
Tema 2: El mercado sanitario y la intervención pública

Bibliografía:

Folland, S.; Goodman, A. y Stano, M. (2003). Cap 18
Cullis, J.; West, P. (1984). Cap. 2.
Rodríguez, M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos. *Gaceta Sanitaria*, 2001, 15(6): 527-537.

1

Índice

- Características de la sanidad que impiden una asignación eficiente del mercado
- Otras causas de intervención pública
- Fallos del Estado

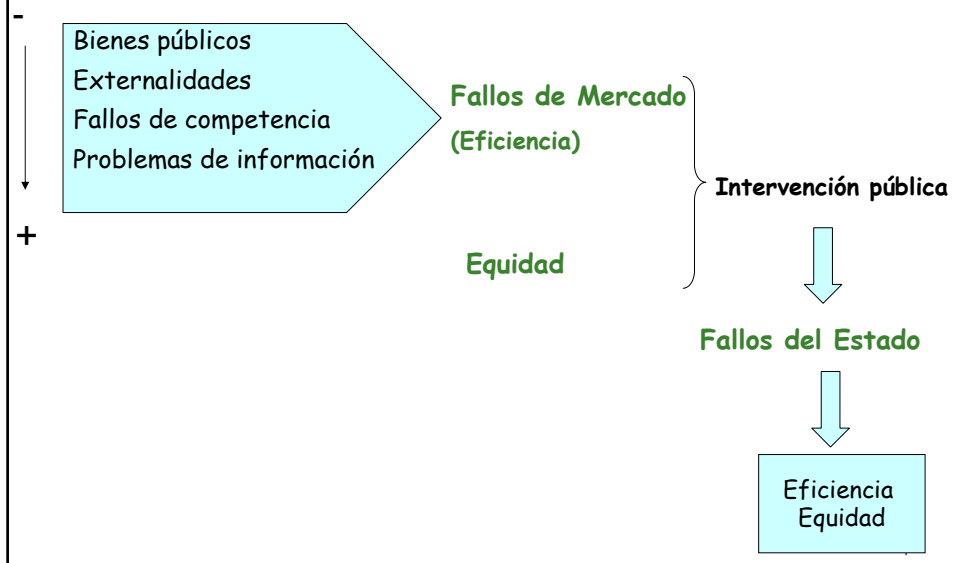
2

Objetivo

- El objetivo de este tema es mostrar aquellas características del sector sanitario que justifican un tratamiento diferenciado.
- Nos centraremos tanto en la existencia de fallos de mercado, que provoca asignaciones ineficientes en el sector sanitario, como en consideraciones de equidad.
- Se mostrará cuando estas características justifican la intervención pública en el sector sanitario.
- Ahora bien, dicha intervención a su vez también puede provocar nuevos fallos que deben ser considerados a la hora de diseñar la forma de intervención.
- Las diferentes formas de intervención darán lugar a diferentes sistemas sanitarios que describiremos en el tema siguiente.

3

Justificaciones de la intervención pública



Fallos de mercado en el sector sanitario

1. Bienes públicos

¿Qué se entiende por "bien público" en economía?

Para que un bien sea considerado un bien público debe tener dos características

- No rivalidad: El consumo del bien por parte de un individuo no reduce el consumo de ese bien por parte de los demás (los costes de provisión son invariantes ante incrementos de la cantidad consumida)
- No exclusión: No hay posibilidades de excluir a nadie de su consumo.

El análisis económico nos muestra que cuando un bien es público es necesaria la intervención pública porque la asignación del mercado es ineficiente (se produce menos de lo deseable)

5

Fallos de mercado en el sector sanitario

1. Bienes públicos

En general, ¿tienen los bienes y servicios sanitarios las características de un bien público?

¡NO!

- Sin embargo, existen algunos bienes que pueden tener estas características:
 - Medidas de salud pública: saneamientos de agua, controles de calidad, protección de riesgos medioambientales, erradicación de una enfermedad
 - Información: información nutricional, información sexual, ...
- Consecuencia: Se deben proveer públicamente porque la asignación del mercado es menor que la eficiente (*free-riders*).

6

Fallos de mercado en el sector sanitario

2. Externalidades

Se producen cuando la actuación de los agentes generan un beneficio (externalidad positiva) o una pérdida (externalidad negativa) a terceros los cuales no pagan por dicho beneficio o no son resarcidos de sus pérdidas.



Infraprovisión de actividades beneficiosas socialmente (externalidad positiva) y sobreprovisión de actividades dañinas (externalidad negativa).
Su existencia justifica la intervención pública.

Ejemplos en sanidad:

- La vacunación contra enfermedades transmisibles, satisfacción por el consumo sanitario ajeno por menor conflicto social, contaminación medioambiental, investigación sanitaria,...

7

Fallos de mercado en el sector sanitario

3. Fallos de competencia

Aparece cuando una gente tiene más poder de mercado que el resto de las agentes que están operando en un momento determinado. Como consecuencia de este fallo, los consumidores van a consumir una cantidad menor a un precio mayor (asignación ineficiente). El sector sanitario ha desarrollado algunas prácticas que limitan la competencia y que, por tanto, dan lugar a asignaciones ineficientes.

Ejemplos:

- Los hospitales pueden actuar como un monopolio espacial o geográfico debido a la existencia de mercados locales reducidos que sólo permiten un oferente; barreras de entrada para ejercer la medicina; conductas monopolísticas del sector farmacéutico; sistema de patentes; ...
- Aunque a veces las restricciones de la competencia justifican la intervención pública, otras es precisamente esta intervención para solucionar otros fallos la que provoca fallos de competencia.

8

Fallos de mercado en el sector sanitario

4. Problemas de información

Los fallos de mercado ligados a problemas de información son los más importantes en el sector sanitario

Nos centraremos en los siguientes:

- Incertidumbre respecto a la identificación de la enfermedad y a la eficacia de los tratamientos.
- Incertidumbre respecto a la incidencia de la enfermedad
- Problemas de información asimétrica

9

Fallos de mercado en el sector sanitario

4. Problemas de información

Incertidumbre respecto a la identificación de la enfermedad y a la eficacia de los tratamientos

- Este tipo de incertidumbre que la pueden tener tanto los pacientes como los médicos puede provocar, intencionadamente o no, una mala práctica médica.



- El Estado trata de regular algunos aspectos de los servicios sanitarios para reducir esta incertidumbre mediante un mayor control público del ejercicio médico: barreras de entrada a la profesión, provisión directa de servicios, protocolos de actuación, ...



Algunas intervenciones generan poder de monopolio de las profesiones

10

Fallos de mercado en el sector sanitario
4. Problemas de información

Incertidumbre respecto a la incidencia de la enfermedad:

Se desconoce cuando se va a sufrir una enfermedad y cual va a ser su alcance físico y económico



Los seguros médicos públicos y privados han constituido la respuesta generalizada a esta fuente de incertidumbre

11

Fallos de mercado en el sector sanitario
4. Problemas de información

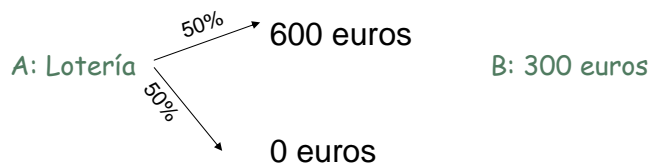
Incertidumbre respecto a la incidencia de la enfermedad:

¿Por qué los seguros médicos dan respuesta a este fallo de mercado?

- Si los individuos maximizan la utilidad esperada y son aversos al riesgo, les produce bienestar comprar una póliza que les cubra frente a estas contingencias, siempre que la prima sea "justa" (es aquella que cubre el valor actual de la pérdida esperada).
- Las aseguradoras que se caracterizan por ser neutrales al riesgo tienen incentivos en proveer estos seguros

12

Utilidad esperada



La Teoría de la Utilidad Esperada nos dice que los individuos eligen aquella opción que le produce una utilidad esperada mayor.

Utilidad esperada (A): $0,5 \cdot U(600) + 0,5 \cdot U(0)$

Utilidad (B): $u(300)$

- ¿Qué preferís A ó B?

13

¿Sois amantes o aversos al riesgo?

- **Averso al riesgo:** Si preferís el valor esperado de la lotería con certeza (300) que jugar a una lotería que produce ese valor esperado:

B preferido a A: $U(300) > 0,5 \cdot U(600) + 0,5 \cdot U(0)$.

- **Amante al riesgo:** Si preferís jugar a una lotería que obtener con certeza su valor esperado.

A preferido a B: $U(300) < 0,5 \cdot U(600) + 0,5 \cdot U(0)$.

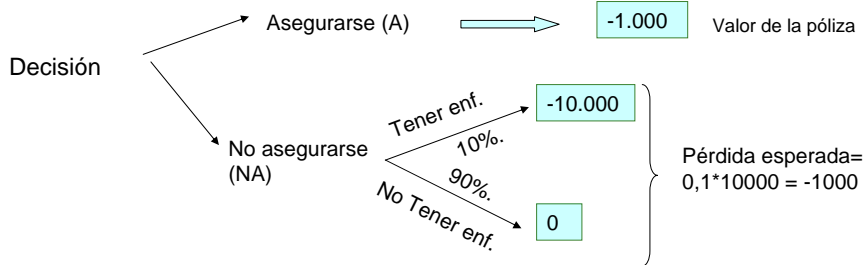
- **Neutral al riesgo:** Sois indiferentes entre ambas opciones.

A=B: $U(300) = 0,5 \cdot U(600) + 0,5 \cdot U(0)$.

14

Ejemplo con seguros sanitarios

Un individuo averso al riesgo prefiere siempre asegurarse (pérdida con seguridad) antes que enfrentarse a una incertidumbre que tiene la misma pérdida esperada.



Si las aseguradoras cobran una prima justa (en torno al valor esperado de la pérdida) los individuos aversos preferirán asegurarse.

15

Problemas del aseguramiento y algunas soluciones

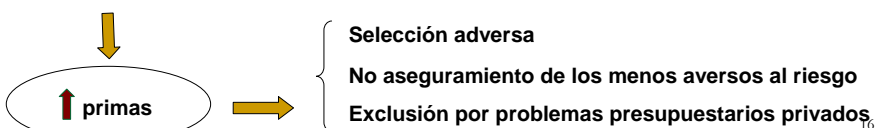
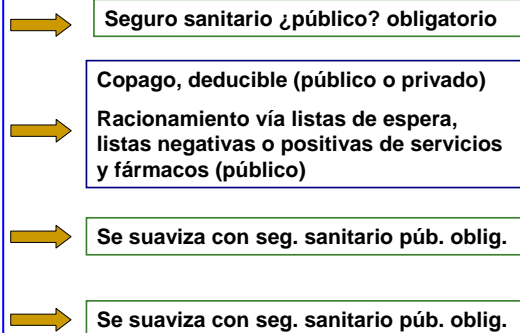
Debido a que la prima refleja el riesgo medio:

- **Selección adversa:** los de peor salud, tienen más incentivos a asegurarse
- **Riesgo moral.** Consumo "excesivo".

Otros problemas:

- **Costes de transacción**
- **Poca información para el establecimiento de primas**

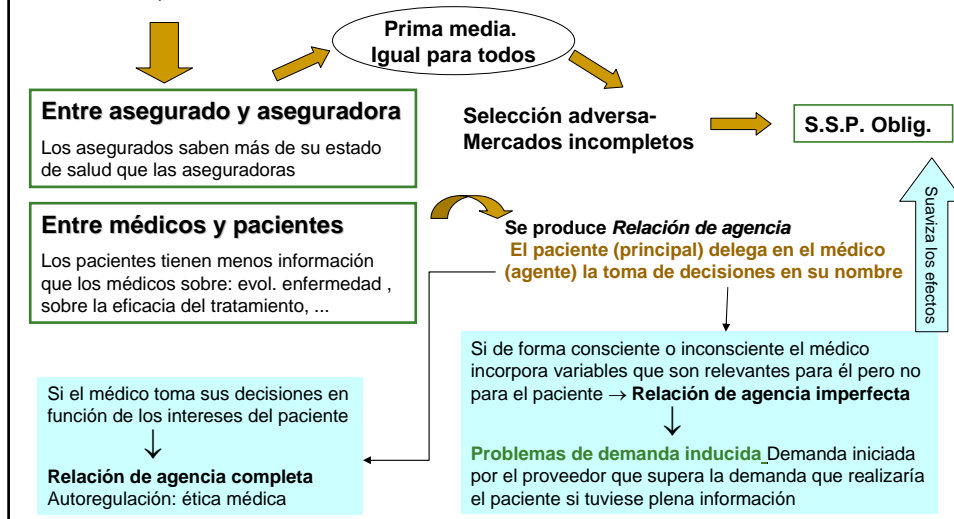
Algunas soluciones parciales:



Fallos de mercado en el sector sanitario

4. Problemas de información

Información asimétrica: Los agentes que participan en una transacción no disponen del mismo nivel de información.



La equidad como justificación de la intervención pública

Existen muchos conceptos de equidad.

- **La salud como un derecho fundamental**

Todos los individuos tiene derecho a la asistencia sanitaria que necesitan. Puede haber situaciones en la cuales los individuos no podrían pagarse la asistencia sanitaria y, por tanto, verían menoscabados sus derechos.

- **La preocupación por la salud ajena. Altruismo**

Los individuos logran mayor bienestar, no sólo con la salud individual sino también con la ajena.

- **Igual asistencia para igual necesidad. Equidad en el acceso.**

La consideración de que se debe vincular la asistencia a la necesidad y no a los niveles de renta. En los sistemas sanitarios públicos los individuos suelen recibir según necesidad y pagar según su capacidad. ¿Ocurre España? ¿Ocurre en la sanidad privada?

- **Igualdad en salud**

Todos los individuos tienen derecho a disfrutar del mismo nivel de salud (¿alcanzable?).

- **Cohesión social**

Es importante, tanto la disminución de la desigualdad en el resultado como en el proceso

Fallos del Estado

Hemos visto que algunas características de los mercados sanitarios justifican la intervención pública vía sistemas públicos de salud. Sin embargo, la intervención pública puede generar "Fallos del Estado":

1. No vinculación entre los costes de producir un bien y los precios pagados por los consumidores. Pocos incentivos en conductas eficientes, minimizadoras de coste, tanto por parte de los consumidores como de la organización médica.
2. Ineficiencia ligada a la falta de competencia.
3. Los objetivos sociales que justifican la intervención no coinciden con los objetivos de los individuos y de las instituciones que tienen que implementar las actuaciones públicas: maximizar votos (políticos), maximizar presupuesto y plantilla (equipo médico), burocratización ...
4. Peso de los grupos de presión que pueden llevar a decisiones ineficientes por parte de los que toman decisiones.
5. Inequidad. La asignación de recursos a través del estado puede corregir algunas desigualdades y generar otras que propician la falta de equidad (privilegios, sobornos, corrupción, ...)

19

Cuestiones (2)

1. Supón que se erradica en el mundo la malaria, ¿puede considerarse esa actuación un bien público?
2. ¿Por qué la contaminación del aire es un ejemplo de externalidad en salud? ¿Cómo funciona el mercado sin intervención? ¿Qué efectos tiene la intervención pública?
3. ¿El efecto del abuso de los antibióticos puede considerarse una externalidad?
4. ¿Por qué las empresas aseguradoras son neutrales al riesgo?
5. Supón una sociedad a la cual le preocupa la salud de los más pobres, ¿pueden esas preferencias justificar el establecimiento de un seguro sanitario público obligatorio y universal?, ¿existen otras alternativas?
6. La existencia de patentes provocan un fallo de mercado, ¿cuál?, ¿deberían por tanto ser eliminadas?
7. Crees que el problema de demanda inducida se soluciona con aseguramiento sanitario público y obligatorio? ¿Por qué? Piensa en un sistema de pago a los médicos que suavice los problemas de la demanda inducida y otro que los agudice.
8. ¿Desde un punto de vista estrictamente económico debe el sector público intervenir fomentando el no consumo de tabaco? Leer la lectura de Ángel López

20

LAS AUTORIDADES ADVIERTEN QUE LA ECONOMÍA PUEDE BENEFICIAR SU SALUD

Ángel López Nicolás

Departamento de Economía (Universidad Politécnica de Cartagena) y CRES (Universidad Pompeu Fabra)

Tabaquismo y economía pública: las claves

¿Debe el sector público aprobar leyes que fomentan la prevención del tabaquismo? Sobre este tema hay opiniones de todo tipo. El espectro abarca el sí rotundo de las organizaciones de profesionales de la salud hasta la no menos firme negativa de algunos economistas. Típicamente los economistas no darán el visto bueno a la intervención si no se convencen de que existe un fallo de mercado lo suficientemente grave como para compensar la “pérdida de libertad” que supone el restringir el consumo en lugares públicos, prohibir la publicidad, subir los impuestos etc.

En el ámbito del tabaco existe la posibilidad de “fallo de mercado” por dos motivos principales: la falta de información sobre las propiedades nocivas del producto para el consumidor (costes internos ocultos) y el daño que el acto de fumar genera a otros individuos (costes externos). Si el consumidor paga conscientemente tanto el coste total interno (conociéndolo y aceptándolo) como el externo, un economista tenderá a argumentar que no hay motivos para que el sector público interfiera en lo que, a sus ojos, es un consumo como cualquier otro.

La información sobre los efectos nocivos del tabaco tiene características de bien público. Por ello se justifica que el sector público financie y promueva la diseminación de tal información. Las leyes que obligan a incluir mensajes sanitarios en las cajetillas es una actuación que se puede justificar desde este punto de vista. En cuanto a los costes externos, en principio bastaría con cuantificarlos de manera correcta y a continuación hacer que el fumador los soportase mediante impuestos.

El argumento de la “libertad amenazada” viene a decir en grandes líneas que a) los costes externos

están suficientemente cubiertos por los impuestos que soporta el tabaco y, por si esto fuese poco, el flujo neto favorable a los sistemas de pensiones de reparto originado por las muertes prematuras de los fumadores, y b) existe suficiente información acerca de los efectos nocivos del tabaco como para convencernos de que el que fuma acepta conscientemente el coste interno en términos de futuras enfermedades. El modelo económico de adicción racional de Becker y Murphy apoya implícitamente este último punto al postular que los fumadores devienen adictos anticipando plenamente las consecuencias que ello les puede deparar en el futuro.¹

¿Hay algo más que la economía pueda aportar al debate?

Desde luego que sí. El estudio más solvente que conozco acerca de los costes del tabaquismo estima que un fumador americano típico de 24 años genera un coste externo (neto de impuestos sobre el tabaco que consume) de 6.200 \$ (a precios de 2000) a lo largo de su vida.² Este estudio no considera como coste externo el daño causado por tabaquismo a los miembros de la propia familia (23.406 \$). Por otra parte, por falta de información, no considera los costes por tabaquismo pasivo extramuros del hogar. Por tanto, se considere o no el daño a los miembros de su familia un coste social, el estudio indica que los impuestos en EEUU son demasiado bajos, y la adición de los efectos del tabaquismo pasivo en individuos ajenos a su familia no haría sino aumentar el balance deudor.

Sin embargo, el dato que más me llama la atención en este estudio es el coste interno que el fumador provoca a sí mismo, que asciende a 141.179 \$. ¿Es el valor monetario de la satisfacción que provoca fumar a lo largo de la vida igual o superior a este coste?

¹ Becker, G., y K. Murphy (1988): “A Theory of Rational Addiction”, *Journal of Political Economy*, Vol. 96, pp. 675-700.

² Sloan F.A., Ostermann, J., Conover, C., Taylor Jr., D.H. y G. Picote (2004): *The Price of Smoking*. The MIT Press.

Seguramente para algunos fumadores lo es, pero también cabe pensar que en no pocos casos el inicio del consumo y la posterior adicción han sobrevenido sin que el consumidor tuviese mucha idea del coste esperado de su decisión. Los profesionales de la salud -que tienen información de primera mano proveniente de sus pacientes- en general albergan pocas dudas acerca de la importancia de esta forma de fallo de la soberanía del consumidor. Gruber y Köszegi -economistas- han defendido que incluso siendo los fumadores conscientes de los efectos futuros de su consumo no actúan con consistencia temporal (es decir, sus acciones previstas para el futuro no se realizan llegada la fecha prevista).³ En concreto muchos fumadores desean dejar de fumar en el futuro, pero llegado el momento no lo hacen (las numerosas resoluciones de año nuevo fallidas vendrían a refrendar este punto). Cualquiera que sea el motivo por el que se produce el fallo de soberanía del consumidor (desconocimiento del coste interno o comportamiento no plenamente racional ante el mismo), su existencia justifica la intervención del sector público por la vía de intentar evitar el consumo hasta la adultez (se supone que entonces el consumidor será soberano) y, sobre todo, por la vía impuestos, para acercar el coste total (costes internos ante los que no se actúa racionalmente y externos) al precio de venta. Así, Gruber y Köszegi muestran que, incluso sin alejarse demasiado del paradigma del “adicto feliz” implicado por el modelo de adicción racional, existe justificación para la intervención pública, en concreto aumentar los impuestos más allá del pago de los costes externos y prohibir las ventas a menores.

Pero, ¿y si la adicción racional -ante la cual el sector público no debe intervenir para proteger al con-

sumidor- y sus variantes -que justifican la intervención en los términos que acabamos de describir- no son una descripción adecuada (o, al menos, completa) de la realidad? El modelo de adicción racional, más allá de la elegancia matemática de su desarrollo y el prestigio del Premio Nobel Gary Becker, se sustenta en evidencia empírica poco robusta. Otros economistas han comprobado que la estrategia empírica usada por Becker y Murphy para contrastar su modelo llevaría a clasificar la leche como un bien adictivo.⁴ Y recientemente se ha demostrado que un modelo donde el tabaquismo es considerado una enfermedad infecciosa genera predicciones “observacionalmente equivalentes” a las del modelo de adicción racional.⁵ Es decir, los patrones de consumo que se detectan empíricamente son necesarios, pero no suficientes, para aceptar la hipótesis de adicción racional. La consecuencia para la política pública es clara: si aceptamos que el consumo de tabaco por parte de padres, abuelos, amigos, profesores, ídolos pop etc. favorece que los jóvenes “se contagien” y empiecen a fumar, la subida de los impuestos pasa a tener una justificación similar a la subvención de las vacunas y la prohibición de la publicidad pasa a ser una forma más de prevenir la infección.

Que cada uno saque las conclusiones que más le convengan. Para bien o para mal, las leyes no siempre se basan en razones económicas y, cuando las usan, no siempre son éstas las de más peso. En cualquier caso, si alguien está interesado en justificar económicamente la Ley de Prevención del Tabaquismo que entró en vigor este año, y los cambios en la fiscalidad que desde las asociaciones médicas se vienen demandando desde hace tiempo, la “ciencia lúgubre” puede echar una mano.

³ Gruber, J., y B. Köszegi (2001): “Is Addiction “Rational”? Theory and Evidence”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 116, pp. 1261-1303.

⁴ Auld, C., y Grootendorst (2004): “An Empirical Analysis of Milk Addiction”, *Journal of Health Economics* Vol. 23 pp. 1117-1133.

⁵ Alamar, B. y S.A. Glantz (2006): “Modelling Addictive Consumption as an Infectious Disease”, *Contributions to Economic Policy and Analysis*, Vol 5, Issue 1, Article 7.