

January 2006

La eficiencia en la provisión de servicios públicos en salud y sus fallos de mercado

Carlos Arturo Meza Carvajalino

Universidad de La Salle, Bogotá, cmeza@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/eq>

Citación recomendada

Meza Carvajalino, C. A. (2006). La eficiencia en la provisión de servicios públicos en salud y sus fallos de mercado. *Equidad y Desarrollo*, (6), 51-66. <https://doi.org/10.19052/ed.335>

This Artículo de Investigación is brought to you for free and open access by the Revistas científicas at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Equidad y Desarrollo* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

La eficiencia en la provisión de servicios públicos en salud y sus fallos de mercado¹

Carlos Arturo Meza Carvajalino*

RESUMEN

En el presente documento se contemplan los fundamentos teóricos, las diferentes controversias alrededor del servicio de salud y sus concepciones adoptadas desde las hipótesis relacionadas con la eficiencia del mercado en la provisión de un servicio considerado como público y sus consecuentes fallos de mercado. Entre los fallos más relevantes el autor considera que al delegarse al mercado el servicio público de salud en Colombia se originaron: fallos en la competencia, externalidades, bienes y servicios preferentes, asimetría y redistribución, entre otros.

Palabras clave: Colombia, salud pública, fallos de mercado, precio.

Clasificación JEL: I-18, I-38.

EFFICIENCY IN HEALTH PUBLIC SERVICES PROVISION AND MARKET FAILURES

ABSTRACT

This document studies the theoretical foundations, the different controversies regarding the health service and the conceptions adopted from the hypotheses related to the market efficiency in the provision of a public service and the consequent market failures. The author thinks that when the health public service was delegated to the market in Colombia they originated failures in the competition, externalities, preference goods and services, asymmetry and redistribution, among the most relevant ones.

Key words: Colombia, Public Health, market failure, price.

JEL Classification: I-18, I-38

1 Investigación financiada por la Facultad de Economía y el Departamento de Investigaciones de la Universidad de La Salle. Este artículo es producto de un informe parcial de Investigación.

* Investigador Principal. Docente-Investigador de la Facultad de Economía de la Universidad de La Salle. Economista de la Universidad Central, Magister en Planificación y Administración del Desarrollo Regional de la Universidad de Los Andes y Magister en Ciencias Económicas de la Universidad Santo Tomás. Correo electrónico: cmeza@lasalle.edu.co

Fecha de recepción: 28 de abril de 2006.

Fecha de aprobación: 14 de julio de 2006.

INTRODUCCIÓN

A partir de las reformas estructurales de los años 80 y 90 para América Latina, Colombia asumió la prestación del servicio de salud bajo el esquema de mercado de competencia regulada, cuyas características distintivas consiste en un Estado regulador y la creación de un sistema de aseguramiento para la provisión de servicios a través de una red privada de instituciones. En términos de seguridad social en salud, bajo este nuevo esquema de prestación surgen una serie de dificultades y fallos de mercados, que por sí solos no lograrían la prestación eficiente de este servicio.

En la investigación se señala que en este tipo de mercado se presentan fallos de mercado. Los más relevantes son los fallos en la competencia, la salud como un servicio público preferente, las externalidades en la producción y consumo, los fallos de información, el paro, los desequilibrios, la redistribución del ingreso, la selección adversa entre otros. En este orden de ideas, este documento se encuentra organizado en tres partes; en la primera se analizan los diferentes enfoques ideológicos relacionados con la provisión de los servicios públicos y los diferentes fundamentos teóricos microeconómicos sobre la eficiencia en la provisión de servicios públicos por parte de los agentes privados, en la segunda se presentan los diferentes fallos de mercado en la provisión del mercado del servicio público de salud, en la tercera parte se muestran las reflexiones sobre la provisión del servicio público de salud en Colombia y las controversias alrededor de este tipo de servicio proveído por el mercado y por último se concluye.

ENFOQUES Y REVISIONES IDEOLÓGICAS

En la ciencia económica existen diferentes enfoques teóricos relacionados con la eficiencia, provisión y

elección de servicios públicos, equidad en la distribución de recursos, entre otros temas relacionados, los cuales se fundamentan en la conducta de los individuos cuando optan por tomar decisiones denominadas racionales.

EXPECTATIVAS RACIONALES

Desde el punto de vista netamente economicista y dado un contexto de múltiples opciones, se supone que los agentes eligen de manera racional la opción que implique menos sacrificio y reporte mayores beneficios. Bajo esta premisa, hace su aparición el enfoque de expectativas racionales en las ciencias políticas y administrativas. Este enfoque, de acuerdo con García (2003), es la clave para entender el comportamiento de la burocracia y las contradicciones del Estado capitalista. El principio individualista de la acción a partir de un cálculo racional es uno de los fundamentos de la escuela del *Public Choice*. El principio individualista inmerso en la escogencia pública, subrayan Meny y Thoening (1992): «que las estructuras de organización y decisión contribuyen a dar forma a los comportamientos de los individuos induciéndolos a realizar elecciones racionales, habida cuenta de sus conocimientos sobre los elementos que permiten evaluar los costos y beneficios». En este sentido, se argumenta que «una pauta interpretativa que desconfía profundamente de los programas sociales como *«bienes públicos, y que en vez de ello, tiende a descifrar tales políticas en términos de ganancia y pérdida, explotación, parasitismo, redistribución y así sucesivamente, esto es, en categorías individualistas del hombre económico»*. (Offe, 1989) (tomado de García: 2003:110-111).

ELECCIÓN SOCIAL

Otro de los enfoques que tratan de explicar los mecanismos de provisión de bienes y servicios públicos es la teoría de la elección social. Dentro de las

propiedades que debe contar un sistema de decisión social, Varian (2003), enumera un sistema de condiciones a través de preferencias de la siguiente manera: *i*) dado un conjunto cualquiera de preferencias individuales completas, reflexivas y transitivas, el sistema de decisión social debe dar lugar a unas preferencias sociales que cumplan con las mismas propiedades, *ii*) si todo el mundo prefiere la opción *x* a la *y*, las preferencias sociales deben colocar la opción *x* por delante de la *y*, y *iii*) las preferencias entre *x* e *y* sólo dependen de la forma en que los individuos ordenan estas opciones y no de la forma en que ordenan otras Varian (2003). Sin embargo, señala que de acuerdo con el teorema de la imposibilidad de Arrow el cual expresa que «si un mecanismo de decisión social satisface las propiedades *i*, *ii*, *iii*, debe ser una dictadura: todas las ordenaciones sociales son ordenaciones de un individuo».

Al respecto del teorema de imposibilidad de Arrow (1997) sostiene que la función de bienestar social es, pues, un útil instrumento para mostrar algunos aspectos del problema de la elección social. Sin embargo, se debe reconocer que este instrumento sólo es conceptual y apenas ofrece orientación alguna a la hora de formular políticas prácticas. De igual manera, Varian al respecto señala que las tres características mencionadas de un mecanismo de decisión social, que son plausibles y deseables son, sin embargo, incompatibles con la democracia: no existe ningún sistema «perfecto» para tomar decisiones sociales. Lo que pone en entre dicho su aplicación puesto que no existe ningún mecanismo perfecto para «sumar» las preferencias de los individuos y hallar la preferencia social. Ahora, si trasladamos este concepto al ámbito de la seguridad social en salud las escogencias no se dan por la suma de las preferencias de los individuos sino, por el mecanismo de las regulaciones normadas por la ley, sobre un mercado imperfecto. Arrow, considera que

el problema general del bienestar social consiste en elegir varios estados sociales viables. Se supone que cada uno de los miembros de la sociedad puede ordenar estos estados de acuerdo con su atractivo. No obstante, el Teorema según Nicholson consiste en mostrar que no puede existir una ordenación social razonable Nicholson (1997).

NEOINSTITUCIONALISTAS

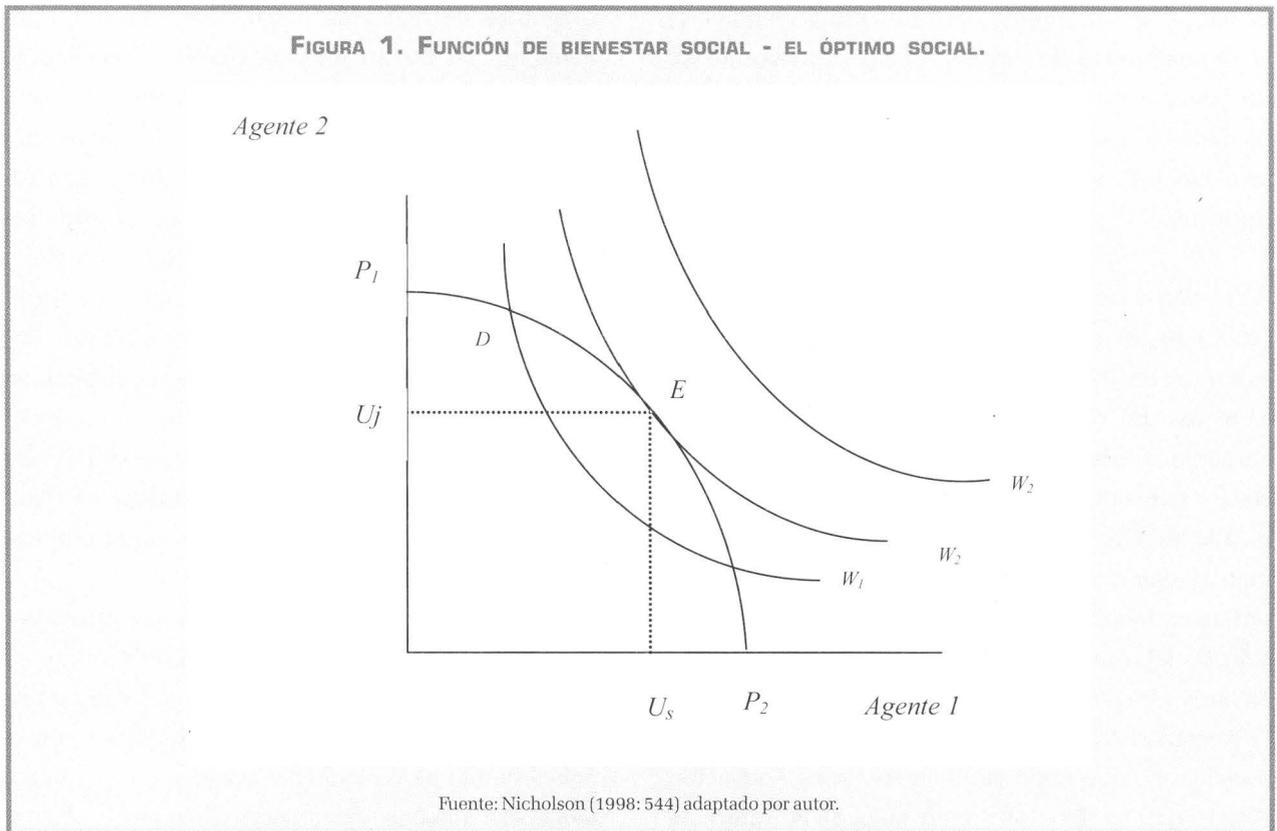
Los neoinstitucionalistas interpretan las relaciones entre los agentes involucrados en estos tipos de modelos de prestación de servicios públicos, frente a cambios de reglas de juego. North (1993) argumenta que las instituciones equivalen al reglamento (reglas formales y costumbres informales), es decir, las limitaciones socialmente compartidas que conforman las interacciones humanas, junto con los mecanismos por los cuales se hacen cumplir las reglas. Bajo esta premisa, las instituciones cruciales que influyen en el sistema de prestación de servicios incluyen reglas relativas a la rectoría (buen gobierno, divulgación de información, coordinación y reglamentación). Por su parte, las organizaciones se convierten en los jugadores, por ejemplo, los proveedores de servicios, los hospitales, las clínicas, las farmacias y los programas de salud pública.

La escuela neoistitucional dentro de sus principios orientadores, señala García (2003), que no importa que los agentes que intervienen en el juego su origen o condición social, su nacionalidad, las condiciones donde se desempeña sea privada, pública o neogubernamental-, se convierte de manera eficiente en parte del sistema de mercado si es disciplinado por las instituciones y los procedimientos de ese sistema. Es decir, si está de acuerdo con las reglas que plantea el sistema, lo cual implica un espacio estatal para construir compromiso y la identificación de dicha regla.

ECONOMÍA DEL BIENESTAR

Desde el punto de vista de la economía del sector público, cuyo enfoque teórico tiene su base en el análisis en la denominada economía del bienestar. Stiglitz considera que la economía del bienestar es la rama de la economía que se ocupa de las denominadas cuestiones normativas Stiglitz (2002). Dicho enfoque centra su análisis sobre dos teoremas fundamentales. El primero, establece que siempre que los productores y consumidores actúen en mercados de competencia perfecta se producirá una asignación de recursos eficiente en el sentido de Pareto.

El segundo fundamento exige la asignación Pareto eficiente, la cual puede ser alcanzada como un equilibrio competitivo, con tal de redistribuir convenientemente la riqueza de los agentes. En una sociedad es de suma importancia elegir una distribución de utilidades que maximice el bienestar social. Nicholson (1998), considera la función de bienestar como un instrumento que da las pautas para encontrar el óptimo social, para ello se vale de la Figura 1.



La Figura 1, muestra que cualquier punto situado en la curva P_1 y P_2 son eficiente en el sentido de Pareto. No obstante, existirán algunos puntos dentro del conjunto de posibilidades de utilidad, los cuales representan distribuciones más deseables en la medida que se acerquen a la tangencia de la curva de isobienestar w_2 con la frontera P_1 y P_2 en el punto

E . Al igual que ocurre con el criterio de Rawls, en realidad hay muchos puntos ineficientes como D que se refieren socialmente a los Pareto eficientes.

De acuerdo con Nicholson, este tipo de análisis conduce a observar que a veces la sociedad le interesa elegir asignaciones de los recursos que son aparen-

temente ineficientes si la asignación realmente óptima es el punto máximo de bienestar (E) es inalcanzable Nicholson (1998). Ahora, para satisfacer los conceptos sociables de equidad, es posible que tenga sentido aceptar una cierta ineficiencia. Por lo tanto, según Varian, la función de bienestar, sirve para elegir las asignaciones eficientes en el sentido de Pareto: «toda asignación que maximice el bienestar es una asignación en el sentido de Pareto y toda asignación eficiente en el sentido de Pareto es una asignación que maximiza el bienestar» Varian (2003).

Estos dos supuestos paretianos exigen de mercados competitivos. No obstante, los sistemas de seguridad social en salud, adolecen de mercados perfectos tanto en la demanda, como en la oferta de prestación de los servicios de salud. Lo que puede resultar contradictorio en la asignación eficiente por parte del mercado. El criterio de la eficiencia en el sentido de Pareto en la prestación de los servicios públicos de salud, se confunde con la realidad, puesto que darle todo a una persona, puede ser considerado eficiente en el sentido de Pareto y sin embargo, al resto de la sociedad puede no parecer razonable. De hecho, uno de los puntos importantes que deben resolver los sistemas de seguridad social en salud, son los niveles de eficiencia y de equidad.

LAS ASIGNACIONES JUSTAS

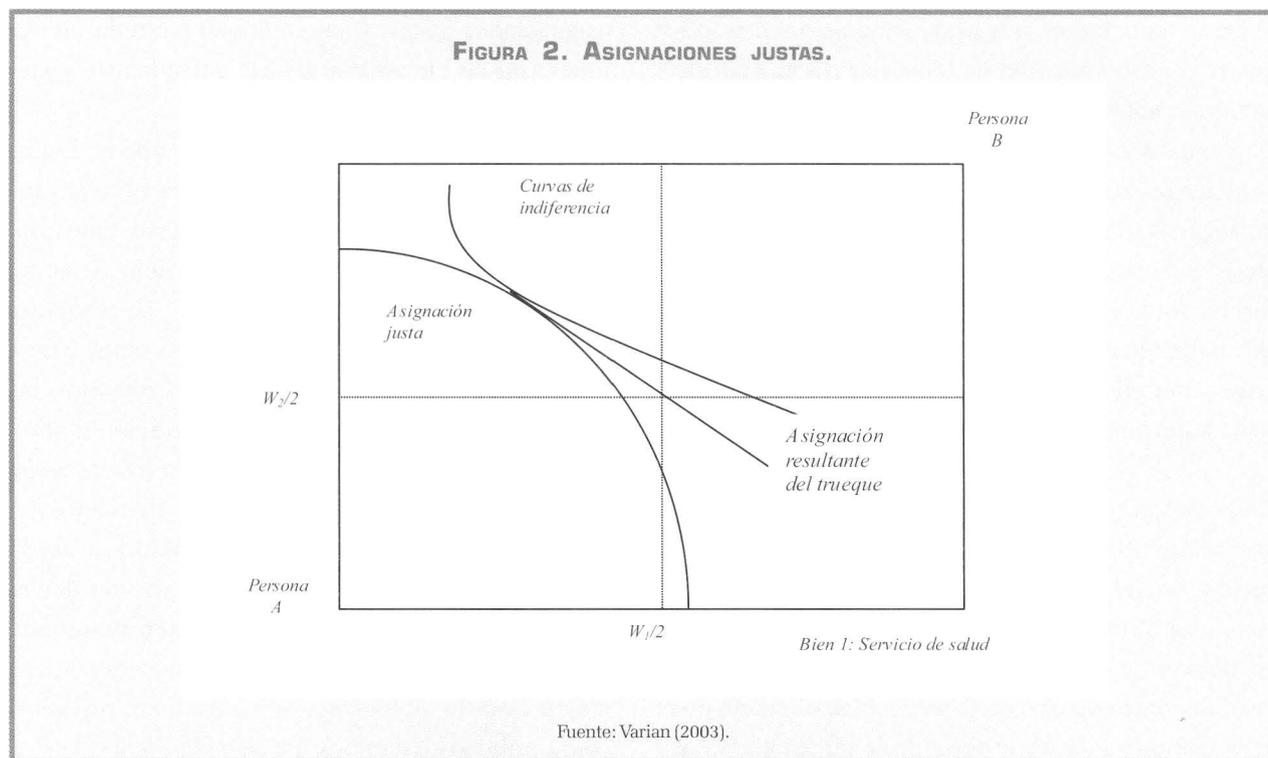
Lo ideal en cuestiones de seguridad social, es que todos los agentes puedan tener beneficios; por ello, la función de bienestar se convierte en un instrumento muy general para describir el bienestar social. Varian, considera que otro enfoque para determinar el bienestar social, consiste en partir de algunos juicios morales concretos y examinar sus implicaciones en relación con la cuestión de la distribución económica, el cual es el enfoque de de

asignaciones justas. Dicho enfoque parte de dividir una cesta de bienes que podría considerarse justa.

Como ejemplo del enfoque se supone que al dividir equitativamente entre n personas que tuvieran los mismos méritos. Dado que por hipótesis todos tienen el mismo mérito, entonces, ¿qué tiene de atractiva la idea de la división igualitaria? La respuesta sería porque este tipo de asignación es considerada como simétrica (Varian, 2003). Cada agente tiene las mismas cestas de bienes; ninguno prefiere la cesta de otro a la suya, ya que todos tienen exactamente la misma. Desafortunadamente, los mercados no funcionan bajo este ideal y más tratándose de la seguridad social en salud en donde los que tienen la posibilidad de tener un empleo bien remunerado, tendrán mayor posibilidad de acceder a una mayor canasta de bienes y servicios tanto privados, como públicos. Ahora, si los agentes tienen gustos distintos, generalmente desearían de acuerdo con Varian, a realizar algún intercambio que extraña un alejamiento de esa división igualitaria y este tipo de división, genera eficiencia en sentido de Pareto.

Ahora, ¿es posible encontrar una asignación que sea eficiente en el sentido de Pareto y equitativa a la vez? Se dice que una asignación es equitativa si ningún agente prefiere la cesta de otro a la suya propia. De acuerdo con esto, si el agente i prefiere la cesta de bienes del agente j , se dice que i envidia a j . Por otra parte Varian argumenta que finalmente, si una asignación es equitativa y eficiente en el sentido de Pareto, se dice que es una asignación justa. La idea que esta detrás del concepto de asimetría, es que ningún agente envidia a ningún otro.

Para determinar si una asignación se considera equitativa o no, solo hay que fijarse en la relación que existe cuando los agentes truecan sus cestas, como una forma de explicar esta situación se presenta la Figura 2:



La Figura 2, se aproxima a una explicación sobre la asignación de los servicios de salud entre dos personas A y B que disfrutan en las mismas condiciones de los servicios de a los cuales se les considera de acuerdo con Varian como un trueque se encuentra «por debajo» de la curva de indiferencia de cada agente que pasa por la asignación original. Esta asignación se considera equitativa. Lo ideal es que la asignación resultante del trueque se encuentre entre las dos curvas de indiferencia.

Ahora, se puede suponer que uno de los consumidores A y B, por ejemplo la persona A, envidie la asignación de la persona B, esto quiere decir que A prefiere la cesta de B a la suya. Esto se puede expresar de acuerdo con Varian como:

$$(x_A^1, x_A^2) \pi (x_B^1, x_B^2) \tag{1}$$

No obstante si A prefiere la cesta de B a la de el mismo y esta es mejor que la cesta que A tiene a su

alcance a los precios (p_1, p_2) , esto quiere decir que la cesta de B debe costar más de lo que puede pagar A. En términos simbólicos esto es:

$$p_1 w_A^1 + p_2 w_A^2 < p_1 x_B^1 + p_2 x_B^2 \tag{2}$$

Pero de acuerdo con Varian, esto puede ser una contradicción. En efecto, por hipótesis, A y B comenzaron teniendo la misma cesta, ya que el punto de partida era un reparto igualitario. Si A no puede tener la cesta B, B tampoco puede comprarla. En términos de seguridad social en salud, dos agentes en las mismas condiciones de acceso a los servicios de salud pactados bajo la misma canasta. Ejemplo: para el caso de la prestación de los servicios de salud en Colombia existe una cesta organizada bajo el esquema de un Plan Obligatorio de Salud (POS). Con el POS institucionalizado y regulado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), es casi imposible que un consumidor envidie a otro, puesto que todos tienen la misma

opción sobre la misma canasta ofrecida por las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS). No obstante, al existir cuotas moderadoras para la atención en salud, las cuales tienen el carácter de progresivas, es decir, aquellos cotizantes que tienen mayor salario y/o ingresos, deben cancelar más dinero para ser atendidos que los de menor salario. De ahí, que el que más pague pueda sentirse incomodo, toda vez que el servicio prestado por las EPS no varía en calidad ante los que cancelan una cuota menor por atención.

También es posible que en el mercado de salud, por tratarse de un mecanismo de relaciones reguladoras² del Estado hacia el mercado, se pueda presentar el mecanismo de equilibrio competitivo y con ello, se asemeje a una división igualitaria. Por este hecho se aproximaría a considerar en este evento a una asignación justa en este tipo de mercado. Por lo tanto, en palabras de Varian el mecanismo de mercado conserva determinados tipos de equidad: si la asignación inicial se divide igualitariamente, la asignación final debe ser justa (Varian, 2003). No obstante, cuando la asignación inicial es simétrica, intercambiar de forma arbitraria no da lugar necesariamente a una asignación justa.

Asumiendo la teoría de la escogencia racional (*rational choice*), particularmente el profesional médico, se ve abocado a mecanismos de asignación justa y ética. Sen (1997), presenta un ejemplo de toma de decisiones bajo incertidumbre y coloca un caso remoto en el área rural de China, referido con el doctor Chang. Este doctor, se encuentra en una situación de dos niños enfermos, uno de los niños podría ser salvado y se denomina esta opción como *A*, con probabilidad del 91% el otro niño *B*, con una probabilidad de 90%. Ante esta incertidumbre, *A* tiene mejor posibilidad de recobrase, sin embar-

go, el doctor Chang no puede negarle la posibilidad que *B* también se salve. No obstante, si se siguiera el principio de maximización, los teoremas antes enunciados se tendrían que escoger salvar a *A*, sin importar *B*. Afortunadamente, la toma de decisión en este tipo de eventos, viola cualquier principio que vaya en contra de la vida.

FALLOS DE MERCADO EN LA PROVISIÓN DEL MERCADO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

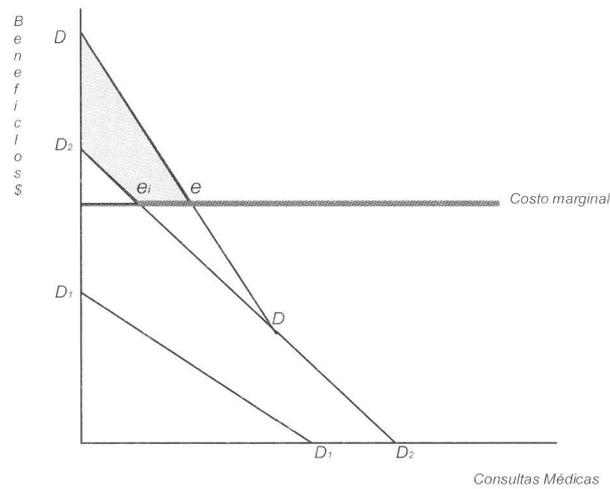
LA EFICIENCIA EN LA PRESTACIÓN DE BIENES PÚBLICOS - FALLOS DE MERCADO-

Como punto de partida de las discusiones teóricas analizadas se intentará poner en discusión a través de los elementos de la teoría económica de la eficiencia en la prestación del servicio público de salud y sus correspondientes fallos de mercado. El análisis de eficiencia, considera que el nivel eficiente de provisión de un bien privado se establece comparando el beneficio marginal de una unidad adicional y costo marginal de producirla. Esta eficiencia se logra cuando el beneficio marginal se iguala con el costo marginal. En estos casos el beneficio marginal, se mide por el beneficio que recibe el consumidor. Para efectos de análisis de eficiencia aplicado a los bienes públicos, el beneficio marginal se estima como el agregado (sumando) los beneficios de todos los consumidores que disfrutan el bien y/o servicio. Pindyck (2001).

Para efectos de determinar el nivel eficiente de producción de un bien público, se toma en consideración un ejemplo hipotético relacionado con el número de consultas médicas que realizan dos individuos frente al beneficio medido en pesos (Ver Figura 3)

² De acuerdo con Laffont (2006). La regulación de servicios ha sido puesta en práctica en la mayor parte de países a través de las restricciones de la tasa de retorno sobre la capital. La premisa se basa en que es necesario que para atraer capital y utilidades, se debe evitar el excesivo ejercicio de poder de monopolio que es uno de los rasgos principales que caracterizan este tipo de regulación.

FIGURA 3. PROVISIÓN EFICIENTE DE CONSULTAS MÉDICAS.



Fuente: Pindyck, (2001) adaptado por autor.

La curva D_1 , representa la demanda de consultas médicas por parte de un consumidor (paciente) y D_2 la demanda de otro consumidor. Cada curva de demanda indica el beneficio marginal que obtiene el paciente que consume atención médica. D , representa la curva de demanda agregada de las consultas de los dos pacientes, es decir la suma de D_1 y D_2 . En consideración de lo anterior, Stiglitz (2002) argumenta, que la eficiencia requiere que el beneficio marginal correspondiente a la producción de una unidad más de un bien sea igual costo marginal, se lograría la eficiencia para el caso el punto e . En este punto, el beneficio marginal y el costo marginal son iguales al precio, que es precisamente la condición que exige desde el enfoque racional la eficiencia económica.

En el caso que el beneficio marginal fuera superior al costo marginal, mejoraría el bienestar de la sociedad produciendo un exceso de beneficios, situa-

ción que se presenta en la parte superior de la grafica por el rectángulo (D, D_2, e_1, e) . Por otra parte, si se presenta el caso en que el beneficio marginal fuera menor al costo marginal, disminuiría el bienestar de la sociedad y se reduciría la producción del bien. Bajo la premisa que el mercado es el mejor proveedor de servicios públicos, y dada la relación en que el costo marginal de producción es menor que el beneficio social marginal, es lo que justifica la intervención del Estado (Pindyck y Rubinfeld, 2001). De ahí, que el Estado debe subvencionar la parte que el mercado no lograría provisionar, situación que se representa por el rectángulo (D, e, e) . En los casos en que el mercado no es eficiente en la provisión de bienes y/o servicios públicos, se presenta lo que se denomina un fallo de mercado. Se entiende que los fallos de mercado «son situaciones en las que el mercado competitivo no regulado es ineficiente puesto que los precios no transmiten las señales correctas a los consumidores y los productores»

3 Según Castro, la economía del bienestar, parte de dos teoremas fundamentales: i) Siempre que los productores y consumidores actúen en mercados de competencia perfecta se producirá una asignación de recursos eficiente en el sentido de Pareto y ii) toda asignación Pareto eficiente puede ser alcanzada como un equilibrio competitivo, con tal de redistribuir convenientemente la riqueza de los agentes (tomado del Segundo Simposio de Microeconomía, Universidad Nacional de Colombia).

(Pindyck *et al.*, 2001). De acuerdo con esta concepción, el mercado donde se involucran sistemas de seguridad social, por sí solo no sería capaz de solucionar la provisión de los bienes y servicios públicos generando con ello fallos en la provisión. Es por ello, que el Estado tiene que entrar a regular el mecanismo de precio, como garante del bienestar de la comunidad. No obstante, Stiglitz (2002) argumenta que el primer teorema de la economía del bienestar, establece que la economía solo es eficiente en el sentido de Pareto³ en determinadas circunstancias. Hay seis importantes condiciones en las que los mercados no son eficientes en el sentido de Pareto, es decir que se originan fallos de mercado y constituyen un argumento a favor de la intervención del Estado.

Entre los fallos⁴ del mercado se encuentran: fallos de la competencia, bienes públicos, externalidades, mercados incompletos, fallas de información, el paro, la inflación y el desequilibrio, la redistribución y los bienes preferentes Stiglitz (2002).

FALLOS DE LA COMPETENCIA

Un mercado perfectamente competitivo conlleva a que los precios se formen libremente como producto de la interacción entre la oferta y la demanda. Tal interacción está determinada por la decisión libre del individuo de consumir y por la decisión libre del productor de participar en el mercado. De ahí que lo ideal sería que los mercados por sí solo sean capaces de suministrar todos los bienes o servicios cuyo costo de suministro fuera inferior al precio que los individuos estarían dispuestos a pagar. Stiglitz considera que los bienes y los servicios públicos puros no son los únicos que los mercados suministran inadecuadamente, por ello siempre que los mercados privados no suministran un bien o

un servicio, aun cuando el costo de suministrarlo sea inferior a lo que los consumidores están dispuestos a pagar, existe un fallo de mercado. Se habla en este caso de mercados incompletos Stiglitz (2002).

Al respecto señala Stiglitz, que: «hasta que no se creó en la década de 1960 Medicare en los Estados Unidos, que es programa público de seguros médico destinado a los ancianos, muchos tenían dificultades para conseguir un seguro médico en el mercado». En el caso de la provisión del servicio público de salud, en algunos países de la región, entre ellos Colombia, la estructura del mercado del servicio de salud, en su provisión, en lo relacionado a la oferta de servicios; se asumió como un mercado oligopolista en la prestación y, como una pseudo competencia perfecta en la demanda. A los demandantes, se les exige la obligatoriedad de estar afiliados, pero a la vez se les regula la libre movilidad entre las entidades prestadoras de servicios de salud.

EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Visto desde el enfoque de la economía del bienestar, se considera que los bienes públicos son importantes fuentes de fallos del mercado. De ahí, que los países de la región que han adoptado la protección social bajo esquemas contributivos, la variable relevante para acceder a estos servicios es la capacidad de pago (a partir de contribuciones parafiscales). Al condicionar la prestación bajo el mecanismo de mercado (precio), se puede presentar el caso de que exista rivalidad y exclusión en el consumo o no rivalidad pero la exclusión es posible. Stiglitz (2002), considera que «si la exclusión es posible, aunque el consumo no sea rival, el Estado suele cobrar una tasa, llamada tasa de uso⁵, a los que benefician de los bienes o servicios que suministra». Cuando sucede esto, se genera una producción superior o in-

4 Ver también Meza y López, 2005. Revista CIFE 10, año 8, octubre.

ferior al óptimo social, situación que se deja ver en la Figura 3. En palabras de Castaño (2000): «el caso de los servicios de salud es un ejemplo muy claro de falla de mercado». Este hecho obliga a que exista un organismo que sea capaz de solucionar la brecha que se genera en la provisión eficiente, y este organismo es el Estado.

EXTERNALIDADES

Otra fuente de fallo de mercado que se presenta en los sistemas de seguridad son las externalidades. Es decir, que existen efectos de la producción y del consumo que no se refleja directamente en el mercado y los bienes públicos. Sen (2001) argumenta que hay razones para que intervenga el Estado, cuando el mecanismo de mercado no ofrece las garantías en la provisión de bienes y servicios públicos. Las razones se encuentran en la necesidad de la sociedad de contar con el suministro de manera equitativa en el suministro público de servicios sanitarios y otros bienes públicos y semipúblicos. De igual manera, este tipo de discusión se presenta especialmente en campos como la conservación del medio ambiente, así como en el de la epidemiología como asistencia sanitaria pública. De ahí, que existen externalidades positivas cuando una persona está dispuesta a pagar lo que le corresponde de un programa social como el de la erradicación de malaria, el cual puede beneficiar a todas las personas que se encuentran a su alrededor así no sean focalizada dentro del programa. También existen casos de externalidades negativas que afectan los sistemas de seguridad en salud que el mercado por sí mismo es incapaz de resolver, como el caso de las epidemias causadas por contaminación ambiental. Stiglitz, considera que siempre que se generan externalidades de ese tipo, la asignación de los recursos que realiza el mercado puede no ser eficiente. «Así, por ejem-

plo, si el Estado no interviniera, el nivel de contaminación sería demasiado alto» (Stiglitz, 2002).

FALLAS DE INFORMACIÓN

De igual manera, el mercado de los servicios públicos en salud involucra en la provisión de servicios asimetrías de información. Stiglitz considera que la información es, en muchos aspectos, un bien público, ya que suministrar información a una persona más no supone reducir la cantidad que tienen otras. El fallo en este tipo de mercado consiste en que se suministra información insuficiente por parte del mercado al Estado y a los usuarios de los servicios que ofrece el mercado. Es así, que muchos problemas del sector sanitario (sector salud) en general, y de los mercados de los servicios médicos, en particular, pueden atribuirse a problemas de información Stiglitz (2003). Caso especial se da entre el profesional de la salud y el paciente o usuario del sistema. En efecto, el médico cuenta con un entrenamiento profesional que le permite conocer en forma amplia la condición clínica del paciente, mientras que éste último carece de dicho conocimiento y por tanto, depende del buen juicio del primero para acceder a la utilización de los servicios (Castaño, 2000). En contraste, también pueden existir fallas de mercado por asimetrías de información. Desde una perspectiva neoclásica, se supone que los agentes que intervienen en un mercado cuentan con mayor información que los reguladores, razón por la cual es factible que el Estado sea defraudado cuando intenta regular los mecanismos del mercado (Meza e Isaza, 2004).

PARO

Las economías están sumidas a las fluctuaciones del ciclo económico que conducen en los lapsos de

5 Para el caso del servicio de salud, se podría dar la analogía con la cotización a salud, como una tasa de contribución.

crisis al paro de los factores de producción. Los sistemas de seguridad no están exentos de sufrir este fallo de mercado, toda vez que estos sistemas sobre todo los contributivos dependen directamente de las contribuciones (aportes) de las empresas y de los trabajadores. Stiglitz, al referirse a las tasas de paro que ha sufrido Estados Unidos entre 1991 y 1992, argumenta que «la mayoría de los economistas utiliza estos elevados niveles de paro como prueba *«prima fase»* de que algo no funciona bien en el mercado. Para algunos, constituyen la prueba más espectacular y más convincente de que éste tiene fallos» Stiglitz (2002).

LA INFLACIÓN Y EL DESEQUILIBRIO

En las economías occidentales, el fenómeno de la inflación ha afectado los sectores productivos generando fallos y desequilibrios que han encarecido la provisión, prestación, medicamentos y otros elementos de importancia para mantener el nivel de salud de las personas. Los medicamentos que son el soporte para la prevención y curación de enfermedades, al igual que el incremento de los precios de los servicios son atados al crecimiento de la inflación. Al estar los medicamentos en una canasta de bienes y servicios, el consumidor de servicios de salud se va a ver seriamente afectado en la elección, en las preferencias y en la escogencia de los bienes y servicios. De igual manera, al asociar el pago de los servicios con los niveles de inflación, la capacidad de adquirir este tipo de bienes afecta directamente la capacidad real del consumidor.

LA REDISTRIBUCIÓN

Los modelos de seguridad social, visto desde la óptica redistributiva pueden presentar fallos que conducen a inequidades. En palabras de Málaga (2000), en Colombia se ha puesto en práctica un modelo de desarrollo elitista que ha creado profun-

das y peligrosas brechas sociales, en vez de haberse promovido un acceso de las mayorías... por lo que las vertientes actuales de salud y desarrollo hacen necesario el redefinir las articulaciones entre la gestión en salud y las propuestas de desarrollo, sobre todo en los países como Colombia que adoptaron mixturas en la provisión.

LOS BIENES PREFERENTES

Para finalizar con la discusión de los fallos de mercados que se presentan al interior del modelo de salud en Colombia se presenta el caso del servicio de salud como un bien preferente. Stiglitz, al referirse los bienes preferentes señala que, un bien preferente es aquel que el Estado obliga a consumir. De ahí que en Colombia, la afiliación tiene el carácter de obligatoria a través del sistema contributivo para los trabajadores asalariados, los servicios de salud estarían potencialmente sujetos a los fallos de mercado señalados por Stiglitz para la seguridad social (Stiglitz, 2002).

OTROS FALLOS

Los fallos de mercado que se presentan al interior de los mercados de salud, como consecuencia de la incapacidad de los mercados privados para asegurar todos los riesgos que se presentan en la seguridad social traen como consecuencia problemas que afectan directamente la producción y consumo de bienes y servicios públicos. Entre los problemas más sobredientes se encuentran el riesgo moral, la selección adversa, los costos de transacción, los seguros incompletos entre otros.

RIESGO MORAL

Uno de los fallos que más afecta la prestación de los servicios por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), es el tipo de contratación del personal

médico bajo la figura de «pacientes por hora». Toda vez que el médico se puede ver forzado al cumplimiento de números de consultas bajo cronometro y llegar a cometer errores tanto en la formulación de medicamentos como en el diagnóstico del paciente o en otros términos de su cliente. El caso expuesto por Sen (1997), sobre el doctor Chang (*supra*) es una situación ejemplar de las particularidades del profesional médico y toma de decisiones bajo incertidumbre que rompe con cualquier teorema de maximización y de eficiencia.

SELECCIÓN ADVERSA

La selección adversa, es una situación que se viene presentando en el SGSSS en Colombia. Las aseguradoras no están dispuestas a asegurar población con alto riesgos (enfermedades catastróficas y de alto costo), que le afecten su estructura de costos y por ende la disminución de la utilidad. En Colombia, hay serios indicios de selección adversa. Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, el Instituto de Seguros Sociales (ISS) en su calidad de EPS, Cajanal y Caprecom prácticamente asumieron el aseguramiento de los pacientes de alto riesgo, mientras que las Entidades Prestadoras de Servicios privadas lograron capturar población con menor riesgos de enfermedades que les causaran deterioro en la estructura de costos por prestación de servicios médicos. Esto y otros problemas de índole administrativa deterioró drásticamente las finanzas de las EPS de carácter públicas hasta convertirlas inviables financieramente.

COSTOS DE TRANSACCIÓN

De igual manera, los altos costos de transacción que se generan por efecto monetario en la prestación del

servicio de salud, acarrear fallos en la prestación del mismo. La mayoría de los planes de salud cobijan al asegurado a través de un plan único. El plan único de salud consiste en una canasta de servicios, (medicamentos, cirugías, entre otros), que para el caso de Colombia, se le denominó Plan Obligatorio de Salud (POS). Esto conlleva, que si el paciente necesita de otros medicamentos fuera del POS, debe erogar más dinero para acceder a los medicamentos o cirugías especializadas. Estos costos por transacción ocasionaron que el paciente, se valieran de soluciones jurídicas, que obligaron a las aseguradoras a cumplir y a reparar los daños y perjuicios. De acuerdo con (Pindyck *et al.*, 2001), este tipo de acciones dan lugar a resultados ineficientes en la prestación.

REFLEXIONES SOBRE LA PROVISIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD EN COLOMBIA

Partamos del concepto presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ (1948) quienes definen la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades». Dicha definición en su integralidad, lleva implícito el derecho que tienen las personas de gozar de un máximo grado de salud. Sin embargo, el estado completo de bienestar al que hace referencia la OMS, puede verse afectado por diferentes tipos de variables. Entre las variables más relevantes, se encuentran los cambios institucionales y estructurales al interior de cada país, del grado de crecimiento y desarrollo económico, el tipo de sistema de prestación y provisión que adopte cada país, de los niveles de empleo, del crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), del capital humano que acompañe los procesos en la

6 La Organización Mundial de la Salud (OMS), es el organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, fue creado el 7 de abril de 1948, institución dependiente de las Naciones Unidas. El primer esbozo de la OMS surgió de la Conferencia Internacional de salud celebrada en julio de 1946, en esta reunión, organizada por iniciativa del Consejo Económico y Social de la ONU, se redactan los primeros estatutos de la OMS.

consecución de objetivos del sistema, de las nuevas alternativas que presenta la globalización y de la estructura productiva entre otras. De igual manera, la adopción de sistemas de seguridad social en salud está inmersa a la voluntad política de los gobernantes y del control que se ejerza para que los sistemas no sean corrompidos en su administración y se desarrollen bajo los principios de transparencia e igualdad.

Al respecto, Whitte (2003) considera que la seguridad social, es el resultado de tres elementos *i)* estrategias para el desarrollo de condiciones socioeconómicas e institucionales favorables para la creación de empleo e ingresos; *ii)* medidas que satisfagan las necesidades socioeconómicas y culturales básicas y *iii)* servicios específicamente diseñados para superar situaciones de emergencia económica transitoria o prolongada, que resultan de la interrupción del flujo de ingresos estables de las familias. Todos los elementos deben estar interrelacionados entre sí, de tal manera que los miembros de la sociedad no se vean afectados en el acceso a la seguridad social.

LA SALUD COMO UN BIEN Y/O SERVICIO MERITORIO

Otros estudiosos de los sistemas de seguridad en salud, manifiestan que estos sistemas deberían estar dirigidos a la protección de las personas contra las adversidades que traen consigo las enfermedades así como las consecuencias relacionadas con la pérdida de ingresos causados por los gastos médicos (medicina y atención hospitalaria). Desde esta perspectiva, Restrepo y Salazar (2002) sostienen que la seguridad social se convierte en una demanda de bienes colectivos que hacen parte de la política del Estado, lo que caracteriza a la salud como un bien meritorio. De igual manera, Castaño (2000), considera que por las características del bien y/o servicio de salud por estar asociado con la vida, la

discapacidad debería tener una condición especial en una sociedad y por lo tanto, debe tener este estatus. En este sentido los bienes meritorios, se definen como «aquellos que generan bienestar (o satisfacción) directamente a los que los consumen o los aprovechan, sin ser transados en ningún mercado» Castro y Mokate (1998). Sobre este particular, Castro señala que por lo general los bienes meritorios son intangibles, aunque no corresponden a ningún mercado, existe el consenso general sobre la bondad o su «merito» y comenta que entre los ejemplos de este tipo de bien se encuentra la defensa nacional, la pureza ambiental, la salud, entre otros. Dado lo anterior, todo apunta a considerarse que la prestación del servicio de salud es parte integral del bienestar colectivo y como tal, debería considerarse como lo perciben estos autores como el de ser bien y/o servicio meritorio. No obstante, esta concepción teórica permite dar una de las entradas al complejo análisis de las discusiones sobre este bien y/o servicio, el cual, bajo esta concepción puede ser considerado como un componente de salud pública, entendida como:

«... el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores relacionados con el bienestar. La salud pública brinda la atención integral a la población y al individuo en las fases de educación, información, fomento de la salud, promoción de los factores protectores, vigilancia epidemiológica, control de los factores de riesgo biológicos, del comportamiento, del consumo y del ambiente; así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades que afectan la salud, mediante acciones de carácter individual y acciones de carácter colectivo (tomado del proyecto de Ley 052-04 Senado, texto no oficial)».

Siguiendo estos lineamientos de políticas públicas en salud, cualquiera que sea el país si la política es bien dirigida, debe conducir al mejoramiento integral de la salud de toda la población. Los resultados en materia de control de factores de riesgos conducirían hacia externalidades positivas. De ahí que existan programas en materia de salud pública que benefician a poblaciones en altos riesgos epidemiológicos (erradicación de la malaria, las jornadas de vacunación, entre otras), los cuales benefician a todas las personas que se encuentren a su alrededor y no fueron incluidas en el programa. No obstante, cuando se diseñan políticas públicas especialmente en salud, muchas veces las orientaciones de los organismos rectores (OMS y OPS), cuando son puestos en práctica no se logran los objetivos y metas. La brecha con lo pensado y lo aplicado es el producto de muchas variables ya comentadas (*supra*). Al respecto Málaga (2000) argumenta que los países signatarios de Alma Ata escogieron como meta el logro políticas públicas en salud bajo el lema de «*salud para todos*» cuya meta considerada fue el año 2000. El énfasis estratégico de esta política fue el de la atención primaria en salud. Dentro sus argumentos Málaga, señala que hubo un mal entendimiento de la propuesta por parte de los países de América Latina, lo cual tuvo como consecuencia que se privilegiara las acciones asistencialistas en actividades que no dieron los frutos esperados, toda vez que se concentraron los recursos en los hospitales de las grandes urbes. De igual manera, se promovió el uso de tecnologías de alto costo, lo cual condujo con ello desigualdad en la distribución y en el acceso a los servicios. Estos servicios fueron establecidos más que como una función a las necesidades del desarrollo, se distorsionaron hacia valores políticos, económicos y a otros valores utilitarios no concordantes con la necesidad apremiante en materia de salud para la región.

LA SALUD COMO BIEN Y/O SERVICIO TRANSADO EN EL MERCADO

En los sistemas de salud también existe la ocurrencia de que la prestación y provisión del servicio, pueda ser transado en el mercado, en este caso el servicio toma otra connotación. Al transarse en el mercado el servicio de salud, por una parte conlleva a que se genere una demanda por el servicio a la cual se le establece un precio de mercado y por otra, la oferta del servicio, trae consigo su respectiva función de costo de producción que se traduce finalmente en un precio de mercado. Bajo esta concepción, la provisión generalmente es delegada a los entes privados. Ahora, por tratarse de un servicio considerado como público y transado en el mercado, el Estado entraría a jugar un papel de regulador para evitar las distorsiones que se puedan presentar en el libre juego del mercado (demandante y oferentes de servicios de salud).

CONTROVERSIAS SOBRE LA PROVISIÓN DE UN SERVICIO PÚBLICO TRANSADO EN EL MERCADO

Dentro de las alternativas que se presentan para resolver el problema de la provisión del servicio de salud, surge la discusión sobre que ente sería más eficiente como proveedor del servicio de salud. Por un lado, podría darse el caso que se genere la competencia por la provisión entre el Estado y el mercado, o se de el caso en que Estado y mercado asuman competencias distintas (el primero de tipo política y regulatoria y el segundo como proveedor). En términos del bienestar, cualquiera que sea el mecanismo debe existir un nivel eficiente de la provisión del servicio, que garantice a todos los agentes un completo bienestar como el definido por la OMS (*supra*). Por ello, quienes diseñan, formulan y aplican las políticas deben tener claras las estrategias y

las funciones claves para el cumplimiento de la mejor alternativa en materia del sector salud. Para ello, se hace necesario tener presente en el diseño de la política, los componentes, competencias y variables en lo relacionado con la prestación y provisión de servicios; los recursos humanos y físicos determinan cuales son los mecanismos que utilizará el Estado para cumplir eficientemente con la rectoría del sistema de salud que se adopte, esto es, la función de establecer las reglas del juego y hacerlas cumplir, proporcionando orientación estratégica a lo distintos actores involucrados.

CONCLUSIONES

Como se pudo establecer en Colombia, las reformas estructurales de los años 90, no han cumplido con los niveles eficientes, ni han solucionado de forma integral la problemática en la prestación del servicio público de salud, cuya meta de aseguramiento universal fue considerada para el año 2000.

BIBLIOGRAFÍA

Castaño, R. *Medicina, ética y reformas a la salud – Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica*. Bogotá: ECOE, 2000.

Castro, R. y Mokate, K. *Evaluación económica y social de proyectos de inversión*. Colombia: Uniandes, 1998.

García, J. «De la primera a la segunda generación de reformas del Estado en América Latina: Un giro ideológico y campo conceptual». *Cuadernos de Economía* 38, Universidad Nacional de Colombia (2003).

Laffont, J. «The New Economics of Regulation Ten Year After» *Econometrica* 62 3 (1994): 507-537.

El modelo de competencia regulada adolece de alternativas que conduzcan a la solución de aseguramiento. Toda vez que este depende del ciclo económico y de los niveles de empleo y de la voluntad política. Este tipo de mercado privilegia las acciones de los empleados formales y a los regímenes asistencialistas, pero no cierra la brecha a los individuos que carecen de empleo formal.

El sistema de seguridad social en salud establecido en Colombia, adolece de mercados perfectos tanto en la demanda como en la oferta de servicios de la prestación de los servicios de salud. Este sistema de seguridad social dado su carácter de híbrido resulta contradictorio en la asignación eficiente por parte del mercado. Lo que no permite resolver a través de los sistemas de seguridad social en salud, el dilema de los niveles de eficiencia y de equidad.

Se presentan diferentes fallos de mercado, lo que demuestra que el mercado por si solo no es capaz de dar soluciones eficientes en la prestación de este servicio considerado público.

Málaga, H. Equidad y reforma en salud en Colombia. Trabajo presentado durante la X Jornada Colombiana de Epidemiología (2000).

Meza, C. e Isaza, J. y López, G. *Incidencia del mercado de competencia regulada en el servicio de salud en Colombia: una aproximación desde modelos econométricos dinámicos en la relación afiliación-tasa de ocupación diez años*, 2005.

- - -. *Tendencias recientes y perspectivas de la cobertura en el régimen contributivo de salud en Colombia*, 2004.

- North, D. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económico, 1993.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el Desempeño*, 2000.
- Organización Panamericana de Salud. *Logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México. Informe Venezuela*, 2000.
- Pindyck, R. y Rubinfeld, D. *Microeconomía quinta edición*. España: Prentice Hall, 2001.
- Restrepo, J.; Echeverri, E.; Vásquez, J.; Restrepo, J. y Rodríguez, S. «Evolución del régimen subsidiado de salud» *Observatorio de la seguridad social en salud. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Económicas*, (2001).
- Sen, A. *Desarrollo y Libertad*. Colombia: Planeta, 2000.
- - -. «Maximization and the Act of Choice». *Econometrica* 65 4 (1997): 745-779.
- Stiglitz, J. *Economía del sector público*. España: Antoni Bosch, 2002.
- Titelman, D. y Uthoff, A. «El papel del aseguramiento en la protección social». *Revista Cepal* 81 (2003).
- Varian, H. *Microeconomía intermedia: un enfoque actual* (4 ed.). España: Antoni Bosch, 2003.
- Witte, L. *Seguridad social en Cuba: diagnóstico retos y perspectivas*. Venezuela: Nueva Sociedad, 2003.