

**JOAN J. ARTELLS**

**Naturaleza económica de la salud y los  
servicios sanitarios: una revisión**

---

En 1979 y en esta misma revista A.J. Culyer trató de “despertar el apetito” de los economistas mediterráneos con un “aperitivo” sobre lo que entonces sólo unos pocos se atrevían a denominar Economía de la Salud. Cuatro años más tarde esta especialidad parece haberse abierto un cierto camino –Jornadas de Economía de la Salud de Barcelona (1980), Bilbao (1981), Madrid (1982) y Jornadas de Economía de los Servicios Sociales de Barcelona (1982)– y parece apropiado plantear alguna revisión retrospectiva sobre aquel artículo inicial.

El propósito de este artículo consiste en establecer hasta qué punto la especial naturaleza de los servicios sanitarios admite el tratamiento analítico de la teoría económica. Se revisan los aspectos que contribuyen a valorar individual y colectivamente el bien “asistencia sanitaria” de modo que su valoración puede considerarse como formando parte de la estructura de preferencias del “consumidor” y se presta atención a las consecuencias que para la aplicación de los instrumentos convencionales del análisis económico tiene la vulneración de hipótesis básicas en torno al funcionamiento del modelo de mercado como mecanismo conducente a asignaciones óptimas en el sector sanitario.

## 1. INTRODUCCION

En fecha tan temprana como el siglo XVII sir William Petty (Petty, sir William, 1683) utilizó una aproximación económica para establecer los costes y beneficios en el contexto de una evaluación de la salud pública encaminada a cifrar las consecuencias sociales y económicas de ciertas epidemias. A pesar de ello, hasta hace pocos años el análisis económico no ha empezado a aplicarse sistemáticamente como bagaje analítico, descriptivo y de predicción respecto de los diversos problemas que se dan en el sector sanitario. El ritmo de aplicación de las técnicas económicas por otra parte se ha caracterizado por cadencias muy distintas de desarrollo y atractivo, situándose España muy a la zaga de los países más adelantados en este campo: Estados Unidos, el Reino Unido, Francia, los Países Bajos y los Países Escandinavos. Con todo se empieza a notar entre nosotros cierto nivel de actividad (Artells, Mooney y Williams, 1980; Artells, Maynard, Mooney, 1981; Primeras Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, 1981, 1982).

La relativa juventud de la Economía de la Salud puede explicarse por lo menos por dos motivos: por un lado, hay problemas conceptuales y teóricos no resueltos en torno a la naturaleza económica de la salud y de la asistencia sanitaria en tanto que "bienes" económicos. Por otro lado, deben encontrarse a corto plazo respuestas a cuestiones de gestión, administración y toma de decisiones en los servicios sanitarios que surgen, al menos en parte, de la crisis económica general de la década de 1970 y de los recortes que dicha crisis ha obligado a efectuar en los gastos —singularmente en los gastos públicos— relacionados con la salud (Ashford, 1975). Rickard (Rickard, 1976) ha sugerido que la literatura sobre la economía de la salud publicada a principios del decenio de 1970 ha sido de naturaleza "exploratoria y fragmentaria" y que ello explica la lentitud de su crecimiento. Arguye que "por tradición la corriente principal de las ciencias económicas se ha ocupado básicamente del mecanismo del mercado y que hasta tiempo relativamente reciente los economistas no han estudiado campos de la actividad humana donde las relaciones de mercado y precios parecen ocupar un lugar menos decisivo". Desde una perspectiva parecida Mooney (Mooney, 1980) indica, en el contexto del NHS, que "Sin precios —como es el caso de la asistencia sanitaria británica— surgen ciertas dificultades, especialmente en torno a la cuestión de cómo valorar los servicios de asistencia sanitaria y, de hecho, qué valores convenga utilizar".

El tema de la valoración es de gran importancia como señala Fuchs (Fuchs, 1972) al recordar la actitud generalizada y común de que un "buen estado de salud" es un fin en sí mismo, cuyo valor se plantea con independencia de otros objetivos de la actividad humana. Este sería

u. o de los principales apoyos que ha dado soporte al argumento que con más frecuencia se ha empleado contra la aplicación del análisis económico en el campo de la asistencia sanitaria: la consideración de la salud como un “bien absoluto”, dificulta gravemente su evaluación relativa respecto de otros bienes asimismo deseables.

Parece pertinente, pues, plantear esta pregunta: si los servicios sanitarios se sitúan fuera del área de aplicación del análisis económico tradicional, ¿cuál puede ser la aportación de las ciencias económicas a los problemas de la asignación de recursos en el sector sanitario?. En respuesta a esto Williams (Williams, 1979) sugiere que debería hacerse una distinción entre la economía como tema —o campo de estudio— y la economía como disciplina, o sea, una forma organizada de pensar y plantearse determinados aspectos de la realidad. La relación entre la disciplina económica y el tema de la economía no es exclusiva en el sentido de que no hay motivo para que no pueda investigarse el tema mediante otras disciplinas; o, a la inversa, la disciplina económica puede utilizarse en principio para investigar otros temas. Dicho de otro modo, nadie puede rechazar, por cuestión de principios, la posibilidad de que la economía, en tanto que disciplina, pueda aportar su punto de vista, su metodología y sus técnicas a temas que convencionalmente no se han considerado “económicos”.

No obstante, es cierto que surgen dificultades cuando la economía se aplica en otros campos y quizás sea en el contexto de la valoración individual y social de la salud donde se alcen los obstáculos más serios. Los argumentos favorables a la pertinencia del análisis económico han tendido a centrarse en torno a la inexistencia de una ordenación lexicográfica de las prioridades personales con respecto a la salud, y a la compatibilidad de los supuestos de la Teoría del Bienestar con las características y naturaleza particulares de los bienes salud y la asistencia sanitaria.

## 2. BASES CONCEPTUALES EN LA VALORACION ECONOMICA DE LA SALUD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

### 2.1. *Atención sanitaria y preferencias individuales*

Como paso previo al examen de las características económicas de los “bienes” salud y servicios sanitarios, es importante indicar por qué ambos son objeto de valoración positiva, tanto por parte de los individuos como por parte de la comunidad en su conjunto.

La negación de la pertinencia del concepto de preferencias *relativas* (Dasgupta and Pearce, 1978) en relación con la asistencia sanitaria ha ocasionado una desafortunada tendencia, por parte de los que toman las decisiones relativas al sector, a hacer caso omiso de las situaciones de elección impuestas por la escasez de recursos. Tal punto de vista considera que la satisfacción individual de necesidades sigue una secuencia discreta y estanca y, en consecuencia el deseo individual de cualquier bien no entraría en la función de utilidad en tanto no se hubiera satisfecho el deseo por algún otro bien preferido con prioridad. En esta noción de la estructura de preferencias subyace la afirmación de que la salud "no tiene precio" y merece una consideración aparte y superior a todos los demás bienes o aspiraciones. De ser aceptada esta posición ello significaría negar cualquier posible trade-off entre la salud y cualquier otro bien apetecible haciendo incompatible el supuesto económico básico de la capacidad del individuo para establecer valoraciones relativas respecto de los bienes deseados y disponibles. Sin embargo, la observación más elemental del comportamiento humano sugiere de inmediato la dificultad de sostener estos criterios de valoración absoluta. Los individuos balancean constantemente su valoración de una vida "sana" contra la oportunidad de disfrutar de las dimensiones también deseables de comer y beber con exceso, fumar, conducir con temeridad, demorar reconocimientos médicos, incurrir en riesgos para la integridad física, ignorar medidas higiénicas elementales, etc. Resumiendo, se puede observar la existencia de un auténtico trade-off más o menos manifiesto en el comportamiento de cada individuo entre llevar una vida sana o vivir de una forma potencialmente perjudicial para la salud pero quizás agradable o generadora de compensaciones que son en cualquier caso valoradas con referencia explícita o implícita al bien "salud". Así, la salud y la asistencia sanitaria como bienes que pueden examinarse junto a otros bienes pierde su pretendida dimensión preponderante y absoluta en la clasificación subjetiva de preferencias y puede contemplarse dentro del ámbito de la economía positiva como formando parte de la estructura de preferencias individuales.

Por otro lado, desde un punto de vista normativo, nada impide juzgar de qué manera debería comportarse la gente en relación con lo que más conviene a su salud o qué pauta de consumo podrían considerarse generalmente como sanas. Esta clase de aproximación que incluye una amplia gama de juicios de valor no es metodológicamente incompatible con la aceptación de que la salud sea un argumento más en la función de utilidad individual. Por consiguiente, en principio no hay nada que impida que la salud en tanto que bien económico comparta los mismos presupuestos en torno al de la descripción y predicción teórica del comportamiento del consumidor y del productor racionales (Lancaster, 1966).

## 2.2. *Atención sanitaria y asignación de recursos*

El análisis económico se basa en tres observaciones fundamentales acerca del funcionamiento y organización de la producción y el consumo en las comunidades: escasez de recursos, utilización alternativa de los mismos y valoración relativa de objetivos concurrentes, individuales y colectivos, traducidas en prioridades económicas. Dadas estas dimensiones, el problema económico fundamental puede resumirse como el de asignar los recursos escasos de manera que se satisfagan óptimamente las necesidades humanas priorizadas. Sobre este fondo ineludible de ejercicio de la elección, Fuchs (Fuchs, 1974) presenta dos principales líneas de argumentación que pueden identificarse en las discusiones habituales sobre temas relativos a la asignación de recursos y servicios sanitarios. En primer lugar está el punto de vista idealista que no se percibe del imperativo de conseguir un equilibrio óptimo entre las necesidades sanitarias individuales y colectivas y los recursos disponibles y que, por consiguiente, alimenta la ilusión de que no existe la escasez de medios. El segundo argumento es el "monotécnico", que encuentra con frecuencia expresión entre los tecnócratas médicos que consideran exclusivamente la aplicación estrecha de su tecnología particular sin consideración a otras posibles utilidades socialmente útiles de los recursos disponibles. Este enfoque se basa asimismo en la incapacidad para reconocer la multiplicidad de las preferencias individuales. Sin embargo, si se admite que el área de los servicios sanitarios no es ajena a los problemas de elección económica, es preciso plantearse cómo dar acomodo a la multiplicidad de las preferencias individuales y de este modo el análisis económico puede aspirar a un lugar propio en la evaluación de planteamientos alternativos en relación con las necesidades y objetivos sanitarios. Y ello es así porque la Economía, en tanto que disciplina que se ocupa esencialmente de valores, aunque con frecuencia hace uso del paradigma del mercado en la determinación de los mismos, ello no tiene por qué ser exclusivamente así aunque como Williams (Williams, 1979) afirma:

"dado que los mercados son una forma reconocible de acomodar la diversidad de preferencias personales, los economistas tendemos a comparar soluciones ajenas al mercado con soluciones propias a él mismo aunque sólo sea como una estrategia analítica destinada a recalcar las diferencias de resultado acerca de la cual deban ejercitarse juicios de valor y opciones a un nivel más alto".

La necesidad de elección racional, eficiencia y el análisis de costes y beneficios obtenibles mejorando las pautas de la asignación de recur-

son, o al menos deberían estar, entre las preocupaciones fundamentales de los encargados de configurar la política sanitaria (Mooney, 1980).

Por consiguiente, el análisis económico resulta apropiado en principio para ocuparse de problemas económicos formulados convencionalmente en el dominio del sector de la salud. Sin embargo, existe además otra posible aportación —más debatida— en el sentido de que la disciplina económica puede contribuir a la identificación de nuevos problemas o nuevos aspectos de problemas ya planteados en el campo de la salud y de la política sanitaria. Como afirma Fuchs (Fuchs, 1972):

“si los economistas pueden ayudar a racionalizar y a hacer más explícito el proceso de la toma de decisiones, aportar definiciones útiles, conceptos e instrumentos analíticos, y crear conjuntos coherentes de datos sanitarios y medidas sintéticas del nivel de salud colectiva, estarán construyendo su propia y original aportación a la salud y a la economía”.

En lo que sigue se encuentra la atención en la pertinencia de la teoría económica para el análisis de la eficiencia en la prestación y suministro de servicios sanitarios. Ello permitirá examinar hasta qué punto las características supuestamente singulares y de la atención sanitaria son incompatibles con la aplicación válida de ciertos teoremas económicos básicos en el análisis del funcionamiento del sistema sanitario y en la discusión acerca de la posibilidad de alcanzar una asignación de recursos socialmente eficiente.

### 2.3. *Nivel de salud, satisfacción individual y beneficio*

Puesto que la salud y la atención sanitaria son susceptibles de valoraciones distintas por parte de individuos y grupos sociales diferentes conviene, aunque sea brevemente, efectuar un repaso a las dimensiones en que ambos son percibidos como beneficios desde el punto de vista económico.

El estudio de los elementos que se toman preferentemente en cuenta en la evaluación de programas sanitarios —factores de inversión y factores de consumo— es un tema del que se han ocupado diversos economistas interesados en la repercusión económica de la asistencia sanitaria. Mushkin (Mushkin, 1958) ha señalado la relevancia de dos dimensiones: la producción en términos de horas de trabajo disponibles atribuibles a mejoras en el nivel de salud y el ahorro de futuros desembol-

sos como consecuencia de la reducción de episodios patológicos. Ambas dimensiones presidieron la orientación de los cálculos coste-beneficio a finales de la década de los cincuenta y principios de la de los sesenta principalmente en Estados Unidos (Klarman, 1974; Weisbrod, 1974).

Posteriormente Wiseman (Wiseman, 1963) hizo hincapié en una definición que ha dado pie a una nueva línea de investigaciones (Paglin, 1974; Scheffler y Lipscomb, 1974). Wiseman sugirió que por lo que se refiere a los *servicios sanitarios* y a la *salud*, la valoración individual puede explicarse en términos de una percepción subjetiva obtenida simultáneamente de dos fuentes de utilidad: “la buena salud” individual que reporta satisfacción “per se” por el hecho de que el individuo se siente libre de enfermedades —dimensión del consumo—; y el hecho de que un nivel satisfactorio de salud permite la aportación productiva individual que se traduce en ingresos —la dimensión de la inversión—. De esta manera la asistencia sanitaria podría considerarse como “productora de riqueza además de salud” (Ministry of Health, 1956).

Más recientemente Cullis y West (Cullis y West, 1979) han indicado que los servicios sanitarios deberían ser tratados como ciertas clases de artículos y servicios tales como la nutrición y la educación, que proporcionan al consumidor satisfacción o beneficios fisiológicos, psicológicos y monetarios. Estos autores han clasificado tales efectos beneficiosos del siguiente modo:

- i) Beneficios que proporcionan utilidad comparable con la que suministra el consumo de un bien no duradero, por ejemplo, el alivio del sufrimiento, dolor o angustia en el curso de un tratamiento penoso.
- ii) Beneficios comparables con los que proporcionan los de artículos de consumo duradero a lo largo de varios periodos, y que pueden asociarse con el disfrute de “buena salud”, conservada o restaurada a consecuencia del consumo de asistencia sanitaria.
- iii) Beneficios asociados con la restauración o recuperación de la capacidad productiva de los individuos en tanto que oferentes de trabajo y en tanto que productores de bienes con o sin valor de mercado. (Becker, 1965).

#### 2.4. *Salud y servicios sanitarios*

La atención sanitaria se entiende aquí como el tipo de servicio que proporcionan los médicos, enfermeras, cirujanos, hospitales y demás

oferentes en el sistema sanitario. Aparte del impacto de los servicios sanitarios sobre la salud "per se", Fuchs (Fuchs, 1972) sugiere otro tipo de efectos o productos sanitarios, tales como los *servicios de validación* —legitimación social del estado de la salud por parte del médico— y otros como los servicios "hoteleros" de acomodo en las instituciones hospitalarias. El análisis económico ha facilitado algunas aproximaciones conceptuales útiles para el esclarecimiento de la relación entre la salud y los servicios sanitarios, especialmente por medio de la aplicación del concepto de la función de producción y la búsqueda de definiciones y medidas cuantitativas de los efectos o productos —outputs— de los servicios en términos de indicadores de nivel de salud. Por otro lado, la salud misma ha sido considerada como un bien *fundamental* (Becker, 1965; Grossman, 1972) que genera una demanda *derivada* de servicios sanitarios. Así, la asistencia sanitaria puede verse como si fuera un medio para tratar de alcanzar el nivel deseado de salud en vez de un bien de consumo deseable por sí mismo. Sin embargo, no está suficientemente clara hasta qué punto y en qué circunstancias concretas los servicios sanitarios explican por sí solos mejoras del nivel de salud de los individuos y de la colectividad. No parece que haya una relación directa y libre de ambigüedades entre la salud y la asistencia sanitaria, como es el caso en la mayoría de las industrias en lo que se refiere a su gama de productos como sea, por ejemplo el caso en la industria del transporte en tanto que entidad productora de "transporte". Williams (Williams 1977a) ha calificado de "sueño del teórico y pesadilla del economista" el esfuerzo encaminado a conceptualizar, medir y valorar la salud. Mooney (Mooney and al., 1980) ha puesto de relieve por otra parte la amplia variedad de interpretaciones de la salud, "según la definición utilizada y el punto de vista concreto que se adopte". Las definiciones de la salud son tan numerosas como los valores culturales, sociales y políticos desde los que se observa. En un reciente estudio Stacey (Stacey, 1977) llama la atención respecto a que: "la salud y la enfermedad se conciben de modo distinto en distintas sociedades y en distintos períodos históricos, según "el nivel sanitario predominante entre la población, su longevidad, la efectividad y disponibilidad de atención y tratamientos médicos, la estructura social y las teorías, epistemologías o cosmologías dominantes en la sociedad".

La repetidamente citada definición de la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud —"un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de enfermedades o de achaques"— es demasiado general y desde luego no es operativa. De hecho, tradicionalmente se ha definido la salud subrayando más bien su ausencia, aunque más recientemente los valores sociales y culturales han sido puestos de relieve en una "aproximación ecológica" (Kohn y

White, 1976; Kelman, 1975).

Los conceptos convencionales de la salud se han fundamentado principalmente en distintas formas de considerar tanto el cuerpo humano como los orígenes de las enfermedades. Una de las más extendidas, basada en las aportaciones fundamentales de Vesalius y William Harvey, considera al cuerpo humano como una máquina cuyo buen o mal funcionamiento se refleja en el nivel de salud del individuo. Esta aproximación tendería a dar un lugar dominante a los tratamientos curativos en los campos de la biología, quimioterapia y cirugía. A su vez esta aproximación ha contribuido a la aceptación de un concepto funcional de la salud "negativa", haciendo hincapié en los fallos de funcionamiento del cuerpo humano y concentrándose en la clasificación de los mismos en términos clínicos: casos, diagnosis y tratamiento individuales.

Tawddle (Tawddle, 1974) sugiere que, desde un punto de vista biológico, la salud perfecta puede considerarse como "un estado en el que cada célula del cuerpo funciona a plena capacidad y en perfecta armonía con cada una de las demás células". Sin embargo, al clínico, debido a su adiestramiento y práctica, poco le preocupan estas definiciones abstractas y se ocupa más del diagnóstico y tratamiento de las disfunciones biológicas y psicológicas individualizadas. Semejante aproximación entraña considerables limitaciones y no tiene en cuenta otros procesos pertinentes que son fundamentales para comprender las maneras en que la gente expresa las manifestaciones de su salud o enfermedad, utiliza los servicios sanitarios y aprovecha los conocimientos médicos. Engel (Engel, 1962) y Sheldon (Sheldon, 1970) han propuesto una aproximación basada en la teoría de sistemas para entender la diversidad y complejidad de las fuerzas que intervienen en la industria productora de salud, y que identifica distintos factores que se interrelacionan a varios niveles y que se extienden del hombre como sistema micro-psicobiológico que existe en un medio externo social y material, a los macrosistemas de salud en los cuales los recursos escasos se organizan y asignan para conseguir los objetivos de la sociedad en términos de prioridades sanitarias tanto individuales como colectivas.

La definición de salud es un proceso conducente a imprecisiones porque la salud es función de juicios de valor a menudo contrapuestos. Por esta razón, como ha observado Williams (Williams, 1977b), el economista tiene que estar dispuesto a trabajar con distintas aproximaciones que dependerán del problema que se aborde. Lo que de hecho cuenta, según Mooney (Mooney, 1977), es "cual sea la base sobre la que se toman las decisiones y en especial qué valores son pertinentes en el momento de determinar la importancia relativa de distintos aspectos de la salud". Como la definición de la salud no es neutral con respecto a la organización de los servicios sanitarios ni a la formulación de la política

sanitaria, la tarea concreta del economista consiste en examinar el sistema de valores que informa implícitamente el sistema sanitario o determinada decisión acerca de cómo asignar los recursos sanitarios, explicitar tales juicios de valor e identificar las consecuencias económicas de su presencia.

### 3. CARACTERISTICAS Y NATURALEZA ECONOMICA DEL BIEN "ASISTENCIA SANITARIA"

Una vez establecidas las posibilidades empíricas y teóricas para la valoración económica de la salud y de la asistencia sanitaria, debería ser posible analizarlas como bienes en relación con los cuales los consumidores hicieran explícitas sus preferencias y los productores manifestaran sus incentivos para su producción y distribución. Un mayor conocimiento de la pertinencia de la aproximación económica exige que los bienes y servicios objeto de análisis no se aparten significativamente de las propiedades y características que la teoría económica atribuye a los bienes económicos convencionales. En el resto del presente capítulo se pretende considerar de qué manera la naturaleza del bien asistencia sanitaria encaja en los actuales presupuestos de la economía del bienestar y de qué manera las características supuestamente especiales afectan la aplicabilidad y pertinencia del análisis económico con respecto a los problemas de la asignación óptima de recursos en el campo sanitario.

En un trabajo que ya se ha convertido en clásico Arrow (Arrow, 1963) exploró los rasgos específicos de los servicios sanitarios centrandó su atención en las diferencias entre el funcionamiento de hecho de la industria sanitaria y la "norma" de funcionamiento atribuible al modelo competitivo de mercado. El mantenimiento o la vulnerabilidad de los presupuestos estándar que subyacen en el modelo de mercado son desde entonces una referencia tradicional en el debate en torno a la eficiencia sanitaria. En este debate las posturas más extremas y diversas pueden representarlas, por un lado, Lees y Jewkes (Lees, 1960, 1962, 1964; Jewkes y Jewkes, 1961, 1963) y por el otro Titmuss (Titmuss, 1968). Según Lees, la asistencia sanitaria puede ser considerada sin excepción como un bien de consumo privado, y consecuentemente el mercado competitivo es el mecanismo indiscutible para determinar lo que debería producirse, a qué precio y para quién. Para Titmuss en cambio, la naturaleza no económica del bien salud constituye un argumento decisivo —aunque no logre probarlo—, para la provisión de asistencia sanitaria gratuita por parte del estado. Sin embargo, la mayoría de economistas reconocen las limitaciones de las aproximaciones apriorísticas (Culyer, 1971), es decir, "la comparación del funcionamiento

real de un sistema sanitario existente con el funcionamiento real de un sistema sanitario existente con el funcionamiento hipotético de un sistema ideal". De hecho la corriente principal de la economía de la salud ve la derivación de conclusiones y recomendaciones políticas desde un uso apropiado y no sesgado de los instrumentos analíticos y predictivos de la economía del bienestar. Es la falta de encaje en los supuestos teóricos que dan soporte a las condiciones para la consecución de situaciones de eficiencia social, lo que se considera decisivo para enjuiciar desde el punto de vista económico, la superioridad de un modelo de asignación sobre otro. De este modo el discernimiento sobre la naturaleza transaccional de la salud y los servicios sanitarios, la ausencia o presencia de las precondiciones básicas para la prevalencia de equilibrios descentralizados, competitivos son los criterios pertinentes en la discusión sobre la relevancia del análisis económico en la asignación de recursos en el campo de la asistencia sanitaria. A continuación se discuten con algún detalle algunas de estas precondiciones cuyo grado de cumplimiento por parte del "bien" atención sanitaria, supone la posibilidad o la inviabilidad de juzgar la eficiencia de su asignación por medio de los criterios económicos convencionales.

### 3.1. *Inadecuación o "fallo" del mercado*

El estudio de las circunstancias en las que la operación del mercado requiere la adopción de acciones colectivas para corregir efectos no deseados relacionados con la consecución de ciertos objetivos sociales ha constituido el principal punto de referencia en el desarrollo de la Economía del Sector Público (Musgrave, 1980; Brown and al., 1978). La consideración sistemática de las principales razones que han justificado intervenciones y controles más o menos pronunciados del mercado se ha utilizado también como marco para el análisis de las supuestas características diferenciales del bien "servicios sanitarios" para establecer hasta qué punto su existencia interfiere con los mecanismos de asignación eficiente de recursos que se atribuyen a la acción del modelo de libre competencia. En teoría se sostiene que el funcionamiento del modelo de intercambio voluntario del mercado competitivo conduce a un equilibrio económico "socialmente eficiente" (Culyer, 1980) en cuyo contexto la producción de bienes y servicios de la economía es determinada de acuerdo con las preferencias individuales de los consumidores y la estructura de sus respectivas disponibilidades de recursos. Es la conocida consagración conceptual de la denominada "soberanía del consumidor". Se supone, además, que la situación resultante de un equilibrio de mercado competitivo será Pareto-eficiente en el sentido de que dada

la estructura resultante de producción, consumo y precios, cualquier estructura alternativa es inferior desde el punto de vista de la eficiencia social y disminuirá el bienestar social agregado puesto que sólo será posible la mejora en el bienestar de un individuo a costa de que la situación de otro empeore. El logro de configuraciones Pareto—eficientes depende del cumplimiento de las condiciones convencionales para la existencia de mercados competitivos y descentralizados. El funcionamiento de mercado de competencia perfecta supone que deben cumplirse las siguientes condiciones:

- i) productores y consumidores deben ser “anónimos” en el sentido de que los primeros deben producir productos homogéneos y de que los consumidores deben ser idénticos desde el punto de vista de los oferentes en el sentido de que no se den ventajas o desventajas por el hecho de vender el producto a determinados compradores;
- ii) oferentes y demandantes deben ser numerosos, es decir que tanto las compras como las ventas de cualquiera de ellos sean pequeñas en relación al volumen agregado de las transacciones;
- iii) ambos lados del mercado deben detentar información perfecta acerca del precio corriente y del bien de que se trate a efectos de que todos traten de aprovechar cada oportunidad posible para maximizar su beneficio o su utilidad respectivamente, y
- iv) nada debe impedir el acceso o la salidad del mercado a quien quiera hacerlo con lo que se garantiza la libre circulación del flujo de recursos económicos y su empleo en cualquier mercado potencialmente atractivo.

En tal contexto los teoremas fundamentales de la teoría del bienestar implican que dada una determinada distribución inicial de ingresos y supuesto que las hipótesis de competencia perfecta se cumplan, debe ser posible la consecución de asignaciones eficientes, Pareto—óptimas y socialmente óptimas (Detsky, 1978; Le Grand, 1976; Culyer, 1980). Y ello se consigue permitiendo a cada individuo tomar autónoma e independientemente sus propias decisiones de producción, consumo, empleo e inversión, es decir, en un contexto descentralizado. Cuando las condiciones necesarias para dar lugar a la acción del mercado descentralizado y competitivo no se cumplen o son severamente restringidas se produce un “fallo” del mercado en el sentido de que su operación no es conducente a asignaciones socialmente óptimas. El caso extremo de “fallo” completo del mercado sería la falta de producción de determi-

nados bienes que aún siendo deseables socialmente, su producción y distribución vía mercado se ve impedida porque son vulneradas algunas condiciones fundamentales para la asignación socialmente óptima. Por todas estas razones el examen de la pertinencia de las condiciones de existencia de un mercado competitivo para el bien "servicios sanitarios" así como de la posibilidad de existencia de un equilibrio competitivo son prerequisites para la aplicación del análisis económico a los problemas de asignación de recursos en el sector sanitario.

En caso de producirse un "fallo" del mercado, uno de los posibles papeles del gobierno consistiría en compensar la función de asignación del mercado, complementando (Maynard, 1977) o subvencionando el mercado (Arrow, 1963) o substituyéndolo mediante la provisión pública del bien de que se tratara.

Las formulaciones más relevantes acerca de las características del bien "atención sanitaria" se han efectuado, hasta ahora, en el contexto de la teoría del "fallo" del mercado y los factores conducentes al mismo (Culyer, 1972; Arrow, 1963; Wwisbrod, 1961; Klarman, 1973; Detsky, 1978; Le Gran, 1976; Fuchs, 1972; y Mooney, 1980), y entre los factores responsables de la no consecución de asignaciones eficientes vía mercado destacan los siguientes argumentos:

- i) incertidumbre
- ii) falta de racionalidad del consumidor
- iii) monopolio u otras formas de competencia imperfecta
- iv) bienes públicos
- v) externalidades
- vi) el concepto de "merit good" o bienes tutelares.

En las secciones siguientes los mencionados factores de inviabilidad del mercado se examinan en relación a las características supuestamente distintivas de los servicios sanitarios.

### 3.1.1. Incertidumbre

Una hipótesis básica postulada por la economía del bienestar es la de que todos los agentes relevantes en el proceso de producción y del consumo deben tener información cierta acerca de los hechos básicos que permiten planear sus acciones: precios, funciones de producción, productos y preferencias. Ello significa que sean cuales sean los valores que tomen los argumentos de la función de utilidad de los consumidores cada nivel de utilidad es determinado de forma unívoca. Además ca-

da individuo puede ajustar su comportamiento ante la certeza de los hechos pertinentes de producción y consumo que van a suceder durante el periodo relevante. En el área sanitaria se registran por lo menos dos excepciones que ponen a prueba los anteriores supuestos: incertidumbre acerca de cambios en el nivel de salud individual —o incidencia relativamente imprevisible de la enfermedad y sus consecuencias económicas— y falta de certeza —y en ocasiones de información clínicamente significativa— acerca de la efectividad de diagnósticos, prognosis y tratamientos. Es decir que en términos económicos las funciones de producción sanitarias (Fieldstein, 1979) —relacionadas entre combinaciones de recursos sanitarios y el producto resultante— no son siempre biunívocas si no que por el contrario presentan distintos niveles de variación del producto<sup>1</sup> que en último término consiste en el tipo de efectos apreciables sobre el nivel de salud. En particular es ciertamente difícil establecer lo “adecuado” que sea un tratamiento cuando por ejemplo se ha salvado una vida a costa de una incapacidad grave permanente.

Culyer (Culyer, 1971), Cullis y West (Cullis y West, 1979) y Detsky (Detsky, 1978), entre otros, han estudiado el tema, apuntando distintos tipos de incertidumbre según quién sea el sujeto que se considere. Así, el consumidor se enfrenta a incertidumbres relacionadas con el coste, la calidad y la efectividad de la asistencia. El consumidor y el productor se enfrentan, ambos, a una incertidumbre básica en torno a la incidencia de la enfermedad y los oferentes se hallan a menudo entre situaciones de incertidumbre, falta de información con respecto a la efectividad del diagnóstico y de los procedimientos terapéuticos y la probable secuencia de sus supuestos efectos curativos.

Mientras las dificultades que presenta la falta de información han sido discutidas en términos de la posibilidad de existencia de mercados para asignar eficientemente el bien escaso “información” (Culyer, 1972) la presencia de incertidumbre podría ser asimilada si se aceptara la expresión de la función de utilidad en términos de una distribución de probabilidad de distintos valores. El mercado podría en todo caso proveer algún mecanismo de ajuste para integrar esta situación en la medida en que por ejemplo, existiera un mercado para seguros contra todos los riesgos asociados con el deterioro de la salud. Sin embargo, el servicio consistente en “soportar el riesgo” incurrido por una tercera persona no ha tenido hasta la fecha un tratamiento económicamente satisfactorio vía mercado (Arrow, 1963). De hecho o se observan asig-

1. Cochrane (Cochrane, 1972), Bunker (Bunker et al., 1977), Wennberg (Wennberg y Gittelsohn, 1973) y Perrot (Perrot, 1971) han puesto de manifiesto la relativa escasez de pruebas estadísticamente significativas acerca de la eficacia epidemiológica de un sorprendente número de tratamientos e intervenciones.

### 3.1.2. Conducta irracional del consumidor

Otra hipótesis angular en el modelo de competencia perfecta es el supuesto acerca del comportamiento "racional" de consumidores y oferentes. En su virtud se considera que ambos sujetos no desaprovechan ninguna oportunidad para incrementar respectivamente utilidad y beneficios. En el sector sanitario sin embargo existen distintas situaciones que aparentemente corresponden a comportamientos no maximizadores del bienestar individual. El planteamiento no orientado hacia la consecución de beneficio en el sentido empresarial observable en muchas instituciones oferentes de servicios sanitarios serían un ejemplo por lo que se refiere al sector de la producción. En el ámbito del consumo, Culyer (Culyer, 1972) ha sintetizado las distintas posibilidades de comportamiento irracional:

- i) comportamiento aparentemente irracional debido a ignorancia o "miopía" con respecto al propio nivel de salud o a los propios intereses sanitarios. Tal sería el caso de personas enfermas que ignoran su condición y aún conociéndola deciden no ser atendidos.
- ii) Comportamiento coartado por diversas circunstancias que impiden la manifestación de las preferencias individuales. En este apartado cabría considerar ciertos enfermos mentales, deficientes, niños, accidentados y casos de urgencia cuyas circunstancias parecen coincidir en la incapacidad de efectuar decisiones autónoma de consumo sanitario.

De admitirse el argumento de la irracionalidad o la inconsistencia del comportamiento no maximizados del bienestar en el sector sanitario, es claro que la operación del mercado resultaría gravemente afectada en su función conductora hacia situaciones socialmente óptimas. La tendencia al sobreconsumo o al consumo deficitario por parte de sujetos "irracionales" limitaría gravemente las posibilidades de predicción y ajuste del resto de los sujetos.

Sin embargo, aunque en el sector sanitario gran parte del comportamiento pueda explicarse superficialmente en términos de "irracionalidad", desde el punto de vista económico es menos claro lo que deba entenderse por conducta "irracional" sobre todo cuando se toma en consideración *quién* define lo que deba considerarse como racional en la conducta del consumidor. En efecto tal como Culyer (Culyer, 1972) sugiere, "lo que importa no es que los individuos en cuestión ("irracionales") se comporten irracionalmente, violando algún postulado de la teoría de la utilidad con, digamos, una actuación que no se ajusta a sus

### 3.1.2. Conducta irracional del consumidor

Otra hipótesis angular en el modelo de competencia perfecta es el supuesto acerca del comportamiento "racional" de consumidores y oferentes. En su virtud se considera que ambos sujetos no desaprovechan ninguna oportunidad para incrementar respectivamente utilidad y beneficios. En el sector sanitario sin embargo existen distintas situaciones que aparentemente corresponden a comportamientos no maximizadores del bienestar individual. El planteamiento no orientado hacia la consecución de beneficio en el sentido empresarial observable en muchas instituciones oferentes de servicios sanitarios serían un ejemplo por lo que se refiere al sector de la producción. En el ámbito del consumo, Culyer (Culyer, 1972) ha sintetizado las distintas posibilidades de comportamiento irracional:

- i) comportamiento aparentemente irracional debido a ignorancia o "miopía" con respecto al propio nivel de salud o a los propios intereses sanitarios. Tal sería el caso de personas enfermas que ignoran su condición y aún conociéndola deciden no ser atendidos.
- ii) Comportamiento coartado por diversas circunstancias que impiden la manifestación de las preferencias individuales. En este apartado cabría considerar ciertos enfermos mentales, deficientes, niños, accidentados y casos de urgencia cuyas circunstancias parecen coincidir en la incapacidad de efectuar decisiones autónoma de consumo sanitario.

De admitirse el argumento de la irracionalidad o la inconsistencia del comportamiento no maximizados del bienestar en el sector sanitario, es claro que la operación del mercado resultaría gravemente afectada en su función conductora hacia situaciones socialmente óptimas. La tendencia al sobreconsumo o al consumo deficitario por parte de sujetos "irracionales" limitaría gravemente las posibilidades de predicción y ajuste del resto de los sujetos.

Sin embargo, aunque en el sector sanitario gran parte del comportamiento pueda explicarse superficialmente en términos de "irracionalidad", desde el punto de vista económico es menos claro lo que deba entenderse por conducta "irracional" sobre todo cuando se toma en consideración *quién* define lo que deba considerarse como racional en la conducta del consumidor. En efecto tal como Culyer (Culyer, 1972) sugiere, "lo que importa no es que los individuos en cuestión ("irracionales") se comporten irracionalmente, violando algún postulado de la teoría de la utilidad con, digamos, una actuación que no se ajusta a sus

preferencias, sino que se comportan de un modo que no concuerda con las preferencias de algún grupo de individuos totalmente distinto". La introducción de la interdependencia entre utilidades individuales evita el posible punto muerto de una difícil discusión acerca de inconsistencias en el comportamiento maximizador y abre la alternativa de los argumentos basados en los efectos externos del consumo de unos individuos en la función de utilidad de otros o en otras palabras de las externalidades de consumo (véase epígrafe 2.3.1.5.)

### 3.1.3. Monopolio

La presencia de elementos monopolísticos constituye una de las vulneraciones más conocidas de los supuestos para la consecución de un óptimo social a través del libre juego del mercado. Tales elementos se pueden identificar en algunas instituciones y relaciones clave en el sistema sanitario y sus efectos distorsionadores en la consecución de asignaciones eficientes podrían justificar desde posiciones económicas distintas formas de intervención del mercado por parte del gobierno. El *monopolio espacial* es una de sus manifestaciones más generalizadas, siendo esta la situación que distingue la concentración de servicios médicos de determinadas áreas rurales con población dispersa, en hospitales no siempre localizados en puntos óptimos. Se benefician asimismo de una manera unilateral de una situación parecida los médicos que ejercen en situaciones explícitamente monopolísticas en regímenes de partido cerrado. En ambas situaciones pueden advertirse desviaciones significativas con respecto al modelo convencional de bienestar en la medida en que éste supone rendimientos constantes de escala —vulnerados por el monopolio espacial de la concentración de especialidades en un solo hospital— y la incapacidad del oferente para alterar el precio de su producto o para beneficiarse de las restricciones de acceso de cualquier otro productor potencial en el mercado de libre intercambio. En otro sentido pueden también reconocerse elementos monopolísticos en la regulación de entrada a la profesión médica. Tales restricciones junto con el control profesional sobre el conocimiento técnico y la facultad de legitimar la situación social del enfermo constituyen de hecho limitaciones significativas al pleno y libre funcionamiento del mercado y en este sentido constituyen otra fuente de desviación con respecto a los supuestos de competencia.

### 3.1.4. Bienes públicos

Otra fuente de inadecuación o “fallo” del mercado está relacionada con ciertas características de los servicios sanitarios que les acercan al concepto de bienes públicos. La mayoría de medidas de Salud Pública y algunos programas preventivos de alcance comunitario proporcionan buenos ejemplos de lo que Samuelson (Samuelson, 1954) ha definido como bienes cuyo consumo por parte de cada individuo no supone sustracción alguna del consumo de otros individuos. Los bienes públicos “puros” se distinguen por exhibir dos características que les distinguen nítidamente de los bienes privados: la condición de no-excludibilidad y la condición de no rivalidad en el consumo. Un bien privado se caracteriza por un conjunto de derechos de propiedad que define claramente la titularidad del derecho al disfrute de sus beneficios. Ello no es así en el caso de los bienes públicos porque puede que sea técnicamente imposible la exclusión del consumo de todos los beneficiarios potenciales y por otra parte en el caso de que la exclusión fuera técnicamente viable tal vez ser puesta en práctica fuera prohibitiva. De hecho los bienes públicos puros no sólo son no-excluíbles sino que generalmente son también no-rechazables. Corrientemente se cita como ejemplo la defensa nacional de cuyos “beneficios” es difícil renunciar. En el sector sanitario las campañas de inmunización o los programas de erradicación de enfermedades infecciosas proporcionan un ejemplo similar. La condición de no-rivalidad en el consumo está relacionada con la indivisibilidad del producto y se traduce en el hecho de que la adición de un consumidor marginal —por debajo del límite de capacidad de suministro— no incrementa los costes variables y por lo tanto el coste marginal correspondiente es nulo. Los bienes públicos por ser no excluíbles son también no rivales aunque lo contrario no es cierto puesto que los bienes no rivales no son necesariamente no excluíbles como puede comprobarse al introducir mecanismos de exclusión como puedan ser tarifas, honorarios o listas de espera en el caso de determinados servicios preventivos que se dispensan a precio cero. Aunque la existencia de bienes públicos “puros” es ciertamente limitada, lo que cuenta es el espectro de *bienes mixtos* que exhiben características de bienes públicos y privados en distintos grados y cuya provisión vía mercado presenta dificultades para la consecución de asignaciones eficientes. En efecto la característica de no excludibilidad supone menores incentivos para la maximización del beneficio por parte del productor privado puesto que en algunos casos es realmente difícil cargar ningún precio con finalidades de racionamiento entre los consumidores. El ejemplo de los programas de inmunización suministra una referencia ilustrativa. La posibili-

dad de ejercitar de “free-rider”<sup>2</sup> es otro argumento disuasorio para la producción del bien en régimen cooperativo pongamos por caso. De este modo una parte considerable de bienes con rasgos de bienes públicos son accesibles para los ciudadanos a partir de su provisión sufragada con cargo a los presupuestos públicos y por lo tanto al margen del mecanismo convencional del mercado.

### 3.1.5. Externalidades

Bator (Bator, 1958) ha identificado a los bienes públicos, el monopolio y las externalidades como responsables de “fallos” de mercado bien delimitados, sugiriendo estas últimas como argumentos crecientemente asociados a la intervención del estado en la provisión de servicios y equipamientos colectivos y, en especial, a la expansión del estado benefactor y la justificación de la nacionalización de los sistemas sanitarios en el contexto de crecimiento del Gasto Público. En el marco de la moderna teoría del bienestar la esencia de las transacciones económicas es la elección explícita y voluntaria de los individuos. Cualquier configuración “óptima” de la economía lo es porque la mejora de la posición relativa de cada individuo se ha producido a partir de cambios *voluntarios*, libres de interferencia. Los efectos externos ó “externalidades” aparecen cuando una tercera persona percibe algún beneficio o se ve forzada a soportar algún coste sin haberlo escogido explícitamente, como consecuencia de alguna decisión de producción o consumo hecha por otro sujeto. Las externalidades son manifestaciones de que el comportamiento económico de otros entra como argumento en la función de utilidad de algunos —condición de interdependencia— y se caracterizan porque el efecto de aquel comportamiento generador de efectos externos —consumo o producción— se produce sin compensación alguna. Cuando el efecto que da lugar a la externalidad es objeto de precio ésta es *internalizada*. Las características especiales de la atención sanitaria dan lugar a varias posibles fuentes de externalidades, siendo quizás las más obvias las relacionadas con los beneficios externos —o externalidades positivas— que se derivan de la inmunización generalizada. Si tal medida sanitaria ha de producir plenos beneficios es fácil de comprender que los individuos vacunados valorarán positivamente el “consumo” que de la oferta de inmunización hagan los demás.

La presencia de externalidades de consumo en el sector sanitario significa que la asignación de recursos por medio del mercado no siem-

2. El “free-rider” es aquel sujeto que se beneficia de un servicio suministrado colectivamente eludiendo su aportación para contribuir a su producción.

pre conduce a un óptimo social puesto que pueden existir individuos cuyas valoraciones marginales —demandas— de atención sanitaria se sitúan sistemáticamente por debajo del nivel que el resto de la sociedad considera que deberían recibir. (Culyer, 1979). El procedimiento que permite salvar este tipo de inadecuación es la inclusión en el modelo de bienestar social de la curva de demanda agregada que incluya la “valoración social” que se experimenta por el consumo de los demás y que resulta de integrar en la función de demanda privada la valoración individual de las externalidades derivadas del consumo sanitario. En términos generales, pues, el supuesto implícito en el concepto de externalidad es la incumbencia que la gente experimenta por la utilización de los servicios sanitarios por parte de los demás y esta concernencia supone la sustitución de la hipótesis de la independencia de las funciones de utilidad individuales por la hipótesis de interdependencia (Wolfson y Evans, 1980).

Lindsay (Lindsay, 1969) basa esta interdependencia en un consumo general acerca de la deseabilidad de que todos los que exhiban la misma necesidad sanitaria obtengan idéntico tratamiento. En esta formulación el nivel de utilidad individual depende no sólo del propio consumo sanitario sino del grado de igualdad de acceso de los demás a la oferta sanitaria. Culyer (Culyer, 1972) ha utilizado la aproximación de la externalidad de consumo en cuya virtud es la cantidad de atención médica utilizada la que entra como argumento en la función de utilidad individual. Sin embargo, más recientemente (Culyer, 1978; 1979) el mismo autor se ha decantado por una noción de externalidad basada en la valoración interindividual del mantenimiento de niveles aceptables de salud en la comunidad —la utilidad individual es en este caso influenciada por el nivel de utilidad de los demás en lugar de la cantidad de servicios sanitarios consumidos (Collard, 1978) —cuya existencia constituía para Culyer el fundamento justificativo del Servicio Nacional de Salud británico. La existencia de efectos externos asociados a la producción, distribución y consumo de los servicios constituye una decisiva característica distintiva de estos cuya influencia supone la necesidad de revisar supuestos fundamentales del análisis convencional y especialmente modelos alternativos o compensadores del modelo de competencia perfecta si han de conciliarse las valoraciones individuales y las valoraciones sociales de forma que den lugar a asignaciones eficientes de recursos sanitarios.

### 3.1.6. “Merit goods” o bienes tutelares

Hasta aquí se ha examinado la medida en que, en el caso de los bienes públicos y las externalidades el modelo de mercado descentrali-

zado es inapropiado para lograr asignaciones Pareto-óptimas. En estos casos la necesidad de intervención nace del "fallo" del mercado al intentar asignar los recursos de acuerdo con determinadas preferencias individuales explícitas. En contraste con ello, en el caso de los bienes tutelares las valoraciones individuales son sustituidas por valoraciones impuestas por una tercera parte. La intervención en este caso queda justificada por la necesidad de corregir supuestos errores de percepción y preferencias más informadas por parte de los individuos.

Musgrave (Musgrave, 1959) define los bienes tutelares como aquellos bienes económicos cuyo consumo se considera socialmente tan deseable y que se suministran públicamente en cantidades que exceden los niveles de consumo elegidos voluntariamente por los individuos en el mercado.

Mientras que la satisfacción de necesidades sociales por medio de bienes públicos se adscribe al área de la soberanía del consumidor, del mismo modo que la satisfacción de necesidades privadas, la satisfacción de necesidades tutelares por medio de la provisión de bienes tutelares que entraña algún tipo de interferencia con las preferencias del consumidor. Como señala Head (Head, 1966): "los bienes tutelares pueden definirse como aquellos que, debido a un conocimiento imperfecto, los consumidores elegirían consumir demasiado poco" y, por esta razón, las preferencias "corregidas" por la de la interferencia constituyen la esencia del concepto. Por el contrario, los disbienes tutelares (demerit goods) se definen como aquellos que, a causa de dificultades o errores de percepción, en la valoración individual, los consumidores elegirían consumir en demasía. En el primer caso se considera que la intervención del gobierno estimulará el consumo —educación gratuita, comidas en la escuela, subvenciones a la asistencia sanitaria son algunos ejemplos de ello—; en el segundo caso la intervención del gobierno persigue disuadir el consumo: impuestos sobre el alcohol y la penalización del tráfico y consumo ilegal de drogas, etc.

Así, los merit goods entrañan cierta violación de las preferencias individuales y la imposición de un conjunto de valores definidos por "expertos", a la sociedad en su conjunto, o, alternatively, el consentimiento de la sociedad a que se impongan valores conformadores de las preferencias individuales sobre consumos que se juzgan preferentes. Como ha señalado Culyer (Culyer, 1971b), hay un nexo entre los bienes tutelares y las externalidades en el sentido de que las consecuencias de las elecciones impuestas por aquéllos deben ser generadoras de efectos externos positivos. Pero, si bien ambos conceptos comparten las mismas características técnicas, difieren en que la necesidad tutelar se basa en algún tipo de coerción o la elección impuesta más o menos paternalísticamente por el estado.

Y lo que la noción de bien tutelar pone en entredicho es la naturaleza de los juicios de valor subyacentes en el supuesto de la soberanía del consumidor. Si éste tiene que ser el beneficiario último del despliegue que se decida hacer de sus recursos ¿quién mejor situado para valorar el beneficio o perjuicio asociados que el propio consumidor?. Bajo el concepto de soberanía del consumidor se afirma la aceptación por el individuo de su propia capacidad para juzgar su bienestar, su capacidad para hacerlo y su deseo de estructurar sus preferencias y, por ende, determinar sus propias elecciones. Si se demostrase que en algunos casos los individuos deciden que no son los más capacitados para determinar lo que más les conviene, entonces se dispondría de una base para redefinir o conformar las preferencias individuales. Head (Head, 1966) señala que la corrección de las preferencias basada en la incertidumbre y a la falta de conocimientos pertinentes puede ser una intervención legítima por parte del gobierno.

La asistencia sanitaria es un campo apropiado para esta argumentación puesto que la información incompleta y la incertidumbre básica acerca de la probable efectividad de los procedimientos médicos disponibles suponen dificultades en la evaluación individual de los beneficios sanitarios y, por lo tanto, fomentan actitudes mal informadas hacia el uso de los servicios sanitarios preventivos y curativos. En estas circunstancias es muy probable que el consumidor individual *elija voluntariamente* ser guiado por un “experto”, el cual, como experto en salud, está en mejor situación de obtener evidencia técnica sobre su estado de salud, opciones de tratamiento que se le ofrecen y los probables efectos que distintos regímenes de asistencia surtirán en su futuro estado de salud. En circunstancias como éstas puede que los individuos se muestren muy dispuestos a aceptar el concepto de bien tutelar de la asistencia sanitaria, conducente *o bien* a un aumento o a un descenso del consumo de asistencia sanitaria como consecuencia de su provisión pública o su subvención.

Por otro lado la aceptación de la imposición de preferencias pudiera verse justificada por el reconocimiento del individuo de la inferioridad relativa de la decisión que de otro modo hubiera tomado. Esta sería la base para un consentimiento o acuerdo voluntario o aceptar patrones de consumo sin interferencia. Como afirma Mooney (Mooney, 1977): “Se puede hablar de una solución de continuidad que se extiende desde un buen conocimiento de los parámetros pertinentes de utilidad y desutilidad individuales a otras situaciones en las que se sabe poco o nada”. Este continuo puede verse en paralelo con otro que refleje una completa capacidad individual para formar los necesarios juicios sobre el valor de ciertos servicios sanitarios, a una completa falta de capacidad. Esto reflejará a su vez en distintos sistemas de valores que se ex-

tienden desde el extremo correspondiente a la soberanía del consumidor al otro extremo correspondiente a los bienes tutelares. A la utilidad del concepto de bien tutelar aplicado a las relaciones de asistencia sanitaria es posible añadir su capacidad para la consecución de un óptimo Pareto independientemente de quién tenga derecho a decidir sobre el consumo sanitario individual, supuesto que se incorporen en el modelo de bienestar los efectos externos derivados de un consumo socialmente óptimo.

De este modo el concepto de bien tutelar proporciona una alternativa analítica para considerar las características especiales que son responsables de desviaciones del “bien” servicios sanitarios respecto del paradigma microeconómico convencional.

El breve repaso que se ha hecho acerca de la naturaleza económica del “bien” atención sanitaria no arroja consecuencias conclusivas puesto que concurren en el mismo circunstancias y características cuyo análisis requiere en ciertos casos una modificación sustancial en los supuestos del análisis económico convencional. Sin embargo parece razonable admitir que el marco que proporcionan conjuntamente el análisis microeconómico neoclásico, la nueva teoría del bienestar y el análisis de la eficiencia del Gasto Público proporcionan un marco adecuado dentro del que es posible identificar problemas económicos relevantes relacionados con la producción, distribución y consumo de la atención sanitaria. De hecho el analista habrá de remitirse en cada caso a los juicios de valor subyacentes en el marco de definición del problema tratando de dilucidar cual sea la concepción predominante en relación a los supuestos de comportamiento económico de los sujetos implicados por la relación objeto de estudio. La aceptación del cumplimiento de las hipótesis básicas de la competencia perfecta supuesto que puedan mantenerse permitirá la aplicación sin restricciones del aparato analítico convencional. No obstante la realidad de las relaciones observables en el sector sanitario —especialmente cuando su funcionamiento está organizado en base a intervenciones más o menos sustanciales del mercado— hace en muchas ocasiones difícil el mantenimiento de aquellas hipótesis y por tal motivo el abordaje analítico de la dimensión económica de problemas sanitarios debe dejar en cualquier caso bien explícitas cuales sean los supuestos de partida en relación con el comportamiento de los sujetos y el marco de asignación de recursos.

## REFERENCIAS

- ARROW, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. vol. 53. pp. 941-73.
- ASHFORD, J.R. (1975). How can quantitative methods help the health services manager? en *Nuffield Provincial Hospitals Trust (Publ.) Measuring for Management*. Oxford University Press.
- ARTELLS, J.J., MOONEY G. and WILLIAMS, A. (1980). *Diálogos sobre Economía de la Salud*. Servicio de Estudios del Banco Urquijo. Barcelona.
- ARTELLS, J.J., MOONEY, MAYNARD, A. (1981). Eficiencia y Equidad en la asignación interregional de recursos sanitarios. Servicio de Estudios del Banco Urquijo. (En prensa).
- BATOR, F.M. (1958). The Anatomy of Market Failure. *Quarterly Journal of Economics*, núm. 72, pp. 351-57.
- BECKER, G.S. (1965). A Theory of the Allocation of Time. *Economic Journal*. Vol. 75, núm. 299, pp. 493-517.
- BROWN, C.V. and JACKSON, P.M. (1978). *Public Sector Economics*, Capítulos 2-2-4. Martin Robertson. London.
- BUNKER, J.P., BARNES, B.A., MOSTELLER, F. (ed.) (1977). *Cost, Risks and Benefits of Surgery*. Oxford University Press.
- COCHRANE, A.L. (1971). Effectiveness and Efficiency. *Random Reflections on Health Services*. The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- COLLARD, D. (1978). Altruism and Economy. A Study in nonselfish economics. Capítulo 2. Martin Robertson.
- CREESE, A. (1976). Economics and Health Service Planning, en *Health Services Planning*. Publicado por King Edward's Hospital Fund of London.
- CULLIS, J.G. and WEST, P.A. (1979). *The Economics of Health: An Introduction*. Capítulo 2. Martin Robertson. London.
- CULYER, A.J. (1971a). "The Nature of the Commodity. "Health Care" and its efficient allocation". *Oxford Economic Papers*. Vol. 23, núm. 2, pp. 189-211.
- CULYER, A.J. (1971.b). Medical Care and the Economics of Giving, *Economica*, vol. 38, núm. 151, pp. 295-303.
- CULYER, A.J. (1978). *Measuring Health: lessons for Ontario*. Ontario Economic Council. Research Studies. University of Toronto Press. Toronto.
- CULYER, A.J. (1979). *Political Economy and Taxation*. Unit 9. Expenditure on Real Services: Health. Open University.
- CULYER, A.J. (1980). *The Political Economy of Social Policy*. Capítulo 2. Martin Robertson. London.
- DASGUPTA, A.K. and PEARCE, D.W. (1978). *Cost-Benefit Analysis: Theory and Practice*. Macmillan Press. London.
- DETSKY, A.S. (1978). *The Economic Foundation of National Health Policy*. Ballinger Publishing Co. Cambridge, Massachusetts.
- ENGEL, G.L. (1962). *Psychosocial Development in Health and Disease*, Saunders. Philadelphia.
- FELDTTEIN, M.S. (1963). *Economic Analysis, Operational Research and the National Health Service*. Oxford Economic Papers, vols. 5.

- FELDSTEIN, P.J. (1979). *Health Care Economics*. Capítulo 2. John Wiley & Sons. New York.
- FUCHS, V.R. (1972). *The Contribution of Health Services to American Economy in Essays in the Economics of Medical Care*. V. Fuchs (ed.). National Bureau of Economic Research. Columbia University Press.
- FUCHS, V.R. (1974). *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice*. Basic Books, Inc. Publ. New York.
- GRAY, A.M. (1980). *Health Economics: a review of some recent books*. Health Economics Research Unit. Departments of Community Medicine and Political Economy. University of Aberdeen.
- GROSSMAN, M. (1972). *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*. National Bureau of Economic Research. Columbia University Press.
- HEAD, J.G. (1966). *On Merit Goods*. Finanzarchiv. N.F. Band 25. Heft. 1 pp. 1–28.
- JEWKES, J. and JEWKES, S. (1961). *The Genesis of the British National Health Service*. Oxford University Press.
- JEWKES, J. and JEWKES, S. (1963). *Value for money in Medicine*. Oxford University Press.
- HENDERSON, J.M. and QUANDT, R.E. (1971). *Microeconomic Theory*. Capítulo 3. McGraw Hill. Ltd. International Student Edition.
- KELMAN, S. (1975). *The Social Nature of the Definition Problem in Health*. International Journal of Health Services. Col. 5, núm. 4.
- KLARMAN, H.E. (1973). *The Economics of Health*. Columbia University Press.
- KLARMAN, H.E. (1974). *Application of Cost–Benefit Analysis to the Health Services and the Special Care of Technological Innovation*. International Journal of Health Services. Vol. 4. núm. 2. pp. 325–353.
- KOHN, R. and WHITE, K.L. (1976). *Health Care. An International Study of Medical Care Utilization*. W.H.O. Oxford University Press.
- KOSA, J. and ROBERTSON, L. (1969). *The Social aspects of health and illness* in *Poverty and Health* (ed.) Kosa, J. Antonousky, A., and ZOLA, J. Harvard University Press. Cambridge Massachussets.
- LANCASTER, K. (1966). *A new approach to Consumer Theory*. Journal of Political Economy. Vol. 74, núm. 2. April pp. 132–158.
- LAVE, H. and LAVE, L. and SILVERMAN, L.P. (1972). *Hospital Cost Functions*. American Economic Review. Vol. 60. núm. 3. pp. 379–95.
- LE GRAND, J. and ROBINSON, R. (1976). *The Economics of Social Problems*, The Mcmillan Press Ltd.
- LEES, D.S. (1960). *The economics of Health Services*. Lloyds Bank Review. Vol. 56. pp. 26–40.
- LEES, D.S. (1962). *The Logic of the British National Health Service*. Journal of Law and Economics. Vol. 5. pp. 111–118.
- LEES, D.S. (1964). *Monopoly or Choice in Health Services?* Institute of Economic Affairs. London.
- LINDSAY, C.M. (1969). *Medical Care and Equality en Cooper*, M.H. and Culyer, A.J. (ed.) *Health Economics*. Penguin Education.
- MAYNARD, A. (1977). *“An Economic Analysis of Medical Care in Western Euro-*

- pe". in A.J. Culyer and V. Halberstadt (eds.). *Public Economics and Human Resources*. Cujas.
- MINISTRY OF HEALTH (1956). Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Guillebaud Report). Cmnd. 9663. HMSO. London.
- MOONEY, G.H. (1977). Values in Decision Making in Health Care. Health Economics Research Unit. Discussion Paper núm. 03/77.
- MOONEY, G.H., RUSSELL, E.M. and WEIR, R.D. (1980). *Choices for Health Care*. The Macmillan Press.
- MUSGRAVE, R.A. (1959). *The Theory of Public Finance*. Capítulos 1–2. McGraw Hill. New York.
- MUSGRAVE, R.A. and MUSGRAVE, P.B. (1980). *Public Finance in Theory and Practice*. Capítulos 1 y 3. McGraw Hill Book co. Third Edition.
- MUSHKIN, S.J. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports*. Vol. 73. September. pp. 785–792.
- PAGLIN, M. (1974). Public Health and Development. *A New Analytical Framework*; *Economica*, Vol. 41, núm. 1, pp. 432–41.
- PERROT, G.S. (1971). The Federal Employers Health Benefits Program, Enrolment and Utilization of Health Services (1961–68). Health Services and Mental Health Administration. DHEW. US. Washington.
- PETTY, M. Sir. (1683). Observations upon the Dublin bills of mortality. London. Mark Pardol. pp. 14.
- Primeras Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. (1981). Ponencias. Información Comercial Española. Número Monográfico en curso de edición.
- RICKARD, J.H. (1976). *Economic Analysis for Policy Formulation in the National Health Service*. Thesis submitted to the University of Oxford. Oxford. pp. 10-12.
- SAMUELSON, P.A. (1954). "The Pure Theory of Public Expenditure". *Review of Economics and Statistics* Vol. 36. November.
- SCHEFFLER, R. and LIPSCOMB, J. (1974). The Consumption and Investment Benefits of Disease Programs. *Growth and Change*. July. pp. 8–16.
- SHELDON, A. (1970). Toward a general theory of disease and medical care, en *Systems and Medical Care* en Sheldon, A., Baker, F., and McLaughlin, C.P. (eds.). *Systems and Medical Care*. MIT Press. Cambridge. Massachussets.
- SORKIN, A.L. (1975). *Health Economics*. Lexington, Massachussets. Lexington Books. D.C. Health.
- STACEY, A. (1977). Concepts of Health and Illness: a working paper on the concepts and their relevance for research. S.A. R.C. Health and Health Policy. *Priorities for Research*. July.
- TITMUSS, R.M. (1968). *Ethics and Economics of Medical Care en Commitment to Welfare*. Allen & Unwin.
- TWADDLE, A.C. (1974). The Concept of Health Status. *Social Science and Medicine*. Vol. 8. pp. 29–38.
- WEISBROD, B.A. (1961). *The Economics of Public Health*. Pennsylvania.
- WEISBROD, B.A. (1964). Collective Consumption Services of Individual Consumption Goods. *Quarterly Journal of Economics*. Vol. 78. núm. 3, pp. 471–77.
- WEISBROD, B.A. (1979). Un examen de la investigación de la Economía Sanitaria.

- Materiales del Primer Curso de Salud de la Comunitat. GAPS. Barcelona (traducción).
- WENNERBERG, J. and GITTELSON, A. (1973). Small Area Variations in Health Care Delivery. *Science*, núm. 182. pp. 1102–1108.
- WILLIAMS, A. (1977a). Health Service Planning in M.J. Artis and A.R. Novay (eds.). *Studies in Modern Economic Analysis* Blackwell.
- WILLIAMS, A. (1977b). An economist's viewpoint. *SSRC Newsletter*. 35. October.
- WILLIAMS, A. (1979). One economist's view of social medicine. *Epidemiology and Community Medicine*. 33, pp. 3–7.
- WISEKAN, J. (1963). Cost–benefit Analysis and Health Service Policy. *Scottish Journal of Political Economy*. Vol. 10. núm. 1 pp. 128–45.
- WOLFSON, A.D.; EVAN, R.G. (1980). *Massaging the Consumers Utility Function: Some Implications for The Public Role in Health Care*. Primer Congreso Mundial de Economía de la Salud. Leyden.
- WRICHT, K.G. (1978). Output measurement in practice. In *Economic Aspects of Health Services* (ed.) by A.J. Culyer and K.G. Wright. Martin Robertson. London.