Glos.htm#))
- **Efectividad:** Se refiere a la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología (sanitaria) a la resolución de un problema de salud determinado, bajo condiciones reales de intervención. (Martinez-Giralt, 2003)

Es importante hacer una diferencia o separación entre estos dos últimos conceptos, dado que un tratamiento puede ser eficaz, pero deja de ser efectivo si el paciente no sigue paso a paso las indicaciones del médico, por ejemplo, si se le olvida tomar un día un antibiótico. Por lo cual, estadísticamente un medicamento es eficaz, pero dependiendo su uso puede o no ser efectivo.

Los tres conceptos dependen fundamentalmente del último, la equidad. Esto se debe a que las personas de bajos ingresos en un sistema donde la salud fuese completamente privada, no tendrían acceso a atenciones médicas, ni tampoco a los distintos tratamientos correspondientes a cada enfermedad. Pero el dilema surge en cómo distribuir los recursos en las asignaciones factibles, y es ahí donde el Estado debe regular e intervenir tomando las medidas correspondientes, que se explicará a continuación de analizar en detalle la equidad.

- **Equidad:** Se define como el deseo de ser justo en la distribución del cuidado de la salud en la población. Existen dos dimensiones de equidad. La equidad horizontal se refiere a proveer igual acceso a intervenciones de salud para aquellos que tienen las mismas necesidades o problemas de salud. Mientras que la equidad vertical enfatiza que las personas con distintas necesidades de salud deberían ser tratadas de forma distintas. En esta última dimensión de equidad se genera una discriminación a favor

de aquellos grupos de la población que tienen mayores necesidades de salud. (Castillo, 2009)

Las enfermedades se pueden considerar como algo aleatorio en condiciones normales, debido a que uno no sabe con exactitud cuándo se va a enfermar. En conjunto con las variaciones de ingresos que presentan las familias, es posible afirmar que la actividad de estas se encuentra sujeta a condiciones de incertidumbre y riesgo. (Martinez-Giralt, 2003)

Debido a lo anterior, las familias toman precauciones frente a las fluctuaciones de la renta, de acuerdo a Keynes, las personas destinan aproximadamente un 75% de su ingreso a gastos de consumo en promedio, y el otro 25% lo ahorran. Por lo tanto, el consumo en salud se ve afectado de la misma manera que todos los bienes de consumo presentes en el mercado, es decir, su consumo depende proporcionalmente del ingreso que presentan los individuos.

Estas precauciones se reflejan en la contratación de seguros, los cuales se pueden definir como la transferencia de responsabilidad financiera frente a determinados sucesos en el ámbito de la salud, haciéndose cargo la aseguradora de los posibles gastos de acuerdo a las estipulaciones de los contratos, fijando además una prima o cuota para los consumidores.

El Estado es quien provee de forma pública los seguros de enfermedad, a través de una red pública de servicios de asistencia primaria y hospitalaria. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es quien se encarga de la provisión, financiación y aseguramiento público. Como señala Vasallo (2003) la provisión hace referencia a la titularidad pública de los centros de servicios sanitarios. 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. Y por último la regulación, que se refleja en la influencia del Estado en el accionar tanto en el sector público como privado. (Martinez-Giralt, 2003)

En relación a la eficiencia, las personas solo tienen una opción a elegir, en comparación con un gran número de proveedores, en donde uno es quién decide a cual centro médico se dirige. En cuanto a equidad, el Sistema Nacional de Seguridad otorga servicios de salud para toda la población, que abarca todos los tratamientos disponibles, por

lo que se habla de una solidaridad alta en los países en donde la salud es completamente pública.

En contraste, se encuentran las compañías de seguros privadas, las cuales mediante contratos se estipula la prima, y los distintos niveles de cobertura que benefician a sus usuarios en caso de atenciones médicas u operaciones. En general, en los países donde no existe SNS, es el Estado quien obliga a las compañías aseguradoras a otorgar a sus usuarios un plan básico, con primas y coberturas que están reguladas.

Se considera una eficiencia relativamente alta, dado que los consumidores tienen una amplia gama de aseguradoras a elegir, y las compañías de seguros se ven incentivadas para controlar sus costos. Pero en el ámbito privado, se generan diversos fallos de mercado explicados anteriormente, como lo son la selección adversa principalmente, es decir, las empresas de seguros discriminan entre los riesgos que clasifican como buenos o malos.

En consecuencia, se puede clasificar la equidad con la eficiencia como inversamente proporcionales en el ámbito de la salud. Al aumentar la equidad para otorgar servicios de salud universales, disminuye la eficiencia, y pasa lo contrario al incrementar la competencia entre proveedores, en donde un porcentaje de la población no obtendría atención.

#### **4.4.1 Rol del Estado**

La salud como se ha visto es un factor fundamental en relación con las posibilidades de desarrollo y bienestar, por lo tanto, como señala Sanabria (2003): “El Estado como agente en la sociedad y en la economía, siempre ha tenido presente la salud dentro de sus objetivos más importantes; y el entendimiento de la salud, como un bien, ha definido distintas actuaciones de los actores de la sociedad”.

La función del Gobierno en el mercado en aspectos tales como las fijaciones de salarios mínimos, fijación de precios de servicios públicos, recaudación de impuestos, reparto de subvenciones, campañas de vacunación. En consecuencia, según Martínez-Giralt (2003) es posible referirse a tres componentes del sector público, que se identifican como: El Estado de Bienestar, Provisión de Servicios Públicos y el Sector Público Industrial.

El Sistema Nacional de Salud se encuentra dentro del Estado de Bienestar, que garantiza la atención en salud para toda la población, el aseguramiento obligatorio de enfermedades y el sistema público de pensiones.

A continuación, se presentan las características que lo diferencian plenamente del sector privado:

- El objetivo de su actividad principal no es maximizar sus beneficios en términos monetarios.
- En general, el nivel de profesionalización de las organizaciones públicas es escaso, y al ser cargos de confianza, no se garantiza que las personas con mayores competencias estén en la cima de la escala jerárquica.
- El Gobierno es el único agente que puede imponer obligaciones a la ciudadanía, como lo son los impuestos, sanidad, educación, entre otros. Y es el único agente que se puede auto imponer mecanismos de auto control, siendo a nivel político a través del Parlamento, y económico a través de la intervención del Estado.

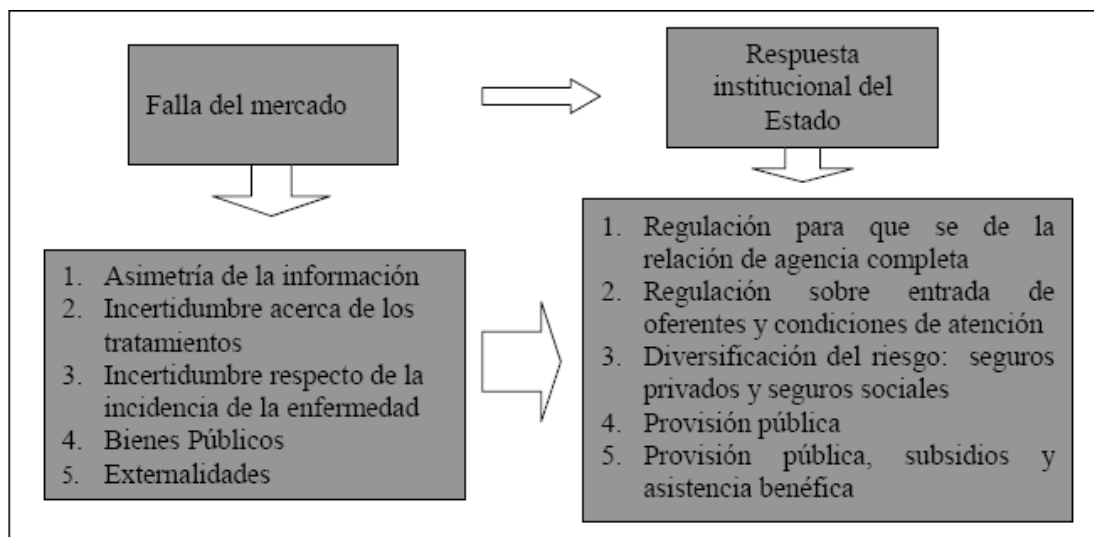
La regulación o intervención por parte del Gobierno se ve prácticamente en todos los países del mundo, lo cual se origina en que un mercado perfectamente competitivo, a pesar que haya una asignación eficiente de recursos, no quiere decir que esté exento de las mencionadas fallas de mercado, monopolios, comportamientos abusivos, ocasionando protestas y disgusto dentro de los habitantes de un país, generado por un bienestar menor en comparación al que se obtiene con la intervención del Gobierno. En cuanto a lo anterior se puede destacar un interesante extracto de Vassallo (2003): “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”

Martínez-Giralt (2007) menciona cinco motivos por los cuales el Estado regula las actividades sanitarias, en consecuencia de los fallos de mercados y falencias que presenta este sector:

1. El mercado de la salud es demasiado complejo para los pacientes, de manera que los proveedores pueden fácilmente abusar de ellos.
2. La salud es un bien fundamental para que los gobiernos dejen al mercado operar libremente.
3. El mercado de la salud genera externalidades.
4. El acceso de la población a los servicios de salud debe ser universal.
5. La asimetría de información entre médico y paciente origina problemas de riesgo moral y selección adversa que distorsionan la asignación de recursos.

En la siguiente figura se relacionan las fallas de mercado con las distintas respuesta institucional del Gobierno dependiendo el caso. La acción del Estado va estar determinada por la utilización de diversos instrumentos dependiendo de cuál sea la mejor forma para garantizar un nivel mínimo de bienestar.

**Tabla 1. Respuesta Institucional del Estado**



**Fuente: Sanabria (2003)**

En regulación se identifican cuatro elementos que se pueden utilizar para implementar los planes de gobierno, estos pueden ser monetarios, de cantidad, calidad y por último otros instrumentos aplicables.

El Estado interviene en términos monetarios a través de retribuciones al personal, y estableciendo condiciones de reembolso entre los aseguradores tanto público como privados, y los hospitales. Hay dos mecanismos mediante este método, uno retrospectivo y otro prospectivo. El primero se lleva a cabo un pago ex-post, por lo que no incentiva a disminuir los costos que se incurren, razón por la cual no se usa actualmente, y el segundo limita el gasto debido a que se genera un presupuesto ex-antes.

La cantidad se regula mediante instrumentos indirectos, evitando de esta forma el exceso de oferta, en donde los proveedores tienen que solicitar si es que quieren aumentar el presupuesto y justificarlo.

El tercer instrumento son las barreras de entrada para garantizar la calidad en los servicios, es decir, médicos, enfermeras y farmacéuticos calificados, optimizando de esta forma la atención de los pacientes. Controles adecuados para realizar los controles de procedimiento de admisiones, y en conjunto con esto el tiempo requerido que los pacientes deben estar en un centro asistencial.

Por último, el Estado interviene a través de regulaciones de las compañías de seguros, otorgando beneficios fiscales por la contratación de seguros de enfermedad. Cumplen vital importancia las diversas campañas publicitarias con el fin de educar a la sociedad en ámbitos de las consecuencias del cigarro, alcohol, drogas, prevención de accidentes laborales, vacunas, que sin duda traen consecuencias en el sector sanitario en términos de su capacidad. Finalmente, el Gobierno cumple un papel fundamental al destinar recursos en estudios sobre las principales enfermedades del Siglo XXI como lo son el cáncer y el SIDA, que constituyen una de las principales causa de muerte en el último tiempo.

#### **4.4.2 Regulación en Chile**

El sistema de Salud en Chile presenta características que son únicas entre todos los países del mundo entero. Existe una ley que obliga a los trabajadores, ya sean activos o



pasivos, a cotizar un 7% de su ingreso para adscribirse junto a sus dependientes a un sistema de seguros de salud. Estos se encuentran dentro del sector público, que se organizan a través de una modalidad solidaria de seguridad social, o también los individuos pueden estar afiliados a sistemas privados, los cuales ofrecen seguros con una lógica individual. En el sistema público no existe mayor atención a la demanda, como consecuencia de una oferta de prestadores que responde a un modelo burocrático que está financiado de forma centralizada. Y al igual que en los modelos anteriores, en el ámbito privado existe una amplia variedad de prestadores privados, utilizando un sistema de reembolso por prestaciones otorgadas. (Larrañaga, 1997)

Se habla de una salud de tipo dual en Chile, ya que se encuentra tanto en el sector público como privado, y las falencias que se presentan en el sistema son las mismas analizadas teóricamente, destacando en este sentido la equidad, la cual ha estado presente permanentemente en los debates políticos y sociales. Oyarzo y Vergara (2007) destacan los diversos problemas que afectan a los usuarios que se encuentran afiliados a las ISAPRES o FONASA. Las primeras generan un alto grado de insatisfacción que se presenta cuando el afiliado se enferma, debido a su estructura funcional de corto plazo que está orientado a enfermedades frecuentes, razón por la cual han sido ampliamente criticadas en el último tiempo. “El sistema privado está afecto a los problemas usuales de los seguros individuales como lo son la selección de riesgo, cobertura de corto plazo, elevados gastos de administración y ventas, falta de transparencia de planes y beneficios”. (Larrañaga, 1997)

Del otro lado, se encuentra FONASA, caracterizado por tener un esquema a largo plazo y solidario, el cual en general en Chile ha sido bastante bien aceptado según las últimas encuestas realizadas a los ciudadanos.

Los principales problemas del sector público nacional radican fundamentalmente en las listas de esperas, y el notable racionamiento de oferta que se ve presente generalmente al solicitar tratamiento en especialidades de la medicina. Además, no se puede dejar de lado la baja productividad del sistema como una eventual causa de la restricción de la oferta mayor que la necesaria. (Oyarzo y Vergara, 2007)

### Estructura del Sistema de Salud en Chile

El Ministerio de Salud es el encargado de diseñar las políticas y programas, y coordinar las distintas entidades relacionadas con el área. Por lo cual, el sector está compuesto por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y al sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto.

FONASA representa al subsector público en su aspecto financiero como se ha mencionado y por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en relación a la prestación de servicios. El subsector privado lo representan principalmente las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero y previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

(<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>)

Son precisamente los demandantes quienes eligen a que sistema acceder, pero existe la limitante de ingreso que redistribuye a las personas con buena situación económica y los que no presentan grandes niveles de ingreso por familia mensualmente. Además, aquellas personas que no disponen de ingresos que se conocen con el nombre de indigentes, son clasificados como beneficiarios no cotizantes de FONASA.

Las personas afiliadas a FONASA tienen derecho al acceso a dos tipos de oferentes de salud, de forma que pueden ser atendidos en consultorios de atención primaria de las municipalidades, y si se requiere atenciones de mayor complejidad, es necesario que recurran a establecimientos hospitalarios del sistema público. La segunda opción consiste en la libre elección, la cual existe solo para los beneficiarios cotizantes de FONASA, y los pacientes pueden ser atendidos en aquellos centros u oferentes privados que estén asociados con FONASA.

Los adscritos a FONASA tienen derecho a atención y medicamentos gratuitos en los consultorios de atención primaria del sistema público. Por el contrario, en los centros hospitalarios para hacer uso de estos se requiere un copago que fluctúa según el nivel de ingreso del usuario, que se encuentra en 0% y 50% del arancel establecido para la prestación. Por lo tanto, el acceso a la modalidad de libre elección está sujeto a una

estructura de copagos, que se encuentra en función del tipo de prestación y no del ingreso. (Larrañaga, 1997)

En cuanto a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) tienen como objetivo otorgar prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de estas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros. La afiliación es voluntaria, y se pactan cuotas de acuerdo a los planes y coberturas que los clientes deseen adquirir para las diversas instituciones.

(<http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>)

“La obligación de cotizar el citado 7% de los ingresos confiere un rasgo particular al sistema de ISAPRE chileno. En efecto, de acuerdo al monto de la cotización, así como al riesgo médico de los asegurados, la ISAPRE ofrece un plan de salud que relaciona el gasto esperado con los pagos efectuados. En términos económicos, la cantidad del servicio es la variable endógena en la transacción, la cual se ajusta a un precio que es determinado en forma exógena. Una excepción a esta práctica está dada por la posibilidad de adquirir planes de seguro adicional a cambio de una cotización superior al 7% del ingreso, y en general los porcentajes de reembolso y los techos crecen con la prima pagada por el plan de salud” (Larrañaga, 1997)

Vasallo (2003) se refiere a través de una visión meramente globalizada sobre el sector sanitario de la siguiente forma: “La salud es vista en América Latina como un bien privado, y le toca a cada individuo procurarse los medios para obtener una cobertura de salud o un acceso directo a los servicios sanitarios”

Lo cual no es del todo cierto, pero si es posible destacar que las ISAPRES han aumentado su cobertura desde su creación en el año 1981, y específicamente en el año 1986 la economía chilena tuvo una fuerte expansión lo que originó que se eleve el ingreso de la población y amplió de esta forma la base de usuarios cuyo nivel de cotización le permitía adquirir en el sector privado algún plan que consideraban conveniente. (Larrañaga, 1997)

Los años posteriores se produjo un considerable aumento en el gasto privado, que dan a entender una cierta tendencia a favor del Sector Privado sobre el Sector Público:

“El gasto per cápita en prestaciones médicas corresponde al gasto promedio por beneficiario, esto es, el total del gasto para cada sector (público y privado) dividido por el total de beneficiarios vigente para cada año. En el periodo 1995 a 2006, el gasto per cápita en ambos sectores crece, no obstante, el privado crece a tasas superiores, acumulando un alza superior al 100% real. El aumento en el gasto per cápita privado lo explica el crecimiento en los precios de cada prestación y el número de prestaciones utilizadas por cada beneficiario”

(<http://www.isapre.cl/subidos/documentos/Evolucion%20Gasto%20en%20Salud%20en%200%20Chile%20Resumen.pdf>)

Según la evidencia empírica es posible revelar que las preferencias de los usuarios por el sistema privado está por sobre la alternativa del sector público. Pero como dice Larrañaga (1997), la mejor evaluación relativa que efectúan los beneficiarios del sistema privado no es sinónimo de aprobación absoluta del mismo.

### Sistema Dual

En Chile, las principales falencias del sector privado se relacionan directamente con la organización del seguro, y por el lado del sector público se asocian a la esfera de producción de los servicios de salud. “De tal forma, que el sistema de salud dual de Chile, parece haber sumado los problemas de eficiencia que típicamente afectan a los sectores públicos y privado, antes que haber realizado una consolidación más satisfactoria de los mismos”

Sobre las ISAPRES es posible referirse a una lógica que funciona sobre bases individuales y privadas en la selección de asegurados según ingresos y riesgo médico. Por el otro lado, FONASA se asocia con un mecanismo de selección adversa, debido que las personas de alto ingreso y bajo riesgo médico tienen el incentivo a emigrar hacia el sistema privado. En consecuencia, ambos esquemas funcionales dan origen a la estructura dual que concentra a las personas de altos ingresos y bajo riesgo en el sistema de ISAPRE, y los individuos de bajo ingreso y alto riesgo en el sistema FONASA, caracterizada por actuar como seguro de última instancia que hace posible al fin y al cabo el sistema dual de seguros de salud en Chile. (Larrañaga, 1997)

Debido a lo anteriormente mencionado, reconocidos autores, entre los que destacan Vassallo (2003), se refieren al gran problema de América Latina que es característico de cada uno de los países presentes:

“Las ganancias en salud no se han dado en las Américas en las sociedades más adineradas, sino en las que distribuyen en forma más equitativa sus ingresos, independiente del monto de estos”

Tanto en Chile, como en el resto de los países, es muy difícil determinar cuál es la mezcla más adecuada, en cuanto a la intervención del Estado. Los problemas fundamentalmente son de equidad y eficiencia, destacando que no hay ningún país en el mundo que haya logrado la combinación óptima de factores, y la exacta regulación del Gobierno. Para lo cual, en el punto a continuación se realiza un análisis de eficiencia tanto de los mercados de seguros, como la producción de salud chilena.

### Sistema Privado

La eficiencia en el sector privado en Chile se asocia a las características de los seguros que se ofrecen, por ley está estipulado destinar un 7% del ingreso para comprar un seguro de salud para adquirir uno de los tantos planes que existen en el sistema que ofrecen cobertura a corto plazo, los que son claramente de difícil evaluación por parte de los usuarios, y el plazo de cobertura no necesariamente coincide con aquellas que determinaría un esquema de afiliación voluntaria, y los gastos de administración y ventas son generalmente elevados. En Chile, las ISAPRES se asocian a ganancias en eficiencia debido a los siguientes aspectos:

- Libertad de elección
- Variedad de productos
- Flexibilidad
- Disciplina Económica

La cotización obligatoria es del 7% para los seguros individuales característico del sistema en Chile, el cual actúa como un impuesto específico, y la esencia de las ISAPRES es la vinculación que existe entre la prima del seguro y los beneficios esperados en cuanto a las prestaciones de salud. Esta cotización del 7% según Larrañaga (1997) es ineficiente porque no tan sólo restringe la elección de un conjunto de la población, sino porque provoca externalidades negativas sobre el resto de la población. Las personas con un elevado gasto en la razón cotización/gasto esperado en prestaciones de salud, causa que las ISAPRES compitan sobre la base de los beneficios, que son en esencia: tecnología médica sofisticada, hotelería de lujo y otro. Lo anterior, origina un efecto de equilibrio sobre los precios de las prestaciones para los distintos segmentos de usuarios. En consecuencia, se genera un deterioro de la calidad o un incremento en el precio, de aquellos productos destinados a otros segmentos del mercado, como por ejemplo, la salud para la tercera edad.

Los usuarios son libres de elegir y cambiarse de ISAPRE cuando ellos deseen, lo que trae como consecuencia un seguro de carácter transitorio, que provee coberturas acotadas en el tiempo, atentando de esta forma contra la toma de decisiones de larga duración entre la ISAPRE y el afiliado.

Son tres las principales ineficiencias que derivan de las ISAPRE:

1. Sub-provisión de actividades de fomento y previsión de salud
2. Elevados gastos de administración
3. Costos Elevados

1. Las ISAPRE no promueven la salud preventiva, como consecuencia que los afiliados se pueden cambiar de ISAPRE cuando ellos quieran, es decir, un aumento derivado de la inversión de la salud preventiva genera un menor gasto de salud curativa. Hay ineficiencias claramente, porque la sociedad tanto como los beneficiarios de las ISAPRE terminan gastando más en salud que en caso de haber efectuado las labores de prevención necesarias.

2. La desprotección de la tercera edad es una causa fundamental por la cual las ISAPRE tienen mala reputación. Una persona joven y adulta tiene gastos esperados en salud relativamente menores que al llegar a la tercera edad, por lo cual, la prima requerida para cubrir los gastos aumenta considerablemente.
3. El tercer problema está asociado a los elevados costos de administración y ventas, y según Larrañaga (1997) es posible que operen economías de escala si se disminuye el gasto por beneficiario en los puntos mencionados a medida que crece el número de personas adscritas al sistema

“Además, es importante reconocer la interrelación de los costos e ingresos entre los sistemas público y privado. En efecto, el ingreso medio de los cotizantes de las ISAPRE es determinado por la razón de beneficio y costo que el usuario espera encontrar en este sector versus la alternativa por FONASA. Mientras mayor sea la alternativa ISAPRE respecto a FONASA, mayor será la población adscrita a la primera y menor será el ingreso del cotizantes promedio del sector.” (Larrañaga, 1997)

### El Sector Público

Las mayores falencias del sector público se originan por una mala gestión y producción de salud.

Entre los mayores problemas en Chile destacan:

- Centralización de funciones
- Asignación de recursos a los establecimientos sobre la base de criterios de oferta
- Ausencia de mecanismos de rendición de cuentas hacia los beneficiarios
- Uso de tarifas y precios distorsionados
- Falta de disciplina financiera en un contexto de restricciones presupuestarias
- Gestión de tipo burocrático con baja autonomía y significativas restricciones en el uso de los insumos

Para efectuar un estudio de las falencias del sector público, es necesario analizar las principales instituciones. Estas son las siguientes: FONASA, los Servicios de Salud que administran los establecimientos y los Centros de Atención Primaria a cargo de la administración municipal.

FONASA es esencialmente un mediador entre consumidores que demandan salud y oferentes que proveen las prestaciones, al enfrentar la demanda de los consumidores, actúa como oferente, ofreciéndoles alternativas como planes de salud con distintas coberturas. Y por el lado de los proveedores, actúa como demandante de sus prestaciones, y por lo tanto, debe tomar buenas decisiones respecto a la compra que efectúa. (Oyarzo y Galleguillos, 1995)

Una de las mayores ineficiencias se produce por la falta de sistema de información sobre los cotizantes y beneficiarios del sector, que ocasiona considerables niveles de evasión, originado por la falta de monitoreo de la capacidad de pago de las personas. (Larrañaga, 1997).

Dentro del sector público se encuentran los hospitales, y la mayor ineficiencia se ve reflejada en las inyecciones de nuevos fondos no vienen seguido por una consiguiente aumento de la producción de las prestaciones y procedimientos. En la siguiente tabla se aprecia cómo ha ido aumentando el gasto en salud en Chile.



**Tabla 2. Evolución del Gasto en Salud 1990-1999**

Año	Gasto total (MM\$ de 1999)	Población beneficiaria	Gasto per cápita (M\$ de 1999)	Variación porcentual	
				Gasto salud	PIB
1990	682.700	11.837.328	57,7	7,9%*	3,7%
1991	800.904	11.980.306	66,9	17,3%	8,0%
1992	964.062	11.788.880	81,8	20,4%	12,3%
1993	1.101.561	11.969.329	92,0	14,3%	7,0%
1994	1.232.359	12.334.353	99,9	11,9%	5,7%
1995	1.342.021	12.400.671	108,2	8,9%	10,6%
1996	1.469.569	12.486.003	117,7	9,5%	7,4%
1997	1.577.441	12.635.979	124,8	7,3%	6,6%
1998	1.689.141	12.546.065	134,6	7,1%	3,2%
1999	1.753.355	12.300.553	142,5	3,8%	-0,8%
<b>Cambio 90-95</b>	<b>97%</b>	<b>5%</b>	<b>88%</b>	<b>97%</b>	<b>52%</b>
<b>Cambio 95-99</b>	<b>31%</b>	<b>-1%</b>	<b>32%</b>	<b>31%</b>	<b>17%</b>
<b>Cambio 90-99</b>	<b>157%</b>	<b>4%</b>	<b>147%</b>	<b>157%</b>	<b>78%</b>

Nota: El gasto total incluye a los subsectores público y privado. El componente público excluye transferencias municipales a la salud primaria, y el privado no considera los copagos de los usuarios al momento de recibir atención.

\* Obtenido sobre la base de estimaciones de Zuleta (1999).

Fuentes: Rodríguez y Tokman (2000) y datos de Cuentas Nacionales del Banco Central.

### **Fuente: Beteta (2003)**

Los problemas dependen en gran medida del sistema de financiamiento vigente, el cual es un modelo organizacional burocrático que da paso para que den origen a ineficiencias en el sector chileno. Otra falencia, es la carencia de un sistema de precios que entregue señales claras para la asignación de recursos al interior del sistema público de salud, que provoca indisciplina económica y constituye una condición suficiente para que los recursos se asignen en forma ineficiente.

Los consultorios de atención primaria presentan mayormente los mismos problemas que los recintos hospitalarios, destacando los déficit que presenta el sector en la mayoría de las ocasiones son financiados con recursos municipales, y la dificultad está en identificar si las pérdidas son ocasionados por ingresos insuficientes o por un grado de ineficiencia en la gestión de recursos. También, se identifica un cierto desinterés de los médicos de trabajar en la atención primaria, considerando que se deterioran sus perspectivas de trabajo y desarrollo profesional, ocasionando una alta rotación y problemas de escasez de personal en aquellos establecimientos. (Larrañaga, 1997)

## 5. CONCLUSIONES

A través del desarrollo del problema se dieron a conocer las principales características del mercado de la salud. Cómo interactúan los agentes económicos, cómo se estructura el sistema, que anomalías presenta y qué rol fundamental es el que cumple el Estado. Además se dispuso de un apartado para la presentación de los conceptos teóricos aplicados al caso chileno. Con estos antecedentes se pretende responder al problema propuesto para el estudio: en el mercado de la salud, ¿las fallas que se presentan en su funcionamiento, justifican la intervención del sector público?

Las Fallas de mercado que se dan en este sector son bastantes, y terminan por eliminar todos los supuestos de competencia perfecta. Aunque bien es conocido que dentro de ningún mercado se cumplen todos los supuestos de competencia perfecta y generalmente existen fallas, en el sistema salud éstas son demasiadas y tienen efectos secundarios en muchos niveles, lo que lleva a inequidades, ineficiencias y por lo tanto a ser catalogado como uno de los mercados más imperfectos. En estos casos el gobierno directamente o a través de alguna entidad, interviene con el fin de regular y volver la situación más eficiente y/o más equitativa según sea el caso.

La salud, como bien tutelar, necesita atenciones especiales. Representa el mayor grado de importancia para los individuos, y por esta razón las decisiones que se toman respecto a su consumo pueden no ser racionales. Teniendo esto en consideración se hace obvio el hecho de que todas las personas tienen que tener acceso al bien, no obstante existen muchas de ellas que no perciben ingresos lo suficientemente altos para que puedan demandarlo. En Chile la desigualdad en la distribución del ingreso es muy alto y si el sistema de salud se rigiese por el mercado, gran parte de la población terminaría discriminada, pero funcionaría de forma eficiente. Sin embargo como el bien resulta tan necesario para el bienestar, es preferible que se pierda parte de la eficiencia que se conseguiría en competencia perfecta, en favor de un incremento en la equidad.

La desigualdad en la distribución del ingreso sería por lo tanto la razón más potente que justificaría la intervención del gobierno. El problema entonces vendría con la búsqueda de equidad sin perder eficiencia, o tratando de reducirla al mínimo.

En Chile, al existir un sistema dual de seguros, se preferirá el que funcione mejor, o el que mejor se adecue a las preferencias del consumidor. El sistema público, que funciona a través de FONASA, tiene la deficiencia de la oferta, es decir existe una necesidad que se satisface a través de un mercado incompleto. Se producen colas muy largas a la hora de ser atendidos los pacientes, no hay suficientes camas cuando se debe internar a alguien, hay listas de espera, etc., ya que no se pueden aumentar los precios para disminuir la demanda por las razones antes descritas (bien tutelar). Este problema genera una demanda insatisfecha que en algunos casos puede llegar a resultar fatal para algún individuo. Por otra parte, el sistema privado de seguros a través de las ISAPRES se rige por la ley de oferta y demanda, entonces al subir la demanda suben las primas (precios).

Otro problema generado en el mercado de seguros es la concentración de personas de cierto perfil en FONASA y otra en ISAPRES. Al primero se afilian en su mayoría personas con alto nivel de riesgo y bajos ingresos, mientras que a las segundas se inscriben consumidores de altos ingresos y bajo riesgo. Otra razón más para que exista un exceso de demanda en el sector público. Las personas con más probabilidades de enfermarse pertenecen a éste. Con esto se puede argumentar que la equidad disminuye, ya que no todos pueden tener acceso al bien por temas de disponibilidad de recursos.

En Chile, las fallas de mercado que se presentan y las ineficiencias son prácticamente las mismas que caracterizan a toda América Latina, y están dadas por una considerable escasez de oferta, y la falta de productividad de los agentes que se desarrollan en este subsector. Lo cual se puede observar en las interminables filas en el sistema público, que origina en las personas que tienen los recursos y que le es factible, emigrar al sector privado.

Una característica positiva del sector público es la preocupación constante por velar por la salud de los ciudadanos, a través ya sea de campañas publicitarias o los diversos medios que ocupa el Gobierno para minimizar el gasto en salud, que en definitiva al incorporar en las personas las medidas a tomar, ya sean preventivas como curativas, mejoran de manera preponderante el bienestar y calidad de vida de los habitantes de Chile o de cualquier país en el mundo.

Esto se pudo apreciar en Chile con la gripe porcina que posteriormente se transformó en influenza humana, al reaccionar el Sector Público tomando medidas

preventivas, como por ejemplo, indicarle las medidas preventivas de modo de no contagiarse, o disminuir las filas en los centros asistenciales, para descartar a las personas que realmente no presentaban síntomas de influenza humana. Se presenta asimetría de información, y es algo que difícilmente va a lograr ser alcanzado, es la perfecta información acerca de la salud de las personas. Dado los múltiples síntomas que puede presentar una persona para distintas enfermedades, y la complejidad que caracteriza al ser humano, no se puede dar un diagnóstico 100% asertivo, y considerando la naturaleza del ser humano, que obviamente puede cometer errores, la salud y sus diagnósticos jamás van a estar exentos de errores. Destacando, como se mencionó anteriormente, el rol del Estado por velar constantemente por el bienestar de la sociedad.

En el otro extremo, se encuentra el Sector Privado, que claramente nunca ha tomado medidas preventivas respecto a la salud de las personas, es decir, no se han realizado inversiones significativas para reducir el gasto en salud por parte de las personas. Razón que radica, en que las personas generalmente se dirigen de una ISAPRE a otra en el corto plazo, por lo que no justifican la inversión, si es que pronto van a estar afiliados a otra ISAPRE. En consecuencia, se puede criticar al Sector Privado por no promover un estado de buena salud a lo largo de vida de las personas, si no curar después de haber entrado en algún estado de enfermedad o síntomas considerables.

Por último, si es que el Estado tiene que intervenir o no, está determinado plenamente por la ideología y características tanto política y religiosas de un país. En Chile, las personas que obtienen más ingresos obtienen alrededor de 47 veces el monto que reciben las personas de menos ingresos. (Ffrench-Davis, 2006) En consecuencia, dadas las fallas de mercado y el ajuste vía precio que se genera en el sector privado, debido a una oferta limitada, muchas personas en Chile quedarían sin recibir atención médica. Por esta razón, si es que la salud se considera un derecho, es necesario que el Estado intervenga de alguna forma. Claramente, las regulaciones del Gobierno presentan falencias, pero el bienestar de la sociedad en general, sería mucho menor si es que se deja, a un bien tan importante como la salud en manos de la libre competencia.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Artells, J.J. 1994. *Características del Sector Sanitario en los Países Industrializados en Gestión de Hospitales, nuevos Instrumentos y Tendencia*. Barcelona: Vicens Vives S.A.
- Barbieri, N. 1999. Estado y Mercado en Salud: Una aproximación desde la Economía de la Salud. *Medicina y Sociedad* 22 (1): 28-35.
- Beteta, E. 2003. *Crecimiento del Gasto de Salud en Chile: ¿Estamos ante un problema?* Expansiva: Seria en Foco 13 (Noviembre): 1-11
- Castillo, M. 2009. *Economía y Salud*. Boletín del Departamento de Economía de Salud MINSAL 1 (2): 2-3
- Colegio Médico de Chile. 2009. Octubre 06. Homepage.  
<<http://www.colegiomedico.clPortals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>> Accesado 2009 Octubre 06
- Díaz, J., y F. Riadi. 2002. *El Método Científico en las Ciencias Empresariales: Marco Metodológico*. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad Austral de Chile. Valdivia.
- Ffrench-Davis, R. 2006. *Clase Magistral en Ciencias Económicas UACH: "Reformas Económicas en América Latina y Chile: Similitudes, Contrastes y Lecciones"*
- Genatti, S. 2008. *Sistema de Salud Argentino*. Universidad Nacional de la Plata.
- GUIA SALUD. 2009. Octubre 07. [http://www.guiasalud.es/apoyo\\_Glos.htm#Eficacia](http://www.guiasalud.es/apoyo_Glos.htm#Eficacia)  
Accesado 2009 Octubre 07

ISAPRES de Chile. 2009. Octubre 07. Homepage.

<http://www.isapre.cl/subidos/documentos/Evolucion%20Gasto%20en%20Salud%20en%20%20Chile%20Resumen.pdf>, Accesado 2009 Octubre 07.

Katz, J. M., y R. M. Miranda. 1994. *Mercados de la Salud: morfología, comportamiento y regulación*, *Revista de la CEPAL* 19 (Primavera): 7-25.

Lago, F., y N. Moscoso. 2005. *Envejecimiento poblacional y composición público-privada del gasto total en salud en países con distintos niveles de ingreso*. XL Reunión Anual de la Asociación Argentina de Economía Política. Buenos Aires.

Larrañaga, O. 1997. *Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno*. Santiago: Naciones Unidas - PROYECTO CEPAL/GTZ

Leenan, H. 1985. *Equality and equity in health*. WHD/Nuffield Center for Health Service Studies Meeting. Leeds.

Martinez-Giralt, X. 2007. *Economía de la Salud: Una guía para no economistas*. Universidad Autónoma de Barcelona.

Miller, R. L., y R. E. Meiners. 1990. *Microeconomía*. 3ra ed. Bogotá: McGRAW-HILL

Molet, L. 2009 Abril 20. *Todo cambia, hay que adaptarse*.

<http://coachingaccion.wordpress.com/2009/04/20/todo-cambia-hay-que-adaptarse/> Accesado 2009 Diciembre 05.

Oyarzo, C. y M. Vergara. 2005. *Reforma de la salud en Chile: lo logrado y lo pendiente*. *Expansiva: Seria en Foco* 42 (Mayo): 3-17

- Oyarzo, C. y S. Galleguillos. 1995. *Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del FONASA*. Cuadernos de Economía 95 (Abril)
- Pindyck, R., y D. Rubinfeld. 1995. *Microeconomía*. Madrid: Prentice Hall, Inc.
- \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_. 2001. *Microeconomía*. Madrid: Prentice Hall, Inc.
- Reynolds, Ll. 1988. *Microeconomía*. 4ta. Ed. Buenos Aires: El Ateneo
- Sanabria, C. 2003. *El Rol del Estado y la Salud en Perú*, Revista de la Facultad de Ciencias Económicas 15 (Junio): 79-85
- Torres López, J. 2002. *Economía Política*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Vassallo, C. 2003. *Crecimiento Económico y Salud en América Latina: Un dilema no resuelto*. *Humanitas, Humanidades Médicas* 1 (3): 74-79
- Vassallo, C., M. Sellanes, y V. Freylejer. 2003. *Salud, Mercado y Estado / Apunte de Economía de la Salud*. Working Paper, Universidad ISalud.
- Yáñez, G. 2006. *Economía y Salud 3: Economía de la Salud*. Presentación de Programa de Diplomado de Gestión de la Salud. Universidad Diego Portales. Santiago, Chile.