

ANALISIS DEL MERCADO DE LA SALUD.  
(El caso argentino)

ALBERTO JOSE FIGUERAS\*

**I. La Salud como un bien económico**

Suele decirse, siguiendo un viejo aforismo, que «la salud no tiene precio». Es decir, que se halla como un valor absoluto, al tope de nuestras preferencias. Pero esto es, a todas luces, falso.

En la canasta de un individuo coexisten múltiples bienes y servicios, entre ellos el bien «salud»<sup>1</sup>. Incluso algunos de aquellos bienes que resultan perjudiciales para la salud (tales como el tabaco, el alcohol, hábitos nocturnos, etc) son consumidos. De esto puede deducirse, por «preferencia revelada», que la cantidad óptima del bien «salud» no coincide con el nivel de «salud perfecta». Admite un grado de interacción con los consumos de otros bienes alternativos, valorados en términos relativos. Por ejemplo, se prefiere fumar y sacrificar con ello la salud. Esto no es sino una ejemplificación del costo de oportunidad.

Con el análisis anterior, y desvirtuada la idea de que la salud es un bien

\* Profesor Departamento de Economía, Fac.de Ciencias Económicas, U.Nacional de Cba. Profesor Fac.de Ingeniería y Profesor Fac.de Cs.Económicas de laUniv.Católica de Córdoba.

El autor agradece los comentarios realizados en la XXV REUNION ANUAL DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE ECONOMICA POLITICA por PATRICIA PANADEIROS (FIEL) y D.MACEIRA (Inst. Di Tella). A ellos se deben rectificaciones convenientes, así como las notas ampliatorias 4 (cuatro), 6 (seis), 7 (siete) y 8 (ocho). También se reconocen las oportunas críticas y valiosas indicaciones de ALFREDO ALDO VISINTINI y ALBERTO DIAZ CAFFERATA de la Universidad Nacional de Córdoba.

(1) El bien SALUD es un bien cuya obtención y preservación se realiza de modo indirecto por el consumo de servicios asistenciales, preventivos y fármacos. Cuando hacemos alusión al bien salud nos referimos a esta demanda derivada.

absoluto, se puede contemplar la posibilidad de maximizar el bienestar social asignando los recursos a diversas aplicaciones (y no exclusivamente al bien salud), según sea el mapa de preferencia social. Esto nos conduce a las siguientes preguntas: ¿Prefiere, la comunidad, recibir mayores cuidados médicos, cualquiera sea la remuneración de estos profesionales? ¿Estará dispuesta a realizar fuertes transferencias de ingresos desde otros sectores al sector salud? ¿Preferirá sistemas abiertos o sistemas cerrados de prestación? ¿Qué modalidad de atención se deberá adoptar: pública, privada o mixta?

## II. Vinculaciones entre la salud y la economía.

Algunas de las múltiples y recíprocas vinculaciones entre la economía y la salud no suelen ser evidentes. Sin embargo, abarcan diversos planos. Así en el corto plazo como en el largo plazo.

M. Harvey Brenner, de la John Hopkins University, ha encontrado fuertes relaciones, por ejemplo, entre la acentuación de la desigualdad económica y el deterioro de la salud física y mental. <sup>2</sup>

En los períodos en que se incrementa la tasa de desempleo, se eleva agudamente el número de suicidios, muertes por cirrosis hepática, admisiones en neuropsiquiátricos y decesos cardiovasculares. Lo cual resulta un toque de atención: la presencia del «ciclo económico» no es despreciable en lo atinente a la salud de los habitantes.

Esto en lo que atañe al corto plazo. Pero quizás el lazo más importante se halle en el largo plazo. En la influencia no ya de la economía sobre la salud, sino de la salud sobre la economía. Efectivamente, en el largo plazo el problema fundamental es el crecimiento, y allí la importancia de la teoría del capital humano toma cuerpo. Y uno de los determinantes fundamentales de este capital es, sin dudarlo, el nivel de salud de los sujetos. <sup>3</sup>

## III. Una oferta y una demanda singulares

En esta industria <sup>4</sup> tan particular se advierte la presencia de tres va-

(2) Cfr. Harvey Brenner 84.

(3) Cfr. Usher, Dan, 78.

(4) Estamos en presencia de una industria multiproducto. Como todas las industrias, demás está decir. Por ello es importante señalar que el producto de tratamiento a lo largo de este ensayo, resulta ser la «atención médica». Sin diferenciar entre distintas prácticas, habida cuenta que nuestro análisis apunta al «agregado»

**riantes de oferta:** i) el profesional solitario con su consultorio particular aislado; ii) la empresa privada de salud (EPS) (que puede tener internación, o ser solamente un pool de médicos asociados para la prestación de consultorios externos); iii) el hospital como prestador de servicios sin cargo.

En los dos primeros casos existen una serie de preguntas que se responden de acuerdo a los diversos criterios sobre los comportamientos de los sujetos: ¿está presente una preponderancia de motivos éticos en la oferta de médicos, de acuerdo a lo que se deduce de su conducta como oferente? ¿o, por el contrario, el aducir motivos éticos predominantes no es sino una «derivación» en el sentido sociológico de Pareto? ¿Qué consecuencias económicas emergen de la potencial manipulación de la demanda por parte del médico, ante la ausencia de soberanía del consumidor? ¿Su comportamiento es de precio-aceptante? ¿O, en realidad, al existir diversas calidades de prestación (al menos en la subjetividad de los demandantes), el producto resulta diferenciado y la elasticidad cruzada suficientemente baja como para sostener la presencia de mercados muy imperfectos? ¿Podrá realizarse un eficaz contralor del comportamiento oligopolista del médico? ¿Será más operativo ese control social de estar presentes, de modo convergente, las aducidas virtudes altruistas como el comportamiento maximizador?

**En el análisis de las dos últimas variantes, empresa privada y hospital no comercial, nos enfrentamos al problema de la dimensión óptima, habida cuenta que con frecuencia suele darse una mala utilización de la capacidad instalada, por carencia de recursos variables, v.gr. escasez de personal capacitado, presupuesto insuficiente, etc.**

Debe advertirse que variables tales como el costo financiero han sido poco tratadas en las empresas médicas, resultando ser, no obstante, un factor significativo en las elevadas cargas por prestaciones, en especial en períodos de altas tasas reales.

Además, al igual que en las industrias de bienes, en los hospitales no comerciales sus directivos maximizan su prestigio profesional. Y éste se encuentra altamente correlacionado con el tamaño de estos nosocomios, tendiéndose a un crecimiento desmedido que cae incluso en deseconomías de

de la industria y no a cada uno de sus productos conformantes. No importa distinguir entre los «distintos productos» pues no es de nuestro interés el grado de sustituibilidad que pudiere existir entre ellos, sino sólo el problema general del mercado de la salud, globalmente planteado.

Por tanto, cuando hablemos de demanda (u oferta) de atención médica (salvo aclaración en contrario) nos referiremos a todo tipo de prestaciones (consultas, internaciones, intervenciones quirúrgicas, etc), como si operásemos con un único bien homogéneo.

escala. Una desmedida producción sanitaria por unidad hospitalaria, (análoga al consumo conspicuo de Th. Veblen), que conduce al centro asistencial fuera de su óptimo.

Por otra parte, en el análisis económico de este mercado no debe olvidarse que los profesionales que trabajan a sueldo en los hospitales públicos (en especial hospitales-escuelas) obtienen con esta labor un status profesional que luego trasladan a sus consultorios privados bajo la forma de adicionales por sobre el «precio de mercado». Vale decir que las **reducidas remuneraciones** que se perciben en los centros públicos **son recuperadas** (en especial por los profesionales de mayor prestigio) vía los sobrepuestos que se recargan (en virtud de una «capacitación mayor» que toma en más inelástica la curva de demanda de su servicio) en los consultorios particulares. No es difícil hallar en los recetarios verdaderos resúmenes de la trayectoria del facultativo, con tal publicitación se pretende diferenciar el servicio, generando su propio mercado (donde puede ser un fijador de precios) por brindarse un producto supuestamente distinto al de otros profesionales.

Esto nos conduce a un problema ya mencionado: **la limitación de la soberanía del consumidor**. En un mercado de bienes cualesquiera, bajo competencia, se da una demanda como resultado de una serie de precios y de una calidad de mercancía por la cual el consumidor está dispuesto a pagar. El precio que los productores consiguen depende de lo que los consumidores quieren, así como de los bienes sustitutos existentes. Sin embargo esto no ocurre en el mercado de recursos sanitarios, en donde los fallos de mercado se multiplican.

**En primer lugar**, la principal demanda de recursos sanitarios proviene en realidad de decisiones adoptadas por el proveedor (el médico). **En segundo lugar**, los consumidores se encuentran muy limitados para juzgar la calidad del servicio. **Además**, el apremio con que, muchas veces, se requieren los servicios (urgencias) restringen las posibilidades de una elección libre y óptima.

Una vez que el paciente se encuentra frente al médico son estos quienes deciden qué recursos serán usados, cuándo y en qué intensidad. El enfermo no está en posición de saber cuánto tiempo de atención requiere, ni tampoco le es posible exigir un tiempo que él estime conveniente. **Ambos papeles, oferente y demandante, recaen** entonces, normalmente, **en el médico**. La independencia normal entre oferta y demanda, que incluso en sectores altamente monopólicos se mantiene en «algún grado», es inexistente en el área que nos preocupa. «Aún después de (...) los servicios, el paciente no está todavía capacitado para saber si los servicios son técnicamente buenos o malos. Si se

recupera, puede ser a pesar de los servicios recibidos, que han prolongado la enfermedad, aunque él no lo sepa. El paciente no sólo está incapacitado para evaluar la calidad de su tratamiento, sino que carece de criterios para determinar si éste ha sido administrado a un precio razonable» (B. Abel-Smith, «Value for Money in Health Services»).

Por último, vinculado a las condiciones de la oferta están los **estudios de la función de producción**. En ellos se analizan los impactos que en el nivel de salud presentan cambios en el nivel de los diversos insumos sanitarios. He aquí que las conclusiones apuntan a que las mejoras en los parámetros epidemiológicos y de mortalidad obedecen no solamente a los progresos de la técnica médica y de la ciencia química y la bioingeniería, sino más bien a cambios económicos (capacidad de producción y distribución de bienes) y culturales (higiene, etc.).

#### IV. El problema del «riesgo moral» y la eficiencia. <sup>5</sup>

Este problema consiste en un sobreconsumo y, por ende, una mala asignación de los recursos. El sobreconsumo surge como efecto de que el consumidor no soporta el costo, y de esta manera demanda (incluso incentivado por la recomendación del profesional) como si la atención tuviese un costo de oportunidad igual a cero. De hecho, para el paciente, si la cobertura es total el precio es cero. Para una mejor comprensión trabajaremos gráficamente (Gráfica I).

Bajo un sistema de financiación (sea un seguro privado, o la prestación sin cargo en los hospitales, o una obra social) en donde no existe un vínculo entre el costo para el usuario y el nivel de prestación, se presenta este tema de ineficiencia. Verdadero nudo gordiano en los sistemas de salud de todo el mundo, aún en los más avanzados.

Supongamos una curva de demanda, en caso de enfermedad ( $D_m$ ). A un precio de mercado de 5 el consumo de atención sería de 40 unidades, con un costo total para el sistema de 200. Incorporemos ahora una cobertura completa, bajo la cual el paciente no abona absolutamente nada cualquiera sea el nivel de atención. El demandante operará como si el precio fuese cero, requiriendo entonces, 100 unidades, con un costo total de 500. Aquí existe un costo de bienestar, a causa del exceso de consumo y que puede medirse en nuestra gráfica por el triángulo ABC.

(5) Cfr. Browning 83.

DEMANDA DE SALUD Y EL SOBRECONSUMO

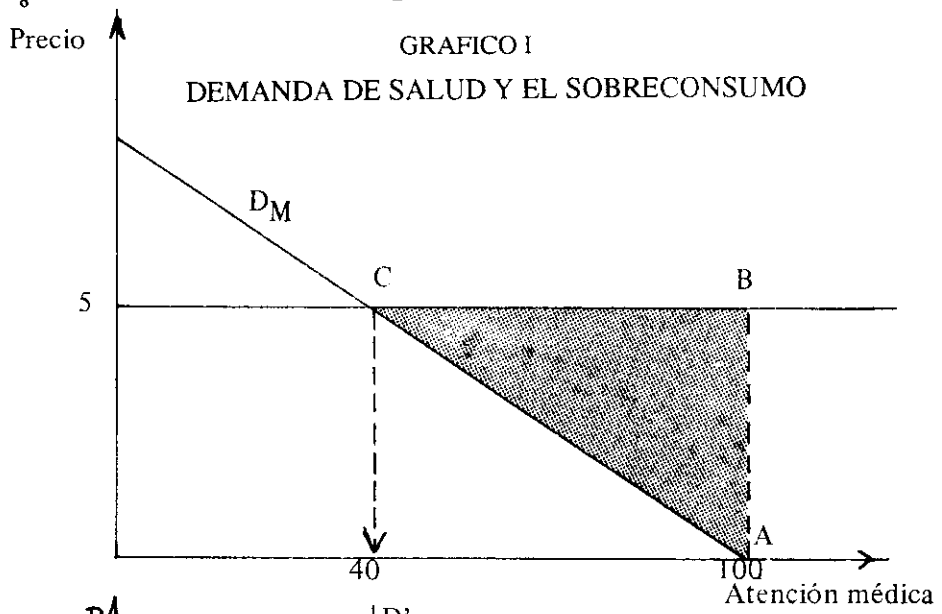
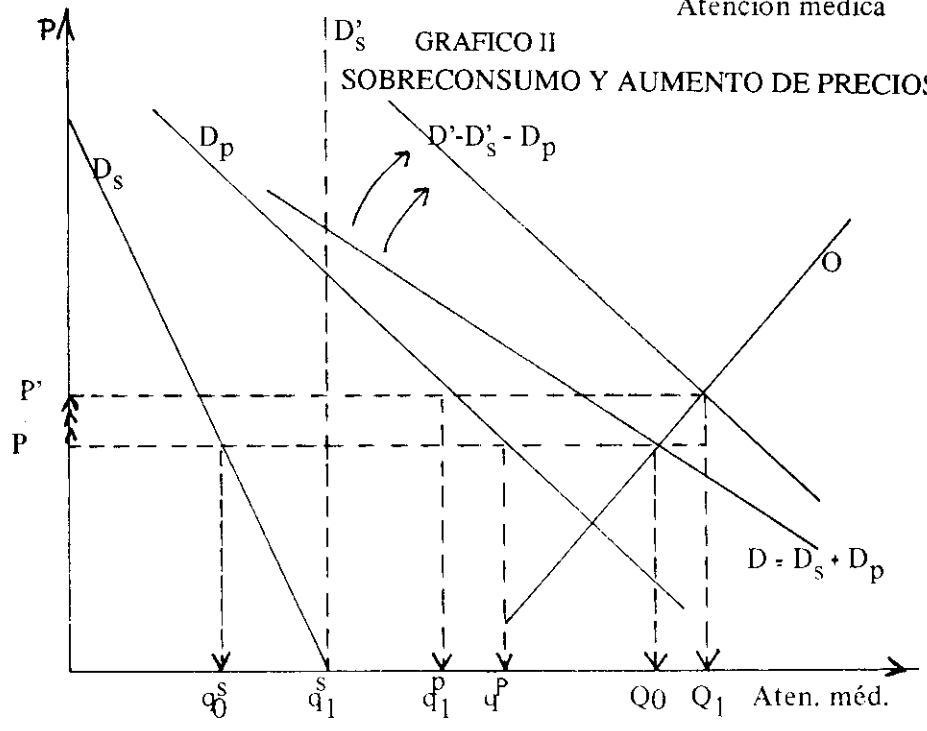


GRAFICO II  
SOBRECONSUMO Y AUMENTO DE PRECIOS



A poco de analizar, se cae en la cuenta que a menor elasticidad de demanda menor será la severidad del problema, y por tanto, menor la pérdida de bienestar, por reducción del triángulo ABC. En el caso extremo de una demanda perfectamente inelástica el problema del sobreconsumo desaparece, pues la demanda no se incrementa, aún cuando el bien sea «gratuito». Esto nos lleva a concluir, que es de relevante importancia la elasticidad de demanda para definir la vía de financiación (siempre mirando exclusivamente a la eficiencia). Es así como puede recomendarse, a partir del hecho de una sensibilidad de los cuidados hospitalarios por peligro de muerte muy baja a los precios, una cobertura total de gastos. Contrariamente a los servicios externos, altamente elásticos a los precios, en donde una cobertura total culmina en una sobredemanda.

Todo este problema se ve potenciado por las prescripciones de los médicos quienes conocedores de que el paciente no cubre el servicio probablemente recomiendan (por precaución técnica a veces, y otras muchas por maximización de ingresos) pruebas sofisticadas y numerosas.

Hemos planteado la dificultad. El subsidio genera ineficiencia y pérdida de bienestar. Además, al incrementarse la demanda efectiva, por parte de los pacientes, se producen dos consecuencias: a) el incremento de demanda hace crecer el precio de los servicios de sanidad. Muchos economistas estiman que esta es la causal de los fuertes incrementos de los costos de salud desde los años 70; b) el crecimiento inducido del consumo culmina, como vimos, para el servicio (público o de obra social) en una mayor erogación por enfermo, y esto conduce al incremento de la cuota del asociado (o del presupuesto, en el caso público) bajo pena de deterioro del servicio o al apremio financiero (situación preocupante de gran número de obra sociales en nuestro país).<sup>6</sup>

## V. El aumento de precios y el subsidio<sup>7</sup>

En las últimas décadas se ha observado un aumento sostenido del precio de las atenciones médicas. Paralelamente se ha dado una extensión de las obras

(6) Dado que los ingresos de las Obras Sociales no provienen del pago de primas que resonan a cálculos actuariales, difícil es un equilibrio Gastos-Ingresos, por lo que cualquier desajuste se salva por recortes en la calidad y cantidad de prestaciones.

(7) Aún cuando hablamos de subsidio se trata de seguros de salud (no necesariamente subsidiados de modo directo). Sin embargo, la presencia del subsidio es constante: **un subsidio cruzado entre grupos**. Entre el grupo que concurre a la asistencia y aquel que no lo hace, p.ej. por poseer una doble cobertura. Hablamos, entonces, de subsidio en el sentido de que el demandante no responde directa y plenamente por los costos de su consumo.

sociales y la prestación gratuita por el Estado. Pues bien, los economistas han entendido que la presencia del problema de sobreconsumo, que tratamos unas líneas más arriba, indujeron este incremento de precios. El razonamiento, de una consistente fuerza lógica, puede ser seguido con ayuda de la gráfica II.

En ausencia de un subsidio a la enfermedad, sea privado o público, tendremos una demanda total de servicios  $D$ , que podemos descomponer en dos potenciales consumidores:  $d_s$ , que representa a los consumidores potencialmente subsidiados y  $d_p$  que representa a aquellos que recibirán atención privada. Si ahora introducimos un sistema de seguro de salud que permite consumir sin erogar (directamente), emerge el problema del «moral hazard», del sobreconsumo. Se genera una nueva demanda  $d's$ , que sumada a la demanda «privada» inmodificada  $d_p$ , nos brinda una demanda agregada,  $D'$ . Por ende, surge un nuevo precio de equilibrio de los servicios. Mientras, sin seguro social, y con una oferta de servicios médicos tal como  $O$ , teníamos un equilibrio  $P_0 - Q_0$ , ahora tendremos un nivel  $P_1 - Q_1$ .

El nuevo precio  $P_1$ , mayor que  $P_0$  conduce a una caída en el consumo de los «privados» ( $q^p_1$ ), y un aumento en la cantidad de aquellos que reciben subsidios ( $q^s_1$ ).

Esto en cierto modo explica, simplíficamente, los fuertes incrementos reales de precios en el área de la salud (pese a una creciente oferta de médicos). Si bien en la Argentina no conocemos estudios empíricos que confirmen lo aseverado, en los Estados Unidos, desde la aplicación del Medicare y el Medicaid, se observó que las personas de menores ingresos (pero cubiertos por estos sistemas) registraban un mayor número de visitas médicas que los grupos de mayores ingresos, frente a una situación opuesta antes de los seguros sociales. Esto, avalado por cifras que sería tedioso repetir, advierte sobre la influencia del precio en la demanda de servicios sanitarios.

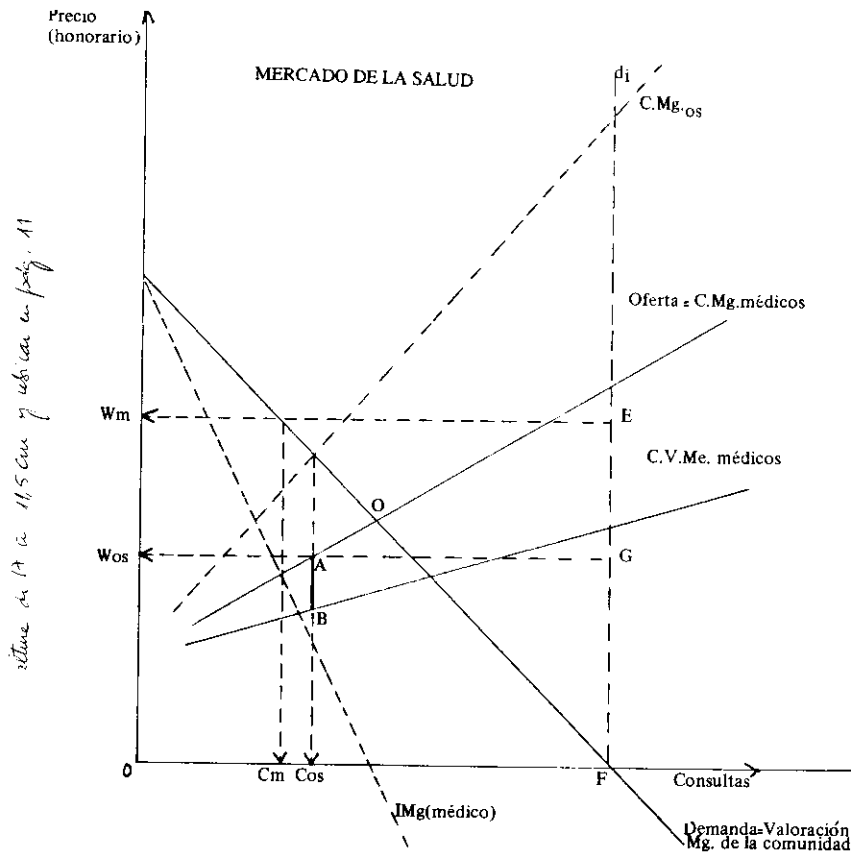
## VI. Mercado Imperfecto, cuasi-rentas y disconformidad

Antes de ingresar a una referencia empírica, intentaremos una reflexión teórica que compatibiliza, por un lado, la presencia de crisis en las distintas Obras Sociales; y, por el otro, la disconformidad de las agrupaciones médicas en cuanto a sus ingresos. Para ello utilizaremos los conceptos de moral hazard (sobre consumo), monopolio bilateral y cuasi-renta.

Comenzamos primero, simplíficadamente, suponiendo que los médicos se hayan agremiado, pero no existen Obras Sociales (OS). Se da pues un



GRAFICO III



monopolio por el lado de los oferentes. En la gráfica III y considerando criterio maximizador tendremos un nivel de equilibrio  $C_m$  con un valor de la «consulta» de  $W_m$ .

Cambiemos ahora, y supongamos que los médicos no se encuentran agremiados y sí existen OS. Habría pues un monopsonio. En la gráfica III, y siempre con criterio de óptimo individual, se dará un valor de la consulta  $W_{os}$  y una cantidad  $C_{os}$ .

Si comparamos los dos casos observamos que en el segundo la remuneración es menor y las «consultas» mayores. A su vez  $W_{os}$  y  $C_{os}$  son menores que bajo competencia perfecta (punto O).

Llegamos ahora al análisis que, a nuestro entender, más se ajusta a la realidad: **un monopolio bilateral.**

Como bien sabemos un mercado de tal morfología no tiene una solución precisa, tanto precio como cantidad dependerán de las fuerzas respectivas de cada sector. Si predomina la posición de los médicos nos aproximaremos a  $W_m$ , si predomina las Obras Sociales prevalecerá  $W_{os}$ .

Ahora introduzcamos la presencia del problema del sobreconsumo; la curva de demanda (en virtud de un consumo desvinculado del precio para los individuos que reciben atención, pero no para las OS) será  $d_1$  (perfectamente inelástica). De donde cualquiera sea el precio la cantidad consumida será  $F$ . Por lo tanto los médicos intentarán subir el precio, y, como es evidente, el rectángulo  $OW_m EF$  es mayor que el rectángulo  $OW_{os} GF$ .

Ahora bien, el médico por tener una especialización muy marcada presenta una cuasi-renta. Si rigiera el precio  $W_{os}$  la cuasi-renta por unidad sería  $AB$ . Vale decir que es una remuneración por encima de lo necesario para que se mantengan en esa actividad (en otras palabras de los costos variables medios). Si retornamos al problema del sobreconsumo se observa que a medida que las organizaciones médicas presionan al alza el precio de la consulta (más próximos a  $W_m$ ) mayores serán los Ingresos del sector. Los mayores precios les son posibles por la sencilla vía de cobrar  $W_{os}$  a las mutuales y el sobreprecio en efectivo del bolsillo directo del paciente.

El cobro de «los adicionales» se ve posibilitado al romperse el cartel de la demanda, pues en el momento de prestar el servicio el médico o la EPS trata «individualmente» con un sujeto, incluso apremiado por sus circunstancias. Al quebrarse el cartel de los afiliados a las OS, desaparece o se va diluyendo la curva del  $CM_{g}$ ; y vuelve a tomarse operativa solamente la curva de oferta de los servicios médicos.

Hemos intentado con esta sencilla gráfica explicar conceptualmente, la presencia de una cuasi-renta (todo pago por sobre los  $CVMe$  de los servicios médicos), de un sobreconsumo por subsidio y, en especial, la disconformidad de los prestadores del servicio a cualquier remuneración por debajo de  $W_m$  (puesto que cualquier otro precio no los encuentra en su óptimo).

## VII. Modelos de Asistencia

Antes de ingresar al estudio de las particularidades del mercado de la salud, distinguiremos los modelos de asistencia. Podemos señalar: a) modelo

privado; b) asistencia colectiva.

La forma más antigua de motivar a personas (autorizadas) para que atiendan enfermos que les son extraños es el pago directo a título particular (modelo privado). Cada persona, individualmente, afronta los riesgos y costos de su salud.

**La asistencia colectiva presenta dos variantes:** i) el modelo público; ii) el modelo de seguridad social. La aparición de la asistencia colectiva se explica por la vigencia de la idea de que al derecho de ser asistido, no se puede responder con la beneficencia, pues ésta se mueve al vaivén de las buenas voluntades.

En el caso del **modelo estatal o público** la atención está a disposición de todos, sin principio de exclusión monetario, con la sola restricción de acceso por congestión. Esta modalidad ha presentado un auge mundial con la extensión del Estado de Bienestar. Un ejemplo de esta asistencia es el National Health Service británico, en funcionamiento desde 1948 a partir de un informe preparado por un comité especial (presidido por W. Beveridge) siete años antes.

**El modelo de la Seguridad Social**, por su parte, es un sistema de atención restringida a los afiliados, que contribuyen al financiamiento por medio de aportes obligatorios. Su primer antecedente es de 1884, cuando en la Alemania de Bismarck, rigieron obligatoriamente las cajas de seguro de enfermedad («Krankenkassen»). Existen dos modalidades de atención: **directa** (en donde la entidad social brinda servicios con instalaciones y recursos propios) e **indirecta** (en este caso la entidad opera como intermediario financiero, pues el servicio es brindado por el sector privado, el sector público u otra obra social).

### VIII. Sistemas de cobertura pre-paga

Con el propósito de prevenir el riesgo económico por enfermedad, se extienden los sistemas de salud con modalidad de pre-pago. En esta tendencia de pago previo (sea por seguro privado o por obra social), los sistemas de prestación pueden ser **abiertos o cerrados**.

En los **sistemas abiertos**, la entidad que agrupa a los afiliados suele subcontratar con numerosos prestadores, y dentro de ese universo preestablecido el afiliado puede elegir su facultativo. A su vez, también existe la modalidad de dejar librada la elección al afiliado, sin ninguna limitación en el universo de prestadores. Dentro de la variante de sistema abierto puede operarse por el **método de reembolso** al afiliado de los gastos incurridos en base a aranceles por acto médico. También puede seguirse el sistema de pago por la propia entidad

social, en cuyo caso puede operarse de dos modos: i) pago por acto médico realizado; ii) pago por capitación (esto es una suma fija por atención de un cierto número de beneficiarios, por un período determinado).

Los **sistemas cerrados**, por su parte, presentan la característica de que la entidad agrupadora posee prestadores e infraestructura propia. Puede presentarse la posibilidad de que la entidad intermediadora no posee prestadores propios sino que sobcontracte con una sola empresa privada de salud, la cual cumplirá la función de asistencia.

Cada una de estas posibilidades de cobertura tiene **sus ventajas e inconvenientes**. Los **sistemas abiertos** presentan la dificultad de una fuerte tendencia al sobreconsumo. Los **sistemas cerrados**, por su lado, suelen tener deficiencias de calidad y tendencias a la despersonalización, aunque superen el problema del sobreuso.<sup>8</sup>

A partir de estas particularidades, las auditorías apuntan a objetos distintos. En los sistemas abiertos se fiscaliza que las prestaciones respondan a necesidades reales. En los cerrados se audita la calidad del servicio para evitar la fuga de afiliados.

A su vez las formas de pago de los servicios también poseen sus peligros. El **sistema de reembolso** favorece el sobreconsumo, en especial de altas complejidades, pues el demandante no tiene «límite presupuestario». El **pago por acto médico** da incentivos para la atención diligente de tiempo y uso de recursos, aunque como contrapartida las tasas de uso serán muy elevadas. El **sistema de capitación**, por su parte, si bien elimina consumos innecesarios, quita todo interés por el enfermo, puesto que la remuneración es absolutamente independiente de los tratamientos (lo cual concluye en un alto riesgo de muerte por desatención, pues la maximización de beneficios se produce con prácticas médicas en número de cero)

## IX. La situación argentina

A esta altura del desarrollo el lector se preguntará: ¿Existe en nuestro país sobreconsumo? ¿Se dá, como se ha postulado, un incremento de los precios de la salud?

(8) Uno de los problemas de los sistemas cerrados consiste en que en las Obras Sociales que operan de tal modo, los beneficiarios **no pueden satisfacer sus preferencias** individuales en la elección del facultativo, debiendo recurrir a la institución prestadora de su asociación gremial. Por supuesto, esto resta bienestar a la comunidad. Pero lo que es más grave, tal mecanismo **quita incentivos de competencia** en la prestación de los servicios, los cuales pierden calidad.

Pues bien, la presencia de sobreutilización es posible de colegir si observamos la evolución de los gastos de salud financiados por cuenta propia (cuadro I) que en todos los rubros (consultas, internación, laboratorio, radiología), muestra una caída de más del 40% (promedio) entre 1969 y 1982. Se ha dado un retroceso del sector público y una expansión de las OS. Habíamos concluido en un acápite anterior que de existir cobertura existía sobreutilización. Las cifras porcentuales no dejan dudas: habida cuenta que la cobertura es amplia (sólo el 11% de las internaciones es soportado por el paciente), la sobreutilización, debe estar presente.

No obstante, si la conclusión anterior es poco convincente por ser deductiva, puede recurrirse a otros indicadores y comparaciones. Utilizaremos **datos recabados confidencialmente** en tres agrupaciones sociales de cobertura: una obra social **sindical** que opera con **sistema abierto** (en adelante OSSA), un **sistema de salud cerrado pre-pago** (SICE) y una agremiación de profesionales que opera con sistema abierto con reintegro (SAR).<sup>9</sup>

En un cotejo de los gastos por afiliado en OSSA y en SAR (cuadro II), se percibe una erogación bastante mayor en el SAR, pese a poseer controles de auditoría médica mayores y más estrictos. Esta conducta puede atribuirse a que:

a) al resultar el pago inmediato (y en muchos casos, a precios de consulta privada<sup>10</sup>) el prestador se siente inducido a recomendar mayor número de prácticas (la «oferta médica» genera su propia demanda).

b) al ser los afiliados estudiados del SAR optativos resultan ser consumidores efectivos de los servicios (presumiblemente no poseen doble afiliación). En cambio en la OSSA, los afiliados considerados para el cálculo son los obligatorios y no los optativos, incluyéndose, entonces algunos que no hacen ningún uso de los servicios sociales por poseer doble afiliación (o preferir el sistema privado).

Luego hemos calculado las **tasas de uso por afiliado** para el SICE y el SAR (cuadro II). Si bien en algunos rubros del ACTO MEDICO se identifica una tasa menor para el SAR, en general los valores son bastante superiores para el sistema abierto.

Como indicador global (aunque no resulta estrictamente preciso) podemos hablar de un índice SAR/SICE de 1,17. Esto revela el peso del control de

(9) Los nombres concretos y reales de estas mutuales no se revelan en razón de haber asumido tal compromiso. Sólo precisaremos que se trata de mutuales que operan en el interior de la República.

(10) Esto como consecuencia de que el paciente **abona la consulta privada**, y luego solicita el reintegro al S.A.R. a valor arancel INOS.

## CUADRO I

## Financiamiento de Gastos de Salud

| Financia           | Consultas |      | Internación |      | Laboratorio |      | Radiología |      |
|--------------------|-----------|------|-------------|------|-------------|------|------------|------|
|                    | 1969      | 1982 | 1969        | 1982 | 1969        | 1982 | 1969       | 1982 |
| Obras Sociales     | 16.1      | 45.6 | 20.3        | 49.7 | 45.1        | 54.1 | 45.1       | 56.3 |
| Pre-pago Privado   | 13.2      | 8.5  | 13.2        | 9.6  | 12          | 21.5 |            | 9.8  |
| Cuenta propia      | 43.2      | 31.5 | 26.5        | 10.8 | 16.8        | 11.7 | 24.5       | 12.2 |
| PRIVADO (subtotal) | 72.5      | 85.6 | 60          | 70   | 83          | 87   | 69.6       | 78.3 |
| SECTOR PUBLICO     | 27.5      | 14.4 | 40          | 30   | 17          | 13   | 30.4       | 21.7 |

Fuente: Encuesta de utilización de Servicios y Gastos en atención médica Min. de Salud Pública (1982) (solamente abarca Area Metropolitana)

## CUADRO II

## Datos comparativos de sistemas de salud

| GASTOS POR AFILIADO      |                                  |       |      | TASA DE USO<br>(por afiliado) |        |        |                    |
|--------------------------|----------------------------------|-------|------|-------------------------------|--------|--------|--------------------|
| Acto Médico              | O.S.S.A./S.A.R. Índice SAR /OSSA |       |      | Acto Médico                   | S.A.R. | SI.CE. | Índice SAR/ SI.CE. |
| Consultorio Externo      | 5,99                             | 14,8  | 2,47 | Consultorio Externo           | 4,235  | 5,306  | 0,8                |
| Análisis                 | 5,02                             | 7,42  | 1,48 | Análisis                      | 4,274  | 3,957  | 1,08               |
| Radiología               | 3,05                             | 3,34  | 1,09 | Radiología                    | 0,631  | 0,666  | 0,96               |
| Internación (Sala + UTI) | 9,77                             | 25,12 | 2,57 | Internación (sala)            | 0,305  | 0,447  | 0,68               |
|                          |                                  |       |      | Internación (U.T.I.)          | 0,086  | 0,046  | 1,87               |
|                          |                                  |       |      | Total Práct. Especializad.    | 2,475  | 1,541  | 1,61               |
|                          |                                  |       |      | Cesareas/partos               | 0,490  | 0,370  | 1,32               |
|                          |                                  |       |      | Cirugía                       | 0,087  | 0,084  | 1,04               |

Metodología: Para O.S.S.A. y S.A.R. se tomó el total de Gastos por rubro, dividiendo por el número de afiliados en 1986: O.S.S.A. (aprox. 50000); S.A.R. (1844 optativos).

En el caso de Tasas de Uso en SI.CE. se dividieron los datos originales por el número de afiliados del sistema; en S.A.R. se tomaron directamente las tasas de uso calculados por la entidad.

Fuente: Elaboración propia en base a datos confidenciales.

auditoría en el sistema cerrado y el sobreconsumo relativo del sistema abierto.

A su vez el objetivo implícito de maximización de beneficios por parte de los EPS puede detectarse a través de una **comparación entre coeficiente de prescripción de ciertos actos médicos** por distintas EPS. Para esto se tomó como universo los actos médicos facturados a una misma obra social<sup>11</sup>. Se obtiene un coeficiente que relacione «días en terapia intensiva» (UTI: unidades terapia intensiva) respecto de «días de internación en sala», y «cesáreas» respecto de «partos». Se supone que debido a las características de los actos considerados no exista sobrefacturación (es decir, facturación de actos médicos no realizados, como puede darse en el caso de consultas externas). Tomamos como pauta de comparación la EPS VII que posee el menor coeficiente de prescripción del acto de mayor complejidad respecto del total de actos posibles (i.e. días UTI/días sala y cesáreas/partos). Se detecta claramente el sobreconsumo (por sobreprestación), en algunas EPS de hasta 28 veces la EPS tomada como pauta; y siendo el promedio (si excluimos la pauta) seis veces superior en el primer coeficiente y once veces superior en el segundo (Cuadro III).

En cuanto hace a la **evolución de los costos**, típica prueba del sobreconsumo (por incrementos de demanda, como ya explicamos, y de aumentos de costos por sofisticaciones tecnológicas por el lado de la oferta), estos pueden apreciarse en los precios relativos graficados (Gráficas IV, V, VI).

En las relaciones definidas respecto al Índice de Costo de Vida, se pueden distinguir claramente el pre período de retraso cambiario (mediados 1979-mediados 1981) y el cambio de tendencia a partir del gobierno constitucional (último trimestre '84). Los comportamientos son disímiles según sean bienes comercializables (fármacos) o domésticos (servicios médicos), si existen precios controlados o no, etc. Aunque lo claramente discernible es la fuerte trepada del precio de los servicios médicos a partir de setiembre de 1983 hasta junio '87 (Gráficas IV, V, y VI).

El **precio relativo Servicios Méd./Salarios promedio**, como es habitual en las relaciones de precios en un sistema económico muy regulado, muestra bruscas oscilaciones, con un deterioro marcado durante 1982 y 1983 (especialmente este último año, cuando los SM presentaron una remuneración relativa por debajo del nivel de 1977). El nivel de 1977 se recupera en 1985, encontrándose a fines de 1986 dos veces por encima del nivel base (año '77). Esta trepada de

(11) La Obra Social investigada es la misma que se ha considerado en el estudio de gastos por afiliado, y que designamos por la sigla O.S.S.A. (Obra Social Sistema Abierto).

los costos de salud sería más acentuada todavía de no ser por la enorme oferta de médicos. En las comparaciones internacionales sólo Italia posee un mayor número de médicos por habitante (Cuadro IV).

A partir de Junio '87 se observa un constante descenso del precio relativo de los gastos de salud (Gráfica VI). Quizás pueda hallarse una explicación en el deterioro financiero de las OS, lo cual ha retraído su demanda. Esto explicaría ciertas voces del sector, pero no las continuas quejas que desde hace casi una década se escuchan aduciendo una situación altamente deteriorada. <sup>12</sup>

### CUADRO III

#### Comparación entre prescripciones en distintas EPS

| Empresas Priv. de Salud       | Internac. en Sala | Internac. en U.T.I. | Porcentaje UTI/Sala | Indice      |        | Porcentaje Indice |            |              |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------|--------|-------------------|------------|--------------|
|                               |                   |                     |                     | Base EPSVII | Partos | Ces.              | Ces./Part. | Base EPS VII |
| EPS I                         | 181               | 22                  | 0,12                | 2           | 15     | 9                 | 0,60       | 10           |
| EPS II                        | 211               | 215                 | 1,02                | 19          | 18     | 14                | 0,78       | 12           |
| EPS III                       | 39                | S.D.                |                     |             | 6      | 1                 | 0,17       | 3            |
| EPS IV                        | 140               | 14                  | 0,10                | 2           | 3      | 2                 | 0,67       | 11           |
| EPS V                         | 144               | 221                 | 1,53                | 28          | 1      | 1                 | 1,00       | 16           |
| EPS VI                        | 313               | 65                  | 0,21                | 4           | 4      | 2                 | 0,50       | 8            |
| EPS VII                       | 933               | 51                  | 0,05                | 1           | 16     | 1                 | 0,06       | 1            |
| EPS VIII                      | 871               | 142                 | 0,16                | 3           | 22     | 17                | 0,77       | 12           |
| EPS IX                        | 357               | 42                  | 0,12                | 2           | 14     | 12                | 0,86       | 14           |
| EPS X                         | 533               | 158                 | 0,30                | 5           | 6      | 3                 | 0,50       | 8            |
| Total                         | 3722              | 930                 | 0,25                | 5           | 105    | 62                | 0,59       | 9            |
| Total (excluida la EPS pauta) | 2789              | 879                 | 0,32                | 6           | 89     | 61                | 0,69       | 11           |

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta de datos en registros confidenciales e informantes claves

(12) Sin embargo, tan crítica no puede resultar esta situación, habida cuenta que las EPS compiten con acabado éxito por solares e inmuebles de elevadísimo costo (y locación) en el espacio urbano. Lo cual es un indicador indirecto de buena rentabilidad (relativa).



## CUADRO IV

Médicos para 10.000 habitantes  
(año de 1980)

| Sector<br>Año | Oficial O. Social |     | Privado | Total R.A. | EE.UU. | Otros Países |           | Perú |
|---------------|-------------------|-----|---------|------------|--------|--------------|-----------|------|
|               |                   |     |         |            |        | España       | Venezuela |      |
| 1958          | 7.8               | 1.4 | 2.3     | 11.5       | n.d.   | n.d.         | n.d.      | n.d. |
| 1969          | 11.9              | 2   | 8.9     | 22.9       | 14.9   | 12.4         | 7.9       | 6.2  |
| 1980          | 12.7              | 2.6 | 9.3     | 24.8       | 19.2   | 22.2         | 10.1      | 7.2  |

Fuente: P. Nacional de Estadísticas de Salud e Informe del desarrollo mundial (Banco Mundial)  
(los datos internacionales no corresponden a 1969, sino a 1965).

## CUADRO V

Gastos en Salud (1980)  
(total del país)

|                    | Millones<br>de pesos | %    | Porcentaje sobre el P.B.I. |        |        |         |
|--------------------|----------------------|------|----------------------------|--------|--------|---------|
|                    |                      |      | Argentina                  | EE.UU. | Italia | Francia |
| Gastos Privados    | 6475000              | 34.1 | n.d.                       | n.d.   | n.d.   | n.d.    |
| Gastos O. Sociales | 6793000              | 35.8 | n.d.                       | n.d.   | n.d.   | n.d.    |
| Gastos Públicos    | 5703000              | 30.1 | n.d.                       | n.d.   | n.d.   | n.d.    |
| Total              | 18971000             | 100  | 6.3                        | 9.6    | 6.4    | 8.1     |

Fuente: Elaboración propia en base a estimaciones M. de Salud y Acción Social (citadas por FIEL)  
y datos de la OCDE.

## CUADRO VI

Distribución proporcional de establecimientos y camas

| años-sector | Establecimientos |           |         | Camas   |         |         |
|-------------|------------------|-----------|---------|---------|---------|---------|
|             | Oficial          | O. Social | Privado | Oficial | O. Soc. | Privado |
| 1958        | 67.8             | 3.0       | 29.2    | 80.3    | 5.0     | 14.7    |
| 1964        | 59.2             | 5.0       | 35.8    | 75.9    | 3.5     | 20.6    |
| 1969        | 57.5             | 4.1       | 38.4    | 73.0    | 3.7     | 23.3    |
| 1980        | 53.1             | 3.9       | 43.0    | 63.3    | 5.4     | 31.3    |

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud

GRAFICO IV  
 PRECIOS RELATIVOS (AT. MED. VS. ICV)  
 Base 1974 = 1

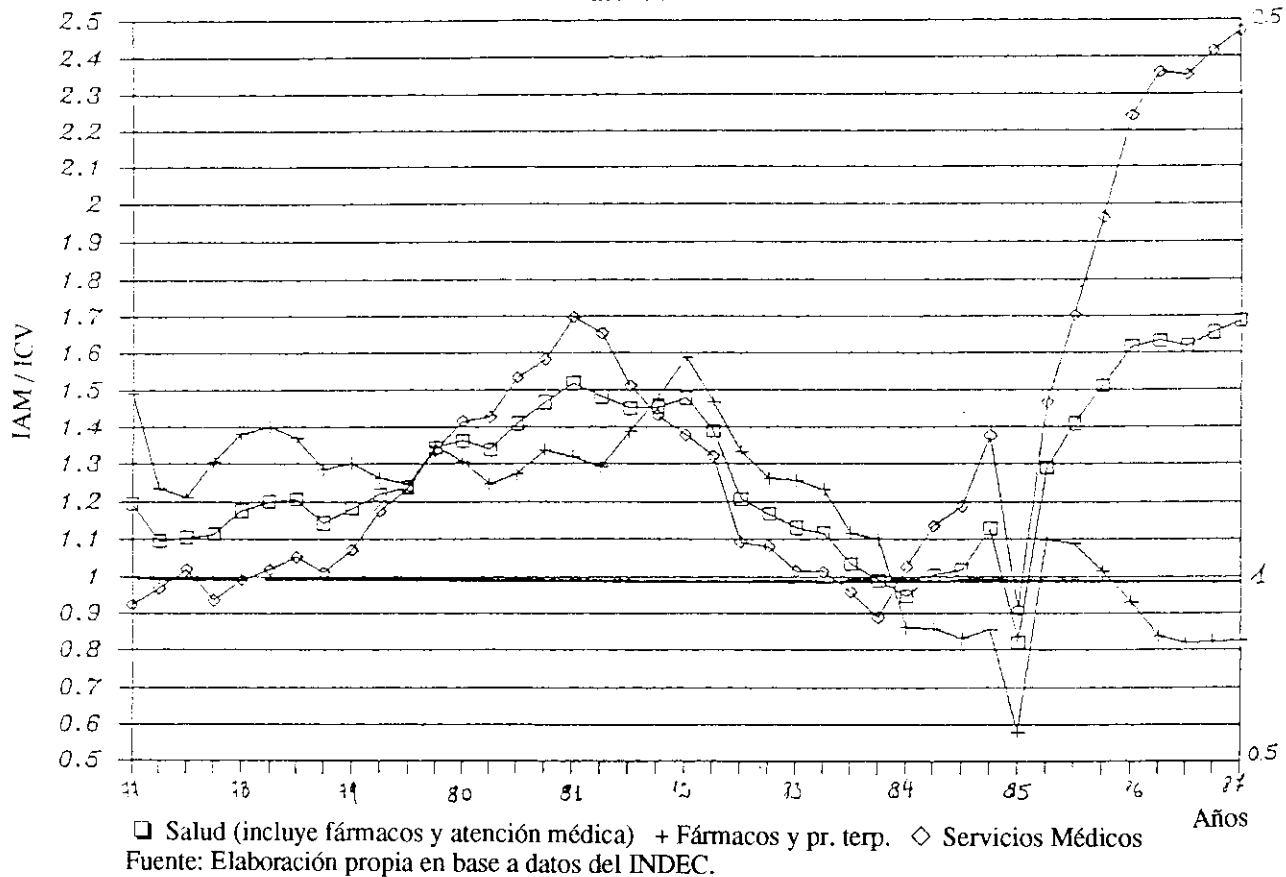
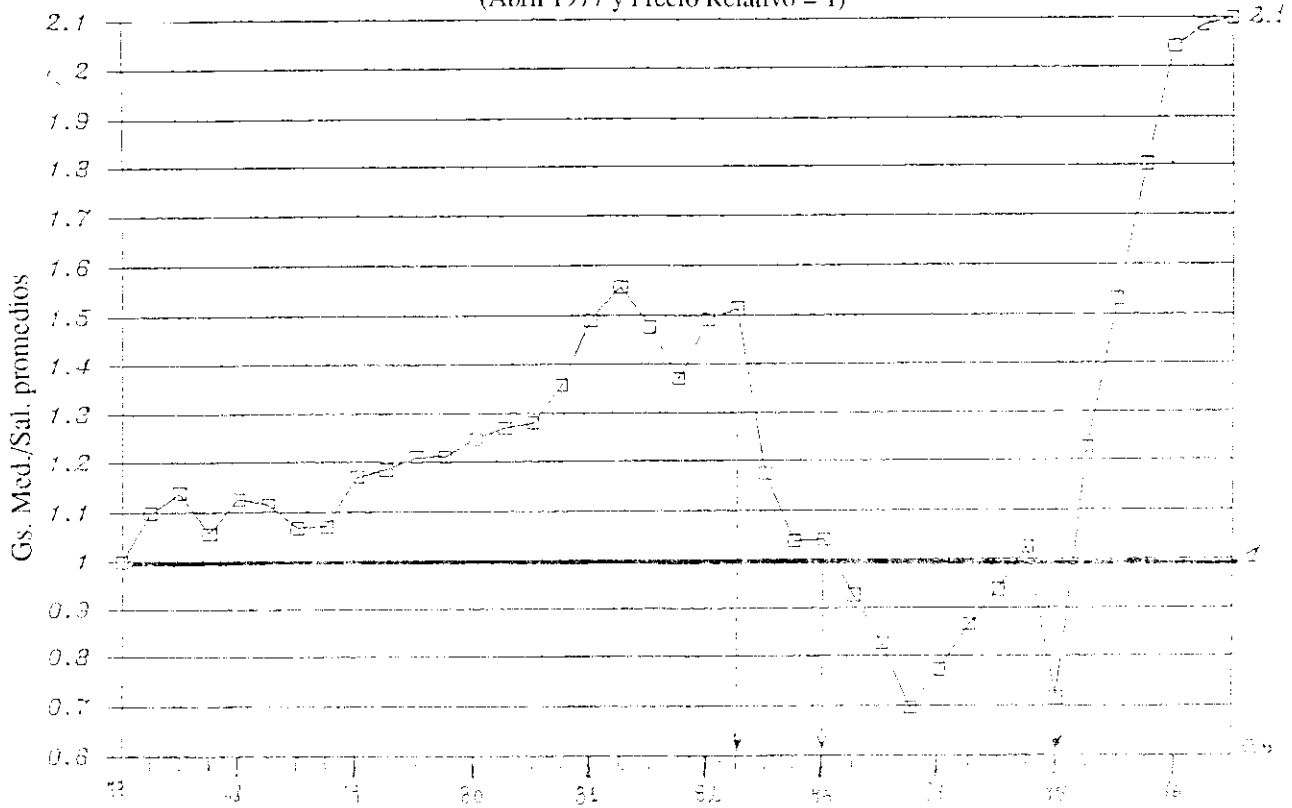
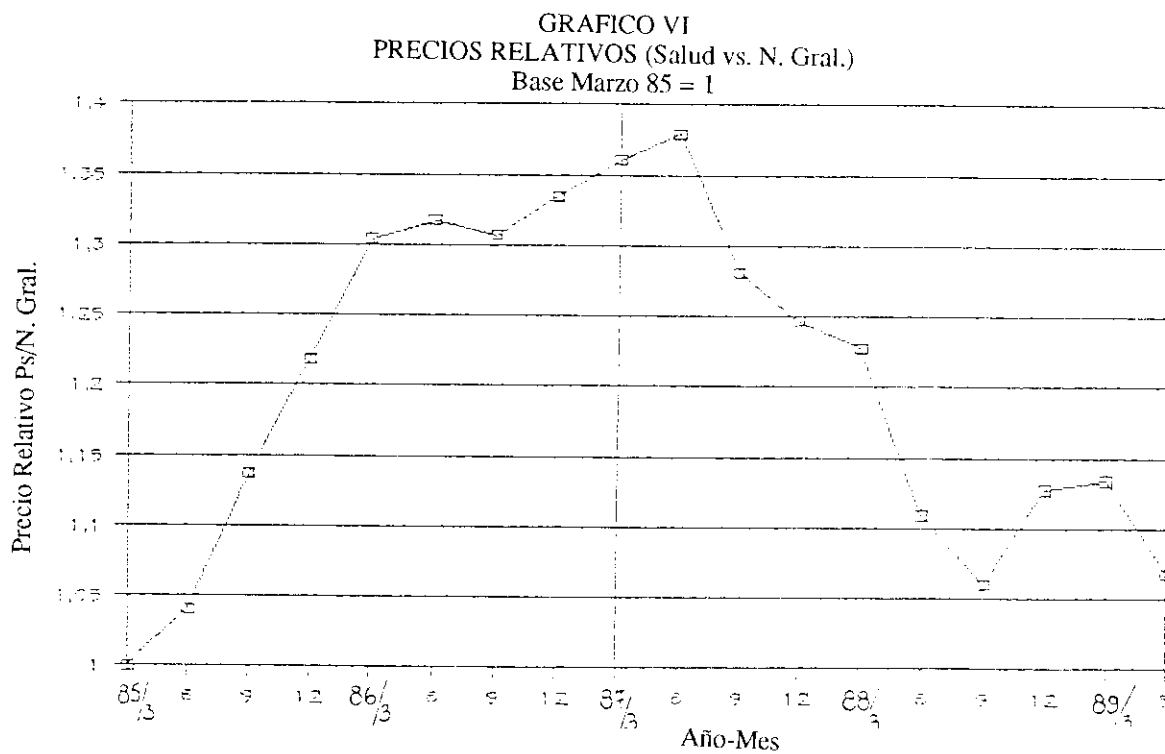


GRAFICO V  
 PRECIOS RELATIVOS (Gs. Méd. vs. Sal.)  
 (Abril 1977 y Precio Relativo = 1)



□ Gs. en serv. médicos respecto de Índice de Salarios  
 Fuente: Elaboración propia en base a Boletín del INDEC (varios números)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INDEC. Se consideró la relación de índices de Gastos de Salud y Nivel Gral. para marzo de 1985 como un nivel base è igual a 1 (uno).

Entonces, ¿cómo se explican los persistentes reclamos del sector? **En primer lugar**, no se cuenta con datos confiables de costos (Castellano, pág.222). **En segundo lugar**, existe la explicación que sustentamos en el acápite VIII. Un sector tradicionalmente capaz de fijar precios, y que es buen conocedor de la posibilidad cierta de incrementar ingresos (la sentencia «la salud no tiene precio» indicaría una alta inelasticidad en la demanda), no se resigna a un recorte en su participación sectorial.

No obstante, existe una situación de dificultad objetiva de algunas EPS, causada por: I) sobredimensionamiento, en especial tecnológico, que producido en los años de retraso cambiario, ahora exige altos costos financieros; II) errores en la conducción por escasa profesionalización de sus directivos en una conducción administrativa (Cfr. Castellano).

Por otra parte, en el Cuadro V se dan **cifras comparativas de los gastos en salud para cuatro países**. Argentina destina buena proporción de su PBI al área, y sin que sus indicadores reflejen esa asignación (v. gr. Argentina presenta una esperanza de vida al nacer de 66 años varones y 73 mujeres, Italia 73 y 79, Francia 72 y 79, y Estados Unidos 72 y 79, respectivamente). Estas cifras «prima facie» nos **hablan de una mala asignación de recursos**. Quizás, incluso, se hallen presentes elementos de distribución REGRESIVA del ingreso al brindarse servicios gratuitos (cobertura total o parcial) aún a individuos solventes.

**La participación del Sector Público y del S. Privado** puede apreciarse en el Cuadro VI. Se observa el gran peso del Sector Público en lo atinente a su capacidad de internación (número de camas) (Cuadro VI y Cuadro VII), aunque no así en lo que hace a equipamiento (Cuadro VIII).

La incoordinación de esfuerzos, duplicándolos, y desaprovechando las economías de escala puede verificarse por la lectura de la distribución de equipos de alta complejidad, según modelos de atención (Cuadro VIII). Si comparamos estos porcentajes con los porcentajes de camas por modelos se observa que la participación no es equivalente. Refleja los efectos del bajo presupuesto público que se traduce en menor equipamiento en el S. Público y un sobredimensionamiento en el S. Privado (que repercute obviamente en sus costos a través de la amortización de los equipos).

En cuanto hace a la **regionalización de la atención sanitaria**, como era de esperar, hay fuertes diferencias que pueden observarse en Cuadros VII y IX. Mientras la Cap.Federal cuenta con 68 habitantes menos por cama que el promedio nacional, Formosa -por el contrario- cuenta con un exceso de 110 hab. por cama por encima del valor nacional. Destaquemos, no obstante, que las

## CUADRO VII

Capacidad de Internación  
(en número de camas por habitantes)

|              | S. Público<br>(1980) | %<br>S. Pub.<br>en c/Pcia | S. Público<br>camas por<br>10000 hab. | S. Privado<br>(1980) | S. Privado<br>camas por<br>10000 hab | GS.P/hab<br>(en dólar. 80) |
|--------------|----------------------|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|----------------------------|
| Cap. Fed.    | 13575                | 60,8                      | 46                                    | 8722                 | 30                                   | 95                         |
| Bs. As.      | 30837                | 67,7                      | 28                                    | 14739                | 14                                   | 32                         |
| Catamarca    | 894                  | 75,4                      | 43                                    | 291                  | 14                                   | 85                         |
| Córdoba      | 9774                 | 62,5                      | 41                                    | 5870                 | 24                                   | 34                         |
| Corrientes   | 2258                 | 75,1                      | 34                                    | 750                  | 11                                   | 46                         |
| Chaco        | 2146                 | 68,4                      | 31                                    | 991                  | 14                                   | 51                         |
| Chubut       | 1147                 | 77,7                      | 44                                    | 329                  | 13                                   | 90                         |
| E. Ríos      | 5123                 | 79,7                      | 56                                    | 1303                 | 14                                   | 35                         |
| Formosa      | 718                  | 71,9                      | 24                                    | 280                  | 9                                    | 47                         |
| Jujuy        | 2066                 | 77,2                      | 50                                    | 612                  | 15                                   | 63                         |
| La Pampa     | 850                  | 74,9                      | 41                                    | 285                  | 14                                   | 60                         |
| La Rioja     | 663                  | 80,3                      | 40                                    | 163                  | 10                                   | 92                         |
| Mendoza      | 3431                 | 70,1                      | 29                                    | 1464                 | 12                                   | 63                         |
| Misiones     | 1249                 | 54,4                      | 21                                    | 1049                 | 18                                   | 30                         |
| Neuquen      | 996                  | 71,1                      | 41                                    | 404                  | 17                                   | 113                        |
| R. Negro     | 1302                 | 69,0                      | 34                                    | 586                  | 15                                   | 67                         |
| Salta        | 2758                 | 74,9                      | 42                                    | 922                  | 14                                   | 59                         |
| S. Juan      | 1481                 | 87,2                      | 32                                    | 218                  | 5                                    | 58                         |
| S. Luis      | 767                  | 81,2                      | 36                                    | 177                  | 8                                    | 99                         |
| S. Cruz      | 562                  | 85,0                      | 49                                    | 99                   | 9                                    | 84                         |
| Santa Fe     | 7018                 | 53,8                      | 28                                    | 6031                 | 24                                   | 25                         |
| Santiago     | 2218                 | 80,3                      | 37                                    | 543                  | 9                                    | 42                         |
| Tucumán      | 2910                 | 70,7                      | 30                                    | 1208                 | 12                                   | 40                         |
| T. del Fuego | 198                  | 94,0                      | 7                                     | 12                   | 0                                    | 146                        |
| Totales      | 94883                | 66,2                      | 32                                    | 47048                | 16                                   | 46                         |

Fuente: Elaboración propia a partir de "Argentina: descripción de su situación de salud", MSAS 85 y Boletín Techint N° 244.

Nota: para el cálculo del gasto p/hab. en dólares de 1980 se utilizó el cambio del mercado libre 31/3/81, aprox. 2500\$ ley p/dólar. Esto en virtud del atraso cambiario de 1980, pues el TC promedio de 1980 fue de 1850. Otra alternativa sería el uso del T.C. de "paridad" calculado por el IBERAL, que para 1980 era de 4500\$ (no se optó por esta alternativa por resultar, a nuestro parecer, un exceso).

## CUADRO VIII

Equipos de mediana y alta complejidad por sectores (1980)

|            | Ecógrafos | Rin.Art. | Mamog. | B. Cesio | Tomog. | B. de Circ.<br>Extracorp. | Rayos Láser | Centello-<br>Grafo | Cámara<br>Gamma | Totales | %   |
|------------|-----------|----------|--------|----------|--------|---------------------------|-------------|--------------------|-----------------|---------|-----|
| S. Público | 112       | 107      | 27     | 5        | 2      | 52                        | 2           | 67                 | 13              | 387     | 22  |
| O. Social  | 29        | 29       | 9      |          |        | 90                        |             | 4                  | 2               | 163     | 10  |
| Privado    | 425       | 353      | 120    | 8        | 28     | 127                       | 4           | 110                | 33              | 1208    | 68  |
| Totales    | 566       | 489      | 156    | 13       | 30     | 187                       | 6           | 177                | 48              | 1758    | 100 |

Fuente: Citado en Boletín de Techint 244, pág. 37.

diferenciales no parecen tener fuerte correlación con el nivel de ingreso de la provincia sino que respondería más bien a criterios sanitarios de las autoridades locales (así la Pcia. de Bs. As. se encuentra entre las más desfavorecidas, en tanto que Jujuy y Catamarca tienen indicadores superiores al promedio).

También es posible obtener **una semiprueba de la maximización del beneficio como meta de las EPS** al observar que las jurisdicciones en las cuales el número de camas por habit., en el sector privado, es mayor son las de mayor poder adquisitivo (Córdoba, Santa Fe, Capital Federal). Siendo aquellas de menor desarrollo las que poseen un menor número de camas por hab. (San Luis, La Rioja, Santiago). Siendo también las áreas en donde la participación del Sector Privado es menor (19% en San Luis y 20% en La Rioja y Santiago). Esto se explica perfectamente, pues las empresas de capital privado (en este caso en concreto del área de la salud) maximizando beneficios se radican donde el mercado posee capacidad de compra (o demanda). Lo cual, ceteris paribus, supone un mayor beneficio. (Cuadro VII).

Por último, es de mención ineludible **la participación de los Gastos Sanitarios en el gasto público** (Cuadro X). La Argentina se encuentra en un nivel medio, muy por debajo de Francia o el Reino Unido, por ejemplo. Es decir que mientras que en gastos de salud nuestros registros son elevados, en gastos públicos sanitarios los porcentuales son más bien bajos. Lo que comprueba que la cobertura social no se centra en el S.Público sino en las obras sociales que, a su vez, descansan en cuanto a prestaciones en EPS. Esto explica la expansión del S.Privado y el retroceso de participación del sector oficial (Cuadro VI).

## X. CONCLUSIONES

Hemos tratado las particularidades de este mercado: demanda, oferta, sobreconsumo, subsidio y aumento de precios, disconformidad del sector médico, etc. A su vez, en base a cifras, han sido aportadas pruebas de la presencia de estos elementos en el caso argentino, tal como el análisis deductivo hacía prever.

Las medidas de política a adoptar, para el sector en general, se hacen profundamente necesarias. No obstante la carencia de datos, unido a lo complejo del tema, impiden emitir propuestas firmes.

Sin embargo, a partir de los datos fragmentarios, y de un análisis deductivo, podemos colegir que la **sobreutilización es extendida**. Y, al ser ella determinante de la ineficiencia así como del crecimiento de los precios, hacia su

ECONOMICA  
CUADRO IX

|                  | Habitantes por cama (1980) | Hab./cama en exceso<br>por sobre el promedio |
|------------------|----------------------------|--|
| C. Federal       | 118                        | -68  |
| T. del Fuego     | 130                        | -56  |
| E. Ríos          | 136                        | -50  |
| Córdoba          | 148                        | -38  |
| Santa Cruz       | 151                        | -35  |
| Jujuy            | 151                        | -35  |
| Chubut           | 153                        | -33  |
| Neuquen          | 158                        | -28  |
| Catamarca        | 171                        | -15  |
| Salta            | 172                        | -14  |
| Santa Fe         | 180                        | -6   |
| La Pampa         | 183                        | -3   |
| <b>ARGENTINA</b> | <b>186</b>                 | <b>0</b>                                     |
| La Rioja         | 187                        | 1  |
| Río Negro        | 195                        | 9  |
| S. del Estero    | 209                        | 23   |
| Tucumán          | 217                        | 31   |
| S. Luis          | 217                        | 31   |
| Corrientes       | 217                        | 31   |
| Mendoza          | 221                        | 35   |
| Chaco            | 223                        | 37   |
| Bs. Aires        | 229                        | 43   |
| S. Juan          | 253                        | 67   |
| Misiones         | 256                        | 70   |
| Formosa          | 296                        | 110  |

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud (citado por FIEL)

CUADRO X

Porcentaje de gastos en sanidad sobre el gasto público

| Años | Brasil | Bolivia | Dinamarca | Uruguay | Francia | R. Unido | Yugoesl. | Argentina |
|------|--------|---------|-----------|---------|---------|----------|----------|-----------|
| 1976 | 6.6    | 8       | 2.9       | 3.9     | 14.8    | 12.9     | 23.5     | 6.3       |
| 1982 | 6.9    | 3       | 1.4       | 3.7     | 14.5    | 12.6     | 23.8     | 4.9       |

Fuente: Government Finance Statistics Yearbook, FMI, 1985.



superación deben apuntar las medidas remediales.

Una vía es fijar un **pago fijo por «siniestro»** por cada enfermedad específica. Es decir, operar tal como un seguro privado de riesgo específico (incendio, robo, etc.), en donde no se paga el costo de reponer el bien sino una cifra prepagada. Esta senda del seguro tiene sus serias limitaciones, por ejemplo, conocer con precisión la enfermedad que aqueja al sujeto (diagnóstico infalible), pero no debe dejar de tenerse en consideración como alternativa.

Una segunda posibilidad es el **método del coseguro**, que tiene múltiples variantes, desde la orden de consulta hasta el pago por el Sistema de Seguridad Social de una fracción fija de la atención. (El pago de la orden de consulta es un método ya generalizado).

Otra posibilidad es la denominada por los entendidos «método de los mínimos» o de «**cobertura por catástrofe**». Consiste en el subsidio completo pero a partir de una determinada suma de gastos, pues se entiende que superada esa cifra el individuo no podría hacer frente por sí solo a la contingencia sino bajo riesgo de quiebra de su patrimonio. Subsisten para esta posibilidad **dos fuertes críticas: la primera** que habrá quienes no podrán cubrir gastos hasta el nivel mínimo de cobertura y se encontrarán sin atención. **La segunda** objeción es que a partir del mínimo, y al existir subsidio total, el problema de la sobreutilización no desaparece.

## REFERENCIAS

- ABEL-SMITH, B.: Value for money in Health Services, Londres 79.
- BROWNING, E.: Public Finance and the Price System, N.York 83.
- CASTELLANO, N.: Tesis doctoral, U.N.Cba. 85.
- F.I.E.L.: Gasto Público: propuesta de reforma del sector público argentino, Bs.As. 86.
- F.I.E.L.: Los costos del Estado regulador. Bs.As. 89 (Cap.III)
- FIGUERAS, A.J.: Situación económico-social de la ancianidad (mimeo) CEUPS, (U.N. de Córdoba), 82.
- FIGUERAS, A.J.: Reflexiones económicas sobre el Sector Salud; Documento de Referencia. Seminario-Taller: «La Salud como Valor Cultural». Setiembre 88. Gobierno de Cba-UNESCO, Cba. 88.
- FIGUERAS, A.J.: Una presentación del problema económico de la salud, Gaceta del Consejo, C.P.C.E.C. Cba. 88.
- FIGUERAS, A.J.: Análisis económico de la salud: el caso argentino, Rev. de Economía Bco.Cba. Nº 55.
- HARVEYBRENNER M.: Estimating the effects of economic change on national health and social well-being; Washington: Joint Committee, 84.
- KATZ, J.: Temas centrales de la Agenda de política pública, Seminario Regulación en el Sector Farmacéutico, Bs.As. marzo 85.
- KATZ, J. & MUÑOZ, A.: Organización del Sector Salud: Paja distributiva y equidad, CEPAL, Centro Editor 88.
- ISCANI & MERCER: La fragmentación institucional del sector salud, Boletín Techint 244.
- MACEIRA, D.: Economía de la salud y comportamiento micro, XXIV Reunión Anual A.A.E.P.
- MESA-LAGO, C. (compilador): La crisis de la Seguridad Social y la atención de la salud, FCE, Mex. 86.
- NATIONAL BUREAU OF ECONOMICS RESEARCH: The role of health insurance in the health services sector, N. York 76.
- SHULTZ, Th.W.: Invirtiendo en la gente, Barcelona 85.
- USHER, D.: An imputation to the measure of economic growth for changes in life expectancy, en «The measurement of economic and social performance», N.B.E.R. 1978.

## ANÁLISIS DEL MERCADO DE SALUD (El caso argentino)

### RESUMEN

Luego de destacar las características de este mercado, se contrasta, empíricamente, la existencia de sobreutilización, la influencia de la auditoría médica, la presencia de empresarios-médicos maximizadores, etc. También se señalan los defectos de dimensionamiento y de administración de las empresas de salud y se analiza la participación del sector público y las diferencias regionales.

Se incluye con propuestas para eliminar ineficiencias derivadas del sobreconsumo.

## ANALYSIS OF THE HEALTH MARKET (The Argentine case)

### SUMMARY

Therefore to bring out the characteristics of this market, it is contrasted empirically, the existence of overutilization, the influence of medical auditorship and the presence of profit maximizer medical entrepreneurs, etc. It also shows the problems of overdimensioning and management in Health Enterprises. The influence of the public sector and the regional differences are pointed out, too.

To conclude, suggestions in order to solve the inefficiencies due to overconsumption are given.