

Estado y Mercado en Salud.

**Una aproximación desde la
Economía de la Salud.**

Lic. Nelly C. Barbieri

Introducción

La Organización Mundial de la Salud en la célebre reunión de Alma Ata (URSS) de septiembre de 1978 confirmó la visión intersectorial de la salud al definir que “la salud es un derecho humano fundamental y que su realización requiere la acción de otros sectores, sociales y económicos, además del sector salud”. El informe define que la promoción y protección de la salud de la gente es un componente del desarrollo económico y social sostenido y contribuye a la calidad de vida y a la paz mundial.

“Salud para todos” fue la meta que los Estados Miembros de la OMS acordaron en la Asamblea Mundial en 1977 y la Atención Primaria¹ la estrategia aceptada en Alma Ata (URSS) en 1978 para alcanzarla, reafirmado en la declaración de Riga (URSS) en 1988. En el mismo se profundiza la visión de fortalecer los procesos de descentralización; tomando como componentes básicos la participación social, la acción intersectorial y el uso de métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población, a partir de un cambio en el modelo de atención de la salud (OPS, 1994). Desde entonces el compromiso político sobre la meta acordada esta presente en todas las propuestas de reforma del sector, sin embargo los resultados en términos de equidad y eficiencia no han sido, en muchos casos, los esperados.

Este artículo pretende constituir una síntesis preliminar de las contribuciones de la Economía de la Salud al debate de Políticas y Estrategias del Sector, desde una perspectiva analítica. En primer lugar, se consideran las características de los servicios de salud que dan lugar a la intervención pública en el mercado, y luego se aborda el problema de las fuentes de inequidades e ineficiencias del sistema, entre las cuales la forma de organización y la provisión de los servicios, por sus características, son parte de las mismas.

Desde los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, cuando diversos gobiernos comenzaron a tener una activa participación en la provisión de servicios sanitarios, se abre el debate político sobre los costos y beneficios sociales de un sector público de salud, frente a un sector privado basado en los mecanismos de mercado como asignador de recursos, integrantes del Sistema de Salud².

A partir de la década de los '80, los principios e instrumentos del análisis económico aplicados al análisis sectorial, han contribuido a clarificar el rol que el Estado y el mercado deberían tener. (Musgrove, 1996).

El análisis económico puro aparece como no avalando la conveniencia de ninguna de las dos alternativas y el tema sigue siendo objeto de acuerdos y desacuerdos políticos, influidos por la concepción ideológica de los actores y decisores sociales y por la percepción de los beneficios y costos de ambas situaciones, como así también por cuestiones empíricas, fundamentalmente derivadas de restricciones presupuestarias.

De esta manera presenciamos propuestas de reformas del sistema de salud y reorganización de las instituciones imbuidas de terminología económica y técnicas de gestión, como un producto incorporado por los políticos y grupos de interés del sector, con el objetivo de alcanzar **la eficiencia**, constituyéndose ésta en el núcleo de los discursos y propuestas y objetivo principal de la reforma.

El concepto de **eficiencia** conjuntamente con el de **equidad**, constituyen los criterios básicos para la toma de decisiones en el campo teórico de la **Economía de la Salud**. El concepto de eficiencia económica contiene el concepto de eficiencia técnica, aunque no necesariamente implica eficacia y efectividad de un programa, proyecto o acciones de salud. El análisis médico-epidemiológico y el análisis económico de los procesos en salud son complementarios en la evaluación del sector.

El concepto de equidad, de connotaciones éticas, adquiere singular importancia a la hora de tomar decisiones dada la existencia de grandes diferencias entre individuos y grupos sociales y distintas áreas geográficas ante una misma necesidad.

La equidad tiene que ver por lo tanto con la **igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria y utilización de medios, e igualdad en la calidad de atención**, teniendo en cuenta las diferencias socio-económicas y regionales (Leenan, H. 1985).

La relevancia del análisis económico en el diseño de la política sanitaria, pone sobre el tapete la necesidad de dar respuestas, ante la existencia de recursos escasos, a las siguientes preguntas: ¿**qué** bienes asistenciales y no asistenciales, que influyen en el **nivel de salud** debemos proveer? ¿**Cómo** producirlos: tecnología, organización e instituciones? ¿Los recursos los asigna el mercado (decisiones descentralizadas) o los asigna el Estado (centralizadas)? ¿**Quiénes** serán los destinatarios de las acciones y servicios producidos por el sector?

Los conceptos de **eficiencia** y **equidad** son los elementos ordenadores y vinculantes de todas estas cuestiones.

Sin embargo la confusión del primero, en cuanto al significado técnicamente correcto, en el discurso político, o la utilización del mismo por intereses particulares, han llevado a proponer políticas donde el **mercado** es el protagonista principal en el logro de la **eficiencia**, sin cuantificar el costo social producto de los **fallos del mercado**; o en el otro extremo ideológico, pensar que la eficiencia es la obtención sin restricción de mayor cantidad de recursos.

Argumentos como **la vida no tiene precio, o nunca son suficientes los recursos para la mejora de la salud**, implícitos en el juramento hipocrático del médico tan arraigados entre los decisores, han incidido en el crecimiento ineficiente del gasto sanitario. Este criterio desconoce el **problema económico**: los recursos compiten entre fines alternativos, y cada decisión tiene un costo de oportunidad en términos de salud o de otros bienes.

Características de los Servicios Sanitarios

La Economía de la Salud como disciplina del Área de la Economía Neoclásica Aplicada se ha ocupado de demostrar, que por su lógica de funcionamiento el mercado, como instrumento asignador de recursos en el sector salud, no es eficiente. Aún en equilibrios competitivos el mercado sanitario no puede alcanzar óptimos de Pareto, dado que se caracteriza por presentar **Fallos del Mercado**.

La Teoría de los **Fallos del Mercado** desarrollada en el marco conceptual de la Teoría del Bienestar y aplicable al ámbito sanitario, ha sido un aporte fundamental al debate estratégico en el sector, cuando el objetivo planteado ha sido el logro de la **eficiencia**. (Ortún, V. 1991)

- Ciertas intervenciones o programas sanitarios son en mayor o menor medida, de la categoría de los llamados **Bienes Públicos** en el sentido de la inexistencia de **rivalidad** en el consumo y la no **exclusividad**. Los que suelen incluirse en el ámbito de la prevención, la salud ambiental o la educación sanitaria: control de plagas, fluoración del agua corriente, control de polución atmosférica, limpieza de calles, etc., campañas de información sanitaria o la nueva información científica. La provisión pública de estos servicios se justifica dado que la existencia de **aprovechados** (free-riders) podrían negarse a contribuir voluntariamente al pago del servicio. El mercado en este caso da como resultado una provisión nula o inferior a la socialmente óptima.
- La presencia de externalidades positivas o negativas del consumo o no de un bien o servicio es otro de los **fallos** que presenta el mercado sanitario. El ejemplo más representativo es el tratamiento de las enfermedades transmisibles e infecciosas y en particular la vacunación. El mercado al no valorar la externalidad determinará, al igual que en el caso anterior, una asignación **ineficiente**.
- Incertidumbre, desconocimiento o falta de información en cuanto a la incidencia de la enfermedad es otra de las causas de soluciones ineficientes. La respuesta ha sido el aseguramiento público o privado, o ambos conjuntamente. La **selección adversa** (exclusión de grupos de alto riesgo), y el **riesgo moral** del consumo excesivo en el sentido económico y sanitario, han sido los efectos secundarios de la respuesta institucional ante este **fallo** del mercado sanitario.
- Incertidumbre en cuanto a la efectividad de las intervenciones sanitarias. El consumidor carece de elementos para apreciar los signos, los síntomas y relacionarlos con la enfermedad. Se pierde la autonomía del consumidor. La respuesta que la sociedad ha dado a esta incertidumbre es la regulación del ejercicio profesional por parte del Estado o por grupos profesionales. La capacidad de regulación también genera el poder monopólico de controlar la entrada en la profesión o especialidad, dando lugar a mercados imperfectos.
- La asimetría de información entre el consumidor y el proveedor de servicios sanitarios es quizás el fallo más importante que ha estudiado la Economía de la Salud. El efecto secundario de la relación de agencia entre el proveedor sanitario y el paciente que delega la toma de decisiones, resulta generalmente en inducción de demanda innecesaria, particularmente en el caso de pago por prestaciones o acto médico, impidiendo al mercado obtener una solución eficiente.

La teoría de los **fallos del mercado**, sanitario ha fundamentado la intervención estatal en este tipo de bienes, mediante la regulación de los mercados, la fiscalización, la provisión de bienes y servicios y/o la financiación, con en el objetivo de alcanzar el óptimo paretiano en términos de eficiencia.

Sin embargo, la existencia de fallos e ineficiencias del mercado estudiado por la Economía de la Salud no ofrece argumentos concluyentes respecto de las ventajas relativas de los sistemas públicos frente a los privados.

En efecto, el problema radica en que el Estado como asignador de recursos entre usos alternativos, también **falla** en términos de eficiencia. La falta de incentivos organizativos y la falta de incentivos personales, la identificación del **objetivo social** con objetivos individuales, la falta de relación entre ingresos y costos y la inequidad que la actuación política puede provocar otorgando privilegios y prebendas, están entre las limitaciones más importantes que han llevado a proponer mecanismos de competencia de mercado en el sector público (Wolf, J. Citado en Martin, J. 1994).

En síntesis la Economía de la Salud como parte de la Teoría Marginalista Neoclásica ha fundamentado sólidamente la imposibilidad de lograr eficiencia aún en equilibrios competitivos en los mercados sanitarios, pero aparece como carente de una estrategia teórica a la hora de prescribir soluciones adecuadas. La construcción de la teoría de los **fallos del Estado** “aunque permite contraponer un mercado imperfecto a una intervención estatal igualmente aquejada de defectos no posibilita prescripciones solventes sobre cambios eficientes en organizaciones e instituciones sanitarias”. (Ortún, 1991)

Por otra parte, los argumentos en pos de la **equidad** han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector. La desigual accesibilidad de la población al **Bien Salud**, producto de la desigual distribución del ingreso, la definición por parte del Estado como **Bien Preferente**, la existencia de las llamadas **enfermedades catastróficas** en el sentido económico y de riesgo de mortalidad, son los argumentos en pos de la **equidad** que han contribuido al diseño de las políticas activas en el sector en la provisión de **Bienes Privados** por el Sector Público, más allá de las intervenciones fundamentadas en las **ineficiencias** del sistema cuando el mercado es el instrumento.

Necesidad de Atención de los Servicios de Salud

Es necesario resaltar como aporte sustancial, al diseño de políticas y estrategias, el análisis de las brechas entre oferta, demanda y necesidad de servicios de salud (Musgrove, 1995).

El sistema de atención de la salud debe basarse en el reconocimiento de las distintas características de la población, desde el punto de vista demográfico, sanitario, cultural y socio-económico. Las diferencias poblacionales expresan distintas necesidades de servicios de salud.

Como dice Håro, “la definición de necesidad no es una expresión monovalente; así existen necesidades diferentes cuando las observa el individuo aisladamente, o bien la sociedad en su conjunto. También las que observa el médico individualmente puede ser diferente de las de las autoridades sanitarias”. (citado en Paganini y Sonis)

Definir la necesidad no es exclusivo del juicio médico experto, sino también de la sociedad o del individuo por lo cual el término necesidad no se puede asociar con morbilidad. De esta manera existen situaciones individuales y colectivas que requieren atención y que no pueden ser clasificadas como patologías dado el desarrollo actual de la Ciencia Médica (Ejemplo: la declinación de las funciones vitales del envejecimiento normal, y otras eventualidades fisiológicas en la vida de un individuo), como así también existen patologías bien definidas que, si bien se benefician, no se solucionan con la atención médica (Ejemplo: la desnutrición infantil).

Es decir que existen distintas perspectivas de entender la necesidad en salud, no siempre coincidentes: la **determinada técnicamente**, orientada por el desarrollo actual de las ciencias de la salud, es decir necesidades de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades; y la **percibida** por los grupos sociales acerca de lo que constituyen sus necesidades en salud, las cuales se diferencian entre sí y estas a su vez del individuo aisladamente.

Por último se encuentra el punto de vista de la autoridad sanitaria, responsable de brindar los servicios de salud, para el cual la necesidad está en función de la cantidad y calidad de los recursos existentes y la tecnología disponible.

Es así que la necesidad de atención no siempre se traduce en demanda expresada por la población. Existen necesidades que no son percibidas y en aquellos casos en que se percibe la necesidad de atención no siempre se traduce en demanda explícita y por lo tanto no existe utilización³.

Se concreta la utilización cuando el individuo percibe el valor del uso de los servicios. La población que percibe la posibilidad de beneficiarse con el uso de los recursos del sistema de atención, es la que demanda atención y si encuentra respuesta en la oferta será utilizadora del sistema de atención.

Si sólo consideramos la necesidad definida por la ciencia médica y la relación con percepción de enfermedad y demanda de atención, podemos clasificar a la población y representarla en el siguiente esquema de Häro y Perola (citado en Sonis y Paganini, 1976).

		POBLACION			
		Clasificada según necesidad de atención. Definida por la ciencia médica			
		SANA		ENFERMA	
		No percibe necesidad de atención	Percibe necesidad de atención	No percibe necesidad de atención	Percibe necesidad de atención
(Utiliza) Demanda Atendida	NO	(1) Sano, no utiliza los servicios de salud.	(3) Sano, definido por la ciencia médica pero que percibe necesidad. No demanda	(5) Enfermo, no percibe necesidad ni demanda.	(7) Enfermo, percibe necesidad pero no demanda.
	SI	(2) Sano, utiliza a través de exámenes de salud de atención preventiva, etc.	(4) Sano, definido por la ciencia médica pero necesita atención y demanda	(6) Enfermo, no percibe necesidad pero utiliza a través de exámenes de salud.	(8) Enfermo, percibe necesidad y demanda.

Como vemos, la necesidad puede ser percibida o no, puede expresarse en demanda o no y puede generar utilización o no. Este planteo es el origen de tres posibles **desequilibrios** del sistema de salud o fuente de inequidades, originados por las brechas existentes entre Necesidad y Demanda, Demanda y Oferta, y Necesidad y Oferta. El término **necesidad** se limita a la necesidad de atención o de **servicios de salud** que son efectivos para proteger o restaurar la salud, de acuerdo al juicio médico experto.

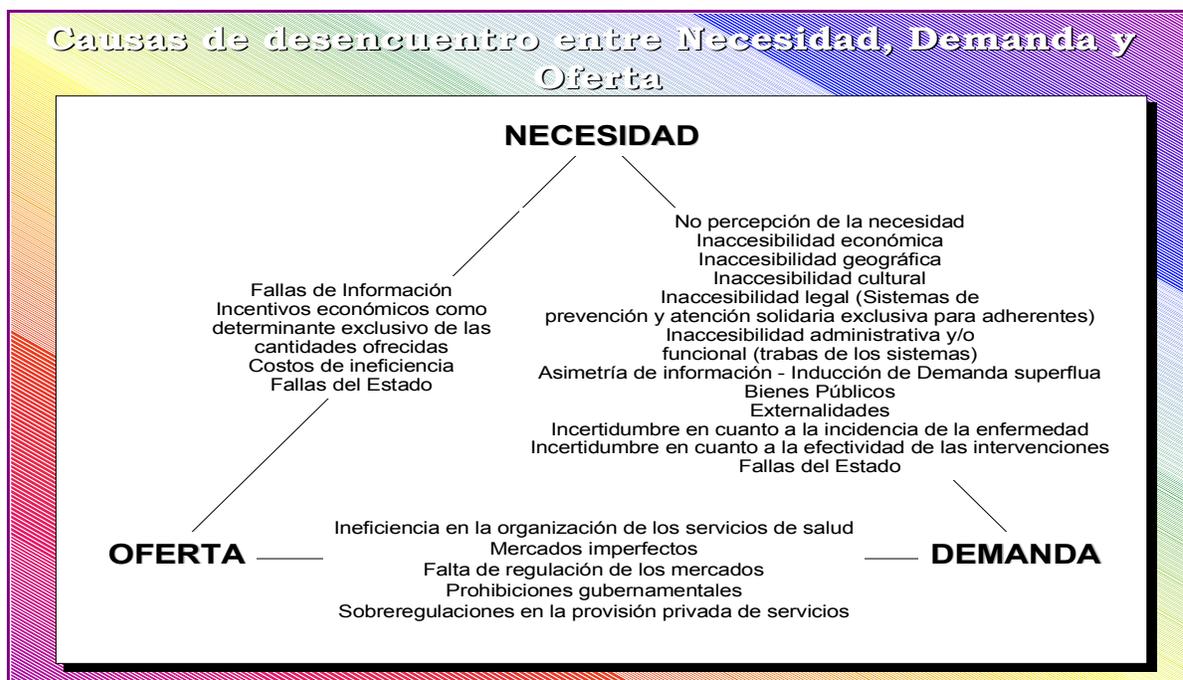
Tres posibles desequilibrios

Analizamos las posibles brechas existentes mediante la representación de un triángulo donde los conceptos de necesidad, demanda y oferta son los vértices, la distancia entre ellos, o los lados, corresponden a las inequidades e ineficiencias del sistema (Musgrove, 1995). El sentido del desequilibrio se observa a partir de la construcción del triángulo, donde se supone que el vértice que está sobre el otro o a la derecha del otro representa excedentes. En la figura, las necesidades exceden a las demandas y estas a la oferta, por lo tanto, las necesidades exceden a la oferta.

La forma del triángulo o el largo relativo de los lados, indica la severidad de los desequilibrios del sistema. El perímetro del mismo, corresponde a la suma de los problemas del sistema de salud.

Si bien cada patología y su terapéutica, como así también cada acción, programa o subsector en salud, tienen representaciones diferentes, supongamos una situación homogénea representativa del sector salud, como la que analizamos a continuación⁴.

Trataremos de identificar las causas que dan origen a las brechas y son fuente de inequidades e ineficiencias, que anteriormente las identificamos como fallas del mercado y fallas del Estado.



Dentro de este marco teórico, ante los desequilibrios de la oferta y la demanda, es el mercado competitivo la solución, sin embargo, recordemos que el nivel será inferior al socialmente óptimo debido a los **fallos del mercado**. Si sólo las demandas son tomadas en cuenta en la planificación del sistema de salud, un mercado competitivo regulado sería el más recomendado a fin de eliminar la brecha. Igualmente, sin intervención del Estado, el nivel de provisión de **bienes públicos** y servicios con fuertes externalidades positivas, sería nulo o inferior al socialmente óptimo.

Ahora bien, cuando las necesidades difieren de la demanda, un sistema que se base en los incentivos de mercado no dará respuesta a la necesidad, sólo se ocupará de la demanda. La existencia de necesidades es un argumento contundente para demostrar lo incompleto de un sistema que se basa en el mercado, aún en condiciones competitivas.

La reducción del desequilibrio entre necesidad y demanda, objetivo indiscutible de la política pública, es parte de un proceso de planificación que incluye: el conocimiento de las necesidades en función de la **percepción** de la gente, el conocimiento de las necesidades definidas técnicamente de acuerdo a la ciencia médica, y la definición concertada de las necesidades en términos operativos⁵. Por otra parte, de un plan de capacitación de los recursos humanos en salud acerca de un modo de atención diferente no generando demanda superflua; de la igualación de oportunidades de atención en los servicios de salud ante la desigualdad manifiesta; de la aplicación de un modelo de atención basado en la prevención y promoción de la salud, la provisión de bienes públicos y con fuertes externalidades. Sin embargo, no puede esperarse que la brecha se cierre, por lo tanto la oferta pública tendrá que estar dirigida a cubrir la Necesidad de la población.

Dependiendo de las características del sistema de salud se determinará la cuantía de los desequilibrios y el sentido de los mismos, dando lugar a políticas diferenciadas y a una óptima combinación de lo público y lo privado.

La distancia entre dos vértices se originan en causas específicas y por lo tanto requieren políticas específicas y diferenciadas para cada una de las brechas. Un único abordaje al problema planteado no puede eliminar las fuentes de inequidades e ineficiencia del sistema. Esto explica porqué los sistemas mixtos (público - privado) han sido los instrumentos utilizados para disminuir los tres desbalances, aunque imperfectamente.

Es evidente que el tema continuará siendo objeto de debate político, ideológico y académico. Estudios empíricos que demuestren las ventajas e inconvenientes de las estrategias sanitarias, que extraigan lo mejor del Estado y lo mejor del Mercado, formas institucionales alternativas de proveer servicios sanitarios, es el desafío actual y futuro que deberán afrontar la teoría y la política en la búsqueda del objetivo común: que es el logro del **bienestar social** de la comunidad en su conjunto, dentro del cual el componente **nivel de salud**, es el que nos ocupa.

Síntesis de una Propuesta Integral a la crisis del Modelo de Atención: Programa Pueblo de la Provincia de Buenos Aires

El denominado Programa Pueblo es una propuesta de planificación estratégica, con el objetivo de contribuir a la transformación y reforma del Sector Salud desde el punto de vista prestacional y organizativo, partiendo de los sistemas locales o municipales de salud.

Constituye una propuesta basada en la atención integral del paciente o beneficiario, a partir de la determinación técnica de las necesidades, incluyendo acciones preventivas y de promoción por grupos de riesgo, e integrado en niveles de complejidad crecientes. Incorpora el concepto de responsabilidad nominal en las relaciones médico-paciente, o población a cargo del médico de familia o equipo de salud, puerta de entrada al sistema, y del seguimiento continuado de la trayectoria del beneficiario mediante la conformación de una Red de Atención con responsabilidades jurisdiccionales e intersectoriales.

Características salientes del proceso de Reforma propuesto

- Reorientación de los recursos existentes en salud, considerados de manera integral (sector público-privado), con el objetivo de incrementar los niveles de accesibilidad, cobertura y equidad, especialmente para la población con necesidades básicas insatisfechas y/o sin cobertura por obras sociales y sin capacidad de pago; por lo menos en la primera fase del Programa.
- Se basa esencialmente en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y por ende se cimienta en la estructuración de un primer nivel de atención con una organización definida a partir de equipos y médicos generalistas o de familia con población a cargo. La misma estará identificada de acuerdo a criterios de riesgo, efectivizándose una real contención de la demanda a otros niveles de complejidad superiores, asegurando accesibilidad y cobertura del sistema, determinación de las necesidades sanitarias de la población y la definición de los cursos de acción.
- Redefinición de la relación médico-paciente o beneficiario, de manera de otorgar la alternativa de un médico personal a aquellos ciudadanos de escasos recursos. La responsabilidad nominal representa una redefinición de la relación entre el Estado y la población a partir de una organización de salud personalizada, contrapuesta a la tradicional “relación institucionalista” en salud, que remite al centro de salud el eje de las responsabilidades y acciones de salud.

El programa consiste finalmente en la constitución de un Seguro Municipal de Salud destinado primariamente a la población sin cobertura social y de escasos recursos, de manera tal que se constituye en un vertebrador del conjunto de la oferta público-privada de la salud y ponerla al alcance de la población del municipio, de acuerdo a sus capacidades.

El financiamiento de las acciones proyectadas del Programa se realizará en base al criterio de responsabilidad por jurisdicción administrativa. De este modo, la integración de todos los prestadores del Subsector Público de atención de acuerdo a sus capacidades, se reflejará en objetivos y metas sujetos a la sustentabilidad económica, por el que cada uno de ellos deberá responder.

Nelly Catalina Barbieri: Lic. En Economía. Profesor Asociado en Microeconomía y Profesor Adjunto en Macroeconomía en la Facultad de Ciencias Económicas de La Universidad Nacional de La Plata.

Profesor Titular de Economía de la Salud en la Maestría de “Sistemas de Salud y Seguridad Social” . ISALUD.

¹ La atención primaria es aquella atención inicial, continua, comprensiva y coordinada que se le provee a todas las poblaciones sin diferencia de género, enfermedad o sistema orgánico. Los elementos: atención inicial, continuidad, comprensión y coordinación se incluyen en la mayoría de las definiciones propuestas por las organizaciones profesionales, agencias y comisiones. Cuando desde la perspectiva poblacional, así como la del paciente individual, un sistema de salud procure cumplir con estos cuatro elementos, estará cumpliendo las recomendaciones de la Declaración de Alma Ata. La atención primaria es tan solo uno de los niveles de un sistema de salud, pero eso sí, resulta ser uno de los centrales. Otros niveles esenciales de la atención son: la atención secundaria, terciaria y la atención de emergencia (en especial para el trauma serio). La atención secundaria y terciaria se distinguen por su duración, así como por la diferencia relativa de problemas que los justifican. La atención secundaria se da mediante consulta, usualmente a corto plazo con el propósito de ayudar al médico de atención primaria con su diagnóstico o algún dilema terapéutico. En contraste, la atención terciaria se aplica a pacientes con desórdenes que son tan inusuales en la población que los médicos en atención primaria no poseen los conocimientos necesarios para ser competentes en su tratamiento. “La Atención Primaria en el futuro. ¿Resulta esencial la Atención Primaria?” Barbara Starfield, 1° Jornadas Bonaerenses de Salud en los Municipios “Construyendo Equidad”, marzo 1998.

²

Se define **Sistema de Salud** a un conjunto de comportamientos y conocimientos sobre promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, y a un conjunto de instituciones y organizaciones sociales dentro de los cuales dicho comportamiento cultural tiene vigencia, en un contexto socioeconómico, político e institucional, en donde esos conocimientos se reúnen. Por lo tanto, un **Sistema de Salud** es lo que una sociedad en su conjunto conoce y cree sobre su salud y sobre la forma de promoverla y de atender la enfermedad.

Con esta definición las instituciones que **producen salud** comprenden no sólo a los hospitales, médicos, enfermeras, etc., sino también a todas las personas, grupos e instituciones relacionadas a la **producción social** de la salud. Es decir que producen salud no solamente los **servicios de atención de la salud**, ya sean públicos o privados, sino también los individuos, las familias, y las comunidades (El Estado y la sociedad civil organizada). En este enfoque el denominado **sector salud** es un subsistema del **sistema de salud integral**. Citado en Paganini, “Una Estrategia para la Equidad en Salud.” INUS. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.

La salud individual y colectiva es el “resultado de la relación que se da en una sociedad entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales. Como producto social, depende de las acciones que realizan los actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones”. OMS/OPS, ver “Desarrollo y fortalecimiento de los sectores locales de salud”. Washington 1995.

³ Ver “Encuesta Provincial de Salud”. Primera Etapa Conurbano. Abril 1998. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. Un dato muy significativo resulta comprobar que el 49,4% de las personas que se sintieron enfermas (perceptores) en los últimos 15 días, decidieron “no consultar” al médico, valor extremadamente alto, más aún si se toma como referencia que 9 años atrás solamente esa proporción alcanzaba al 26,5% y en 1980, al 18,9%.

⁴ En casos específicos de salud o intervenciones, un modelo prestacional desarrollado en base a complejidad y tecnología o una excesiva prestación pública de **bienes privados** puede generar una oferta superior a la demanda y esta superior a la necesidad. En otro sentido, una oferta planificada de intervenciones preventivas puede acercarse a la necesidad y ambas superar a la demanda.

⁵ Para más detalles ver “Programa Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. Una respuesta integral a la crisis del modelo de atención”. Febrero de 1998. Subsecretaría de Planificación de la Salud. “Fortalecimiento de la gestión municipal para la implementación del Programa Pueblo en el Municipio de Pilar”. C.F.I. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Julio de 1998.

Bibliografía:

- Arrow K.J. - La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. ICE: VI: 574, 1981.
- Artells, J. – La economía de la Salud de los ochenta. JANO, Vol. XI, Abril 1991.
- Corella, J. M. - La Gestión de Servicios de Salud. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 1996.
- Errasti, F. - Principios de Gestión Sanitaria. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 1997.
- Forns. Povira, J. – Mercado y Planificación en Sanidad. JANO, Vol. XXXI N° 746, 1986.
- Leenan, H. – Equality and equity in health. WHD/Nuffield Center for Health Service Studies Meeting. Leeds, 1985 (citado por Errasti F: Principios de Gestión Sanitaria. Ed. Díaz de Santos. Madrid. Pág. 78, 1997).
- Martin, J. M. – Eficiencia, constitución y organización sanitaria. Una aproximación económica. Salud, Mercado y Estado. AES. 1994.
- Musgrove, P. - Equidad, Eficiencia y Calidad; el Desafío de los Modelos de Salud. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1996.
- Musgrove, P. – Mismatch of Need, Demand and Supply of Services: Picturing different ways health systems can go wrong. World Bank, 1995.
- Musgrove, P. – Unas Reflexiones Personales sobre una década y media de Investigación en Economía de la Salud y su Aplicación. REDEFES. Santiago de Chile, 1996.
- OMS/OPS - Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los Contenidos Educativos. Pág. 12. Washington, 1995.
- OPS – Descentralización y Sistemas Locales de Salud (SILOS). Washington, noviembre 1994.
- Ortún, R. V. - Análisis de los Mercados y del Marco Regulatorio del Sector Salud. IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1995.
- Ortún, V. – La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona. Ed. Eude, 1991.
- Paganini, J. M. - El Desarrollo Municipal. Una Estrategia para la Equidad en Salud. INUS. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP, 1997.
- Paganini, J. M. y Chorny, A. H. – Los sistemas locales de salud: desafío para la década de los noventa. Bol Of Sanit Panam 109 (5-6), 1990.
- Starfield, B., M.D., M.P.H. – La atención primaria en el futuro ¿Resulta esencial la atención primaria? 1° Jornadas Bonaerenses de Salud en los Municipios “Construyendo Equidad”. La Plata, marzo 1998.
- Sonis, A. y Paganini, J. M. – La atención de la Salud: características, tendencias, problemas. Cap. IV., en Medicina Sanitaria y Administración de salud. 2° edición, Tomo II, 1976.