

REFLEXIONES SOBRE LA DEMANDA POR SALUD EN AMERICA LATINA*

PHILIP MUSGROVE**

ABSTRACT

Suppliers of medical care, especially in the public sector, tend to think of matching supply to medically-defined needs for attention. Although needs are sometimes hard to diagnose, they are more objective than patients' demands for attention, and it is reasonable to argue that ethically they are more important than wants. Nonetheless, planning the supply of services to meet only needs will be inefficient to the extent that demands for medical care do not coincide with needs; services will be over- or under-supplied, or both, with waste of resources. A medical system which aspires to be both equitable and efficient must try to meet both needs and demands, which means that demand must be understood and must be made to coincide with real needs so far as possible. This understanding requires study of the entire population, not just of those who come for medical care, and requires analysis of the different factors, economic as well as medical, which determine demand. Research of this sort is relatively recent in Latin America, but when combined with information on supply, can lead to better understanding of the obstacles to utilization. Even problems which seem to be purely internal to the supply side may require information on demand if they are to be solved.

1. ¿Qué se entiende por "Demanda por Salud"?

Se ha dicho que para formar a un economista basta enseñar a un loro a gritar "oferta y demanda". No sería un economista muy bueno, pero en todo caso superior a uno que sólo pudiera gritar "oferta", puesto que para explicar cómo opera un mercado se necesita conocer tanto de oferta como de demanda. Esto también vale para el mercado de la atención sanitaria, a pesar de algunas peculiaridades que lo distinguen de otros mercados. Este artículo se ocupará del lado de la demanda de este mercado, prestando muy poca atención a la oferta. Esto, porque desde el punto de vista de un economista, pareciera ser que quienes proporcionan la atención en salud, especialmente aquellos responsables por la

* Esta es una versión corregida de un artículo preparado para el Taller Internacional de Economía en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, 10-12 de septiembre de 1984.

Las opiniones aquí expresadas pertenecen al autor y no representan necesariamente los puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud o de los gobiernos miembros. Debemos agradecer a Dieter Zschock, Jorge Castellanos, Jaime Ruiz, Mary Ann Baily y varios árbitros anónimos de artículos anteriores por sus útiles anotaciones en la preparación de la versión inicial; a Luis de Niño y Luis Asis Beirute, por sus útiles comentarios cuando dicha versión fue presentada en Bogotá, y a Vittorio Corbo, Alberto Valdés y Ronald Ridker, por sus sugerencias posteriores.

** Asesor de Economía en Salud de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

salud pública, desestiman o malinterpretan sistemáticamente la demanda por salud. De hecho, a veces los profesionales médicos del sector público parecen ignorar la *demand*a por atención de salud y prefieren pensar exclusivamente en términos de *necesidad*. Estos son conceptos muy diferentes, por lo que una oferta que responde a una de ellas puede ser bastante inadecuada para satisfacer a la otra.

En la teoría económica estándar (1) se considera que la demanda por cualquier bien o servicio proviene de los ingresos de que disponen los consumidores para gastar, los precios que deben pagar y sus deseos, expresados en una "función de utilidad". Esta formulación tiene la ventaja de que no requiere de comparaciones interpersonales de la utilidad o satisfacción que derivan las diferentes personas del consumo de una misma cosa. Sin embargo, tal ventaja tiene más valor para tratar con bienes de lujo, frente a los cuales los gustos personales pueden diferir grandemente, que para considerar las necesidades que son comunes a todos (2); y los cuidados médicos pueden razonablemente considerarse una necesidad. Es verdad que las valoraciones subjetivas de los beneficios de las atenciones de salud difieren de una persona a otra, pero en la medida que haya una real necesidad el beneficio de un tratamiento es similar para todos. En este respecto la atención médica se parece a la comida, por la cual los gustos también varían muchísimo, pero, al mismo tiempo, las necesidades fisiológicas son relativamente uniformes. En todo caso, rara vez podemos conocer la forma exacta de una función de utilidad, de modo que es imposible derivar directamente una función de demanda. Un problema adicional es que las personas generalmente requieren atención médica debido a la ocurrencia de algo aleatorio o exógeno —enfermedad o accidente— mientras que el concepto de función de utilidad es útil en la medida que se refiere a gustos o deseos relativamente estables. (En este sentido la comida y la salud son muy diferentes). Esto significa que puede ser razonable hablar de una demanda por "salud", pero que uno de los principales determinantes de la demanda (derivada) por atención médica es el mismo estado de salud (3). Por este motivo parece preferible, aunque quizá no tan elegante, considerar solamente la demanda por atención médica.

Sigue siendo cierto que la formulación teórica estándar acentúa cuatro puntos importantes. Primero, es el propio consumidor quien decide qué quiere. Segundo, en circunstancias médicamente idénticas las distintas personas pueden presentar demandas diferentes. Tercero, la demanda, al contrario de la necesidad, depende del ingreso. Se refiere no sólo a lo que al individuo le gustaría tener, sino también a lo que puede pagar. Cuarto, la demanda depende de los precios, y esto no sólo porque lo que se paga por un bien o servicio reduce la disponibilidad para gastar en otros: además del "efecto ingreso" relativamente obvio de subir o bajar un precio, también hay generalmente un "efecto sustitución" (1) debido al costo *relativo* de los diferentes ítemes en el presupuesto del consumidor. Por otra parte, el "precio" incluye el costo del tiempo utilizado en el viaje hacia el lugar de atención médica, en la sala de espera y en la recuperación después del tratamiento, así como el gasto monetario, que puede incluir la pérdida de ingreso debida al tiempo sustraído al trabajo.

La importancia del ingreso y de los precios es ampliamente reconocida. De hecho, sin duda ésta es la razón por la que la salud pública es tan a menudo subsidiada u otorgada al paciente en forma totalmente gratuita en lo que se refiere al costo monetario. Los dos primeros puntos mencionados más arriba, sin embargo —que las personas deciden sus propias demandas por salud, y que los distintos individuos pueden decidir de manera diferente aun en ausencia de diferencias objetivas, ya sean médicas o económicas, entre ellos—, son objeto de mayor discrepancia. Se dice que el mercado de la salud difiere de todos los demás porque la mayor parte de la demanda es "inducida por la oferta", esto es, es el doctor y no el paciente quien decide qué exámenes o qué tratamiento hacer y qué medicinas recomendar (4, 5). Esto es cierto en gran medida, luego que el paciente ha consultado al

doctor una vez, pero generalmente sigue siendo el consumidor quien decide si consulta al médico en primer lugar. También es cierto que aun cuando el médico prescribe los medicamentos, o una dieta o ejercicios, el paciente decide si seguir o no las indicaciones. Probablemente la demanda inducida por la oferta es importante para explicar los costos de la salud, más que los efectos sobre el estado de salud del paciente. Además de la demanda del consumidor y del oferente, también puede haber una “demanda”, o más exactamente una expectativa, por parte de la comunidad en general, sobre qué facilidades médicas se necesitan y qué servicios deberían otorgarse. De modo más general, a veces se sostiene que la publicidad u otras formas de propaganda influyen fácilmente en los consumidores, por lo que sus demandas no pueden considerarse “soberanas”. Pero el punto no es si las demandas de las personas son bien informadas o “correctas”; de hecho, mientras menos correctas, mayor es la importancia de comprenderlas.

Al discutir la demanda por salud, tal como está expresada en el propio comportamiento del consumidor, es razonable concentrarse en los servicios, que deben ser otorgados por un profesional entrenado, antes que en los bienes. En general, los servicios son más costosos de otorgar, mucho más en el caso de la hospitalización. Al contrario de los bienes, no pueden almacenarse sino que deben ser consumidos en el momento que se ofrecen (6), de modo que esta adquisición corresponde más estrechamente a episodios de enfermedad o accidente. Por último, el sector de salud pública típicamente representa una proporción mayor de los servicios médicos totales que de los bienes relacionados con la salud, debido al mayor costo de los servicios. Aun cuando los médicos privados están económicamente fuera de alcance de la mayoría de las personas, las farmacias privadas les venden a todos, excepto a los extremadamente pobres.

2. *Demanda versus Necesidad de Cuidados de Salud*

La “demanda” es lo que un paciente quiere y está dispuesto a pagar (si hay un precio que pagar); “necesidad” es lo que el doctor piensa que el paciente debería tener. Lógicamente los doctores pueden discrepar en lo que se refiere a diagnósticos y tratamientos y para algunas condiciones no hay tratamiento efectivo, de manera que una necesidad de ayuda no se traduce claramente en una necesidad de atención médica particular. Aun con esta incertidumbre la “necesidad” sigue siendo una noción más objetiva que la demanda, menos dependiente de las creencias y gustos del paciente. Por tanto no sorprende que al planificar la oferta de salud pública se le relacione con la idea de necesidad, con poca o ninguna atención a la demanda. De hecho, generalmente los planes para la contratación para los servicios médicos no se construyen a partir de la necesidad observada; las normas en las que se basan —tanto doctores para tantos miles de personas, etc.— se refieren a la necesidad media o esperada, dadas las características de la población y la preponderancia de enfermedades o condiciones particulares. (Y cuando dichas normas no toman en cuenta las características de la población y de las enfermedades, dejan de tener relación alguna con la necesidad).

La pregunta es, entonces, ¿qué tiene de malo planificar de esta forma? Si la necesidad es mensurable más o menos objetivamente y si las reales necesidades de salud están éticamente por encima de las demandas ¿no debería el Ministerio de Salud ignorar las demandas y pensar sólo en términos de necesidad? Obviamente, si cada necesidad médica genuina diera origen a una demanda por atención y cada demanda por atención reflejara una necesidad real, no habría ningún problema, ninguna razón para tener que escoger entre los dos conceptos. De ahí que una de las metas de los servicios de salud pública es hacer *coincidir* necesidad con demanda hasta donde sea posible. Cuando difieren, las necesidades quedan insatisfechas, o los recursos se desperdician, o ambas cosas (4).

Se reconoce fácilmente que las necesidades pueden exceder a la demanda; las personas no reconocen que necesitan ayuda médica, o no la buscan por su alto costo. En esta circunstancia, si la oferta responde a la necesidad estimada habrá demasiados doctores y camas de hospital que estarán subutilizados. También puede suceder que la necesidad sea menor que la demanda y no sólo porque algunas personas sean hipocondríacas o consideren la visita al doctor una ocasión más social que médica. Mucho más importante es el hecho de que muchas demandas de atención no requieran realmente de la asistencia de profesionales médicos, sino que las puede satisfacer el propio paciente o su familia, sin por eso reducir la calidad de los cuidados. Cuando la demanda excede a la oferta en esta forma habrá una presión para expandir la oferta hasta donde es mayor que la necesidad, en cuyo caso el sector médico desperdiciaría recursos; o los pacientes perderían su tiempo por las aglomeraciones y retrasos en la atención y algunos pacientes perderán tiempo y dinero en consultas inútiles. El segundo tipo de pérdida no afectará los costos monetarios del sector médico, pero puede ser un costo igualmente serio para la sociedad. El reconocimiento de que la demanda puede exceder las necesidades reales y conducir a un desperdicio tanto dentro como fuera del sector médico es lo que motivó los esfuerzos por la educación de salud, y más generalmente, la "participación comunitaria" para reconocer y resolver los problemas de salud.

Debería quedar claro que la oferta pública de servicios médicos no debe ajustarse a las necesidades estimadas o a las demandas expresadas cuando estos dos conceptos difieren marcadamente. El sector médico privado, como cualquier otra industria privada, puede adecuarse sólo a la demanda de mercado, pero en los países pobres es éticamente inaceptable apoyarse únicamente en la medicina privada porque quedarán muchas necesidades sin satisfacer. Queda al sector público la difícil tarea de responder tanto a las necesidades como a las demandas. De hecho, estos dos objetivos corresponden en alguna medida a dos de los tres "desiderata" expresados por los estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (7), esto es *equidad* y *eficiencia* en el otorgamiento de los servicios de salud. La eficiencia requiere que cualquiera sea el servicio efectivamente utilizado éste sea otorgado con el mínimo costo en recursos. Dado que sólo se usarán los servicios demandados, esto es equivalente a decir que cualquier demanda debe ser satisfecha al mínimo costo. Esto es cierto aún si no se satisfacen todas las demandas, o si la oferta total es inadecuada. Sin embargo, la eficiencia definitivamente impide que la oferta sea *mayor* que la demanda. En contraste, la equidad se interpreta mejor en términos de necesidad: un sistema de salud es más equitativo cuando todas las personas tienen la misma probabilidad de recibir tratamiento cuando lo necesitan. (8)

También puede definirse la equidad como igual probabilidad de recibir acciones preventivas como vacunaciones, o igual probabilidad de recuperación, según el tratamiento dado. Eso es, la equidad tiene un significado específico en cada etapa, desde el riesgo a la prevención, al tratamiento y a la recuperación. Nuevamente, la oferta puede ser inadecuada para satisfacer todas las necesidades, en cuyo caso la probabilidad media de recibir atención es menor que el 100 por ciento. Un sistema no necesita satisfacer todas las necesidades para tratar en forma pareja a todos los pacientes. El exceso de oferta probablemente conducirá tanto a desigualdad como a ineficiencia, porque los recursos que no se usan en un lugar generalmente corresponderán a necesidades no satisfechas en otra parte. Para que un sistema de salud sea equitativo y eficiente, debe cumplir tanto con las necesidades como con las demandas de la población.

3. *Determinantes de la Demanda por Salud*

Ya hemos mencionado algunos de los determinantes de la demanda: los ingresos de los consumidores, los costos en dinero y en tiempo, y el estado de salud de las personas. Por supuesto, es la salud o enfermedad que ellos *perciben* la que genera la demanda, antes que el estado de salud más objetivo que corresponde a la necesidad. Aún en ausencia de restricciones económicas las necesidades diferirán de las demandas por la ignorancia de la verdadera condición de salud. A su vez, la salud percibida depende de las condiciones epidemiológicas y sanitarias (factores objetivos que explican las enfermedades y los accidentes) y del conocimiento y creencias de las personas. Estos últimos puntos son particularmente importantes para determinar si la percepción de una enfermedad se interpretará como que requiere atención médica, o se acudirá a un curandero o a otro practicante tradicional, o a un tratamiento propio, o a nada en absoluto.

¿Por qué nos importa qué determina exactamente la demanda o cómo interactúan los distintos factores? En la medida que nos ocupamos de las demandas efectivamente presentadas al sistema de salud —esto es, de los pacientes que efectivamente llegan a la consulta del doctor— podría argumentarse que es irrelevante saber qué causas los llevaron allí. Es trabajo del profesional descubrir si la demanda expresada corresponde o no a una necesidad médica real y, en caso afirmativo, otorgar o recomendar un tratamiento. Desafortunadamente, esta noción de las responsabilidades del sistema médico ignora tres problemas serios.

Primero, la simple consulta inicial al médico no asegura el éxito del tratamiento. Un resultado exitoso puede requerir nuevas consultas, la compra y uso de drogas u otros artículos, el seguir un cierto régimen y para esto la demanda del paciente tiene que coincidir con la recomendación del profesional. Decir que la demanda por estos pasos subsiguientes es inducida por la oferta no significa garantizar que el paciente los seguirá. Pueden aparecer en el camino obstáculos que no impidieron la consulta inicial, pero que pueden frustrar el tratamiento, especialmente si es largo, costoso, si requiere mucha cooperación del paciente o si lo hace sentirse mejor antes de estar realmente recuperado. Dificultades de este tipo caracterizan a la quimioterapia para la tuberculosis, por ejemplo, con el resultado de que en América Latina la enfermedad continúa esparciéndose a pesar de existir un tratamiento probado y una demanda por atención (9).

Segundo, parte de la demanda expresada no corresponde a ninguna necesidad: a pesar de lo que siente el paciente, tal demanda es médicamente frívola o innecesaria. Absorbe recursos que podrían emplearse mejor en otro lugar, tanto por parte del sistema médico como del propio paciente. Una de las metas del sistema debería ser reducir tal demanda —sin desanimar a las personas que necesitan ayuda a buscar u obtener atención— y el hacerlo requiere comprender qué genera la demanda innecesaria, en primer lugar. Es particularmente importante que, al tratar de reducir la demanda innecesaria, no se suprima la demanda por cuidados preventivos.

Tercero, y probablemente lo más importante, en el país latinoamericano típico existe mucha demanda insatisfecha. Esto significa que se percibe una gran necesidad por cuidados de salud, lo cual no se concreta en consultas médicas debido a que uno o más de los determinantes de la demanda constituye un obstáculo. El paciente es demasiado pobre, o la atención médica es muy cara, o toma demasiado tiempo conseguir al doctor o esperar en línea, o se perderá el ingreso a lo largo del tiempo, o el paciente no cree que el doctor será capaz de ayudarlo, o espera ser tratado de manera insultante y, así, por cualquier motivo, no acude a consultar. En circunstancias médicas idénticas el paciente consultaría al médico si se eliminara el obstáculo, de modo que puede afirmarse que tiene una demanda insatisfecha, en vez de decir que no tiene deseos de recibir atención médica.

Esta forma de mirar el problema significa que los determinantes de la demanda son todos obstáculos potenciales a que las personas reciban tratamiento cuando lo necesitan. Y, excepto por el ingreso y la educación formal, *cada* determinante de la demanda es un factor que el sistema de salud pública puede afectar de alguna manera, como para acercar más la demanda expresada a la línea de las necesidades. Comprender qué causa la demanda es comprender qué cambios se requieren por el lado de la oferta, de modo que el sistema sea más equitativo y más eficiente.

Lógicamente eso no significa que porque el precio de la salud es un obstáculo para algunos pacientes potenciales, toda la atención médica debería ser gratuita. Tampoco significa que porque la gente vive lejos de los servicios médicos y algunos de éstos están saturados de personas, deberían construirse clínicas en todos lados y entrenarse y contratarse muchos más médicos. Del mismo modo, el hecho de que la educación capacita a las personas para tratarse solas y para que con mayor probabilidad sigan las recomendaciones del doctor, no necesariamente justifica una expansión masiva de la educación. Todos los esfuerzos para eliminar los obstáculos tienen un costo en recursos reales, y la salud no es lo único que la sociedad demanda de los recursos limitados. Podemos concluir, sin embargo, que si hemos de ajustar la demanda a las necesidades y satisfacerlas de mejor modo, la identificación de un obstáculo plantea una interrogante que debe ser respondida. ¿Qué precio debería cobrarse por las atenciones médicas, una vez que se acepta que los pacientes no necesitan pagar los costos totales? ¿Dónde deberían construirse los servicios públicos? ¿Cómo comprenden a sus pacientes los médicos y otros profesionales y cómo les explican el tratamiento médico y su aplicación óptima? Ninguna de estas preguntas se puede responder sin considerar las demandas de los pacientes, es decir, sus capacidades económicas, deseos y creencias; ninguna puede determinarse por completo desde el lado de la oferta de salud. Algunas de esas preguntas las consideramos a continuación, aportando el conocimiento empírico de la demanda por salud en América Latina donde sea posible.

4. *¿Qué sabemos de la demanda por salud?*

En principio se puede aprender mucho sobre la demanda y sus determinantes dentro del sistema de salud, obteniendo datos de los pacientes referentes a sus ingresos, costos de obtener atención, creencias, expectativas, etc. En la práctica, la información que se obtiene cuando un paciente acude al sistema generalmente se limita a cuestiones médicas, con algunos datos demográficos y quizás alguna información respecto a la cobertura de los seguros o la forma de pago por los servicios. Así, aun para la demanda expresada, generalmente sólo se miden unos pocos determinantes y, en particular, el énfasis se pone en la necesidad tal como se entiende médicamente. La limitación más seria es que, por definición, el sistema de salud no puede obtener ninguna información sobre la demanda potencial cuando el consumidor no consulta a un profesional médico. Para aprender sobre ella se necesita encuestar a la población. Parte de la información recogida de estas encuestas, tal como ingresos y costos, y circunstancias de los usos anteriores reales del sistema de salud, es relativamente objetiva, aun cuando la demanda está sujeta a considerable error en las respuestas. La información referente al conocimiento, creencias y expectativas es necesariamente más subjetiva; y las preguntas sobre qué piensa el consumidor que haría en condiciones específicas supone aún más especulación. Tal información, sin embargo, puede ser de valor, en vista de la importancia de los sentimientos y creencias para determinar si el sentir una enfermedad se traduciría efectivamente en una consulta al médico. Ignorarla es equivalente a suponer que todos los consumidores se comportan igual con respec-

to a factores objetivos médicos y económicos y, si ese fuera el caso, sería mucho más fácil otorgar servicios médicos y asegurar que sean utilizados.

La mayor parte de lo que se sabe hasta hoy de demanda por salud a partir de encuestas a la población se refiere a los Estados Unidos y Europa (4, 5, 10, 18). Aparentemente, en América Latina se ha estudiado muy poco, porque hasta muy recientemente se ha ignorado el tema de la demanda por servicios, debido a los costos y dificultades de las encuestas en gran escala y, tal vez, en parte porque los problemas de pagar por un sistema de salud aún rudimentario han parecido más severos en los países más pobres de Asia y Africa, donde las agencias de ayuda externa han concentrado sus esfuerzos. Estas agencias tienden a promover el trabajo de investigación para guiar sus propias decisiones en mayor escala que los ministerios nacionales de salud. Actualmente existe un conjunto considerable de estudios de presupuestos del hogar en América Latina (12, 13, 14, 23), a partir de los cuales puede estimarse cuánto *gastan* las familias en salud y su relación con el ingreso, composición familiar, situación geográfica y, quizás, otros factores; pero dichos estudios no permiten sacar ninguna conclusión sobre efectos de los precios y, naturalmente, nada dicen acerca de las necesidades efectivas y percibidas o acerca de enfermedades y accidentes que se tratan en forma gratuita o que directamente no se tratan. Las investigaciones diseñadas expresamente para conocer la demanda por salud (entre otras cosas) son un fenómeno reciente en América Latina: se efectuaron investigaciones de este tipo en Argentina en 1964 (así como en otros seis países no latinoamericanos), en 1965 y 1980 en Colombia (18, 19); en 1982 en Uruguay (20), y se inició una en Perú en 1984 (19). Con excepción del estudio comparativo internacional que incluye a la Argentina (16, 17), la publicación de los hallazgos, a partir de estos datos, sólo comenzó en el último año o dos; dentro de unos pocos años deberíamos saber bastante más acerca de la demanda por salud en estos países.

De lo que se sabe actualmente, ¿es posible establecer alguna conclusión razonablemente firme respecto a la demanda de los consumidores, o hacer alguna recomendación para la oferta de servicios de salud? Probablemente sabemos mucho acerca de efectos ingreso; parece claro de los datos sobre presupuesto familiar en Brasil, y de encuestas más pequeñas en otros cinco países, que el gasto en salud crece más rápido que el ingreso (22), lo que significa que en el presupuesto del consumidor el gasto médico en total se comporta como un lujo. En algunos otros datos sobre presupuesto familiar (23), la proporción destinada a salud cae a medida que crece el ingreso en los niveles bajos y luego aumenta. Para los bajos ingresos la salud es una necesidad, convirtiéndose en algo más lujoso en los ingresos altos. (Los análisis iniciales de la investigación de Colombia de 1980 (24) no parecen confirmar ninguna de las partes de este patrón, debido a diferencias metodológicas con trabajos previos, particularmente el uso de intervalos de ingreso muy pequeños). Al desagregar el gasto, se ve que el comportamiento de lujo caracteriza al uso de hospitales y clínicas, mientras las drogas y productos médicos similares se comportan como necesidades; esto es, sin duda, lo que explica el cambio de necesidad a lujo a medida que aumenta el ingreso. El gasto en medicamentos aumenta más lentamente que el ingreso y se satura en el nivel de ingresos moderados. Esto no nos dice, lógicamente, cómo se comporta la *cantidad* de productos o servicios médicos cuando el ingreso crece, puesto que es posible que las familias pobres consuman una cantidad de salud pública subsidiada. El rápido crecimiento del gasto, al menos en servicios, se produce en gran parte porque la salud privada, que cuesta más, pero (aparentemente) se cree que es mejor, reemplaza a los servicios públicos una vez que los consumidores son lo suficientemente ricos. Quizás éste no es un resultado sorprendente, pero, a riesgo de concluir mucho más que lo que permite la evidencia, pensamos que se pueden derivar de él dos inferencias. La primera es que la salud pública debería ser financiada con un criterio anticíclico, expan-

diendo los servicios cuando los ingresos caen, de manera de absorber la demanda que se trasladará del sector privado al sector público (25). Este argumento se ve reforzado si en tiempos de recesión económica aumentan las necesidades médicas reales (por ejemplo, porque decae la nutrición), dado que la necesidad extra tendrá que ser atendida por el sistema público o por nadie en absoluto. La segunda inferencia es que los consumidores pobres muestran una disposición a pagar por las medicinas aun cuando no pueden solventar atención profesional privada. Por lo tanto, a menos que reciban diagnósticos y recomendaciones subsidiados, obtendrán por su dinero atención de peor calidad que los consumidores con dinero suficiente como para obtener bienes y también servicios. En otras palabras, los pobres pueden no serlo tanto como para no gastar en salud, pero sí tan pobres como para no gastar sabiamente y eficientemente, confiando demasiado en sus propios diagnósticos o ingiriendo medicamentos inapropiadamente. No es raro, entonces, encontrar consumidores que son demasiado pobres como para gastar adecuadamente en alimentos y que, sin embargo, destinan sumas sustanciales a medicamentos que casi con seguridad les son de muy poca utilidad (26).

La inferencia recién mencionada —que los consumidores de bajos ingresos comprarán los bienes de bajo precio pero no los costosos servicios de salud— no es, en estricto rigor, un efecto precio, el cual se refiere a distintos precios para el *mismo* bien o servicio. Aparentemente no hay, hasta ahora, estudios que hayan estimado los efectos de los precios sobre la demanda por salud en América Latina, aun cuando obviamente los precios están entre los determinantes más importantes de la demanda y, al contrario de los ingresos, están dentro de aquello que puede modificar el sistema de salud pública. Este es uno de los factores que será más valioso analizar con los datos de la nueva investigación, especialmente si al “precio” se le incluyen los costos en tiempo, además de dinero. Sin embargo, las investigaciones pueden mostrar que hay otros factores más importantes que el precio que afectan el uso de los servicios de salud; sólo los datos basados en el hogar permiten estimar la importancia relativa de variables tan dispares como precio, acceso, satisfacción con el servicio y percepción de la necesidad de atención médica.

Otro importante determinante de la demanda expresada es la ubicación de la familia con respecto a los servicios de salud, por su efecto directo en los costos de transporte y de tiempo. El mismo estudio sobre ingreso (22) también muestra un fuerte efecto de la localización sobre los gastos de salud, luego de controlar por el ingreso; en Brasil, los consumidores gastan el mínimo en las áreas metropolitanas, más en las ciudades y pueblos pequeños, y el máximo en las áreas rurales. Esto parece reflejar la mayor disponibilidad de servicios subsidiados en las ciudades. Los consumidores que no tienen acceso a tales servicios pagan más y reciben menos cuidados de salud. Parece razonable concluir, en vista de la probada disposición a pagar de las personas, que los servicios se podrían extender hacia las áreas rurales y financiarlas en parte con tarifas. En la medida que esto significaría cobrar más a los consumidores rurales que a los de las áreas urbanas favorecidas, tal política no es equitativa, pero sostenemos que es mejor que cobrar el mismo precio a todos y otorgar a algunos consumidores mucho menos servicios. Las tarifas cobradas en áreas que ya cuentan con mejor atención podrían usarse también para ayudar a financiar dicha expansión.

5. *La Demanda de los Oferentes de Salud*

Naturalmente es una simplificación exagerada identificar a la profesión médica o las instituciones de salud pública exclusivamente con la oferta, y a los pacientes exclusivamente con la demanda. También puede concebirse a los oferentes de la salud como poseedores de una función de utilidad —un conjunto de deseos u objetivos— que pueden

resultar en una demanda expresada. Esto puede quedar más claro con dos ejemplos. Primero, el Ministerio de Salud (y el sistema de seguridad social, cuando también ofrece servicios médicos) constituye, en la mayoría de los países, la principal demanda por doctores y otros profesionales médicos. Esta es una demanda derivada, la cual debería estar basada, en último término, en la demanda de los consumidores por los servicios de salud otorgados por los profesionales contratados para tal fin. Cuando la demanda por doctores está relacionada, en cambio, con otros factores, tales como presiones políticas por empleos, o estimaciones de "necesidades" que no tienen conexión con lo que los consumidores desean, el resultado puede ser un exceso de doctores junto con una escasez de servicios y mucha demanda insatisfecha (27). De hecho, el desequilibrio de los profesionales médicos es probablemente el elemento peor del fracaso del mercado en el sector salud, y resulta obvia la razón por la que se produce con tanta facilidad: la oferta de doctores de las escuelas de medicina no tiene ninguna relación con la demanda por ellos. Ninguna institución equilibra el mercado, puesto que la oferta pertenece a la esfera del Ministerio de Educación mientras que la demanda es responsabilidad del Ministerio de Salud. Los dos precios importantes (costo de la enseñanza en la escuela de medicina y los salarios de los médicos) no pueden empujar al sistema hacia el equilibrio, excepto quizás en el muy largo plazo, y sólo luego de haber generado una gran pérdida de recursos en la forma de personal médico desempleado y escasez de otros insumos médicos.

El segundo ejemplo es menos obvio, pero relaciona más directamente los deseos del sector médico con las demandas de los consumidores. Si un ministerio de salud desea decidir qué precio cobrar por un servicio (sin esperar recuperar alguna fracción en particular de los costos) tiene que considerar que un aumento de las tarifas tendrá, al menos, tres efectos:

- afectará la renta, aumentándola si la demanda de los consumidores es inelástica, y reduciéndola si la demanda es elástica;
- reducirá parte de la demanda que no corresponde a una necesidad real, liberando, así, recursos para atender los requerimientos genuinos de atención médica, y
- disuadirá a algunas personas de buscar ayuda cuando la necesiten, las que, posiblemente, requerirán un tratamiento más costoso y enfrentarán mayor peligro en el futuro.

Los dos primeros efectos son, sin duda, deseables para el ministerio de salud: tanto la mayor renta como la menor demanda no esencial facilitan la atención de las necesidades reales de la población. Esto es cierto aun si el ingreso extra va a la Tesorería en lugar de ser retenido por el ministerio. El tercer efecto, sin embargo, es altamente indeseable, ya que otorgar los servicios que se necesitan es la razón de ser del ministerio y de la profesión médica en general. El nivel apropiado de las tarifas estará determinado, por lo tanto, por un equilibrio de estos efectos (28), en el cual la elasticidad o grado de respuesta al precio juega un rol preponderante. Aun si no se presta atención ninguna a la utilidad de los consumidores —esto es, si al ministerio de salud no le importa lo que quiere la gente sino que está interesado únicamente en otorgar los servicios médicos que se necesitan— el resultado es que una decisión sensata respecto a tarifas depende no sólo de las necesidades de los consumidores, sino también de sus demandas.

6. *Generación y Uso del Conocimiento sobre Demanda*

En el mercado de cualquier bien o servicio, se supone que el comprador conoce inicialmente sus propios deseos, aunque éstos pueden alterarse por lo que aprende de los vendedores; pero, en general, lo que necesita es aprender acerca del otro lado del merca-

do, esto es, los precios, términos y calidad de la oferta. A menos que sepa lo suficiente respecto a la oferta, será incapaz de satisfacer su demanda, o pagará más de lo necesario. De modo similar un vendedor u oferente necesita comprender los deseos de sus clientes actuales y potenciales para tener éxito. En este respecto el mercado de salud no es diferente de cualquier otro, si por "éxito" entendemos otorgar una oferta de servicios equitativa y eficiente. Lo que distingue al mercado de la salud de algunos, aunque no todos, mercados es el marco muy limitado de competencia; en consecuencia, fácilmente persisten fallas del mercado. Corregirlas requiere de un mejor conocimiento del mercado y de un mejor uso de ese conocimiento.

Dada la condición, a menudo penosa, de los servicios de salud pública en América Latina —exceso de doctores, escasez de drogas y provisiones, concentración de los servicios públicos y grandes poblaciones sin servicios, altos costos unitarios, etc.— pareciera que los serios problemas del sector salud provienen todos del lado de la oferta y que preocuparse de la demanda es desviarse de ellos. La discusión anterior debería haber dejado claro que esta visión es errada: para mejorar la oferta es esencial un mejor conocimiento de la demanda. Algunos desequilibrios e ineficiencias de los servicios de salud son tan "internos" de la oferta que pueden identificarse y deberían corregirse sin ninguna referencia a la demanda de los consumidores. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con los déficit generalizados y frecuentes de drogas y otros productos médicos en relación a los servicios. Hasta el punto en que la demanda por estos bienes es "inducida por la oferta" o determinada por los doctores, los deseos de los pacientes son en gran medida irrelevantes para determinar qué bienes almacenar y cómo dividir el presupuesto entre personal y equipos y productos médicos. Pero tan pronto como surgen las preguntas de si vendrán más pacientes a consultar si la disponibilidad de medicamentos es mayor o si acudirán con menos frecuencia a las farmacias privadas para sus tratamientos, o si seguirán las instrucciones en el uso de los medicamentos significa, entonces, que estamos tratando con la demanda. Se pasa por alto esto cuando se consideran sólo las "necesidades" determinadas médicamente, en particular cuando la oferta de servicios es miope y sólo considera a aquellas personas que efectivamente consultan al doctor y lo que ocurre durante su contacto con los profesionales médicos.

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (o ENNSA), recientemente completada en Perú, ofrece numerosos ejemplos sobre cómo pueden combinarse convenientemente los datos sobre demanda familiar con información del lado de la oferta. En dos casos los recientes estudios sobre datos agregados, no a nivel del hogar, hacen surgir preguntas que los datos de la ENNSA deberían ayudar e interpretar. Primero, el Banco Central del Perú ha publicado un Mapa de Salud para el país (29), el que presenta 22 indicadores de la condición de salud, utilización de servicios y cobertura de los servicios públicos para cada uno de los 25 departamentos del Perú. Este análisis muestra muy claramente que el personal y los servicios médicos están extremadamente concentrados en unos pocos departamentos, en especial en Lima. Más aún, mientras más caro es un recurso, más concentrado está: las enfermeras están mejor distribuidas que los médicos y éstos mejor que los hospitales. La pregunta obvia que surge es si esta concentración afecta a la utilización de los servicios; esto es, frente a una necesidad médica dada ¿están los pacientes menos dispuestos a buscar atención médica donde sólo pueden ser atendidos por personal o instalaciones de más bajo nivel? Las tasas de uso o consulta no contestan esta pregunta, puesto que excluyen a las personas que necesitan atención pero no la solicitan.

El Mapa de Salud muestra también que mientras la mayoría de los indicadores tienen correlaciones bastante altas entre departamentos, algunas de ellas son sorprendentemente bajas. El caso más sobresaliente es el de la cobertura de vacunaciones: las cuatro inmunizaciones para las que se presentan datos muestran correlaciones de rangos tan bajas como

0,3 en tres de las seis comparaciones de una cobertura de vacunaciones con otra. Esto podría deberse a que las campañas para diferentes inmunizaciones han sido conducidas independientemente, de modo que la alta cobertura para una vacuna no implica que los niños sean vacunados también contra otras enfermedades, en cuyo caso el problema está en gran medida del lado de los servicios de salud. Pero podría ser que los padres no comprendan que cada una de las enfermedades requiere de una vacuna diferente (excepto las tres que cubre la inmunización DPT), de modo que cualquier vacuna que se le dé a un niño, en primer lugar, corta la demanda por otras vacunas. Pero podría ser también que el reconocimiento de las enfermedades que pueden prevenirse y el grado en el que se consideran como peligrosas sea bajo y bastante variable dentro de la población.

Un estudio basado en los indicadores del Mapa de Salud (30) encontró que la variación en la esperanza de vida entre departamentos puede explicarse en gran medida por el ingreso medio de los trabajadores, por el acceso de los hogares al agua potable y por el número de consultas médicas anuales por habitante. Esta última variable muestra un efecto sorprendentemente fuerte: en promedio una visita adicional al doctor en el año agrega 3,4 años a la esperanza de vida y este efecto no alcanza una saturación a niveles altos de consulta (en contraste, el efecto ingreso se estabiliza en los altos ingresos). Tomando este resultado por sí solo sugiere que la cobertura del Sistema de Salud del Perú necesita expandirse mucho, debido a que una mayor oferta rendiría grandes beneficios en vidas salvadas. Sin embargo, los datos agregados no caracterizan a los pacientes que efectivamente consultan al doctor y es posible que sean atípicos dentro de la población, más preocupados de su salud o de la de sus hijos, mejor educados, o pacientes "autoseleccionados" de otra forma. Si éste es el caso, una expansión de la oferta rendirá beneficios marginales mucho menores, puesto que los servicios médicos o no se usarán o serán visitados por pacientes que no harán un buen uso de ellos. Los datos de la investigación a nivel de hogar ofrecen una oportunidad de verificar la hipótesis de autoselección, comparando personas que buscan atención médica con otras que no la buscan, dada una necesidad médica aparente. Pueden, por tanto, contribuir a determinar el equilibrio apropiado de la expansión de la oferta, modificando la oferta de servicios existentes y mejorando la demanda a través de esfuerzos educacionales u otros.

Lógicamente, mejorar lo que se conoce acerca de la demanda y ajustar la oferta consecuentemente no es el único requisito para crear un sistema de salud pública superior. Es necesario también crear mejores incentivos a la educación y al empleo médico, resistir o reorientar las presiones políticas, desarrollar relaciones más fructíferas con otras áreas del gobierno y otros sectores de la economía. Todas estas necesidades son reconocidas (7); lo que no es reconocido es la necesidad de tomar más en serio la demanda y comprenderla mejor. Esto significa a su vez conducir más investigaciones, particularmente en aquellos países donde jamás se ha recolectado tal información; analizar la información ya existente sobre la demanda, cualquiera sea su fuente, y reorientar la planificación de los servicios de salud como para que la oferta pueda satisfacer la demanda (16, cap. 3), tratando continuamente de hacer al mismo tiempo que la demanda coincida con las necesidades. La última de estas tareas es de nunca acabar y sumamente difícil, pero si no se efectúa ningún dato o estudio servirá de mucho. El sector de salud pública de América Latina puede disponer de mucha más información que la que se refleja en la planificación y operación de sus servicios de salud, de modo que existe simultáneamente una escasez y un exceso de conocimientos (tal como a menudo sucede con los insumos físicos). En cuando a la primera tarea, la de generar más datos a través de investigaciones a la población, probablemente no es la que merezca prioridad por el momento, simplemente porque se están llevando a cabo, o acaban de completarse, varias investigaciones sobre las que se han comenzado a hacer estudios. Los análisis de dichas investigaciones pueden entregar

conclusiones válidas no sólo para los países estudiados, sino para otros en circunstancias similares, donde puede mejorarse la oferta de salud sin tener que esperar nuevos trabajos en terreno. Donde tal recolección de datos sea necesaria, servirá de ayuda un concienzudo análisis de las investigaciones ya existentes para orientar los esfuerzos futuros. Esto es especialmente importante para la recolección de la información altamente subjetiva sobre las actitudes y el comportamiento condicional, donde la experiencia es limitada y no se sabe aún si tal información probará ser de alguna ayuda.

Una vez que tales análisis estén disponibles, pueden y deben combinarse con información del lado de la oferta para comenzar a responder a las importantes interrogantes que enfrenta el sector de salud pública. ¿Dónde se justifican los nuevos servicios públicos? ¿qué se requiere para que las necesidades médicas insatisfechas sean expresadas como demanda por los pacientes? ¿qué tarifas, si algunas, deberían cobrarse? ¿cuáles son las barreras no financieras más importantes, y cómo superarlas? y así sucesivamente. Un mejor balance de la comprensión entre oferta y demanda debería conducir a un mejor balance entre las ofertas, necesidades y demandas efectivas por atención de salud.

REFERENCIAS

1. Louis Philips, *Applied Consumption Analysis*. North-Holland, 1974.
2. Robert Cortez y Peter Rappoport, "Were the Ordinalists Wrong about Welfare Economics?", *Journal of Economic Literature* 22, junio 1984.
3. Janna - Marja Murinen, "Demand for Health. A Generalized Grossman Model", *Journal of Health Economics* 1, marzo 1982.
4. John Rappoport, Robert L. Robertson y Bruce Stuart, *Understanding Health Economics*. Aspen, 1982, Cap. 4.
5. Jacques van der Gaag y Mark Perlman, eds., *Health, Economics and Health Economics*. North-Holland, 1981, Caps. 11-13.
6. T.P. Hill, "On Goods and Services", *Review of Income and Wealth* 23, diciembre 1977.
7. Organización Panamericana de la Salud, *Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies*. Documento Oficial 179, 1982.
8. Philip Musgrove, "La Equidad del sistema de Salud: Conceptos, Indicadores e Interpretación", *Boletín de la OPS* 95, 1983.
9. Fabio Luelmo, "Epidemiología de la Tuberculosis", Seminario Científico Técnico, PAHO, Washington, 26 abril 1984.
10. Víctor Fuchs, ed., *Economic Aspects of Health*. National Bureau of Economic Research, 1982.
11. Michael Grossman, *The Demand for Health*. National Bureau of Economic Research, 1972.
12. Philip Musgrove, *Consumer Behavior in Latin America*. The Brookings Institution, 1978.
13. Fundação Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística, *Estudo Nacional de Despesa Familiar, Dados Preliminares*. Río de Janeiro, 1978.
14. Comisión Económica para América Latina y Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Seminario Regional sobre Métodos de Encuestas de Ingresos y Gastos. Bogotá, 5-8 junio 1984.
15. Banco Central de la República Dominicana, Seminario-Taller sobre la Primera Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de las Familias. Santo Domingo, 29 noviembre - 1o. diciembre 1982.
16. Kerr L. White et al., *Fundamentación y Práctica de la Planificación y la Gestión Nacionales de los Servicios de Salud*. Cuadernos de Salud Pública N° 67. Organización Mundial de la Salud, 1977.
17. R. Kohn y K. L. White, eds., *Health Care: an International Study*. Oxford University Press, 1976.
18. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, *Estudio Nacional de Salud: Manual de Entrevistas Domiciliarias*. Bogotá, julio 1981.
19. Banco Mundial, Population, Health and Nutrition Department, *Colombia: Health Sector Review*, 7 octubre 1982.
20. Ministerio de Salud Pública, Secretaría de Planeamiento, Coordinación y Difusión, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Organización Mundial de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana, *Estudio del Sistema de Servicios de Salud: Financiamiento del Sector Salud*. Montevideo, 1984.

21. Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud, *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud: Manual de la Encuestadora, Cuestionario*, y otros documentos. Lima, abril 1984.
22. Philip Musgrove, "Family Health Care Spendig in Latin America", *Journal of Health Economics* 2, 1983.
23. Cuadernos Estadísticos de la CEPAL, *Estructura del Gasto de Consumo de los Hogares según Finalidad del Gasto, por Grupos de Ingreso*. Santiago, 1984.
24. Freddy Velandía S., "Gasto en Salud en Colombia", Taller Internacional de Economía en Salud, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 10-12 septiembre 1984.
25. Philip Musgrove, "Health Care and Economic Hardship: Should Public Health Expenditure be Counter-Cyclical?". *World Health*, octubre 1984.
26. Clóvis Cavalcanti, Ana Eliza V. Lima, Constance Clark, Helenilda Cavalcanti, Magda C. Galindo y Osmil Galindo, *Pobreza, Carestia, Subalimentação: Avaliação Socio-Econômica de uma Intervenção Nutricional em Pernambuco*. Recife, 1984.
27. Informe Final del Working Group on Research in Health Manpower, Inter-Regional Meeting on HMD's Technical Cooperation Programs. PAHO, Washington, 20-24 agosto 1984.
28. Philip Musgrove, "What Should Consumers in Poor Countries Pay for Publicly-Provided Health Services?" Por publicarse en *Social Science and Medicine*.
29. Banco Central de Reserva del Perú, Subgerencia de Ingreso y Producto, *Mapa de Salud del Perú*. Lima, diciembre 1984.
30. Socorro Heysen y Philip Musgrove, "Diferencias Interdepartamentales en la Esperanza de Vida al Nacer en el Perú y su relación con el Ingreso, el Agua Potable y la Provisión de Consultas Médicas". Por publicar en el *Boletín de la OPS*.