

Medicina privada versus Servicio Nacional de Salud:
Notas para un análisis económico de la cuestión

INTRODUCCION

El presente artículo pretende poner de manifiesto que desde el punto de vista teórico no existen razones por las que no pueda darse una asignación eficiente de los servicios sanitarios a través del mercado. Para explicar tal afirmación, utilizaremos un esquema elemental de criterios paretianos de optimización y procederemos a la comparación de las siguientes alternativas: el mercado «perfecto» y la provisión de servicios sanitarios sin ningún coste para el usuario (bajo condiciones de precio cero).

En primer lugar, no obstante, será útil analizar las objeciones que se han planteado al análisis de la oferta de servicios sanitarios a través del mercado. La mayor parte de los argumentos, en pro o en contra de esa forma de asignación, se refieren a supuestas diferencias entre los «servicios sanitarios» y otros bienes y servicios.

Existe la creencia de que los servicios médicos son distintos de otros servicios y que, por lo tanto, deberían ser tratados al margen del mecanismo de mercado y asignados a través del Servicio Nacional de Sanidad o instituciones parecidas. Frente a ésta existe la opinión de que no son esencialmente diferentes, por lo que nada impide que sean asignados, a través del mercado, por sujetos e instituciones privados (médicos, hospitales y compañías de asistencia sanitaria).

Antes de analizar la eficiencia de la asignación en términos paretianos, debería prestarse atención a las supuestas características especiales de los servicios sanitario y otros bienes y servicios, y a la posibilidad de admitir que, desde el punto de vista económico, no existen diferencias entre la asistencia médica y otros servicios. Bajo este prisma, será entonces posible abordar la asignación de cuidados sanitarios más eficiente, desde el punto de vista de las ventajas relativas, tanto del mecanismo de mercado como de un sistema alternativo, que podría ser el modelo de Servicio Nacional de Sanidad (SNS en adelante).

Los cuidados médicos no son «diferentes». Los argumentos en favor del aserto de que los servicios médicos son distintos como bienes económicos, pueden agruparse en dos principales direcciones:

En primer lugar, aquélla que se refiere a la pretensión de que la naturaleza de los servicios médicos es incompatible con los requisitos implicados por la racionalidad y la soberanía del consumidor. En segundo lugar la relativa a los argumentos en torno a la incertidumbre y a la falta de información por parte del paciente (consumidor). En las líneas que siguen intentaremos discernir si la naturaleza, supuestamente «distinta», de los servicios médicos está en desacuerdo con los supuestos fundamentales de la economía del bienestar.

LA RACIONALIDAD DEL CONSUMIDOR

Argumentos en contra de la «racionalidad del consumidor»

Por racionalidad entendemos:

- a) El discernimiento del individuo acerca de su propio bienestar es la única información significativa.
- b) Las elecciones individuales revelan la correspondiente estructura de preferencias.
- c) Las decisiones individuales son consistentes, de modo que maximizan la utilidad subjetiva del sujeto.

En relación con la argumentación acerca de la «irracionalidad», se estima frecuentemente que la «inconsistencia» del sujeto es incompatible con la optimización del bienestar en el mercado. Los principales argumentos en tal sentido son:

- 1) Existen enfermos que no desean o no manifiestan intención de ser tratados o, que incluso, no son conscientes de su condición patológica.
- 2) Algunos individuos, aún *sabiendo* que están enfermos, no *demandan* tratamiento (1).
- 3) Los enfermos mentales, los niños y los casos urgentes (accidentados, pacientes con crisis agudas, traumatismos, etc.), no suelen hallarse en condiciones de revelar sus preferencias, y, por lo tanto, no pueden elegir.

La evidencia en favor de estos argumentos parece contradecir una

(1) O por lo menos no desencadenan la sucesión de fases que convierten la necesidad subjetiva —morbilidad percibida por el sujeto— en necesidad manifiesta —morbilidad reconocida como tal por el médico; y que se transforma en demanda efectiva de servicios médicos, servicios sanitarios y fármacos.

de las condiciones fundamentales para alcanzar un óptimo a través del mercado y, por esa razón, algunos partidarios del SNS han descartado apriorísticamente el mercado como un sistema eficiente de asignación de recursos.

Sin embargo, tales argumentos parecen haber desestimado un par de cuestiones teóricas importantes: En primer lugar, la falta de información no es un problema privativo del mercado. El problema de la ignorancia, acerca de las distintas dimensiones de la salud individual y colectiva, no ha sido resuelto por el SNS ni siquiera en el caso en que las situaciones previas a su implantación hayan sido mejoradas por la orientación preventiva y por el control de los resultados de la medicina estatizada. Por otra parte, el hecho de que muchos individuos no sean conscientes de su estado de salud no prueba que un determinado sistema de asignación sea, o no, eficiente «per se», del mismo modo que la descripción de un *óptimo teórico* no indica cómo debe alcanzarse.

En segundo lugar, los argumentos en cuestión no tienen en cuenta las *externalidades*, tan importantes desde el punto de vista de la política social. La importancia real de los efectos del comportamiento irracional reside de hecho en la percepción y valoración de los mismos por parte de los sujetos «racionales».

Tanto en el caso de los sujetos que no se preocupan por su salud —«irracionales»—, como en el de los enfermos mentales, el de los niños y el de las urgencias, la supuesta falta de capacidad de decisión de los individuos es asumida por un grupo distinto de sujetos que derivan individualmente una utilidad o beneficio marginal externo del estado de salud de los demás, y que *experimentan un beneficio social por la eliminación de la incapacidad* de aquellos, o por la restauración de su salud. Cuando consideramos a los individuos actuando y decidiendo racional y consistentemente, en nombre de aquellos que, real o aparentemente, no pueden tomar decisiones consistentes en relación con su salud, estamos introduciendo en el análisis el papel que juegan las externalidades.

En definitiva, la supuesta conducta «irracional» de quienes actúan inconscientemente en relación con sus preferencias, no es una razón «a priori» para establecer que su comportamiento pudiera ser distinto en el contexto de un sistema sanitarios alternativo al mecanismo de mercado.

INCERTIDUMBRE E INFORMACION DISPONIBLE

Entre los principales argumentos relativos a la incertidumbre del

paciente acerca de las distintas dimensiones de los servicios médicos destacan las siguientes:

1) La gente que demanda cuidados médicos lo hace, normalmente, sin saber, o antes de saber, cuánto le va a costar.

2) Un buen número de pacientes no están lo suficientemente informado como para conocer, por anticipado, la calidad del servicio que va a percibir, ni para apreciar posteriormente la calidad del servicio que ha recibido.

Ninguna de estas objeciones parece suficiente para caracterizar como no económicos los servicios médicos a falta de información sobre la propia situación, o la de algún otro sujeto, las consecuencias de actuar, o dejar de hacerlo, las previsiones acerca de un futuro incierto, etc., son todas ellas, características generales del tipo de sociedad en la que vivimos. Tales argumentos plantean una cuestión distinta que, en términos sociales, adquiere particular importancia. ¿Cómo podemos estar seguros de que existe información suficiente acerca de las elecciones disponibles? ¿Cuál es en términos sociales, la cantidad óptima de información, y cuál su distribución eficiente? Estas cuestiones son sensiblemente distintas de las que argumentan los adversarios incondicionales del «mercado», tanto en términos de su formulación teórica como de su aplicación. Planteada en estos términos se trata probablemente de una discusión al margen del problema de la asignación de los servicios médicos, a través del mercado «perfecto» o del SNS «ideal», y se presenta como más centrada sobre lo que podría hacerse para *minimizar* la incertidumbre potencial del paciente. En relación con esto, la reducción de la incertidumbre «a priori», por medio de un SNS gratuito (2), no significa necesariamente, que la asignación vaya a ser más eficiente de lo que sería si se consiguiera la reducción de la incertidumbre, por obra y gracia de un sistema de seguros privados bajo el que los riesgos fueran cuidadosamente evaluados. En cualquier caso, este último tema plantea la discusión de los efectos producidos por el reparto de riesgos sobre un grupo social amplio. Debemos puntualizar, no obstante, que en tal caso, como en el del sistema del SNS, la incertidumbre no añade característica diferencial ninguna a los servicios médicos considerados como un bien económico.

EL MERCADO FRENTE AL SNS

En la medida en que, teóricamente, nada nos impide considerar

(2) Cuando el sistema de servicios médicos es gratuito, no habrá necesidad de informar al paciente acerca de sus costes directos.

los servicios médicos como cualquier otro bien económico (3), será posible analizar la eficiencia relativa del mercado «perfecto», o del SNS «ideal», aplicando los criterios de Pareto.

Para llegar a cabo tal análisis, hace falta sustituir el supuesto de que la conducta humana racional es «egoísta» por el de que existe un cierto grado de «altruismo», o una determinada interdependencia de las funciones de utilidad. Esto es, el «egoísmo» —ausencia de externalidades se representaría por funciones de utilidad de la forma:

$$U^A = U^A(a^A, b^A, \dots, z^A); U^B = U^B(a^B, b^B, \dots, z^B);$$

mientras que el altruismo supone una clase de funciones de utilidad del tipo:

$$U^A = U^A(a^A, b^A, \dots, z^A; b^B, \dots, z^B; a^C, \dots) \\ U^B = U^B(a^B, b^B, \dots, z^B; a^A, \dots, z^A; c^C, \dots).$$

Utilizaremos también, a lo largo de este análisis, un modelo marshalliano de dos sujetos. Este modelo nos proporciona una visión simplificada pero, al mismo tiempo, lo bastante generalizable como para no estar en desacuerdo en sus conclusiones con las que pudieran derivarse de un modelo en el que intervinieran más de dos sujetos. Las características del SNS «ideal», serían las siguientes:

- 1) Todos los servicios médicos son competencia del sector público.
- 2) Los usuarios de los servicios no tienen que pagar nada por ellos.
- 3) La financiación de los servicios corre a cargo del presupuesto general del estado.

Por otro lado, las características del mercado perfecto serían:

- a) La prestación de servicios médicos no constituye un monopolio, y
- b) Existe un sistema eficiente de seguros médicos —con información «perfecta»— al que nos hemos referido más arriba.

En estas condiciones, sea A, un sujeto pobre (feliz como el hombre sin camisa, y optimista en exceso); sea B un sujeto acomodado

(3) Es decir, como una mercancía para la cual, bajo condiciones de mercado, existirá un único precio de equilibrio determinado por la intersección de la suma de las curvas de oferta de cada productor de servicios médicos y la suma de cada una de las curvas de sus demandantes; intersección que los mecanismos del mercado llevarían hasta aquel punto en el que el coste marginal para los demandantes iguale al precio.

(sensato, preocupado por su futuro y preocupado también por el bienestar del sujeto A).

Consideramos que:

VM^A Valor marginal de los servicios médicos para el sujeto A, o curva de demanda marshalliana de A, en unidades de servicios médicos.

VM^B_A Valor marginal que B otorga a los servicios médicos utilizados por A.

$VMS^A = VM^A + VM^B_A$, es la suma vertical que A y B, conjuntamente, otorgan a los servicios médicos consumidos por A, o el valor marginal social del consumo de cuidados médicos que puede hacer A.

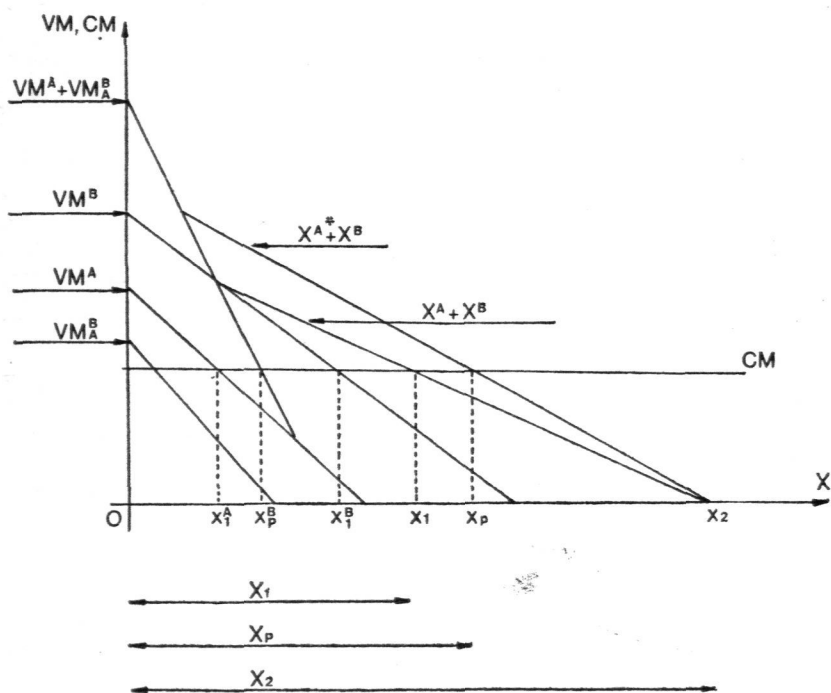


Figura 1

$X^A + X^B$ es la suma horizontal de las demandas individuales de los sujetos A-B.

$X^A + X^B_A$ es la suma horizontal de las curvas de valoración social, VMS^A .

CM es el coste marginal de los cuidados médicos, excluidos de los efectos externos que pudieran atribuirse a su producción.

CMS es el coste marginal social.

Las curvas, conceptos y relaciones mencionadas, quedan representadas en la figura 1.

Partiendo de la base de que ni la producción ni el consumo de servicios médicos dan lugar a la aparición de externalidades y contando con el supuesto de que A y B adoptan una pauta de comportamiento egoísta, las cantidades óptimas que A y B recibirían a través del mercado serían tales que A consumiría OX^A (4), y B consumiría OX^B , siendo X, la demanda total (igual a la oferta). Ahora bien, en la medida en que B, que es «altruista», considera que el consumo de cuidados médicos por parte de A incrementa su propio bienestar, esta situación puede mejorarse. Introduciendo en el modelo la externalidad que el consumo de A representa para B, el consumo óptimo de A sería X^A_r (la cantidad óptima para la simplificada sociedad del supuesto), que daría como resultado una demanda total de A_r , ya que el sujeto continuaría consumiendo OX^B .

Alternativamente, si un sistema ideal de SNS hiciera frente a toda la demanda de servicios médicos, sin cargo alguno al consumidor, de la cantidad total, X_2 , de servicios médicos disponibles A recibiría X^A_2 y B consumiría X^B_2 (manteniéndose las mismas hipótesis y las mismas curvas de demanda individuales). Parece claro que una tal situación no puede calificarse de óptima, en la medida en que tanto el precio como el valor marginal social se igualan a cero, mientras que el coste marginal es positivo.

Por lo que respecta al mercado, todo cuanto puede decirse es que, tanto si se consideran las externalidades como si no, el mecanismo de asignación, desde nuestro punto de vista teórico, puede conducirnos a un óptimo. Si, todavía en el contexto del mercado, aceptamos la existencia de externalidades, tal como antes las hemos definido, el sujeto A, a fin de incrementar su consumo de servicios médicos a expensas de B, tiene abiertas varias alternativas. Una de ellas, por ejemplo, podría ser un subsidio directo en el caso en que el aumento de la utilidad de B producido por un mayor consumo de A (de X^A , hasta X^A_r) fuera mayor que el coste del subsidio.

(4) El consumo óptimo de A viene dado por $VM^A - VM^B_A = CM$, lo que es la equivalencia marshalliana de la condición general samuelsoniana de asignación óptima para bienes públicos, que es:

$$\frac{\partial U^A}{\partial x} - \frac{\partial U^A}{\partial a} + \frac{\partial U^B}{\partial x} - \frac{\partial U^B}{\partial a} = fx/fa$$

expresión en la que a es un bien considerado como numerario y fx/fa es la razón marginal de transformación.

En realidad, de una u otra forma, éste ha sido el terreno en que aproximadamente han venido moviéndose las instituciones benéficas y filantrópicas.

FILANTROPIA Y EXTERNALIDADES

Pero el hecho de que el mercado pueda alcanzar su óptimo no resuelve, necesariamente, el problema de distribución que plantea la internalización de las externalidades. En otras palabras, ¿las instituciones benéficas y filantrópicas permiten al mercado la asignación de suficientes recursos a este fin? En la práctica, el hecho de que puedan identificarse distintos grupos de sujetos, de los tipos A y B, con sus respectivas utilidades marginales en el mercado, significa que habría que ajustar un precio variable en cada caso individual. Es decir, debería producirse una cierta *discriminación de precios*.

Lo que no queda claro es si la discriminación tiene lugar por el hecho de que las instituciones benéficas y filantrópicas deciden internalizar así sus externalidades, o si tiene lugar porque los médicos (empresas individuales?) las utilizan como una forma de aumentar sus ingresos.

Desde el punto de vista de la política social, especialmente, es significativo el que la externalidad beneficie finalmente a un grupo u otro de individuos. Pero lo que realmente importa es saber qué clase de externalidades representa mejor las externalidades apreciadas por la comunidad como un todo. En este sentido parece que el SNS ideal, u otras organizaciones parecidas, están en ventaja, sobre las instituciones benéficas y sin afán de lucro en el mercado. Su posición aventajada se deriva del hecho de que las externalidades afectan a la comunidad en su conjunto y, además, se generan también en el seno de la comunidad, en vez de consistir solamente en un grupo de pacientes a los que otro grupo social determinado dedica sus cuidados y desvelos. Así las externalidades, será probablemente, más fácil controlar las necesidades de servicios médicos, identificar valores sociales y poner los medios para alcanzarlos, etc., a través de instituciones que pertenezcan al sector público.

La realidad, no obstante, muestra que ni el mercado es perfecto ni la SNS es ideal de modo que la elección entre uno y otra no se plantea como una elección entre algo que no es perfecto y algo que sí lo es. Raras veces resulta posible elegir aquello que es lo mejor, en términos superlativos, y las elecciones se plantean en términos de valores relativos. Esto supone que son imprescindibles los estudios cuantitativos «ad hoc», que permitan evaluar el coste del proceso de internalización y el coste social originado por la ineficiencia de las dos grandes alternativas presentadas. Las investigaciones en tal sentido, por

otra parte, contribuirían a un mejor planteamiento del problema que representa la elección de una norma política aceptable para la comparación de programas.

CONCLUSIONES

a) El estudio de las imperfecciones del mercado, supuestamente atribuibles a las características de los servicios médicos como bien económico no basta para diagnosticar ineficiencia «a priori».

b) Es posible afirmar que el mecanismo del mercado es relevante, en el sentido de Pareto, en la asignación de los servicios médicos y que, en tal sentido, no existen objeciones teóricas a la oferta de cuidados médicos a través del mercado.

c) La existencia de externalidades no justifica por sí sola la financiación y/o producción de servicios médicos por parte del sector público. La elección entre el mercado y el SNS dependen de la naturaleza de la externalidad, no del tipo de bien económico producido. Dependerá también, por otra parte, de la eficacia social del control ejercido sobre quienes formulan y ejecutan la política sanitaria. Se trata, en suma, de una elección política.

Antonio Menduïña

BIBLOGRAFIA

- ABEL-SMITH, B. (1976): Value for Money in Health Services. Heineman. London.
- ASHFORD, J. R. (1975): How can quantitative methods help the Health Services manager? en Measuring for Management. Nuffield Provincial Hospitals Trust. Oxford University Press. Oxford.
- BENTZEN, N. and RUSEIL, I. (1976): Deputising Services in Denmark The Effect of Abolishing the Charge to Patients. Interim report presented to the Bath meeting of the SSRC Health Economists Study Group. Bath. December 1976.
- BUCHANAN, J. M. (1968): The Demand and Supply of Public Goods. Rand Mc. Nally. Chicago.
- CULYER, A. J. (1971): The nature of the Commodity «Health Care» and its Efficient Allocation. Oxford Economic Papers. Vol. 23.
- CULYER, A. J. (1973): The Economics of Social Policy. Martin Robertson. London.
- FELDSTEIN, M. S. (1963): «Economic Analysis, Operational Research and the National Health Service». Oxford Economic Papers, vol. 15. Mar. 1963.
- FOLDES, L. (1967): «Income Redistribution in Money and in Kind». Economica. February.
- KLARMAN, E. H. (1965): The Economic of Health. Columbia University Press. New York and London.
- RUTTEN FRANS, F. M. Van der GAAG, J. (1976): Referrals to the Specialist (An analysis of the demand for specialistic-outpatient medical care). Report 76. 16. The Economic Institute of Leyden University Health Economist's Study Group. Bath. December 1976 (Preliminary and Confidential).
- WILLIAMS, A. and ANDERSON, R. (1975): Efficiency in the Social Services. B. Blackwell. Oxford.