

UN FUNDAMENTO CONCEPTUAL PARA EL ROL PÚBLICO Y PRIVADO EN LA SALUD*

PHILIP MUSGROVE

The World Bank

Abstract

The appropriate role of the state in health is complex both in economic theory and in practice. Theory identifies three reasons for state action: public goods or services with large externalities (involving efficiency); poverty (involving equity); and failings peculiar to insurance markets for health care (where both inefficiency and inequity arise). The insurance domain presents the most costly and difficult problems, and explains why—in contrast to other sectors—governments tend to finance an increasing share of health care as incomes rise. Regulation, mandates and provision of information are also crucial public instruments; public provision of care is less important.

I. Introducción

El sector salud es tan complejo, y las condiciones de los países son tan diferentes que la teoría económica en sí misma constituye una guía inadecuada para establecer, por un lado, dónde debe trazarse la frontera entre la economía privada y la acción del Estado; y por el otro, cuáles son las intervenciones estatales que deben tomarse en cuenta y hasta qué punto. No obstante, la teoría es esencial, particularmente cuando se consideran dos temas. Ambos hacen referencia a *fallas del mercado*. Esto es, aquellas circunstancias en las que no se puede esperar que los mercados privados funcionen, o bien, se puede prever que se produzcan resultados indeseables, los que una apropiada intervención pública podría mejorar.

* El presente artículo es una versión traducida de la parte 2 del Discussion Paper 339, *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, de P. Musgrove, publicado por el Banco Mundial. Esta publicación cuenta con la autorización del Banco Mundial.

Algunas de estas fallas pueden darse en cualquier sector de la economía; la teoría tradicional de las finanzas públicas (Musgrave, 1959) explica dichos casos y guía la acción pública. Otras fallas posibles surgen cuando se considera el seguro de salud, las que presentan problemas críticos por razones específicas del sector. (Arrow 1963, 1985).

Debido a que lo que el sector de cuidado de la salud provee a consumidores y beneficiarios son actividades específicas o *intervenciones*, es útil crear un fundamento conceptual de acuerdo a las distinciones entre dichas actividades. La próxima sección muestra esta clasificación y las tres subsecciones detallan las peculiaridades de cada área.

II. Los Tres Dominios del Cuidado de la Salud

A pesar de que las actividades que promueven, protegen y restablecen la salud son heterogéneas, se hallan dentro de tres dominios naturales, a saber: los *bienes públicos*, las *intervenciones privadas de bajo costo* y los *bienes privados catastróficamente costosos*. Estos dominios son constructos al clasificar las actividades relacionadas con la salud a través de dos dimensiones, como muestra el Gráfico 1: En primer lugar respecto de la medida en que son bienes públicos o privados y en segundo lugar, respecto de su costo. Ambas dimensiones hacen referencia únicamente a las características de las actividades particulares o intervenciones en sí mismas y no a quien las consume o a quien paga por ellas. Tal como en los de bajo y alto costo, mientras que los bienes públicos constituyen un solo dominio, al margen de su costo. Ello se debe a que aún cuando los costos de los bienes públicos son importantes para decidir si deben ser producidos, la falta de mercado relacionada con ellos es independiente de su costo. Por el contrario, considerando los bienes privados, ciertos problemas de fallas de mercado ocurren solamente en relación a aquellos servicios que son suficientemente costosos como para ser financiados por el seguro; y la pobreza, o incapacidad para comprar aún los servicios de bajo costo, es una razón distinta para la intervención pública.

Esta clasificación de las actividades relacionadas con la salud no reserva un lugar para los *bienes meritorios*, intervenciones que todos deben consumir. Excluir esta categoría no implica negar la importancia social o política de las consideraciones acerca de aquello a lo que las personas tienen derecho. La dificultad consiste en que no existe una buena forma para definir estos bienes *a priori*, y las sociedades realizan diferentes elecciones en torno a ellos. Más aún, en cuanto se supone que estos bienes justifican la intervención pública, existen a menudo otras bases para el financiamiento, mandato o regulación de los bienes o servicios considerados meritorios. Por ejemplo, se cree que todos los niños tienen derecho a la inmunización, pero la promoción pública de ésta también puede ser justificada a través de las fallas de mercado involucradas.

Una intervención particular ocupa un espacio pequeño en el Gráfico 1; a fin de señalar de qué forma se clasificarían diferentes intervenciones dentro de los

tres dominios, algunas actividades típicas del cuidado de la salud se encuentran aproximadamente situadas. El costo de una intervención puede variar dependiendo de muchos factores, tales como la manera en que la intervención es difundida, a su vez puede existir también una variación en la naturaleza pública y privada de una actividad. Debido a que un *sistema* de salud produce una variedad de intervenciones dentro de los tres dominios, se extiende ampliamente sobre el espacio del Gráfico 1, y por consiguiente este último no sirve para comparar diferentes sistemas.

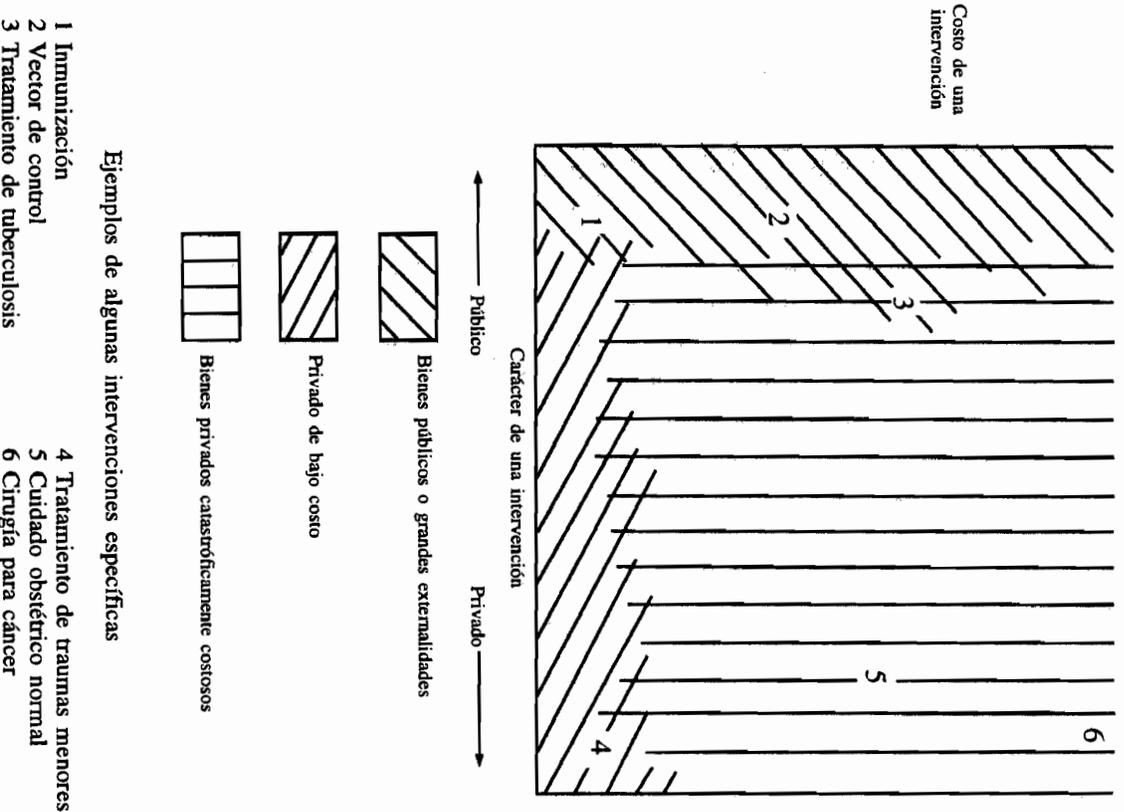
Los bienes públicos son aquellos bienes o servicios en los que el consumo de una persona no reduce la cantidad disponible para el consumo de otras. Típicamente, estos son bienes de los cuales los consumidores no pueden ser excluidos; si se encuentran disponibles para cualquiera, se encuentran disponibles para todos, al menos local o temporalmente. En vista de que la gente puede consumir dichos bienes sin tener que pagar por ellos, nadie los producirá para la venta a consumidores individuales. Por consiguiente, sólo se producirán si el gobierno (o alguna otra fuente, tal como una organización de caridad) paga por su producción. La noción de bien público en el sector salud no es diferente a la de cualquier otro sector: dondequiera que estos bienes se encuentren disponibles, deben ser financiados por el gobierno o por alguna otra alternativa fuera del mercado.

El control de los vectores de enfermedades, la protección de los alimentos, y la seguridad del agua son ejemplos de bienes públicos (casi) puros en el sector salud. La acción individual puede ser infecciosa (si la casa del vecino alberga ratas o mosquitos), costosa (por ejemplo, para la purificación del agua) o virtualmente imposible (para el testeo de esta categoría de la seguridad de la alimentación). La mayoría de las actividades dentro de esta categoría son preventivas, pero algunas acciones curativas son también en parte públicas. No todas las intervenciones preventivas constituyen bienes públicos. Por ejemplo, en niveles bajos de coberturas la inmunización otorga beneficios públicos—porque la inmunización de una parte de la población reduce la probabilidad de que las personas no inmunizadas sean infectadas—pero produce en mayor proporción beneficios privados para los individuos inmunizados. Sin embargo, a medida que la cobertura de la inmunización se acerca al 100 por ciento, el beneficio se vuelve cada vez más público a través del mecanismo de "la inmunidad del rebaño": una persona no inmunizada se encontrará tan bien protegida como si hubiera sido inmunizada y podría disfrutar de esta protección sin pagar por ella. Cuando una enfermedad puede ser *erradicada* a través de una cobertura de inmunización completa, se crea un bien público puro. Este es un ejemplo del modo en que la naturaleza privada o pública de una intervención puede depender del grado de cobertura. Cuando la viruela era una enfermedad endémica, las personas poseían un fuerte incentivo para ser vacunadas, sin considerar cuánta gente más era protegida. Ahora que la enfermedad ha sido eliminada, todos se benefician.

Si bien la distinción entre bienes públicos y privados es fundamental, no define por sí misma el límite apropiado entre la acción privada y la estatal. Más aún, la frontera entre bienes públicos y privados no está precisamente definida porque algunas intervenciones proveen *externalidades* substanciales. (El Gráfico 1 muestra

GRAFICO 1

LOS TRES DOMINIOS DEL CUIDADO DE LA SALUD



estas intervenciones como parcialmente públicas y parcialmente privadas en lugar de ubicarlas en un dominio separado). En estos casos las personas no sólo pueden sino que realmente compran una intervención y se benefician a través de ella, pero no pueden evitar que otras personas no consumidoras deriven también algún beneficio de esta intervención. Debido a que los compradores no capturan todo el beneficio, pueden no estar dispuestos a pagar por la totalidad de la intervención. En consecuencia, los mercados privados pueden existir pero producirán menos intervenciones de las que serían óptimas para la sociedad en su conjunto.

Este problema surge fácilmente en el caso de las enfermedades contagiosas porque la persona infectada pone a otras en peligro. Por consiguiente, curar un caso, previene la aparición de otros. El control de la tuberculosis es un claro ejemplo. Ninguna víctima de la tuberculosis ignora la enfermedad; de este modo el problema de que la gente valte los beneficios privados del tratamiento por debajo de su valor real no existe. Antes bien, el costo del tratamiento —y el hecho de que pueden sentirse mejor aun cuando la enfermedad no ha sido curada— puede llevar a las personas a abandonar el tratamiento en forma prematura, provocando así malas consecuencias no sólo para sí mismos sino también para los demás. Por ello, el resto de la sociedad tiene cierto interés en tratar a aquellos que padecen de tuberculosis, y asumir al menos una parte del costo. Las enfermedades contagiosas asintomáticas, tales como algunas infecciones transmitidas sexualmente, también crean externalidades; pero a raíz de que la gente puede no darse cuenta de que se encuentra infectada, la demanda de cuidado es muy baja aun cuando este cuidado es gratuito (el precio es cero). Existe entonces un argumento no sólo para subvencionar el tratamiento sino también para persuadir a quienes se encuentran infectados a fin de que soliciten cuidados.

La intervención pública requiere usualmente del financiamiento público para garantizar la provisión eficiente de bienes públicos reales y bienes con externalidades positivas significativas, porque la posibilidad de beneficiarse sin pagar dificulta la obtención de los mismos resultados a través de otros medios. Sin embargo, al nivel de pequeñas comunidades se puede estimular la acción colectiva a través de un financiamiento público limitado. En un caso extremo, una comunidad puede internalizar las externalidades y las personas pueden contribuir aun cuando podrían beneficiarse gratuitamente porque sus vecinos están comprometidos y pueden aplicar persuasión moral o sanciones. Este mismo rol puede ser desempeñado por un empresario privado, ya sea con o sin fines de lucro (Foldvary, 1994). Allí donde la colaboración de un pequeño grupo no es factible y es necesario el financiamiento público, el tema principal de la política pública es cuáles son las actividades que deben promoverse o pagarse. El ingreso promedio de un país obviamente limita lo que éste puede gastar en bienes públicos del sector salud, pero los ingresos individuales son irrelevantes porque la gente no compra los servicios y a veces tampoco elige consumirlos (el ingreso individual es relevante para algunos bienes privados con externalidades para los que la demanda privada sería muy baja pero no sería nula).

Sin embargo, gran parte del cuidado de la salud constituye un bien privado (casi) puro: el Gráfico 1 refleja esto mostrando a los bienes públicos como una

angosta banda en el costado izquierdo, mientras que los bienes privados ocupan la mayoría del espacio. Las actividades amplia o exclusivamente privadas incluyen la mayoría del cuidado curativo—especialmente para las enfermedades no contagiosas que no representan una amenaza para las personas no infectadas—la totalidad del cuidado de rehabilitación y también parte del cuidado preventivo o "pre-curativo" (como los controles pediátricos y el monitoreo de la hipertensión, el cáncer cervical o el glaucoma). Estas actividades incluyen el tratamiento llevado a cabo en el hogar que requiere el uso de insumos adquiridos específicamente para este fin, así como el cuidado médico o cualquier otro cuidado profesional.

Esta área abarca las innumerables actividades de la conducta diaria que afectan también a la salud como la dieta, el ejercicio físico, las precauciones para la seguridad, el comportamiento sexual y el uso de alcohol, tabaco o drogas. Entre estas actividades la crianza de los niños es de vital importancia, ya sea por el efecto inmediato sobre la salud—los niños son especialmente vulnerables a infecciones y accidentes—o por la formación de hábitos de vida. Los efectos diarios de estas conductas sobre la salud son usualmente pequeños, pero pueden ser muy grandes cuando se acumulan.

El Gráfico 1 distingue las intervenciones privadas según sean de bajo o alto costo. Este no es un límite bien marcado porque lo que para algunos es posible de financiar está fuera de alcance para otros. Por otra parte, las actividades que individualmente no son muy costosas pueden tener que repetirse frecuentemente, creando así enormes gastos acumulativos: la diálisis renal y la terapia física son algunos ejemplos. No obstante, es fundamental clasificar las intervenciones teniendo en cuenta si se pueden pagar a través de desembolsos directos, o se pueden financiar a través de ahorros acumulados en el tiempo, o si son tan costosas que representan una carga catastrófica. El costo de un cuidado médico es crítico cuando una familia o un individuo sólo puede obtenerlo vendiendo activos o asumiendo una deuda que los dejará en la pobreza permanente. Cabe destacar que se asume inicialmente que nadie es demasiado pobre como para no poder pagar las intervenciones que se encuentran dentro del dominio de "bajo costo".

En cualquier sistema de salud existen siempre gastos privados pagados con desembolsos directos. Estos corresponden a la banda que se extiende en la parte inferior del Gráfico 1. Antes de la moderna comprensión de las enfermedades y la medicina, todas las intervenciones del sector salud eran de esta clase y eran pagadas por los mismos consumidores o por organizaciones de caridad. Históricamente el gasto en salud comenzó en el ángulo inferior derecho del gráfico, luego se expandió sobre los bienes públicos (hacia el sector izquierdo) y también sobre las intervenciones privadas costosas (hacia el sector superior derecho) cuando el conocimiento, la riqueza y la capacidad institucional se incrementaron. Si bien este modelo es general, los países han tomado diversos caminos en esta expansión.

Las intervenciones que se necesitan en forma impredecible porque una enfermedad surge aleatoriamente y que a su vez son demasiado costosas respecto del presupuesto ordinario de una familia o de los ahorros disponibles para el financiamiento, definen el dominio del cuidado catastróficamente costoso. La única

forma de tratar la combinación de alto costo y la incertidumbre acerca de las necesidades es a través de compartir riesgos, en el que la gente financia el cuidado de la salud colectivamente, por medio de contribuciones relacionadas con el gasto esperado dentro del grupo y no con el probable (desconocido) consumo de cuidado de un individuo.

A pesar de que los límites son confusos, el dominio del riesgo compartido es conceptualmente diferente de los otros dos. Este normalmente no abarca las nutritivas actividades de bajo costo relacionadas con la salud, porque el riesgo en ellas no es significativo. (Si bien es cierto que el alivio del hambre y otras respuestas a desastres imprevisibles equivalen a compartir el riesgo de una alimentación inadecuada u otras necesidades diarias, bajo circunstancias normales es imposible comparar un seguro de alimentación). Un *seguro explícito*—es decir un contrato entre un consumidor que acuerda contribuir y alguien que acuerda pagar por un cuidado específico—no es factible para bienes públicos. Naturalmente, cuando el gobierno o una organización de caridad privada paga por los bienes públicos, asume el correspondiente riesgo financiero. Esto se puede considerar como un *seguro implícito*, y de esta forma todo cuidado de la salud financiado públicamente constituye una forma de seguro, aun cuando no existe un contrato explícito o el pago de derechos individuales.

El dominio de riesgo compartido presenta la mayor y más compleja cantidad de lemas para la política pública. El crecimiento en los costos del cuidado de la salud total se concentra en este dominio porque incluye las actividades catastróficamente costosas. También muestra la más amplia variedad de arreglos institucionales, que incluyen la substancial participación de proveedores privados sin fines lucro y de instituciones financieras (Frank y Salkever, 1994). Esto se debe a que si bien el seguro es la solución natural ante el riesgo de la necesidad de intervenciones costosas, los mercados de seguro privados tienden a fallar en formas que afectan la eficiencia y la equidad y diferentes instituciones representan soluciones parciales distintas a estas fallas. Estos problemas se diferencian de la inhabilidad de los mercados para reparar los bienes públicos o para asegurar el apropiado nivel de producción de bienes con externalidades significativas. La interrogante es de qué forma y hasta qué punto los gobiernos pueden y aún más deben intentar corregir las fallas del mercado del seguro. Y respecto del financiamiento público la pregunta es si éste es necesario o si se puede substituir con otros instrumentos. Ni la teoría económica, ni el sentido común pueden brindar una respuesta a estas preguntas tanto como en el caso del dominio de los bienes públicos y el de las intervenciones de bajo costo (Diamond, 1992; Zeckhauser, 1994); los juicios dentro del dominio del riesgo compartido son más tentativos y dependen en mayor medida de la información empírica.

2.1 La intervención estatal para los bienes públicos del sector salud

Por definición, los bienes públicos no se pueden vender en los mercados privados, por ello crean una justificación directa para la acción colectiva. Sin embargo, el bien o servicio debe ser mercedor del gasto público requerido: el

simple hecho de ser un bien público no es condición suficiente para la intervención estatal. Tomando un ejemplo extremo, la construcción de ventiladores gigantes para despejar el aire contaminado brindaría un bien público pero seguramente sería demasiado costosa y por lo tanto no se justificaría su realización. En consecuencia, las preguntas a responder son: ¿qué bienes son suficientemente públicos, que los mercados privados no pueden proveerlos adecuadamente? y ¿cómo deben ser valuados para determinar si se justifica pagar por ellos?

Respecto de la primera pregunta, los gobiernos usualmente intentan proveer bienes públicos indisputables como la vigilancia de las enfermedades o la inspección sanitaria. Sin embargo, de vez en cuando se equivocan intentando cubrir una demandada amplia serie de intervenciones; los Ministerios de Salud parecen considerar todo lo que se relaciona con la salud como un bien público. Una explicación alternativa es que consideran todo el cuidado de la salud como un bien meritório. La creencia de que todos poseen un limitado y confusamente definido derecho al cuidado gratuito se resguarda como algo sagrado en varias leyes y constituciones nacionales (Fuenzalida-Puelma y Connor, 1989). Cuando el financiamiento público es insuficiente para cumplir esta promesa y particularmente cuando la provisión pública está mal administrada, el resultado es probablemente ineficiente e injusto. Los gobiernos también pueden equivocarse de otra manera reconociendo que puede ser eficiente para el sector público suministrar un servicio—siendo la alternativa regular la provisión privada—pero subvencionándolo a pesar de que la mayoría de los usuarios pueden pagar por él. El suministro de agua y los servicios sanitarios son buenos ejemplos (World Bank, 1992); aun cuando generan grandes beneficios para la salud pública, son mayormente bienes privados por los que los consumidores que no viven en la pobreza están dispuestos a pagar.

No obstante, el Estado no está siempre equivocado cuando considera a un bien en gran parte privado como si fuese enteramente público. El ejemplo más notable es la inmunización. Si hubiese sido dejada sólo en manos de los mercados privados durante las últimas décadas, hoy es impensable que aproximadamente un 80 por ciento de los niños del mundo estaría inmunizado contra las seis principales enfermedades inmunoprevenibles de la niñez (Geoffard y Philipson, 1994). Considerar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) como un bien público posibilitó una mayor cobertura aun en los países más pobres (EPI, 1993)—aún superior a la de los Estados Unidos que ha confiado más en la provisión y el financiamiento privados—(EPI, 1995; Haveman y Wolfe, 1993). Este "error" sin duda impuso algunos costos, en primer lugar, en forma de gasto público innecesario, porque algunas personas habrían pagado por la inmunización privadamente; y en segundo lugar en las distorsiones provocadas por los impuestos a pagar para el programa. Pero estos costos son insignificantes en comparación a los beneficios obtenidos para la salud. Además, al organizar y financiar el programa la intervención pública no desplazó sino probablemente estimuló la participación privada tanto en el financiamiento como en la distribución de las vacunas (Van der Gaag, 1995).

La segunda pregunta es cómo valorar un bien público en el sector salud. Este es el dominio de los análisis de costo-efectividad y costo-beneficio. Cualquier

valoración de efectos implica tanto una serie de elecciones subjetivas como de medidas de resultados objetivas: si descontar el futuro y en qué medida; si realzar distinciones entre los beneficiarios de acuerdo a la edad, el sexo, ingresos u otras características; cómo valorar estados de salud diferentes y cómo sumar efectos a través de los beneficiarios. No existe una respuesta simple; aun cuando los cálculos se limitan al costo-efectividad, en la producción de diferentes resultados dentro del sector salud, sin consideración para otros beneficios como el incremento de la productividad y los ingresos, diferentes elecciones sobre estos parámetros generan distintas prioridades. (Murray, López y Jamison, 1994).

Si el único beneficio de una intervención es el mejoramiento de la salud, no tiene importancia si se mide en términos de salud (vidas salvadas, años de vida saludable ganados) o en términos monetarios. Cuando existen también beneficios colaterales significativos, diferentes enfoques pueden conducir a distintos ordenamientos de intervenciones. Este es el caso de la educación, el suministro de agua, la sanidad y otras actividades que son valiosas para la salud, pero también lo son por otras razones—y no se justificarían sólo por los beneficios en la salud. (World Bank, 1993a). Las comparaciones de la efectividad o el beneficio con el costo también son relevantes para la intervención pública en los otros dominios del cuidado de la salud, pero son particularmente importantes en relación a aquellos bienes públicos para los que no existen precios en el mercado privado.

Los interrogantes acerca de cuáles son las actividades a considerar, públicas o privadas, y si merecen o no ser financiadas públicamente, son difíciles. No obstante, existen varias razones por las que este es el dominio más simple para determinar una política pública. Existe un amplio acuerdo sobre los beneficios substanciales de algunas intervenciones cruciales que son extremadamente efectivas en relación a su costo (Jamison, Mosley, Measham y Bobadilla, 1993). La pobreza individual no es una principal fuente de problemas, como lo es para los bienes privados: sólo tiene importancia la capacidad total de la sociedad para pagar. La ignorancia o ausencia individual de demanda también posee poca importancia. Finalmente, esta área no contribuye en gran medida a la explosión de los costos del cuidado de la salud y su importancia financiera decae mientras el ingreso asciende.

2.2 El rol público en las intervenciones privadas de bajo costo

Este dominio incluye tantas actividades diferentes que se emprenden repetidamente y que usualmente producen un pequeño impacto por episodio sobre la salud, que la intervención pública directa, universal y continua es simplemente imposible. Los gobiernos no pueden hacerse responsables por la vida diaria de cada persona y probablemente pueden contribuir más, mejorando las capacidades de las familias para cuidar la salud de sus integrantes. Promover el desarrollo—no sólo el incremento de los ingresos sino también de la educación y el acceso a todo tipo de conocimientos, bienes y servicios—parece ser la mejor forma de hacer esto. (World Bank 1993a, capítulo 2).

Hasta qué punto se justifica la interferencia en el normal comportamiento de la gente, depende de si los beneficios de la salud pesan más o menos que la reducción o modificación de las elecciones individuales, incluyendo los beneficios no relacionados con la salud. Al margen de las indefendibles posiciones extremas—por ejemplo, que sólo la salud importa y justifica cualquier precio, o que sólo la apreciación privada de las personas acerca de su propia utilidad es importante y debe ser considerada sacrosanta—no existe una respuesta directa a esta pregunta. La acción pública no se puede justificar simplemente a causa del mejoramiento de la salud; tampoco se puede rechazar sólo porque podría limitar-se la libertad individual. La intervención pública específica para el mejoramiento de la salud se puede justificar bajo tres condiciones: la ignorancia o el conocimiento incompleto, las externalidades, y las fallas de los adultos para actuar como agentes apropiados de los niños. Cada una de estas condiciones implica cierta falla de mercado, o la violación del supuesto del mercado privado que da por sentado que los adultos están informados al elegir y que asumen las consecuencias de sus decisiones.

El primer problema es la *ignorancia*: La gente podría cuidar mejor su salud si supiera cómo. Por ejemplo, las vitaminas son cruciales para la salud pero la gente no observa que estén incluidas en su alimentación, e incluso llega a creencias falsas acerca de dietas que ayudan a causar deficiencias vitamínicas (Johns, Booth y Kuhnlein, 1992). En general, la ignorancia de una o de ambas partes a una transacción—información asimétrica o incompleta—es una principal fuente de fallas en el mercado del cuidado de la salud. Naturalmente, "la toma de decisiones perfecta nunca es posible; por lo tanto el tema que realmente interesa es cuándo el gobierno puede o debe intervenir en el mercado de la información para mejorar el desempeño de éste" (Beales, Craswell y Salop, 1981). Más aún, la información no es enteramente gratuita y la gente no siempre actúa sobre la base de ella. Por ende, si bien el costo-efectividad de ciertos esfuerzos para lograr un comportamiento más eficiente puede ser muy alto, es también completamente variable y las reacciones de las personas ante la información son difíciles de predecir.

Corregir la ignorancia no es simplemente una cuestión de contarle a la gente algo nuevo, sino de cambiar creencias y conductas. Los casos puros de ignorancia, donde el simple hecho de que se les cuente algo es suficiente para afectar el comportamiento de la gente, son probablemente raros. En realidad es difícil asegurar cuándo la gente "sabe" algo relevante para su salud: si dicen que lo saben pero no modifican su conducta, pueden estar expresando una elección realizada sobre la base de la información o pueden afirmar conocer algo que no han entendido realmente. Cuando un mejor conocimiento por sí solo no lleva a un cambio de conducta, la regulación o los mandatos se pueden justificar aun cuando implican una intervención más intrusiva o coercitiva. En todos estos casos, la pregunta más difícil es hasta qué punto es legítimo intentar cambiar los puntos de vista de la gente sobre lo que desean o lo que creen que es bueno para ellos. La información frecuentemente complementa estos instrumentos para reducir la oposición a ellos o mejorar su efectividad. La interacción entre la información y otros instru-

mentos de cambio en la conducta se ve claramente en el exitoso esfuerzo para reducir el hábito de fumar en los Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services, 1989, 1992).

Esta situación origina un segundo problema, el de las *externalidades*, o interacciones entre adultos presumiblemente informados. Conducir en estado de ebriedad es un ejemplo, así como arrojar excremento o basura en las aguas comunales. Estas actividades imponen sobre los demás costos financieros y un daño en la salud, y la protección individual puede ser imposible o muy costosa. El principal instrumento para la acción pública es la regulación, apoyada tal vez por mandatos. Estas instancias típicamente no requieren el financiamiento público de las actividades del cuidado de la salud, pero pueden, naturalmente requerir mandatos negativos, en forma de leyes en contra de ciertas actividades o conductas. En la práctica no existe un límite bien definido entre este problema y el primero porque algunas de las conductas que imponen costos sobre los demás pueden surgir de la ignorancia: de este modo reducir el daño que causa una conducta particular puede requerir información y a su vez incentivos monetarios, legales u otros. Es más efectivo criminalizar la conducción en estado de ebriedad si la gente también está informada sobre los peligros, y el daño en la salud se puede limitar mandando el uso de cinturones de seguridad.

La tercera condición es un *problema de agente-principal* (Stiglitz, 1989) y en contraposición a las externalidades mencionadas anteriormente, es intergeneracional. Los niños todavía no son adultos soberanos, no están informados aun y son vulnerables no sólo a enfermedades y accidentes sino también a la indiferencia y más aún, al sadismo de sus padres. Este problema es, en cierta forma, similar a la situación en la que los médicos actúan como agentes imperfectos de sus pacientes. Sin embargo, frecuentemente los pacientes pueden elegir y contratar a los médicos que actúan como sus agentes, mientras que los niños no tienen elección respecto de quienes actúan por ellos ¿Qué debe hacer el Estado cuando los padres son agentes inadecuados de sus hijos? Requerir que los niños sean inmunizados es relativamente fácil, pero es más difícil limitar el hábito de golpear a los niños o la exposición de éstos al hábito de fumar. Y más difícil aun es confrontar las convicciones de los padres en asuntos como la educación sexual. Los temas del comportamiento sexual, el uso de un vehículo y el consumo de alcohol, tabaco y drogas continúan a lo largo de la adolescencia.

Este es un tema excepcionalmente contencioso, donde es muy difícil trazar la frontera entre las responsabilidades públicas y las privadas. Diferentes sociedades han adoptado diferentes soluciones y existe frecuentemente un intenso desacuerdo dentro de ellas acerca de los derechos y los deberes de los padres y de la medida en la que el Estado puede o debe interferir en la vida de la familia. Potencialmente existe un gran número de beneficios para la salud que están en juego en este debate: ocho o nueve de las diez principales causas mundiales de enfermedades en los niños son sustancialmente corregibles a un bajo costo (World Bank, 1993) y a su vez cuatro de ellas—la diarrea más tres deficiencias nutricionales—pueden ser ampliamente controladas por la familia, con sólo un pequeño gasto público. Estas enfermedades dan cuenta de un 20 por ciento de la mala salud de los niños;

la proporción de la salud total de un niño que depende de la conducta de sus padres es sustancialmente mayor.

En todas estas instancias, los principales instrumentos de la acción estatal probablemente deban ser la información y la regulación. Se justifican mandatos *en favor de* algunas actividades como el requerimiento de que los escolares sean inmunizados o que la alimentación sea fortificada, y *en contra* de algunas otras actividades. Sin embargo, el financiamiento público sustancial usualmente se justifica solamente porque algunas personas son demasiado pobres para pagar bienes o actividades relacionadas con la salud, así éstos impliquen un cuidado médico o necesidades tales como la alimentación.

2.3 El riesgo compartido para los bienes privados catastróficamente costosos

Cuando los riesgos no se pueden controlar por completo y los costos que se asocian a ellos pueden ser catastróficos, la única solución es compartir el riesgo. Ninguna de las características de este dominio es limitada solamente al cuidado de la salud, pero la magnitud e interacción de ciertos problemas son especialmente importantes en los mercados del cuidado de la salud. Más aún, el riesgo de la salud sólo se asocia en parte a los ingresos y al empleo, mientras que el riesgo financiero está casi completamente independiente de ellos.

El seguro de salud se diferencia claramente del seguro para activos no humanos tales como casas o vehículos, donde el valor del activo, y por lo tanto el costo del seguro, usualmente está relacionado con el ingreso. Otra diferencia fundamental es que el cuidado médico permite el mantenimiento preventivo y la reparación, pero no el completo reemplazo del capital dañado, que en este caso es el cuerpo humano. El seguro para activos no humanos opera exactamente en forma opuesta, protegiendo contra la pérdida del activo, no pagando por su mantenimiento. El seguro puede aún cubrir el costo de un sustituto transitorio de la casa o el vehículo perdidos, lo cual es imposible para el seguro de salud. Los riesgos son más difíciles de estimar para el seguro de salud, por un lado, por la inherente mayor complejidad del cuerpo humano en relación a la propiedad no humana; y por otro lado, porque frecuentemente existen diferentes tratamientos posibles para un determinado problema de salud, que implican diferentes costos, resultados y riesgos.

El seguro contra los riesgos de salud origina algunas dificultades conocidas (Arrow, 1985) que conducen a varios tipos de fallas de mercado. Este problema surge porque el seguro es un contrato por el cual alguien que no es el paciente, acuerda pagar por el cuidado de la salud de éste. Y como sucede con todo tipo de contrato, existe un incentivo para la persona asegurada comportarse en forma diferente a raíz de la existencia del seguro. Esto se denomina *riesgo moral* (moral hazard-Pauly, 1968). Una de sus consecuencias es que los consumidores, quienes no pagan la totalidad del costo del cuidado de salud, consumirán más. Esto es deseable, en vista de que el propósito del seguro es permitir a la gente consumir cuidados de salud que de otra forma no podría obtener. Esto significa, sin embargo, que el precio debe cubrir el incremento de demanda que resulta del seguro y

no simplemente el cuidado que la gente, de otro modo, compraría efectuando un desembolso directo.

En teoría, existen dos problemas asociados al riesgo moral, potencialmente más preocupantes. El primero es que generalmente la gente puede no sólo consumir una mayor cantidad de cuidado médico sino además un cuidado demasiado costoso en relación a su efectividad, produciendo menores beneficios para la salud por cada dólar gastado. El segundo riesgo es que la gente puede cuidar menos su salud a través de sus actividades diarias porque pagan el costo total de ellas, mientras que no pagan o pagan sólo en parte, el costo del incrementado cuidado curativo resultante. Ambos problemas implican un exceso de recursos dedicados al cuidado de la salud. También pueden implicar una peor salud si el cuidado curativo adicional no compensa completamente la prevención y la protección reducidas.

Cierto grado de riesgo moral es intrínseco a todo tipo de seguros, pero es más limitado en el caso de los activos no humanos porque el seguro no cubre su normal desgaste. Engañar a la compañía aseguradora incendiando la casa o abandonando el auto para reportarlo como robado es ilegal, lo que puede prevenir a la persona asegurada del fraude de cobro en efectivo de su seguro. Esta compensación generalmente no es posible en el seguro de salud. (El pago al contado por inhabilidades permanentes se incluye usualmente en el seguro de vida y representa una compensación por la pérdida de una parte de la vida. El único riesgo moral significativo para este seguro parece ser el suicidio, que frecuentemente se excluye en forma específica de las causas de muerte por las que se paga una compensación).

El riesgo moral en el seguro de salud es independiente de la forma en que éste se financia, por lo tanto no determina por sí mismo si el seguro debe ser pagado pública o privadamente. Un consumidor que voluntariamente compra un seguro privado termina pagando por el cuidado médico adicional que consumen los demás compradores y juzga si su mayor acceso al cuidado justifica este costo. Sin embargo, cuando el seguro se paga a través de impuestos o contribuciones mandatorias, esta elección no puede ser realizada. Siendo así, el riesgo moral puede justificar los controles sobre el uso del dinero público y evitar así el gasto en intervenciones de poco valor para la salud que los consumidores no acordarían comprar para otras personas en forma voluntaria (Muscgrove, 1995b).

Existe una escasa evidencia empírica sobre la importancia de estos problemas, particularmente acerca de si el seguro conduce a las personas a ser *más* descuidadas respecto de su salud, de lo que serían si no estuviesen aseguradas. A propósito de la relación entre el seguro y el menor costo-efectividad del cuidado médico, la evidencia en los Estados Unidos muestra que un mayor costo directo de bolsillo para el cuidado médico (mayores copagos o menores gastos deducibles) no hace que los consumidores elijan servicios más costo-efectivos, más aún puede provocar que los consumidores pobres se abstengan de un cuidado altamente justificado (Lohr et al., 1986; Newhouse et al., 1993). Con excepción de este último caso, existe poca evidencia que pruebe que obligar al consumidor a pagar costos más altos dentro del seguro, conduce a un empeoramiento de la salud.

La ineficiencia en un mercado de seguros competitivo también adquiere la forma de *exceso en las compras de seguros*—es decir, seguros para intervenciones que se podrían financiar más eficientemente con desembolsos directos de dinero (Pauly, 1974) o seguros que conducen al uso innecesario e injustificado del cuidado médico. Este es ineficiente en la medida que lleva a un exceso de costos administrativos por manejar numerosos reembolsos pequeños y por el exceso de consumo de cuidados de salud (Feldstein, 1973). Las compañías aseguradoras privadas sólo pueden controlar en parte esta tendencia a través de deducibles (que eliminan de la cobertura los riesgos pequeños hasta que los pagos con desembolsos directos de dinero alcancen cierto límite). Este problema se origina en parte debido a la ignorancia: la gente tiende a sobrestimar los riesgos pequeños y puede comprar demasiados seguros aún cuando pagan sus costos totales. Sin embargo, el riesgo moral constituye un problema mayor: las personas que no pagan el costo total de los seguros comprarán demasiado, tal como sucede con los servicios médicos.

La falla de mercado que se produce en forma de sobre seguro ocurre principalmente a través del sistema de impuestos. Algunos gobiernos permiten que los empleadores privados consideren el costo del seguro como un gasto, pero luego—en contraste con los salarios—éstos no consideran el valor del seguro como un ingreso para los trabajadores. El subsidio a través del sistema de impuestos es notable en los Estados Unidos (Pauly, 1986) tanto para el seguro de los trabajadores que es financiado por sus empleadores, como para una parte del seguro Medicare para ancianos: Se estima que el seguro financiado por los empleadores decaería un sexto o más con la ausencia de este subsidio y en consecuencia la demanda total de servicios médicos caería aproximadamente un cinco por ciento (Chernick, Holmer y Weisenberg, 1987). Alternativamente, los gobiernos subvencionan en forma directa los beneficios de la salud para la seguridad social (seguro mandatorio) por medio de las rentas públicas. Estas se utilizan para sostener los sistemas de seguridad social en Europa y Latinoamérica (Mc Grevey, 1990). En Chile, los impuestos sobre la masa salarial se pueden utilizar para financiar seguros privados. Todos estos subsidios directos o indirectos para el seguro no sólo son ineficientes, sino también en gran medida injustos cuando sólo se cubre parte de la fuerza laboral. Los pobres, típicamente se beneficiarían, únicamente cuando la cobertura es (casi) universal.

Cuando varias compañías aseguradoras con fines de lucro compiten en la venta de seguros, existen dos problemas adicionales, íntimamente relacionados: por un lado, la *selección adversa* respecto a los consumidores; y por el otro, la *selección del riesgo* respecto de las compañías aseguradoras (Arrow, 1985; Milgrom y Roberts, 1992). El primero hace referencia a la selección de clientes que podrían ser adversos a los intereses de la compañía—fundamentalmente describe el peligro de inscribir a personas que, en promedio, costarían más de lo que el seguro podría financiar—. Esto ocurre porque la cantidad de cobertura del seguro que la gente quiere y está dispuesta a pagar depende parcialmente del conocimiento que poseen de las condiciones y riesgos de su propia salud. Las personas que esperan necesitar una pequeña cantidad de cuidados de la salud no están dispuestas a

pagar tanto como aquéllos que esperan necesitar mucho cuidado, por lo tanto, una política suficientemente costosa como para cubrir a aquellas personas que poseen altos riesgos perderá dentro del mercado al ser comparada con una política menos costosa, adecuada a personas que poseen bajos riesgos. Una cobertura universal, con un mismo precio para todos, puede ser imposible de lograr, o puede no generar réditos suficientes para financiar todo el cuidado de la salud demandado (Summers, 1989).

Para protegerse a sí mismas contra la combinación entre bajos aportes y altos costos potenciales, las compañías aseguradoras se involucran en una selección de riesgos o "descreme": gastan más en la administración o crean barreras para la inscripción a fin de detectar a los individuos (como los ancianos) o las condiciones (como el cáncer) que poseen altos riesgos. Dicha práctica es particularmente costosa para los solicitantes individuales del seguro y origina economías de gran escala porque para un grupo amplio, la aseguradora sólo necesita estimar el riesgo promedio del cuidado que se necesita (Diamond, 1992). Esta práctica constituye la respuesta natural del mercado al problema de la selección adversa. La ineficiencia adquiere la forma de costos administrativos y riesgos de la salud incrementados para quienes quedan excluidos del seguro. Particularmente, cuando no se cubren las condiciones preexistentes, las personas con problemas de salud que se encuentran aseguradas por sus empleadores no pueden cambiar de trabajo fácilmente sin perder su seguro; otras diferencias en la cobertura del seguro también pueden crear una "inmovilidad laboral" entre los trabajadores. Esta constituye otra fuente de ineficiencia de una magnitud desconocida (Congressional Budget Office, 1994).

Una respuesta a los problemas de la selección adversa y por riesgo es la diferenciación del precio de acuerdo al riesgo, que es teóricamente eficiente en el sentido de que permite a todos poseer el seguro que están dispuestos a pagar. Esta variación en los precios es común a otras formas de seguro: por ejemplo, las tasas del seguro automotor frecuentemente varían de acuerdo a la edad del conductor y a la forma en que se usa el vehículo. Desafortunadamente, serias dificultades se originan al permitir que el mercado cree diferencias comparativas en el seguro de salud. Una de ellas es que algunas personas están dispuestas a pagar sólo un pequeño monto porque esperan necesitar poco cuidado médico. Enfrentadas con el precio que cubriría el costo de la atención para todos, esas personas no comprarían el seguro. Cuando se retiran del mercado, el precio de la cobertura para quienes esperan necesitar mayor cuidado se eleva porque el riesgo se distribuye sobre una menor cantidad de personas con un mayor costo. Aun cuando están dispuestas a pagar más que quienes anticipan necesitar muy poco cuidado, el precio del seguro puede elevarse encima de su capacidad de pagar. Ellos no podrán pagar el seguro a pesar de su disposición para pagar más que un consumidor promedio. Estas fallas no ocurren en otros mercados de seguro porque los riesgos son más uniformes, predecibles o más íntimamente relacionados al ingreso.

Naturalmente, la disposición de las personas para comprar un seguro depende de sus expectativas acerca de las necesidades futuras de cuidado médico, las que

podrían ser erróneas. Las personas que hoy son jóvenes y saludables y, por consiguiente, no están dispuestas a gastar mucho en un seguro, pueden al ser mayores querer mucho más cuidado del que ahora anticipan. Pero, si solamente tarde en sus vidas se disponen a pagar una cobertura sustancial, el costo será mayor al que podría haber sido distribuido en un período más prolongado de tiempo, por lo que pueden no ser capaces de pagar por el seguro una vez que reconocen la necesidad de éste. La dificultad para predecir las necesidades de cuidados de la salud es exacerbada por la rapidez del cambio tecnológico en este sector (Weisbrod, 1991).

Otro problema respecto de la diferenciación de precios es que a pesar de la importancia de algunas conductas para problemas de salud específicos, sólo una pequeña cantidad del riesgo total de la salud se encuentra bajo el control del individuo. Las personas, muchas veces, no se pueden considerar personalmente responsables de su mala salud que puede ser de origen genético o provocadas por acciones de otras personas. Frecuentemente, lo mejor que la gente puede hacer, controlando su conducta, es posponer los problemas, lo que puede ser muy valioso pero no necesariamente lleva a ahorrar dinero en el curso de la vida (Russell, 1986). Los cambios de conducta pueden demorar mucho tiempo en mostrar su efecto en la carga de la enfermedad o el volumen del tratamiento (World Bank, 1994a). Debido a que sólo una pequeña cantidad de la salud está bajo el control de las personas, los precios que se relacionan con la conducta—tanto para el cuidado de la salud, como para el seguro en sí mismo—tienen sólo un valor limitado en perfeccionar el funcionamiento de los mercados. Se puede gravar a las personas por el hábito de fumar (a través de impuestos) o por no utilizar cinturones de seguridad (a través de multas) o bien se las puede premiar por el hábito de conducir con cuidado (a través de tasas de seguro más bajas). Pero los precios no son fáciles para la mayoría de las conductas relacionadas con la salud. Uno tiene la posibilidad de elegir dónde vivir, si manejar o no un automóvil, pero no decide sobre el hecho de hablar el cuerpo con el que nació (Miller, 1987).

Nociones de justicia están comprometidas en la elección de en qué medida permitir o controlar la diferenciación de precios en el seguro de salud, porque muchas veces las personas no piensan que los demás, además de su sufrimiento físico, deben ser castigados financieramente por su mala suerte. Además, la posibilidad de muerte o una sustancial inhabilidad permanente requieren, a veces, un tratamiento urgente. Por consiguiente, la selección adversa es tanto un problema de equidad como un problema de eficiencia.

Los problemas del riesgo moral y de la selección adversa surgen parcialmente del hecho de que los consumidores y los aseguradores poseen sólo *información incompleta*, que provoca una falla de mercado porque los mercados sólo trabajarían perfectamente cuando compradores y vendedores poseen completa información (Arrow, 1985). Naturalmente, un seguro es requerido, en primer lugar, porque la gente no sabe qué sucederá con su propia salud y, en segundo lugar, porque acuerdan comparar riesgos cuando no saben qué ocurrirá con la salud de otros. Una complicación adicional es la *asimetría de información*: la información dispo-

nible sólo para una parte del mercado, fácilmente, conduce a una falla de mercado. Por ejemplo, los consumidores que conocen los riesgos de su salud poseen un incentivo para ocultarlos a los aseguradores con el fin de evitar aportes más elevados. Los consumidores también conocen la manera en que han modificado o se proponen modificar su conducta por causa del seguro. Por el contrario, los aseguradores saben más que los consumidores acerca de los riesgos promedio y los costos del cuidado. La ignorancia de los consumidores en estos temas también puede provocar una ineficiencia.

Desafortunadamente, los problemas de información incompleta o asimétrica no se pueden corregir sólo a través del suministro de información. El mejor conocimiento por parte de los consumidores acerca de los riesgos de su salud puede llevar a una compra y un uso más eficiente del seguro. Sin embargo, obtener la información necesaria para restablecer la simetría sería imposible o muy costoso; aún se desconoce mucho acerca de la forma en la que las personas pueden controlar su salud a través de diferentes elecciones en la conducta. Aun cuando estuviese simétricamente disponible para consumidores, aseguradores y proveedores, una mayor información puede facilitar a los aseguradores la práctica de una selección de riesgos y la discriminación entre los consumidores, por consiguiente exacerbando la injusticia. En realidad, dentro de un mercado deregulado, ésta es la probable consecuencia de la creciente disponibilidad de información que relaciona la dotación genética con la probabilidad de desarrollar enfermedades específicas o problemas de salud. (House of Commons, 1995).

La asimetría en la información también surge entre pacientes y médicos, en vista de que los últimos saben más acerca de las condiciones y tratamientos médicos. Los pacientes pueden aceptar o aun demandar tratamientos que no comprarían si estuviesen completamente informados, y que son ventajosos financieramente o de cualquier otro modo para los profesionales médicos. Sin embargo, existe poca evidencia firme acerca de la medida en que esta "demanda inducida por el proveedor" realmente ocurra (Pauly, 1988). De cualquier forma, este no es simplemente un problema de los países ricos, sino que también ha sido documentado en las sociedades pobres donde la falta de educación e información puede hacer particularmente fácil la explotación de los consumidores (Bennet et al., 1994).

En resumen, la consecuencia de estas fallas de mercado es que en un mercado de seguro de salud privado, deregulado y competitivo, aquellas personas con condiciones crónicas o altos riesgos de salud estarán subaseguradas; los costos administrativos serán más altos de lo necesario debido a los esfuerzos de los aseguradores para detectar los riesgos y los costos del procesamiento de derechos en un mercado con muchos aseguradores y muchos proveedores; y procedimientos de bajo o cuestionable valor se llevarán a cabo porque ni el proveedor ni el consumidor pagan por ellos. Es en estos sentidos específicos que "el mercado no funciona en el cuidado de la salud", estas son principalmente fallas del mercado de seguro más que deficiencias del mercado del cuidado de la salud.

Los mercados privados han desarrollado otras formas de seguro que reducen, pero no eliminan estos problemas, como por ejemplo las Organizaciones para el

Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations- HMO's). Bajo este convenio, los proveedores también actúan como aseguradores y asumen el riesgo. Hasta el punto que esto controle los costos, trasladando la carga a los proveedores del cuidado médico más que a los consumidores o a terceros aseguradores (Ellis y Mc Guire, 1993), puede permitir mayor cobertura para los enfermos crónicos y puede reducir la utilización de procedimientos relativamente inefectivos. Sin embargo, sin alguna forma de intervención pública estos convenios tendrán un pequeño efecto sobre los problemas causados por la pobreza y la selección adversa. La interrogante permanece: qué tipos y grados de intervención pública pueden mitigar mejor los problemas inherentes a los mercados de seguro privados sin introducir ineficiencias o injusticias peores.

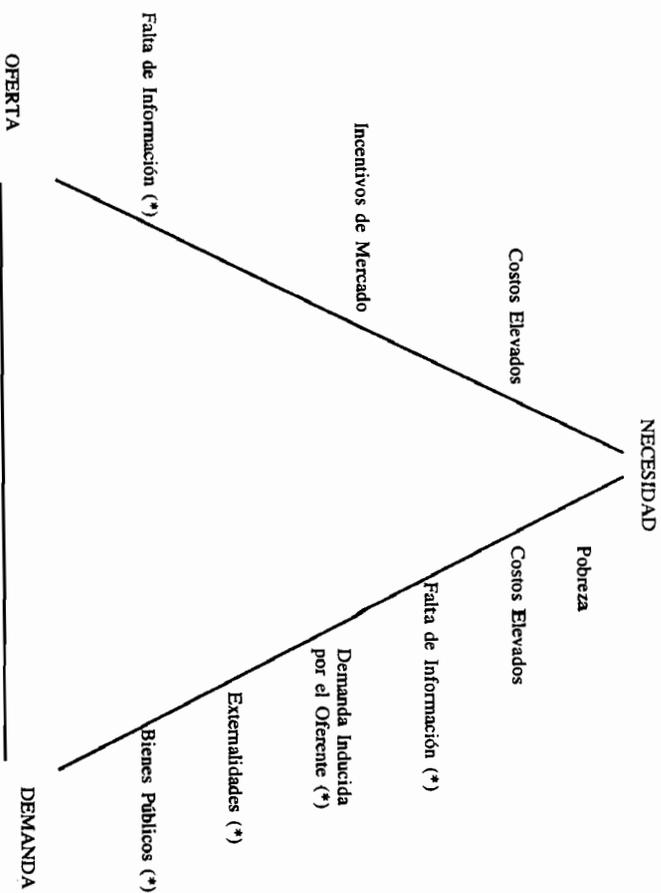
III. Las Fallas de Mercado y las Necesidades del Cuidado de la Salud

En vista de que el mercado privado desregulado y no subvencionado constituye una alternativa extrema a la intervención del gobierno en el cuidado de la salud, gran parte del debate para definir los roles públicos y privados dentro del sector gira en torno a la posibilidad, la forma y el grado en que los mercados pueden fallar. La falla de mercado, como noción económica, hace referencia a las posibles discrepancias o al desequilibrio entre lo que el mercado provee y lo que los consumidores de servicios de salud, racionales y completamente informados, demandarían. No considera el concepto de *necesidad* del cuidado de la salud que teóricamente es un concepto insatisfactorio aunque difícil de prescindir (Culyer, 1995). La gente desea un cuidado de la salud no por su utilidad intrínseca sino porque piensa que lo necesita, y que si dicho cuidado no es brindado su salud se deteriorará o bien no mejorará. No obstante, gran parte de la crítica de los profesionales del cuidado de la salud y de los consumidores: acerca de la forma en que los sistemas de salud operan trata explícitamente sobre las necesidades.

Así como la oferta y la demanda pueden no estar balanceadas, también puede existir un desequilibrio entre la demanda y las necesidades o entre las necesidades y la oferta de servicios, como lo muestra el Gráfico 2. Las fallas de mercado, en un estricto sentido económico, se encuentran entre las razones de estos desequilibrios (indicados en el gráfico a través de asteriscos). Otras fallas resultan de las barreras a la operación de los mercados privados competitivos para unir la oferta y la demanda. Otras distorsionan la demanda en función a la que hubiese estado basada en una información completa y simétrica, y si no hubiesen existido bienes públicos ni externalidades. Esto provoca un desequilibrio entre la demanda y las necesidades. A pesar de que los mercados privados y competitivos generalmente constituyen la mejor forma de unir la oferta y la demanda, se encuentran en una peor posición para hacer que la oferta o la demanda concuerden con las necesidades de la gente. Por el contrario, la intervención pública en el mercado de la salud tiene como fin satisfacer estas necesidades y corte el correspondiente riesgo de no tomar en cuenta a la demanda. Un sistema puramente privado como tam-

GRÁFICO 2

NECESIDAD, DEMANDA Y OFERTA DE CUIDADOS DE SALUD



(*) Fuentes de fallas de mercado.

Fuente: Musgrove (1995b).

bién uno puramente público, es probable que controle uno de los tres desequilibrios potenciales con el costo de fallar en el control de los otros dos, o de uno de ellos, (Musgrove, 1995c). Esta es una de las principales razones de por qué los sistemas para el cuidado de la salud están lejos de ser enteramente privados o completamente públicos. (Dunlop y Martins, 1995).

El tratamiento de la pobreza

En la discusión hasta este momento, se ha considerado que nadie es demasiado pobre como para no poder comprar una variedad de intervenciones para la salud efectuando desembolsos directos de dinero. En forma similar, se supone que nadie es demasiado pobre como para no poder comprar un seguro contra los riesgos de salud catastróficos. Las personas se diferencian de acuerdo a sus ingresos o a su evaluación de riesgos, pero todas pueden solventar algún seguro. Esto significa que la distinción entre el dominio de "bajo costo" del Gráfico 1 y el dominio en el que el seguro se necesita es aproximadamente el mismo para todos.

El mínimo rol del Estado en la ausencia de pobreza

Bajo estas condiciones el rol del Estado en el dominio de las actividades privadas de bajo costo relacionadas con la salud, estaría limitado mayormente a información y regulación. Por lo tanto, no existiría una razón para financiar este tipo de cuidado de la salud públicamente si todos pueden solventarlo a través de pagos directos (los mandatos aún se justifican para tratar sobre algunas de las externalidades mencionadas anteriormente). En el dominio del riesgo compartido, las personas que no eligen comprar un seguro, o compran un seguro limitado, deberían pagar el cuidado efectuando pagos directos o bien prescindir de él.

Debido a que prescindir del cuidado plantearía el riesgo de la muerte evitable, ciertas clases de cuidados—como los servicios de emergencia—típicamente se encuentran disponibles aun para quienes no están asegurados. La disposición de la gente para permitir que otros sufran las consecuencias de su imprudencia no incluye, usualmente, el permitir que mueran porque compraron poca protección catastrófica. Esta clase de imprudencia constituye un riesgo moral y a diferencia de algunas conductas de las personas aseguradas, no se puede tratar a través de aportes diferenciales. Los motociclistas que prefieren no usar cascos pueden ser en principio gravados en mayor proporción por el seguro, así también como los fumadores; el problema más difícil es qué cantidad de cuidado proveer al ciclista no asegurado cuyas heridas son más graves por no usar el casco.

Esta situación provee una justificación para el financiamiento público o un seguro mandatorio suficiente para cubrir el costo de unos pocos servicios cruciales, a los que todos tendrían acceso y por los que todos deberían pagar a través de los impuestos (Summers, 1989). Excepto por estos servicios, no existiría un requerimiento para que el gobierno subvencione un seguro para nadie. Si no existiera la pobreza, entonces el rol del Estado dentro del sector salud sería relativamente limitado y—con excepción del mínimo requerimiento de seguro recién descrito—se concentraría en la adecuada provisión de bienes públicos y la corrección de la falla de mercado en el dominio del riesgo. Si con el fin de corregir o compensar esta falla, el Estado debe mandar o financiar un seguro por sobre el mínimo cuidado de emergencia, es una cuestión de la eficiencia social de hacerlo como alternativa a abandonar el seguro al mercado privado. El hecho de que el seguro no necesitaría ser subvencionado—la exclusión de una justificación relativa a la

equidad para la interferencia en el mercado del seguro—no significa que los gobiernos no deben hacer nada porque las fallas en la eficiencia de los seguros privados voluntarios son tan importantes como las injusticias que generan.

Cómo la pobreza complica los roles públicos

La existencia de la pobreza, de personas demasiado pobres como para poder comprar varias actividades de salud de "bajo costo", o una cantidad de seguro "adecuada", complica en diversas formas el interrogante sobre qué es lo que el Estado debe o no debe hacer. Estas complicaciones no se limitan al dominio de los bienes privados, porque los problemas en la salud pública son frecuentemente más severos entre los pobres. Estos últimos probablemente se encuentran enfrentando mayor riesgo de la contaminación del agua o del aire, así que pueden beneficiarse más que quienes no son pobres a través de las intervenciones de la salud pública (World Bank, 1992, 1993a) y generalmente sufren consecuencias más serias debidas a enfermedades comunes. En general, el desequilibrio entre las necesidades y la demanda puede ser más importante cuando se considera a los pobres, porque poseen un menor conocimiento sobre la base del cual definir sus pedidos de cuidado para la salud, así como también poseen menores recursos para expresar una demanda.

La indigencia médica no es diferente de la pobreza alimentaria o de otras necesidades básicas y como en el caso de estas últimas, el resto de la sociedad puede estar de acuerdo en subvencionar a los pobres. La diferencia es que la pobreza relativa a las necesidades de bajo costo, predecibles, como la comida, puede tratarse mediante transferencias o subsidios en especies o mediante un ingreso suplementario (Srinivasan, 1994). En el caso de la salud, el riesgo de necesitar un cuidado muy costoso provoca que sea más eficiente tratar la eficiencia médica subvencionando un seguro, a tratarla a través de las transferencias de ingresos.

Sin embargo, existe poca experiencia en la mayoría de los países pobres en subvencionar proveedores o aseguradores privados para satisfacer las necesidades de los pobres. Esto requiere la capacidad administrativa del gobierno y mecanismos de precio apropiados para prevenir un exceso de provisión o un fraude abusivo. Esto ha sido un serio problema, por ejemplo, en Brasil (World Bank, 1993b; Medici y Czapski, 1995). Un subsidio público para el seguro privado, como una alternativa para tratar en forma directa con un enorme número de proveedores, también requiere la diferenciación de aportes según la edad, el sexo y otras condiciones, con el fin reducir el alcance de la selección de riesgo y hacer factible el mandato de una cobertura universal. En consecuencia, uno de los efectos más importantes de la pobreza es que hace que la provisión pública, con todos sus problemas típicos, se vea atractiva o aun más necesaria en los países pobres.

Al margen de los problemas de regulación, es financieramente difícil proveer a los pobres del mismo nivel de servicios que disfrutan quienes están cubiertos por un seguro privado o social. Más aun, la extensión de una cobertura a través del seguro social a los pobres a fin de reemplazar los servicios más limitados de los Ministerios de Salud, sería muy costoso en varios países de Latinoamérica

(Mesa-Lago, 1992). La provisión pública frecuentemente implica un escaso cuidado de la salud para los pobres, pero el financiamiento público de los servicios privados no resolvería fácilmente el problema financiero, aun cuando pudiese conducir al mejoramiento de la calidad del cuidado.

Finalmente, en los países donde todo el dinero público fluye a través de proveedores del gobierno o de entidades paraestatales, el cambio para el financiamiento público de los proveedores privados requiere que los hospitales públicos sean privatizados o que al menos se les otorgue suficiente autonomía y capacidad para manejarse por sí mismos, y competir contra los otros proveedores para la obtención de fondos públicos. Estos cambios son probablemente difíciles, en vista de que las entidades públicas necesitan exponerse a un riesgo financiero sin que exista un peligro de colapso en la provisión pública.

La dificultad en la incorporación de los pobres a los mismos esquemas de seguros que cubren a quienes no lo son, ya sea extendiendo la cobertura de la seguridad social o subvencionando la compra de seguros privados, conduce a esfuerzos a nivel comunitario para crear un seguro específico para los pobres. Cualquier esquema de este tipo se encuentra intrínsecamente limitado por los bajos ingresos de los participantes, por lo que no pueden financiar intervenciones muy costosas y sólo pueden otorgar subsidios de quienes son menos pobres para los más pobres. No obstante, puede ser apropiado cuando el seguro está destinado solamente al pago de aquel cuidado de la salud, que también pueda proveerse en forma local, y por consiguiente no sea muy costoso aunque sea catastrófico para una familia pobre y financiero.

Desafortunadamente, los problemas de riesgo moral y de selección adversa, surgen aun en estas circunstancias. Por ejemplo, si el seguro se vende por períodos cortos para ajustarlo a las fluctuaciones en los ingresos de las familias, tal como en el caso de Burnndi, la gente puede comprar las "tarjetas de salud" que les permiten acceder a servicios sólo cuando ya están enfermos o cuando pueden anticipar una necesidad médica (McPake, Hanson y Mills, 1993). Esto elimina efectivamente la diferencia entre el pago del seguro y la simple compra de servicios y, además, reduce la cantidad de dinero que puede ser generada por este esquema. Estos problemas conducen a complicaciones tales como el recompensar a la gente que utiliza menos cuidados (curativos) de salud, reduciendo el costo de sus tarjetas para el siguiente período; o el cargar una cuota adicional o multa a quienes pagan por el seguro sólo cuando están enfermos (Chabot, Boal y Da Silva, 1991). Estos incentivos actúan contra el riesgo moral y la selección adversa, pero si son lo suficientemente grandes como para tener mucho efecto, pueden reducir en gran medida las rentas del esquema o la demanda de servicios. Y los gastos administrativos pueden absorber una gran parte de la renta.

La pobreza también crea o fortalece las razones para que el Estado intervenga en las actividades de bajo costo relacionadas con la salud, ya sean éstas medicamentos o servicios, o elementos no médicos como los suplementos de comida. Algunas intervenciones pueden ser cumplidas a través de la ampliación de los servicios públicos de salud; por ejemplo, incluyendo suplementos micronutritivos o el tratamiento de los parásitos intestinales. Otras pueden ser cubiertas a través

del financiamiento de proveedores privados, como las clínicas que operan bajo "convenios" con el sistema de seguridad brasileño (World Bank, 1993b). De cualquier modo que se traten estas actividades, la pobreza empuja a los gobiernos a financiar una serie más amplia de intervenciones de bajo costo y a apoyarse menos en la información y la regulación. Si ésta fuese la única fuerza en juego, conduciría a una mayor proporción pública dentro del gasto total en salud en los países más pobres que en los más ricos, simplemente porque existe en ellos una gran cantidad de pobres que no pueden pagar las intervenciones. Sin embargo, en la suma total del gasto en salud, este efecto es sobrepasado por la tendencia (y la capacidad) de los gobiernos para mandar y financiar más seguros para aquellas personas que no se encuentran en la pobreza, a medida que el ingreso se eleva.

Un tercer efecto de la pobreza es limitar el uso de precios para reducir la demanda o controlar los costos. Ser pobre ya restringe la demanda ampliamente, y los pobres son necesariamente más sensibles a los precios del cuidado de la salud que quienes no lo son (Gertler y Van der Gaag, 1992). Esto significa que las cuotas de los usuarios pueden originar relativamente pocas rentas de parte de los pobres, y a menos de que existan mejoras compensatorias en la calidad, la utilización puede ser reducida (Lavy, 1994, Livack y Bodart, 1993). La experiencia del pago de los usuarios a través de cuotas, se ha analizado ampliamente; por ejemplo, en África al sur del Sahara se estudió la Iniciativa Bamako (Griffin, 1987; Creese, 1991; World Bank, 1992; Vogel, 1993; Mäkinen y Raney, 1994; Nolan y Turbat, 1994; Shaw y Griffin, 1995). Existe evidencia de que —tal como se esperaba— la utilización decae, a veces en forma aguda, si las cuotas se elevan pero no cambia nada más. Existe una menor información acerca de las características del servicio, como por ejemplo la disponibilidad de drogas o medicamentos, y no se conoce prácticamente nada sobre el impacto en los resultados para la salud; tampoco sobre la eficiencia del sistema o el costo-efectividad. Las cuotas, algunas veces, se establecen en forma arbitraria o de acuerdo a un criterio inconsistente; los recargos que son lo suficientemente bajos como para no causar un efecto sobre los pobres, pueden o no justificar su cobro; y la focalización de la exención del pago de cuotas no debe ser costosa; (Grosh, 1992) pero existe el riesgo de que los costos administrativos sean altos y las rentas obtenidas bajas. El mismo problema surge en el cobro de deducibles o copagos a los pobres.

La pobreza incrementa el riesgo de una mala salud y, a su vez, las enfermedades o incapacidades pueden provocar que una persona sea pobre o permanezca en la pobreza. La relación entre la salud y la pobreza se considera, a veces, otra razón para que el Estado invierta en salud, a fin de elevar la productividad. Sin embargo, el hecho de que algunos cuidados de la salud incrementan los ingresos, no constituye un objetivo *separado* para la acción del gobierno. Si el cuidado de la salud hace que las personas sean más productivas de forma tal que el ingreso extra puede pagar dicho cuidado, en un mercado perfecto la gente podría tomar prestado, a cuenta de su productividad futura. Cuando las fallas en el mercado del capital no permiten estos préstamos, y dichas fallas no pueden ser corregidas en