

¿En qué estamos en la economía

DE SALUD BRITÁNICA?*

Mark Blaug **

Resumen

La economía de la salud despegó en 1970, o en esas fechas, justo después del despegue de la economía de la educación. Aunque en sus comienzos la economía usaba la teoría de capital humano tal como se usó en la economía de la educación, pronto tomó otra ruta, inspirada en el trabajo de Arrow sobre seguro médico. La economía de la educación no logró mantener el ímpetu de su inicio promisorio en los años sesenta y gradualmente se quedó sin fuerzas. No obstante, la economía de la salud ha ido ganando terreno teórico y empírico desde los setenta, principalmente al aceptar las implicaciones de la demanda inducida por la oferta y las dificultades de evaluar los resultados del cuidado de salud. Algunos de los mejores trabajos en la economía de la salud británica se encuentran en el área normativa de la economía del bienestar, definiendo así más precisamente lo que significa equidad en la entrega del cuidado médico y midiendo el grado de éxito en el logro de la equidad. Esfuerzos recientes para reformar el NHS al introducir los *cuasi mercados* han mejorado la calidad y cantidad del cuidado médico en Gran Bretaña. Para resumir, la economía de la salud británica se ha caracterizado por el uso de la economía del bienestar a cuentagotas en términos de Pigou en vez de la global de Pareto, manteniendo un estilo distintivo que lo diferencia de la economía de la salud americana (©1998 John Wiley e Hijos, Ltda).

Introducción

Cuando publiqué *Una introducción a la economía de la educación* en 1970, concluí el libro con un anexo sobre economía de la salud, ilustrando unas analogías entre la economía de la educación y la economía de la salud. Al releerlo ahora, me avergüenzo al descubrir que casi dejó por fuera la carta magna de la economía de la salud: *Incertidumbre y la economía del bienestar del cuidado médico*

de Kenneth Arrow [1], y ciertamente no comprendí su análisis fundamental sobre las ineficiencias inherentes del aseguramiento médico. Noté la distinción entre medicina curativa y preventiva, y reconocí el significado del hecho que es más difícil medir los beneficios económicos de la prevención que del cuidado médico curativo. Pero aparte de unos comentarios sabios sobre las comple-

* Artículo publicado en la revista *Health Economics* 7:S63-S78 (1998). Publicación autorizada por John Wiley & Sons Limited. Traducción Claudia Espinosa. Por solicitud expresa de la revista *Health Economics* la modalidad de presentación de la versión en español es fiel copia de su versión original en inglés.

** Universidad de Exter, RU



mentariedades entre los motivos de inversión y consumo del gasto en salud, mucha de mi discusión en 1970 resultó inconsecuente, apoyándome en pocos escritos, en su mayoría americanos [2].

Ahora me corresponde revisar el desarrollo de la economía de la salud británica desde alrededor de los años setenta, que no sólo es la fecha de la fundación del Grupo de Estudio de los Economistas de la Salud del RU, sino que, en términos generales, corresponde al lanzamiento de la economía de la salud en el RU [3]. Mi revisión se limita a los desarrollos en el RU y que presenta un problema porque el centro de gravedad en el tema de la economía de la salud se encuentra, ciertamente, en algún lugar entre las costas orientales y occidentales de los EEUU. La explicación del dominio estadounidense en la economía de la salud se debe, creo, a dos circunstancias: en parte porque los economistas americanos dominan la totalidad de la economía, apabullando a la economía británica bien sea por cantidad y no necesariamente por calidad –¿cómo podemos competir con un sistema de educación superior que produce más de 800 PhD en economía año tras año [4]? De manera adicional, el hecho de que en los EEUU el cuidado médico no sólo se provee de manera privada sino que se financia en su mayoría por el área privada a través de seguros médicos, permite la aplicación a los problemas del cuidado de la salud de tales conceptos económicos estándar como lo son precios para limpiar el mercado y agentes económicos que maximizan las ganancias. En contraste, depender del Servicio Nacional de Salud (NHS por su sigla en inglés) para la provisión pública y financiamiento público no suministra un terreno ideal para el análisis económico. Sin embargo, la economía de la salud británica, pese a estar a la sombra de la economía de la salud americana, no se ha mermado por este fenómeno, y aún hoy man-

tiene su propia voz y estilo. En fin, es posible ver la economía de la salud británica como una sub-disciplina distinta, y por tanto es factible considerar su progreso –o su falta de– desde 1970.

¿Hay un paradigma central?

Victor Fuchs iniciaba su excelente comentario en “Economía de la salud” en *The New Palgrave* [5] con el siguiente pronunciamiento:

“La economía de la salud es un campo de aplicación en el cual domina la investigación empírica. Toma su inspiración teórica principalmente de cuatro áreas tradicionales de la economía: financiera y seguros, organización industrial, trabajo y finanzas públicas. Algunos de los trabajos más útiles emplean sólo conceptos económicos elementales, pero requieren conocimiento detallado de tecnología e instituciones de la salud. La investigación orientada a políticas desempeña un gran papel y muchos artículos importantes, relevantes de políticas se publican en revistas leídas por médicos y otros involucrados directamente con la salud”.

Se puede ver con exactitud a qué se refiere Fuchs y sin embargo parece extralimitarse para negar un paradigma intelectual dominante en economía de la salud. En efecto, no existía nada en economía de la salud parecido al concepto de capital humano en economía de la educación que detonara lo que se ha denominado “la revolución de la inversión humana en el pensamiento económico” en 1960 o sus cercanías. Pero tal vez el notable documento que publicó Arrow en 1963 inspiró a los primíparos economistas de la salud con la misma intensidad como lo hicieron los documentos de Jacob Mincer y Gary Becker en el famoso Suplemento del *Journal of Political Economy* en octubre de 1962.

Si de ahora en adelante fuésemos a considerar la educación como una inversión en las ganancias adicionales del futuro de personas más educadas, igual consideraríamos, en adelante, la salud como un tipo especial de mercancía cuyo mantenimiento futuro en una fecha incierta y con un costo incierto necesariamente requiere o provisión pública gratis en el punto de uso o seguro médico financiado por el sector público o privado. Y con el aseguramiento llegaron los males gemelos de “los peligros morales” y “la selección adversa”, fracasos del mercado que se podían mitigar por medio de tales mecanismos como los deducibles y coaseguramiento pero que nunca se podían curar en su totalidad. En otras palabras, a pesar de las palabras de Fuchs, la economía de la salud es aún más que la inversión física misma, agobiada por la incertidumbre y los problemas asociados con la incertidumbre.

Adicional a la omnipresente incertidumbre, pero asociada con ésta, es la presencia de un sorprendente grado de ignorancia de parte de los consumidores del cuidado de la salud sobre la cantidad del cuidado de salud que requieren y de la calidad del cuidado que reciben. Eso sí, la ignorancia del consumidor es una fuente principal del fracaso del mercado en cuanto a la provisión de muchos bienes y servicios, además los economistas del bienestar por lo general los mencionan de pasada al continuar con otros aspectos más interesantes de fracasos del mercado. Sin embargo, el campo del cuidado de la salud se caracteriza por ignorancia endémica e irremediable del consumidor y, es sin duda, la mejor ilustración en economía, del fenómeno de la información asimétrica y mercados incompletos. La economía del bienestar de Pareto se basa en un número de premisas, entre las cuales la más importante es la noción de la soberanía del consumidor. Ésta consiste en que cada individuo es el mejor juez, es más: es el único juez de su propio

bienestar; lo que lleva a que “la voluntad de pago” es la medida del beneficio marginal de una mercancía para los individuos, por consiguiente que el bienestar social es simplemente la suma de “las voluntades de pago” implícitas o explícitas de los individuos [6]. Esta premisa magistral de la economía del bienestar paretiano se viola con más claridad en el caso del cuidado de la salud que en la provisión de cualquier otra mercancía o servicio que venga a la mente, incluyendo aquélla de la educación. Parecería entonces que la economía del bienestar paretiano o es irrelevante o por lo menos de dudoso valor al evaluar la eficiencia de la provisión del cuidado de la salud [7].

Sea como fuere, no sorprende que ésta sea una conclusión a la que la mayoría de los economistas de la salud resistían aceptar. El documento vanguardista que escribió Arrow en 1963 resaltaba la alarmante ignorancia de los pacientes que los obliga a delegar al doctor que los está atendiendo todas las decisiones vitales del tratamiento médico. Es de destacar que este análisis realista de la relación agente-principal en el cuidado de la salud no obstante siguió la exposición estándar de Arrow de la propiedad óptima de Pareto de eficiente asignación de recursos en el cuidado de la salud [1]. En consecuencia, algunos lectores tempranos de Arrow no notaron que la fuerza de su ensayo era demostrar que los mercados del cuidado de la salud invariablemente fallan y que lo mejor que podemos hacer es minimizar las consecuencias del fracaso del mercado de la salud por medio de varias normas y convenciones. Lo que no podemos hacer es erradicar en su totalidad las ineficiencias inherentes a la apropiación de recursos de la salud.

De manera similar, hay un reconocimiento generalizado entre economistas de la salud sobre el fenómeno de “la demanda inducida por la oferta”, que es la propuesta que los



doctores cuyos servicios se pagan por una suma, pueden inducir la demanda por sus servicios. Y que aún los médicos asalariados en el NHS se inclinan –por los menos hasta cierto grado- a hacer lo mismo. Pero si la demanda del cuidado de la salud es inseparable de la oferta en el cuidado de la misma, el análisis económico sobre el cuidado de la salud deberá reconsiderar muchas de las herramientas que por lo general utilizan los economistas. Reconocer este hecho, sin duda, explica por qué la aplicación de Michael Grossman de la teoría del capital humano a la salud [8] atrajo pocos adeptos y ha sido más atacada que apoyada [9-13]. Grossman modela la demanda en cuanto al cuidado de la salud como una decisión perfectamente racional de incurrir en gastos de pólizas de seguro en salud presentes para compensar por la pérdida de ganancias futuras que resultarían por enfermedad. Desafortunadamente, esta pérdida no es riesgosa en el sentido que se puede calcular su probabilidad. Es radicalmente incierto en el sentido de Knight, que ni la fecha de la enfermedad ni el costo del tratamiento prescrito –sin mencionar la efectividad del tratamiento en términos de salud recobrada- se pueden predecir aún de manera probabilística.

En síntesis, economía de la salud parecería ser un tema perfecto para disenso heterodoxo y, sin embargo, de manera sorprendente, economistas radicales y marxistas no han estado atraídos en su totalidad por la economía de la salud. Aún así, y éste es mi punto principal, la economía de la salud es un campo que seguramente incomoda al economista neoclásico promedio dado que reta, a cada momento, sus supuestos establecidos. Quizá sea precisamente esto lo que hace tan interesante su estudio.

¿Ha habido progreso?

Llego así a la pregunta central de esta encuesta: ¿Ha habido progreso en economía de la salud? El asunto del progreso en economía es una pregunta famosa, que nunca es fácil de responder sin ambigüedad. Progreso en economía (o en cualquier otro tema) puede tomar la forma ya sea de “progreso teórico” o “progreso empírico”, o ambos [14]. Por “progreso teórico” me refiero a una precisión en la definición de los términos y la relación entre los términos y en general, mejor claridad conceptual, con frecuencia acompañada por innovaciones analíticas. Mejor dicho, herramientas más afiladas para la “caja de herramientas” que es la teoría económica según la joven Joan Robinson. Progreso teórico puede o no estar acompañado por “progreso empírico” que es una idea mucho más elusiva que progreso teórico. Por progreso empírico me refiero a algo más sólido, una mejor explicación, una predicción más fiel del comportamiento de los factores económicos y la operación del sistema económico que producen sus acciones. No conozco ningún economista que niegue que la historia del pensamiento económico hasta ayer, se caracterice por progreso *teórico* pero algunos economistas tienen dudas de que haya habido progreso empírico significativo, por lo menos en lo corrido del último medio siglo. Es una duda que *no* comparto pero digamos que estas dudas se generan casi siempre por la creencia ingenua de que la economía no es nada si no puede hacer predicciones precisas y cuantitativas de cambios en eventos económicos. Si en vez de eso concentráramos nuestros esfuerzos en predicciones genéricas fieles de las tendencias y pautas –predicciones cualitativas en vez de cuantitativas- entonces la historia del progreso empírico en economía no es algo sobre lo cual avergonzarse.

Al asumir lo anterior como un hecho, brevemente comparemos y contrastemos el progreso en economía de la educación y el

progreso en la economía de la salud desde aproximadamente 1970. En ese año, yo personalmente creía que había un futuro más provechoso en cuanto a investigación en economía de la educación que en economía de la salud; aún desde el punto de vista político, era la educación y no la salud lo que se consideraba “sexy” en los sesenta. Sin embargo, para mitades de los setenta, cada vez más me desencantaba con la economía de la educación, dominada como estaba por la teoría del capital humano. He expuesto mi cínica teoría en otros lugares [15] y no diré más aquí. Para insinuar el tono de mi escepticismo, no obstante, permítanme simplemente decir que a pesar del considerable trabajo empírico en economía de la educación en las últimas tres décadas, la teoría del capital humano ha fracasado en cuanto a resolver las dificultades en su agenda de investigación aparecidas en sus inicios, tales como el impacto relativo en las ganancias individuales que surgen del talento, la habilidad adquirida y el logro de educarse, por un lado, y calidad y cantidad de escuela formal y entrenamiento laboral por otro. El tal tamizaje o hipótesis del filtro nunca se ha probado de manera convincente, y, en efecto, no ha sido en forma decisiva refutado, y el tamizaje da al traste con cualquier creencia de que la tasa social de retorno de la inversión en educación puede suplir a los gobiernos con un criterio de inversión para el gasto en educación. No se ha dicho nada nuevo desde 1970 en este concepto tan central, como lo es las externalidades de la educación y aún los estimados de función de producción (la relación entre recursos escolares y logro estudiantil) ha progresado poco desde el famoso Informe Coleman de 1966 aún desde un punto de vista estrictamente estadístico. El trabajo reciente sobre funciones de producción de educación continúa con el supuesto de que las escuelas se esfuerzan por maximizar las notas de logros estudiantiles en exámenes cognitivos, un

supuesto dudoso cuando más [16, 17]. Existen analogías provocadoras aquí con estudios de costos de hospitales que suponen que hospitales sin ánimo de lucro se esfuerzan por minimizar los costos del cuidado secundario.

Tal vez el síntoma más alarmante de esta falta de progreso tanto teórico como empírico en la economía de la educación por tres décadas es el hecho de que virtualmente todos los cien artículos en la *Enciclopedia internacional de educación* de 1985 dedicados a la economía de la educación [18], bien pudieron haber sido escritos en 1970 o aún en 1960 [19]. Al examinar el libro de texto americano más destacado en el campo [20] o un libro de texto británico reciente (el primero en economía de la educación en Gran Bretaña por veinte años) [21], se sorprende uno por lo poco que se le ha agregado al tema desde los sesenta [22]. Claro que hay datos en estos libros que hacen referencia a años más recientes, pero cuando preguntamos sobre lo que realmente sabemos acerca del aspecto económico o las consecuencias de la educación en 1997 que no sabíamos cuando Becker creó el tema de la economía de la educación en su gran obra *Capital humano* en 1964, la respuesta es: casi nada. Una colección de publicaciones sobre *Desarrollo reciente en la economía de la educación* [23, 24] le agrega un nuevo énfasis en equidad a los viejos intereses en eficiencia pero aparte de eso, revela una tendencia alarmante de reciclar las mismas ideas en más o menos las mismas combinaciones y permutaciones. Llegamos a la cruel conclusión de que la economía de la educación, como tema de estudio se encuentra ya en estado terminal. Como contraste, creo que ha habido progreso incremental teórico y empírico en economía de la salud desde 1970, como me propongo demostrar. Economía de la salud es ciertamente, como lo describiera Alan Williams, “la cara amable de una ciencia sombría” [25].



¿La economía de la salud podría haberse beneficiado del desarrollo de ideas en economía de la educación? Quizá, pero las diferencias entre los dos campos han aniquilado todos los intentos de acercarlos. No hay analogía en economía de la salud para calcular las tasas de retorno en inversión educativa, lo que le ha proporcionado a los economistas de la educación tanto la explicación sobre la demanda privada en educación como un criterio de inversión para el gasto público en este sector [26]. Educación para el individuo es un tipo de seguro contra la futura probabilidad de desempleo y bajo ingreso, y considerando que la educación – en particular, educación superior– está fuertemente subsidiada, el peligro moral induce una demanda excesiva por cuidado de la salud. Pero racionar los cupos en segunda sección de secundaria y educación superior siempre ha mantenido en cintura el exceso de demanda con un resultado respecto a que el análisis económico después de la educación obligatoria es más un análisis de política que de la economía de la educación. Aún la demanda de préstamos estudiantiles sujeta a los ingresos (una analogía real a la demanda de seguro médico privado) es una demanda pendiente de realizarse, por lo menos en esta encrucijada, porque todos los gobiernos británicos, Conservador o Laborista, siempre le han dado más peso a la influencia política de los padres de estudiantes universitarios potenciales que a los argumentos económicos a favor de préstamos estudiantiles relacionados con ingresos. En resumen, la economía de la educación y la economía de la salud han partido sábanas y le veo poco futuro a que el progreso constante en economía de la salud en las últimas décadas finalmente le dé un nuevo aire a la economía de la educación [27].

Desarrollo en economía de la salud: demanda inducida por la oferta

Volviendo a la economía de la salud, comenzamos nuestra historia al observar la literatura de los libros de texto en economía de la salud británica dado que los libros de texto son los barómetros reales de la energía e interés sobre un tema. El estado vigoroso de la economía de la salud británica se descubre con el flujo inusualmente constante de libros de texto vivaces, en particular, del tipo dirigido a gerentes y planificadores del cuidado de la salud sobre la aplicación de técnicas de valoración económica para el sector del cuidado de la salud. Ejemplos tempranos son Cullis y West [12] y Mooney, Russell y Weir [28] (*véase también Evans [29] dirigido a lectores canadienses*). Pronto los siguieron Mooney [30], McGuire, Henderson y Mooney [13], sin mencionar largos capítulos en libros de texto sobre asuntos de política social como Barr [13], Glennerster [32] y más incisivamente (por limitaciones de espacio), McGuire, Fenn y Mayhew [33]. Finalmente Mooney y McGuire han publicado una serie completa de monografías y antologías de tamaño de libros, en el cual se destaca Donaldson y Gerard [34].

También es revelador el tratamiento dado a la economía de la salud en los libros de texto dirigidos a estudiantes de política social y administración social [35-38], que contrasta con tratamientos similares de la economía de la educación que se quejan de estancamiento intelectual en el tema desde 1970 [38]. La literatura de los libros de texto llega ya a las escuelas secundarias [39] y tal vez nada ilustra mejor el hecho de que la economía de la salud ha llegado como una rama genuina de la economía que su aparición en los programas de estudios de economía del nivel A.

Volvamos a los asuntos sustanciales, comenzando con ese monstruo de dos cabezas del aseguramiento médico: peligro moral y selección adversa, que figura tanto en el artículo pionero de Arrow y la discusión que surgió a raíz de éste [40, 41]. (Arrow no utiliza el término “selección adversa” pero el concepto se entiende claramente en su ensayo.) Se hizo pronto una distinción entre el peligro moral *ex ante* y *ex post*, y entre “peligro moral de consumidor” y “peligro moral del productor”, ambos llevando a la sobreutilización del cuidado médico. Dirigiéndonos en sentido contrario, la selección adversa puede llevar a “cosechar la crema y nata” por medio del cual las compañías de seguros mantienen los precios bajos al seleccionar pacientes saludables, lo que podría llevar a una subutilización del cuidado médico [42-44]. De ahí sólo hay un pequeño salto al concepto de demanda inducida por el proveedor [45] y el llamado “problema del pago de terceros” [31]. Aunque cobros al usuario en el NHS existen sólo para cuidado dental, drogas de prescripción y cobros de ópticas, racionar por tiempo de espera y no provisión pueden causar que la “demanda” de cuidado de la salud en Gran Bretaña dependa de la oferta. En fin, demanda inducida por el proveedor no se ha desterrado por completo, aún en el NHS, pero todos los intentos de cuantificarlo no obstante sugieren que es un problema menor [13, 30, 46, 47]. Puede haber un peligro moral de consumidor pero debe haberlo poco del productor en un sistema del cuidado de la salud financiado por impuestos con doctores asalariados [48].

¿Será realmente el problema del pago por terceros la causa principal de la extraordinaria explosión de costos médicos por todo el mundo industrializado en décadas recientes, en particular, en los EEUU donde gran dependencia en seguro médico privado ha producido un asombroso 15% del ingreso nacional dedicado al cuidado médico? Esta

pregunta sobre el represamiento del costo médico ha producido tal vez más controversia en la economía de la salud que ningún otro asunto.

Hay por lo menos tres líneas de opinión sobre la pregunta. De acuerdo con la encuesta de Fuchs de 46 figuras destacadas en economía de la salud americana, cuatro de cada cinco creían que el pago por terceros resultaba en pacientes que usaban servicios en los que los costos excedían sus beneficios y este exceso de costos sobre beneficios suma por lo menos 5% del total de todos los gastos en cuidado de la salud —una modesta versión de la tesis [49]. Además, dos de cada tres creían que en la demanda inducida por el proveedor, que significa que los doctores sí tienen el poder de mover la curva de la demanda por sus servicios. Sin embargo, cuatro de cada cinco también consideraban que la razón primordial del incremento en la participación del sector de la salud en el PIB durante los últimos treinta años no se debió ni al problema del pago de terceros ni a la demanda inducida por el proveedor, sino más bien al paso y naturaleza del progreso técnico en medicina. Joseph Newhouse, el coeditor americano del *Journal of Health Economics*, habla por la mayoría de los profesionales cuando discute [50] que una gran parte de la demanda de servicios médicos en los EEUU es una demanda genuina, que refleja un deseo de pagar por la cada vez más costosa tecnología médica (véase también Weisbrod [51]). No obstante, aún si la calidad del *hardware* médico se hubiera quedado quieto, la “enfermedad del costo” de Baumol [52], conocido en Gran Bretaña como “el efecto del precio relativo” [53], habría garantizado un aumento en el precio real cobrado por los doctores a los pacientes y en el precio real por cama hospitalaria simplemente porque la tasa de crecimiento en productividad en un sector con intensidad laboral como es el



del cuidado de la salud nunca ha igualado el crecimiento en productividad que otros sectores.

A pesar de esto, sólo es el impacto cuantitativo del problema del pago por terceros y la demanda inducida por proveedores lo que tiene enfrentados a los economistas de la salud americanos. Todos están de acuerdo en que el médico es un agente doble para dos protagonistas, los pacientes y las compañías de seguros [54]. Aún con diagnósticos fieles de una enfermedad, la relación entre cuidado de la salud y resultados en salud es tan holgada que las garantías de desempeño no se pueden entregar a ninguno de los protagonistas; éste es un tipo de información asimétrica con dos caras y que tal vez se comparte con el agente mismo. Algunos economistas de la salud americanos sin embargo han tratado de volver el tratamiento médico susceptible a variables económicas ordinarias como ingreso y precio de usuario al separar la decisión del paciente de consultar a un médico, de la decisión de cumplir con la recomendación del doctor [55]. Pero esta distinción artificial depende crucialmente de que el paciente potencial tenga un umbral de salud por debajo del cual no consultará a un médico. Tan omnipresente es la ignorancia del consumidor a este respecto, sin embargo, que es sospechoso que cualquier umbral de este tipo tenga la suficiente estabilidad para permitir su utilización como un parámetro previsible de análisis.

Llegamos entonces a la proposición de que casi hay demanda inducida por el proveedor, en particular, en un sistema de pagos de cobro por servicio sí, por ejemplo, los doctores intentan mantener un ingreso como meta y se encuentran con que tienen menos pacientes dados los mayores costos. Como la demanda inducida por proveedores mueve la curva de la demanda de cuidado médico hacia la derecha, su efecto es idéntico al asun-

to del seguro médico o de un incremento en la cuota mínima del seguro médico. Por esa razón, Charles Phelps, un destacado economista de la salud, titula uno de sus papeles sobre demanda inducida por proveedores: demanda inducida –¿podremos algún día conocer su extensión? Victor Fuchs [57], al reaccionar contra este documento, notó la impaciencia con la que muchos economistas buscan acallar la noción de la demanda inducida por proveedores como subversiva de la óptica económica del cuidado de la salud [véase también 58-61]. Pero dejando de lado el comportamiento microeconómico, un ejercicio econométrico vanguardista reciente [62] confirma la mirada que los sistemas de pago de cobro por servicio, comparados con métodos de capitación asalariada sí contribuyen de manera significativa a la explicación de la variación de gasto sobre el cuidado de la salud entre países.

Nos hemos alejado de las preocupaciones británicas pero es inevitable que el asunto de la demanda inducida por el proveedor incite una controversia más férrea en los EEUU que en el RU. El NHS y los pagos por capitación para médicos no previenen totalmente la demanda inducida por el proveedor pero, sin embargo, éstos no inducen a que los doctores de manera sistemática fomenten la demanda. No obstante, sí tenemos –bueno, teníamos- un sistema de pago de cobro por servicio para dentistas y algunos observadores creen que realmente han detectado demanda inducida por el proveedor en la provisión del cuidado dental británico [63, 64]. La noción de demanda inducida por el proveedor resalta el papel central de la información asimétrica y así lo “incompleto” de la relación de la agencia en mercados saludables de cuidado de la salud [65]. Aquellos quienes abogan por la mirada del mercado libre para la salud [66] con frecuencia le restan importancia a la naturaleza aguda de la información asimétrica en asuntos de

salud [31]. De manera similar, es práctica común en los libros de texto, estimar la carga de bienestar del seguro médico excesivo en un sistema de cuidado de la salud estilo americano sobre la base de una curva de la demanda de un consumidor bien informado, como si los consumidores pudieran equiparar los costos marginales y beneficios del cuidado de la salud a pesar del peligro moral inducido por el seguro [30, 34, 67]. Esto es igual a negar la existencia de la demanda inducida por el proveedor y termina minimizando –si no ignorando– el papel de la información asimétrica en los mercados del cuidado de la salud.

Evaluación de los resultados del cuidado de la salud

Pasamos de las consideraciones del cuidado primario a las preguntas sobre cuidado secundario, que se refieren a costo hospitalario de operaciones quirúrgicas y servicios ambulatorios. Entre los ejemplos más tempranos de trabajo en economía de la salud está el estudio de Martín Feldstein sobre funciones de producción de los hospitales americanos y británicos [68]. Estudios de función de producción de costos hospitalarios han sido desde entonces uno de los pilares de la economía de la salud. Aquí me referiré poco a ellos porque Wagstaff ha investigado el campo hasta 1987 con un detalle que deja poco por agregar [47]. Sin embargo, debo reiterar la reconocida objeción que el significado de las funciones de producción hospitalaria es problemática porque, primero, el producto multidimensional hospitalario, en la práctica, no se relaciona con la cantidad de los insumos del cuidado de la salud como se mide en los estudios de función de producción –así que el uso de medidas intermedias en reemplazo de productos en estos estudios– y segundo, porque aún los hospitales privados, y en efecto hospita-

les públicos, rara vez son empresas que maximizan las ganancias. Ese es el caso de instituciones similares como las escuelas: no es obvia la función de maximización de utilidades de hospitales sin ánimo de lucro. ¿Esperan rechazar la menor cantidad posible de pacientes, minimizando el número de camas libres en vista de la demanda estocástica de servicios hospitalarios o pretenden llenar todas las camas todo el tiempo aunque signifique rechazar pacientes? La pregunta es difícil de contestar en un sistema de cuidado médico con pacientes asegurados de forma privada como lo es en los EEUU [69, 70], pero es aún más difícil de responder en nuestro propio sistema de cuidado de salud financiado de forma pública [13].

Los economistas de la salud británicos han hecho su mejor trabajo precisamente en cuanto a cómo evaluar los resultados del cuidado de la salud para compararlos con sus costos en un sistema al que le faltan las señales de voluntad de pago. Esto se inició con los reconocidos estudios de Jones-Lee sobre la valoración de la vida humana [71] [véase también 13, 30], pero pronto avanzó a asuntos específicos de diferentes tratamientos médicos compitiendo por los mismos fondos. Los tres competidores principales de las técnicas de evaluación han sido los análisis de costo-beneficio, de costo-efectividad y de costo-ganancias, correspondiendo respectivamente a las eficiencias asignativa, técnica y algo así como productiva. El análisis de costo-beneficio virtualmente se excluye por la imposibilidad de ponerle precio al consumo de servicios de salud en el NHS [72]. El análisis de costo-efectividad es perfectamente posible en principio pero difícil de aplicar en la práctica dado que no hay evidencia sobre la efectividad de la mayoría de los tratamientos médicos. Acordémonos –y repítamose sin tregua a todos los que quieran escuchar– que menos que una cuarta parte de todas las terapias en cuidado de la salud,



ahora en uso, han sido probados científicamente en pruebas de campo de doble blindaje; los otros dos tercios bien pueden ser eficaces mas no sabemos si realmente mejoran al paciente [73, 74]; es aún concebible que lo empeoren [75]. Sabemos que el tratamiento médico para un grupo dado de síntomas varía según país, entre regiones de un país y aún entre doctores en un mismo pueblo de un mismo país [30, 76]. En resumen, decir que el sector del cuidado de la salud se caracteriza por datos pobres de resultados [73] es llover sobre mojado. La medicina es una ciencia débil –al igual que la economía pero la medicina es probablemente la más débil. Voltaire una vez describió al médico como “una persona que te permite pasar el tiempo mientras la naturaleza efectúa la cura”. A pesar del progreso en la medicina desde el siglo XVIII, aún hoy no podemos totalmente descartar la cínica observación de Voltaire.

Es más, si tuviéramos indicadores inequívocos de la efectividad sobre varias curas recomendadas para enfermedades diagnosticadas con acierto, todavía cabría la noción de que la efectividad, percibida por otros, no es lo mismo que aquella percibida por nosotros. Enefecto, la efectividad del mismo cuidado médico seguramente se percibirá de forma diferente por diferentes pacientes. Lo que buscamos, entonces, es lo que se ha denominado el análisis de costo-ganancia que significa que el individuo juzga lo que considera una cura efectiva para lo que lo enferma [77]. El ejemplo más reconocido del análisis de costo-ganancia es la medida de Alan William: QALY (*quality-adjusted-life-years*, por sus siglas en inglés) o los “años de vida ajustada por calidad” que el paciente puede disfrutar después de un tratamiento por una enfermedad específica tal y como lo evalúa el propio paciente [78]. Un indicador de calidad-cantidad similar es HYE (*healthy-year-equivalents*, por sus siglas

en inglés) o el equivalente de años saludables y DALY (*disability-adjusted-life-years*, por sus siglas en inglés) o los años de vida ajustados por invalidez. Algunos apoyan este segundo por encima de QALY por motivos prácticos de medición [79, 80]. De cualquier modo, el meollo es el incremento en cuanto a la expectativa de vida de un tratamiento dado ajustado al cambio esperado en movilidad, auto-cuidado, dolor, incomodidad, ansiedad, depresión, etcétera.

Estaríamos en lo cierto al decir que hasta aproximadamente 1980, lo que dominó el juego de técnicas que los economistas de la salud británicos empleaban para valorar intervenciones de cuidado de la salud alternativas era el análisis costo-beneficio o de costo-efectividad. Drummond y otros revisaron más de 180 de estos estudios de costo-beneficio-costo efectividad llevados a cabo antes de 1980 y cinco años después actualizaron éstos con una revisión de otros cien estudios [81]. Pero después de Williams [78] hubo un cambio abismal de dirección hacia una especie de mirada de costo-ganancia del mismo tipo de QALY [77, 82]. Es claro que el criterio de costo QALY en forma deliberada rechaza el principio de Pareto de voluntad y capacidad de pago por racionar el cuidado de la salud y en vez adopta una comparación de efectos de tratamiento tal y como lo perciben los mismos pacientes. Como los pacientes compiten entre sí por un presupuesto dado, la decisión final se deja a las autoridades médicas y se toma de forma que maximice un grupo de QALY por unidad de costos médicos.

La paulatina encaminada hacia la aprobación de las medidas QALY refuerza mi opinión anterior en el sentido que los economistas de la salud británicos se han apartado con creces de la doctrina paretiana y mucho más lejos de la profesión económica en general. Algunos economistas de la salud se han

opuesto con fuerza a la mirada de QALY no tanto porque viole el concepto de “bienestar” sino porque deja de lado asuntos de equidad [83-85]. Pero parece haber un malentendido porque los QALY pueden incluir una gran variedad de dimensiones de salud y fuentes de valoración, aún el peso diferencial de los beneficios de programas de tratamiento de acuerdo con quien los recibe. Su uso no implica más que la posición consecuencial de que la salud de las personas, en el sentido de tanto duración como de calidad de vida, es el centro de la asignación de prioridades en cuanto al cuidado de la salud y que las bases para esta asignación de prioridades debe hacerse lo más preciso y explícito posible [86]. En resumen, y a pesar de algunas críticas a principios de los noventa, hay poca duda de que los QALY hoy dominan, como la medida de producto más importante para la asignación de recursos en cuanto al cuidado de la salud entre los economistas de la salud británicos [13, 30, 87, 89].

La economía del bienestar normativa de la salud

Cualquiera que piense en el NHS se sorprende casi de inmediato por el hecho de que la igualdad del tratamiento, independiente de la capacidad de pago, fue una gran fuente de inspiración para la creación del sistema. En consecuencia, no debe sorprender que los economistas de la salud británicos hayan dedicado mucha atención –más aún en años recientes– al balance equidad-eficiencia que implica el principio del NHS de racionar el cuidado médico con la “necesidad” a precio cero.

La discusión comenzó en firme con un escrito de Mooney, Hall, Donaldson y Gerard sobre la “Utilización como medida de equidad” [90]. Este fue contestado por Culyer, van Doorslaer y Wagstaff [91], replicado por

Mooney [92] y contrarrespondido por Culyer [93]. Mooney, Hall, Donaldson y Gerard negaron que tratar a las personas con necesidades médicas iguales también es la noción apropiada de equidad en cuanto a la entrega del cuidado de la salud y discutieron que debe ser el objetivo más modesto de “acceso igualitario” a las instalaciones médicas. Culyer y los demás atacaron este argumento porque mientras la igualdad en el acceso es, sin duda, el principio distribucional más cercano a la economía del bienestar paretiano –dejar que el paciente sea el juez de lo que se requiere–, el intento deliberado del NHS de cortar el vínculo entre la habilidad de pagar y recepción de cuidado de la salud era equivalente a rechazar los juicios de valor paretianos en el contexto del cuidado de la salud. Lo que es “justo” o considerado justo es una cosa y lo que se asemeje más a los principios de Pareto, es otra. “Tratamiento igual para una necesidad médica igual” o “equidad horizontal” seguramente es lo que a las autoridades de la salud en el NHS les corresponde llevar a cabo. Para resumir, es la utilización, no el acceso, lo que motiva a los formuladores de política británicos.

A pesar de los vaivenes de las diferentes definiciones de equidad [13, 30, 31, 34], ésta es básicamente una discusión sobre palabras. Una verdadera igualdad de acceso significaría: un médico y hospital con capacidad libre, dentro de las posibilidades de cada familia en Gran Bretaña y esto sencillamente es un ideal inalcanzable. Igual tratamiento para igual necesidad sería una meta que podríamos conseguir si la “necesidad” fuera un concepto objetivo que se pudiera definir precisamente en términos médicos. Pero dado el estado arriesgado del conocimiento médico, la necesidad es un estado subjetivo de enfermedad que varía con la capacidad del servicio de salud para entenderse con pacientes enfermos [13, 88, 94]. En consecuencia, no hay de dónde escoger



entre acceso igualitaria y utilización igualitaria de servicios médicos. El objetivo de equidad que por lo general logra el NHS es “acceso igual para necesidad igual” donde la necesidad significa conseguir una proporción de mortalidad de la población estandarizada para una región después de consultas y a veces largas negociaciones con autoridades locales de salud.

Dejando de lado las discusiones normativas, está la pregunta positiva de si el NHS realmente logra dispensar tratamiento igual para necesidad igual, sin tener en cuenta la capacidad de pago. Este es un tema que Julián Le Grand prácticamente ha convertido en propio [95]. Él ha demostrado –para simplificar lo que ha encontrado– que los ricos reciben más cuidado en salud que los pobres. O’Donnel y Propper [96] lo han negado pero no de manera convincente [97-99] y un resumen justo del estado del arte en esta área es que variaciones en la calidad del tratamiento por nivel de ingreso son menores en el RU que en otros lugares pero también que el NHS nunca ha logrado proveer cuidado de la salud cuando se ha requerido a cualquiera sin consideraciones de ingreso, clase social y ocupación [34, 47]. Aún el Ministerio de la Salud [100] ha admitido que el NHS ha fallado en cerrar la brecha en cuanto a longevidad y otros indicadores estándar de salud entre grupos socioeconómicos altos y bajos.

Finalmente, y no obstante la calidad o inequidad del tratamiento provisto, está la pregunta de si el pago por cuidado de la salud a través del sistema de impuestos se sesga en contra de los pobres o los ricos. Juntando la equidad al suministrar el cuidado de la salud y la equidad en las finanzas, ¿son los sistemas financiados por los impuestos de cuidado médico universal en países como el RU, Suecia y Nueva Zelanda más “progresivos” que los sistemas de seguridad social de Fran-

cia, los Países Bajos y España y éstos a su vez son más “progresivos” que los sistemas predominantemente financiados de forma privada de Suiza y los EEUU? Tal y como puede suponerse, la respuesta a esa pregunta es muy seguramente un sí [101-103]. Para resumir, los economistas de la salud británicos en efecto no han ignorado los aspectos normativos del cuidado de la salud y en algunos casos, éste ha sido el área en el cual han logrado sus mejores contribuciones sobre el tema de la economía de la salud.

Reformar el NHS

Cualesquiera que sean las razones por las cuales se creó el NHS, una de las consecuencias imprevistas fue contener más efectivamente el gasto nacional en salud que cualquier otro sistema de seguridad social o privado de finanzas del cuidado de la salud. Tanto que lo de “gastar demasiado poco” se ha convertido en el grito de batalla de cada ataque al NHS [104] de la misma forma en que “gastar muy poco” es el grito de batalla de cada ataque del sistema estadounidense en relación con los cargos del usuario del cuidado de la salud. ¿Son en realidad problemas de pagos de terceros los responsables del gasto desmedido de cuidado de la salud de los EEUU o simplemente es el resultado de la demanda norteamericana de cuidado médico de mejor calidad con intensidad tecnológica, en cuyo caso deberíamos ver un mejor récord de resultados en salud en los EEUU que en otros lugares? Ya hemos abordado esta pregunta cuando observamos anteriormente la evidencia de la demanda inducida por la oferta pero lo preguntamos de nuevo en términos de diferencias internacionales en gasto en salud, por un lado, y diferencias internacionales en resultados en salud, por otro. Hay extensa literatura acerca de esta pregunta que se formulan economistas de la salud tanto americanos como británicos, y sobra

decir, que fracasa en su intento de revelar una conclusión sencilla, sin ambigüedad excepto que el nivel mucho mayor del gasto americano en salud no logra producir una mejora correspondiente en cuanto al estado de la salud de la población americana, o si hay una marcada mejora sobre los niveles europeos. Claro, las dificultades de medir el estado de la salud de una población, aún por una combinación amplia de índices da lugar a mucha discusión [105-109].

Sin embargo, es indudable que los patrones de la demanda de cuidado de la salud en los EEUU y en el RU son tan obviamente disímiles –seguramente por el contraste en los sistemas financieros del cuidado de la salud en los dos países- como para producir una brecha ideológica que en efecto impide una fructífera discusión de las ventajas y desventajas de los mercados libres en el cuidado de la salud. Alan Williams [110-112] ha formulado un gran contraste entre “igualitarismo” y “libertarianismo” en términos de un grupo de actitudes sociales y políticas asociadas con sistemas de cuidado de la salud alternativos idealizados y reales. Éste es un contraste que permea profundamente los debates que tienen que ver con la reciente introducción de los *cuasi mercados* del NHS.

Cualquier economista que haya crecido en la negociación entre equidad-eficiencia se da cuenta de inmediato de que el cuidado médico americano probablemente saldrá bien librado en terrenos de eficiencia, pero no tanto en los de equidad simplemente porque se acerca más que cualquier país al principio de distribuir el cuidado médico de acuerdo con el poder adquisitivo. Aún así, el pagador en el sistema americano es la compañía de seguros y el empleador, mas no el paciente. Y el seguro médico, tal y como está, según sabemos es una fuente potente de ineficiencia apropiativa. No esperaríamos que el cuidado médico americano obtuviera

buen puntaje en cuanto a equidad, pero no obstante es sorprendente –hasta alarmante- que a pesar de Medicare para los adultos mayores y Medicaid para los pobres, y a pesar de gastar 15% del PIB en cuidado médico, hay cuarenta millones de americanos subasegurados y tal vez otros cuarenta millones carecen totalmente de aseguramiento [34, 109]. En contraste, esperaríamos que el cuidado médico británico fuera altamente igualitario pero potencialmente ineficiente: un sistema en el cual no hay precios que registren los tratamientos costosos muy de seguro mostrará poca relación entre los insumos y los productos médicos [47]. No nos sorprendemos, entonces, al saber de listas de espera largas –a pesar de tener camas vacías- mas sí nos sorprendemos con la evidencia de que cuidado de la salud inferior para personas pobres continúa apareciendo.

Anterior a, digamos la mitad de los ochenta, los economistas de la salud por lo general exhibían una actitud compasiva hacia por lo menos las metas más amplias del NHS aunque había mucha preocupación hacia las ineficiencias generadas por el sistema de racionar la demanda por las listas de espera y el fracaso del sistema de revelar los costos de las modalidades alternativas de tratamiento [32, 113]. Muy pocos economistas de la salud llegaron tan lejos como los autores del Instituto de Asuntos Económicos al rechazar en forma tajante el NHS. Ciertamente, a través de los años, digamos entre 1960 y 1980, la tendencia de la mayoría de la opinión viró más a favor que en contra del NHS, posiblemente porque las flagrantes inequidades del cuidado de la salud de mercado libre en los EEUU se volvieron cada vez más obvias [114]. Después en 1985, Alan Enthoven publicó lo que sería un folleto influyente en el que recomendaba un “Modelo de mercado interno” para el NHS en el cual cada autoridad distrital de salud (DHA, por sus siglas en inglés) recibiría un ingreso per cápita y



una subvención per cápita, y comprarían y venderían servicios de otros distritos y del sector privado [115]. Cuatro años después, el *white paper* del NHS *Trabajando para los pacientes* [116] propuso la separación de “compradores” y “proveedores” dentro del NHS, esencialmente sobre las líneas esbozadas por Enthoven [117].

La introducción de los *cuasi mercados* en el NHS ha incitado a un debate generalizado sobre la provisión y finanzas del cuidado de la salud en Gran Bretaña y un afán de esfuerzos por evaluar el impacto de estas reformas. Dado que los nuevos “compradores” son tanto los médicos generales vinculados a los fondos (GP, por sus siglas en inglés) las DHA y las autoridades de los servicios de salud familiar y porque los “proveedores” son hospitales tanto públicos como privados –sin contar los GP comunes, dentistas, óptimas y farmaceutas- los efectos de las reformas muy probablemente serán difíciles de desenredar. Todavía no se ha logrado algo como un consenso, pero sí se han formulado unas observaciones generales de lo que saldrá de este debate.

En primer lugar debemos resaltar la notable velocidad con la cual el gobierno introdujo estas reformas algo drásticas sin siquiera una prueba piloto. Cuando el gobierno de los EEUU bajo las presidencias de Nixon y Carter se alarmaron con los costos del cuidado de la salud americano, ellos promovieron el Experimento de aseguramiento en salud Rand, que les brindó a dos mil familias no ancianas de seis diferentes estados americanos por un período de 3-5 años una variedad de planes de aseguramiento médico de diferente precio, planes de aseguramiento de pago por servicio y esquemas de práctica grupal, algunos de los cuales se seleccionaron de manera aleatoria para funcionar como un grupo de control [118]. Comparado con esto –por cierto, la

investigación científica social más grande y de mayor duración alguna vez completada – nosotros en Gran Bretaña lanzamos una revisión seria de un sistema de cuarenta años de provisión y finanzas del cuidado de la salud con poca preparación, sin ningún tipo de investigación, y de principio a fin desaforo por un período de dos años.

Como ha habido algún análisis teórico aplicando la teoría de agencia principal a los nuevos contratos entre proveedores y compradores en el NHS [119, 120] y algún esfuerzo por anotar precisamente la información y las condiciones de incentivos que se requerirían para la compra efectiva por parte de los GP y los comisionados distritales de salud [121]. Pero la opinión avasalladora de todos los economistas de la salud que han mirado con detenimiento a estas reformas de los *cuasi mercados* es que, cuando más, éstos animarán la conformación de un servicio de salud consciente del costo y basado en evidencia que pueda mejorar los resultados para algunos de los pacientes registrados. Esto con unos GP competentes en términos gerenciales que ahora pueden obtener mejor y más baratos cuidados por parte de los hospitales, y cuando menos, en forma dramática incrementarán los costos de administración, no producirán mejoras en el cuidado de la salud para el paciente promedio, y bien puede destruir de manera irremediable la moral del NHS [33, 73, 122-129]. La reforma ciertamente sufre de excesivo optimismo acerca de los beneficios de la competencia en el cuidado de la salud. Por ejemplo, hay dos tipos de “compradores”: gerentes generales de los distritos generales y GP vinculados a fondos, pero como los dos grupos tienen prioridades diferentes y como las líneas del control financiero de la adquisición son vagas, es muy posible que las dificultades de coordinación resultantes nunca se resuelvan de manera decidida. De igual modo, las decisiones gerenciales cada vez

más se basan en datos de costos, y dado que la evidencia de los resultados médicos es ambigua, los doctores inevitablemente se verán tentados a quedarse con la crema y nata, lo que llevaría a un deterioro generalizado en cuanto al cuidado de la salud [38]. Tal y como lo expresaron McGuire, Fenn y Mayhew [33]:

Las reformas no solucionan las asimetrías de información fundamentales que caracterizan el sector del cuidado de la salud. Y como tal no es obvio que una competencia horizontal aumentada entre proveedores bajará los costos al tiempo que mejorará calidad. Dada la evidencia de los EEUU, es probable que iniciativas del mercado incrementen los costos de proveer cuidado de una calidad dada. Sigue abierta la pregunta empírica sobre cómo costos y calidad reaccionarán a la estructura e incentivos cambiados. La falta de precisión que ha acompañado las reformas propuestas no anima la mirada que el nuevo marco de referencia regulatorio podrá contener las presiones de costos que se introducirán con estas reformas. De esta forma el impacto de las reformas sobre la entrega del cuidado de la salud continúa siendo debatible.

Alan Blinder una vez expuso lo que él llamó la Ley de Murphy sobre la política económica [130]: “Los economistas tienen la menor influencia sobre política donde ellos más saben: tienen la mayor influencia donde saben menos y tienen los más vehementes desacuerdos”. Esta Ley ciertamente aplica a la reforma en salud del NHS. Todos los economistas de la salud británicos saben que la naturaleza especial del producto llamado cuidado de la salud hace que sea difícil imponer un mercado del cuidado de la salud. Y aún si se impusiera en forma artificial, no

se puede esperar que necesariamente lleve a mejores resultados a los que obtendría un NHS provisto públicamente y financiada por impuestos. Para resumir, los economistas de la salud británicos habrían acogido experimentos piloto en algunas localidades con algo como las organizaciones de mantenimiento de salud de los EEUU para Gran Bretaña, aún la creación de un mercado interno al separar los proveedores y compradores en unas pocas DHA, seguidos por un cuidadoso período de monitoreo para asegurarse si tales cambios resultan en mejores resultados. Pero, en vez, se instituyeron las reformas sin evidencia experimental y sin siquiera un atisbo a las opiniones de los economistas de la salud británicos, así confirmando la Ley de Murphy sobre la política económica: “Los economistas tienen la menor influencia sobre política donde ellos más saben”.

Uno podría preguntarse, ¿realmente importa si funcionan las nuevas reformas?. Y si no funcionan ¿siempre podríamos deshacerlas dentro de unos años? Pero tal revocación de política puede ser imposible. Bien puede ser que el NHS esté atiborrado de fallas, pero al reformarlo debemos tener claro que “lo mejor puede ser enemigo de lo bueno”. Si el sistema de cuidado de la salud clasificado de primero, que todos quisiéramos tener, termina como la alternativa de tercer lugar, mientras que el ya conocido NHS (prereforma) se mantiene en un conocido segundo lugar, la situación resultante puede ser irreversible. Los sistemas de cuidado de la salud son dependientes de su camino. La historia es importante y no se puede simplemente devolver la película sólo porque unas reformas mal aconsejadas probaron con el tiempo ser un fracaso. ¡Que las autoridades de la salud tomen nota!



Conclusiones

Entonces ¿ha habido progreso en la economía de la salud británica en el último cuarto de siglo? Se puede decir que la economía de la salud ha generado lo que en economía de la educación nunca logró generar: principalmente un cambio de paradigma en la totalidad de la economía. De la economía de la salud salió la economía del seguro, la economía de la incertidumbre, el mercado de los “limones”, mercados inexistentes, información asimétrica, etcétera. La economía de la educación ha permanecido desde sus inicios en 1970, en una especie de región lejana de la economía: la economía de la salud, por otro lado, puede ser un tema familiar sólo para especialistas, pero sus preocupaciones teóricas son el pan de cada día de cada economista.

El óptimo de Pareto, según arguyen unos economistas de la salud británicos, no es aplicable al cuidado de la salud. Y entonces ¿qué hay con la economía del bienestar? ¿Se deben privar los economistas del juicio de “bueno” y “malo” con respecto de los eventos económicos? Éste es un miedo sin fundamento porque hay mucho más que lo óptimo de Pareto en la economía del bienestar. Está la tradición de equilibrio parcial de Marshall y Pigou, la economía del bienestar aplicado del análisis de costo-beneficio. ¿En realidad, para qué sirve el análisis del bienestar de equilibrio general si sólo es para generar teoremas de *mano invisible* puramente formales? Cuando nos enfrentamos a un problema práctico, por ejemplo, si introducimos costeo de vías para solucionar problemas de congestión, inevitablemente echamos mano al aparato Pigoviano de los costos y beneficios privados y sociales. Lo que diferencia la economía del bienestar según Pareto y según Pigou es lo mismo que diferencia la “ingeniería social” global o al detal: lo que queremos saber no es cómo transformar todo

el mundo sino cómo mejorar un poco una esquina de éste. La economía del bienestar paretiano tiene que ver con las causas del “fracaso del mercado”. La economía del bienestar pigoviano también tiene que ver con “fracaso del gobierno”. Y en un sistema de cuidado de la salud financiado y provisto públicamente, es el fracaso del gobierno y el área más relevante de preocupación en la economía del bienestar.

Al valorar esquemas de cuidado de la salud como las recientes reformas del NHS, con lo que nos quedamos son los juicios cualitativos rápidos y caso por caso, que pueden ser imprecisos y sueltos, pero tiene alguna posibilidad de estar en lo cierto. Y como lo señaló Keynes alguna vez: “es mejor estar vagamente en lo cierto que precisamente equivocado”. Y sí es vagamente en lo cierto porque la economía de la salud en 1997 está sin remedio mejor informada tanto en lo conceptual como en lo empírico a lo que estaba en 1970.

Referencias

1. Arrow, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963; 53: 941-73, reprinted in Cooper, M.H., Culyer, A.J. (eds) *Health Economics*, London: Penguin, 1973.
2. Sólo encontré un libro de texto americano sobre el tema. Klarman, H.E. *The Economics of Health*, New York: Columbia University Press, 1965, y me apoyé en Mushkin, S. Health as Investment, *Journal of Critical Economy* 1962; 70: 129-57 y Fein, R. *The Doctor shortage: an economic diagnosis*, Washington, D.C. 1967. El único economista de la salud británico que era de lectura obligada en los sesenta era Lees, D.S. *Health Through Choice*. London: Institute of Economic Affairs, 1961.
3. Valga la verdad, la literatura sobre economía de la salud despegó en 1963 como lo dejan claro Culyer, A.J., Wiseman, J. and Walker, A. *An animated bibliography of health economics*. Oxford: Martin Robertson 1977, pero se desarrolló con más lentitud que la economía de la educación: Klarman. H.E. *The economics of health*, New

- York: Columbia University Press, 1965 era más una monografía que un libro de texto y el primer libro de texto adoptado de manera generalizada por Feldstein no apareció sino hasta 1979: Feldstein, P. *Health care economics*. New York: John Wiley, 1979, 2nd ed. 1983. En palabras de Alan Williams: [la economía de la salud] es una subdisciplina de la economía relativamente joven, con poco volumen de trabajo significativo hasta 1970, y en ese tiempo, concentrado en los EE UU [25]. Sin embargo, para 1974, un congreso de la Asociación Internacional de Economía juntó a las mentes más destacadas que desde entonces han dominado el tema: Joseph Newhouse, Charles Phelps, Robert Evans, Victor Fuchs, Martin Feldstein entre los economistas de la salud norteamericanos y Tony Culyer, Michael Cooper y Alan Williams entre los economistas de la salud británicos –véase Perlman, M. (ed) *The economics of health and medical care*. London: Macmillan, 1974. No obstante, un libro para lectura como Cooper, M.H. and Culyer, A.J. (eds) *Health Economics*. London, Penguin, 1973, contenía sólo dos papeles de los quince, de autores británicos. Véase también Blades, C.A., Culyer, A.J., Wiseman, J. and Walker A. *The international bibliography of health economics, a comprehensive annotated guide to English language sources since 1914*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books, Pt. 11, 1986: pp 1-2 y Fuchs (1996) para unas breves descripciones de los comienzos de la economía de la salud en los sesenta.
4. Hansen, W. L. The education and training of economics doctorates. *Journal of Economic Literature* 1991; 29: 1035-53
 5. Fuchs, V. R. *Health Economics*. In: Eatwell, J., Milgate, M. and Newman, P. (eds) *The New Palgrave, A Dictionary of Economics*. London: Macmillan, H. 1987: 614-18
 6. El concepto óptimo de Pareto tiene como pilares tres premisas interrelacionadas: 1) soberanía del consumidor 2) no-paternalismo, donde el bienestar social es la suma aritmética de bienestares individuales y 3) unanimidad, donde sólo reasignaciones unánimes de recursos se consideran mejoras en bienestar social –mejor dicho, “no haréis comparaciones interpersonales de bienestar”. El último es quizá tan problemático para la economía de la salud como el primero, eliminando –como lo hace- cualesquier externalidades del consumo.
 7. De cualquier modo, la economía del bienestar paretiano se condena como irrelevante por otras razones. Dado que el postulado de unanimidad parecería que virtualmente elimina todos los cambios económicos reales, la economía del bienestar “nuevo” de la fama de Hicks-Kaldor suplementó a Pareto al agregar la noción de pagos por compensación por medio del cual los ganadores potenciales de una mejoría óptima de Pareto podrían sobornar a los perdedores para que aceptaran cambios y todavía encontrarse en mejor situación que como estaban antes. Sin embargo, recomendar tal pago resulta en comparaciones interpersonales de utilidad porque significa igualar las utilidades de diferentes individuos a ganancias y pérdidas monetarias. Por otro lado, dejar que las partes mismas negocien el nivel apropiado de pagos compensatorios es conjurar un juego estratégico de fanfarroneo y contra- fanfarroneo el cual, como nos lo señala la teoría de juegos, bien puede llevarnos a la postración. En fin, si nos sostenemos rigurosamente en las premisas de la economía del bienestar de Pareto, el juego de mejoras paretianas potenciales posibles es inexistente o ínfima; y eso aparte del hecho de que los ganadores y perdedores de los cambios económicos más significativos sólo se pueden identificar a costos insospechados. Cualquier economía del bienestar aplicado que merezca ese nombre debe realizar comparaciones interpersonales explícitas del bienestar. Esto lo ha debatido tanto Williams, A. Cost-Benefit Analysis: Applied Welfare Economics or General Decision Aid? In: Williams, A., Gardina, E. (eds) *Efficiency in the Public Sector*. Edward Elgar Publishing: Aldershot, Hants: 1993: 65-79 y Culyer [88], con referencia especial a la economía de la salud.
 8. Grossman, M. *The demand for health: a theoretical and empirical investigation*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 1972.
 9. Grossman, M. The demand for health after a decade. *Journal of Health Economics* 1982: 1: 1-3.
 10. Wagstaff, A. The demand for health. Some new empirical evidence. *Journal of Health Economics* 1986: 5: 195-233.
 11. Dardanoni, V. and Wagstaff, A. Uncertainty and the demand for medical care. *Journal of Health Economics*. 1990: 2: 23-38.
 12. Cullis, J.G. and West, P.A. *The economics of health, An introduction*. Oxford: Martin Robertson, 1979.
 13. McGuire, A., Henderson, J. and Mooney, G. *The Economics of Health Care, An Introductory Text*. London: Routledge & Kegan Paul, 1988.
 14. Blaug, M. Why I am not a constructivist. Confessions of an unrepentant Popperian. In: Backhouse, R.E. (ed.) *New directions in economic methodology*. London: Routledge 1994: 109-36.
 15. Blaug, M. *The economics of education and the education of an economist*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1987.



16. Hanushek, E.A. Measuring investment in education. *Journal of Economic Perspectives*. 1996: 10: 9-30.
17. Card, D. And Krueger, A.B. School resources and student outcomes: an overview of the literature and new evidence from North and South Carolina. *Journal of Economic Perspectives*. 1996: 10: 31-50.
18. Psacharopoulos, G. (ed.) *Economics of education. Research Studies*. Oxford Pergamon Press. 1982.
19. El diccionario *The new Palgrave: a dictionary of economics* (1987) no contiene "la economía de la educación" aunque revistas de la economía de la educación como el *Journal of Health Economics* comenzaron publicándose en 1981. Por lo contrario, remite al lector al ensayo "Human Capital" como si la economía de la educación fuera simplemente otra denominación para la teoría del capital humano, una propuesta algo parecido a igualar la economía del trabajo con la teoría de productividad marginal de salarios.
20. Cohn, E. And Geske, T.G. *The economics of education*. Oxford: Pergamon Press, 3rd ed. 1990.
21. Johnes, G. *The economics of education*. London: Macmillan, 1993.
22. La única idea que apareció en los años noventa con renovado vigor fue aquélla antigua de préstamos estudiantiles sujetos a ingreso en educación superior, pagados (y ésta sí es una nueva idea) como recargo a las contribuciones de aseguramiento nacional. Ver Barnes, J. and Barr, N. *Strategies for higher education: the alternative White Paper*. Aberdeen: The David Hume Institute, 1988; Barr, N. *Student Loans: The next step*. Aberdeen: The David Hume Institute, 1989; y West, E. G. *Britain's Student Loan system in a world perspective: a critique*. London: Institute of Economic Affairs. 1994.
23. Cohn, E. and Johnes, G. *Recent developments in the economics of education*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1994.
24. Blaug, M. *The economic value of education: studies in the economics of education*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1992.
25. Williams, A. Health economics: the cheerful face of the dismal science. *Health and Economics. Proceedings of Section F of the BAAS*. London: Macmillan, 1987, reprinted in Culyer, A.J. and Maynard, A. (eds) *Being reasonable about the economics of health. Selected Essays by Alan Williams*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1997.
26. But see studies of the rate of return to becoming a doctor: Burstein, P.L. and Cromwell, J. Relative incomes and rates of return to US physicians. *Journal of Health Economics* 1985: 4: 63-78; and Wilson, R.A. Return to entering the medical profession in the UK. *Journal of Health Economics* 1987; 6: 330-63.
27. Weisbrod [51] hace conjeturas acerca que de la explosión en el gasto del cuidado en salud en las décadas recientes se debe a un sistema financiero retrospectivo basado en costos que proveen los incentivos al sector de investigación y desarrollo, a diferencia del sistema de pago prospectivo de la educación primaria y secundaria (básicamente una beca fija por niño por escuela). De haber prevalecido el reembolso retrospectivo en las escuelas, el sector privado habría dedicado más recursos a técnicas educativas de diagnósticos y aprendizaje mejorados. En este caso, la educación, como el cuidado en salud habría mejorado en forma dramática, aunque también los gastos educativos. Una consecuencia de esta tesis es que la economía de la educación podría haber avanzado tanto como la economía de la salud porque la explosión del costo hubiera atraído nuevos recursos intelectuales a la educación. (Le debo este punto a Diane Dawson.) Pero esto supone que el progreso en cualquier subdisciplina de la economía es una simple reflexión de los problemas políticos generados por el sector estudiado en esa subdisciplina. Esto es demasiado simplista y casi cualquiera podría enumerar unos contra ejemplos. ¿No tienen dinámica interna propia los programas de investigación en economía?
28. Mooney, G. H., Russell, E.M. and Weir, R.D. *Choices for health care. A practical introduction to The Economics of Health provision*. London: Macmillan, 1980, 2nd ed., 1986.
29. Evans, R.G., *Strained mercy. The economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworth, 1984.
30. Mooney, G. *Key issues in health Economics*. New York: Harvester Wheatsheaf, 1994 es más un manifiesto que un libro de texto mientras que Mooney, G. *Economics, medicine and health care*. Sussex: Wheatsheaf Books, 1986, 2nd ed., 1992, cubre el mismo terreno que el libro posterior, pero mantiene su distancia del material.
31. Barr, N., *The economics of the Welfare State*. London: Weidenfeld & Nicholson, 2nd ed., 1993
32. Glennerster, H. *Paying for welfare. Towards 2000*. Oxford: Blackwell, 1985, 2nd ed., 1997
33. McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press. 1994.
34. Donaldson, C. And Gerard, K. *The economics of health care financing: the visible hand*. London: Macmillan, 1993.



35. Le Grand, J., Propper, C. and Robinson, R. *The economics of social problems*. London: Macmillan, 1976, 2nd ed., 1984
36. Culyer, A.J. *Needs and the National Health Service: economics and social choice*. Oxford: Martin Robertson, 1976.
37. Hills, J. (ed.) *The State of Welfare. The Welfare State in Britain since 1974*. Oxford: Clarendon Press, 1990
38. Barr, N. And Whynes, D. *Current issues in the economics of welfare*. London: Macmillan, 1993.
39. Office of Health Economics (OHE) *The Economics of Health Care*. Wilburton: Office of Health Economics, 1995.
40. Lees, D.C. and Rice, R.G. Uncertainty and the welfare economics of medical care: comment. *American Economic Review*. 1965: 55: 140-54.
41. Pauly, M.V. The economics of moral hazard: comment. *American Economic Review* 1968; 58: 531-36, reprinted in *The economics of health*, 1. Culyer, A.J. (ed) Aldershot, Hants.: Edward Elgar Publishing, 1991: 205-10.
42. Newhouse, J.P. Cream-skimming, asymmetric information and competitive insurance market. *Journal of Health Economics* 1984; 3: 97-114.
43. Pauly, M. V. Is cream-skimming a problem for the competitive medical market? *Journal of Health Economics* 1984; 3: 87-95.
44. Matsaganis, M. And Glennerster, H. The threat of "cream-skimming" in the post-reform NHS. *Journal of Health Economics* 1994; 13: 31-60.
45. Evans, R.G. Supplier-induced demand: some empirical evidence and implications. In: Perlman, M. (ed.) *The economics of health and medical care*. London: Macmillan, 1974: 162-73.
46. Lindsay, C.M. and Feigenbaum, B. Rationing by waiting lists. *American Economic Review* 1984; 74: 404-17.
47. Wagstaff, A. Econometric studies in health economics. A survey in British literature. *Journal of Health Economics* 1980; 5: 1-51.
48. Alan Williams me hizo el comentario de que podría haber demanda reducida por el proveedor en el NHS dado que el sistema de recompensas incita a los doctores del RU a maximizar inactividad y así suprimir la demanda. No obstante, la ética médica fomenta que los médicos empujen el volumen del cuidado médico hasta llegar al punto de productividad marginal cero y de esta forma podría haber demanda inducida por proveedor en el RU a pesar de la falta de cargos de usuario.
49. Fuchs, V.R. Economics, values and health care reform. *American Economic Review*. 1986: 86: 1-24.
50. Newhouse, J.P. Medical care costs: how much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives* 1992: 6: 3-21.
51. Weisbrod, B.A. The health care quadrilemma: an essay on technological change, insurance, the quality of care and cost containment. *Journal of Economic Literature* 1991: 29: 523-52.
52. Baumol, W.J. Children of performing arts, the economic dilemma: the climbing costs of health care and education. *Journal of Cultural Economics* 1996: 20: 183-206.
53. Mayston, D. Managing capital resources in the NHS. In: Culyer, A.J., Maynard, A.K., Posnett, J.W. (eds) *Competition in health care: reforming the NHS*. London: Macmillan, 1990: 138-77.
54. Blomqvist, A. The doctor as a double agent: information asymmetry, health insurance and medical care. *Journal of Health Economics*. 1991: 10: 4-32.
55. Lee, C.S. Optimal medical treatment under asymmetric treatment. *Journal of Health Economics* 1995: 14: 232-51.
56. Phelps, C.E. Induced demand—can we ever know its extent? *Journal of Health Economics* 1986: 5: 355-65.
57. Fuchs, V.R. Editorial *Journal of Health Economics* 1986: 5: 367.
58. Reinhardt, J.E. The theory of physician-induced demand: reflections after a decade *Journal of Health Economics* 1985: 4: 187-93.
59. Stano, M. A further analysis of the physician inducement controversy. *Journal of Health Economics* 1987, 6: 227-38.
60. McGuire, T.G. and Pauly, M.V. Physician response to fee changes with multiple players. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 385-90.
61. Labelle, R., Stoddart, G. and Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 1994: 13: 347-68.
62. Gerdtham, U-G. *et al.* An econometric analysis of health care expenditure: a cross-section study of the OECD countries. *Journal of Health Economics* 1992: 1: 63-84.
63. Birch, S. The identification of supplier-inducement in a fixed price system of health care provision, the case of dentistry in the United Kingdom. *Journal of Health Economics* 1988: 72: 129-50.
64. Grytten, J. and Holst, D. Supplier inducement. Its effect on dental services in Norway. *Journal of Health Economics* 1990; 9: 484-91.
65. Como historiador del pensamiento económico, no puedo dejar pasar el placer de comentar acerca de un intento de caracterizar a Adam Smith



- como vanguardista de la economía de la salud por su presunto reconocimiento de la información asimétrica en el mercado de servicios médicos. Véase Gaynor, M. Adam Smith en economía de salud. *Journal of Health Economics* 1994:13: 19-22. Pero en realidad, Adam Smith, en una carta privada a un doctor, objetó las restricciones en la venta de títulos médicos por parte de universidades escocesas y rechazó la necesidad de la certificación de los títulos porque estaba convencido de que la demanda por servicios médicos era una función de su reputación, no de sus títulos o calificaciones documentadas. Mejor dicho, se puede confiar en que el paciente podrá distinguir entre un buen y mal médico, y esto parece negar la existencia de información asimétrica en cualquier sentido práctico (véase West, E.G. *Adam Smith, the man and his works*. Indianápolis: Liberty Fund. 1976; y Mullahy, J. Adam Smith en economía de la salud. La controversia sobre el salvado de la avena se resolvió en 1776. *Journal of Health Economics* 1990: 9:367-69, sobre el elogio de Smith a una dieta rica en trigo, en contra de la opinión médica estándar de sus días).
66. Tengo en mente a Lees, D.S. *Health through choice*. London: Institute of Economic Affairs. 1961 Buchanan, J.M. *The inconsistencies of the National Health Service*. London: Institute of Economic Affairs, 1965. Seldon, A. *Whither the Welfare State*. London: Institute of Economic Affairs, 1981 and Green, D. *Challenge to the NHS*. London: Institute of Economic Affairs, 1986. Me parece que ninguno de los anteriores reconoce en forma debida la naturaleza peculiar del cuidado de la salud como una mercancía y el carácter especial de la relación de la agencia en la economía de la salud.
 67. Rice, T. An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market. *Journal of Health Economics* 1992: 1: 85-92
 68. Feldstein, M. Economic analysis for Health Service (nota de la traductora: el texto es ilegible)
 69. Newhouse, J. P. Frontier estimation: how useful a tool for health economics? *Journal of Health Economics* 1994, 13: 317-22.
 70. Gaynor, M. and Anderson, G. F. Uncertain demand, the structure of hospital costs, and the costs of empty hospital beds. *Journal of Health Economics* 1995, 14: 291-317.
 71. Jones-Lee. M.W. Valuation of reduction in the probability of dead by road accidents. *Journal of Transport Economics and Policy* 1969: 3: 37-47.
 72. Vale la pena anotar su regreso debido al desarrollo de técnicas como voluntad de pago (ahora unos sesenta artículos empíricos en la literatura del cuidado en salud, ¡tal vez más que los QALY!).
 - Unos ejemplos de esto podrían ser: Donaldson, C. Willingness to pay for publicly-provided goods: a possible measure of benefit? *Journal of Health Economics* 1990; 9: 103-118 and Johannesson, M. Jonsson, B. and Borquist, L. Willingness to pay for anti-hypertensive therapy—results of a Swedish pilot study. *Journal of Health Economics* 1991:10: 461-474.
 73. Maynard, A. Developing a health care market. *Economic Journal*. 1991: 101: 1277-86.
 74. Le Grand, J. Equity, efficiency and the rationing of health care in Culyer, A.J. and Wagstaff, A. (eds.) *Reforming health care systems. Experiments with the NHS*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1996.
 75. Illitch, I. *Limited to medicine, medical nemesis: the expropriation of health*. London: Penguin Books. 1976.
 76. Andersen, T.F. and Mooney, G. (eds) *The challenges of medical practice variations*. London: Macmillan, 1990.
 77. Torrance, G. W. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *Journal of Health Economics* 1987: 6: 227-388.
 78. Williams, A. Economics of coronary artery bypass grafting. *British Medical Journal* 1985: 291: 326-29.
 79. Bleichrodt, H. QALYs and HYE: under what conditions are they equivalent? *Journal of Health Economics* 1995: 14: 17-37.
 80. Culyer, A.J. and Wagstaff, A. QALYs versus HYE: A reply to Gafni, Birch and Mehrez. *Journal of Health Economics* 1995: 14: 39-45.
 81. Drummond, M.F., Ludbrook, A., Lowson, K. and Steele, A. (eds) *Studies in economic appraisal in health care*. Oxford: Oxford University Press, 2 vols, 1981, 1986.
 82. Keeler, E.B. and Cretin, S. Uses of cost-benefit analysis: an editorial. *Journal of Health Economics* 1987: 6: 275-78.
 83. Wagstaff, A. QALYs and the equity efficiency trade-off. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 21-41.
 84. Birch, S. and Gafni, A. Cost effectiveness/utility analyses. *Journal of Health Economics* 1992: 3: 279-96.
 85. Labelle, R.J. and Hurley, J.E. Implications of basing health care resource allocations on cost-utility analysis in the presence of externalities. *Journal of Health Economics* 1992: 3: 259-77.
 86. Williams, A. QALYs and ethics: a health economist's perspective. *Social Science and Medicine* 1996: 43: 1795-1804.
 87. Drummond, M. Output measurement for resource allocations in health care. In: McGuire, A., Fenn,

- P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
88. Culyer, A.J. The normative economics of health care: finance and provision. In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 89. Mooney, G. And Olsen, J.A. QALYs: where next? In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 90. Mooney, G., Hall, J., Donaldson, C. And Gerard, K. Utilization as a measure of equity: weighing heat? *Journal of Health Economics* 1991: 10: 475-80.
 91. Culyer, A., van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. Utilization as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard. *Journal of Health Economics* 1992: 1: 93-8.
 92. Mooney, G., Hall, J., Donaldson, C. And Gerard, K. Reweighting heat: response to Culyer, van Doorslaer and Wagstaff. *Journal of Health Economics* 1992: 2: 199-205.
 93. Culyer, A., van Doorslaer, E. and Wagstaff, A. Access, utilisation and equity: a further comment. *Journal of Health Economics* 1992: 2: 207-10.
 94. Donaldson, C. Purchasing to meet need. In: Culyer, A.J. and Wagstaff A. (eds) *Reforming health care systems. Experiments with the NHS*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1996: 88-103.
 95. Le Grand, J. Equity and choice: an essay in applied philosophy. London, Harper Collins, 1991.
 96. O'Donnell, O. and Propper, C. Equity and the distribution of National Health Service resources. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 1-21.
 97. Wagstaff, A., van Doorslaer, E. and Paci, P. On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 169-205.
 98. Le Grand, J. The distribution of health care revisited: a commentary on Wagstaff, van Doorslaer and Paci and O'Donnell and Propper. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 239-45.
 99. Le Grand, J. Equity in the distribution of UK National Health Service resources. *Journal of Health Economics* 1991: 10: 1-19.
 100. Black, D. *Report on Inequalities in health related to social class* (chaired by Sir Douglas Black) London: HMSO 1980.
 101. Wagstaff, A., van Doorslaer, E. Equity in the finance and delivery of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics* 1992: 4: 361-87.
 102. Aaron, H.J. Equity in the finance and delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1992: 4: 467-71.
 103. Wagstaff, A., van Doorslaer, E. and Paci, P. Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 104. Wordsworth, S., Donaldson, C. and Scott, A. *Can We Afford the NHS?* London: Institute of Public Policy Research, 1996.
 105. Aaron, H. J. and Schwartz, W. B. *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care*. Washington D.C.: The Brookings Institution, 1984.
 106. Newhouse, J. P. Cross national differences in health spending: what do they mean? Editorial, *Journal of Health Economics* 1987: 6: 159-62.
 107. Le Grand, J., Winter, D. and Woolley, F. *The National Health Service: safe in whose hands?* In: Hills, J. (ed.) *The State of Welfare. The Welfare State in Britain since 1974*. Oxford: Clarendon press, 1990.
 108. Parkin, D. Comparing health service efficiency across countries. In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care; the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994: 172-91.
 109. Quam, L. Post-war American health care: the many costs of market failure. In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 110. Williams, A. Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics* 1988: 7: 173-83.
 111. Williams, A. Ethics, clinical freedom and doctors' role. In: Posnett, J.W. (eds) *Competition in Health care: Reforming the NHS*. London: Macmillan, 1990: 138-77.
 112. Culyer, A.J., Maynard, A. and Williams, A. Alternative systems of health care provision: an essay on motes and beams. In: Olsen, M. (ed.) *A new approach to the economics of health care*. Washington: American Enterprise Institute, 1981, reprinted in Culyer, A.J. (ed.) *The Economics of Health*, II, Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1991.
 113. Culyer, A. J. Health care and the market: a British lament. *Journal of Health Economics* 1982: 1: 299-303.



114. Se requeriría de una publicación propia para documentar esta aseveración. Pero dejemos que el lector escéptico compare Culyer, A. The nature of the commodity "health care" and its efficient allocation. *Oxford Economic Papers* 1971: 23: 189-211, reprinted in Culyer, A.J. (ed.) *The Economics of Health*, II, Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1991 with Culyer, A.J. The normative economics of health care: finance and provision. In: McGuire, A., Fenn, P., Mathew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University press, 1994. Este demuestra un verdadero giro de lo que Williams llamó una posición relativamente "libertaria" a una relativamente "igualitaria".
115. Enthoven, A.C. *Reflections on the management of the National Health Service*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
116. Department of Health (DoH) *Working for patients*, Cm. 555. London HMSO, 1989.
117. Scheffler, R. and Naunenberg, E. Health care reform in the United States during the 1980s: lessons for Great Britain. In: McGuire, A., Fenn, P., Mayhew, K. (eds) *Providing health care: the economics of alternative systems of finance and delivery*. Oxford: Oxford University press, 1994: 205-32.
118. Newhouse, J. P. Frontier estimation: how useful a tool for health economics? *Journal of Health Economics* 1994: 13: 317-22.
119. Fenn, P., Rickman, N. and McGuire, A. Contracts and supply assurance in the UK health care markets. *Journal of Health Economics* 1994: 13: 125-44.
120. Chalkley, M. and Malcolmson, J. M. Contracts for the National Health Service. *Economic Journal* 1996: 106: 1691-701.
121. Glennerster, H., Cohen, A. and Bovell, B. *Alternatives to fundholding*. LSE STICERD, The Toyota Centre Discussion Paper WSP/123.
122. Culyer, A. J., Maynard, A.J. and Posnett, J. W. (eds) *Competition in health care: Reforming the NHS*. London: Macmillan, 1990.
123. Brazier, J., Hutton, J. and Jeavons, R. M. Evaluating the reform of the NHS. In: Culyer, A. J., Maynard, A. and Posnett, J. W. (eds) *Competition in health care: reforming the NHS*. London: Macmillan, 1990.
124. Robinson, R. and Le Grand, J. (eds) *Evaluating the NHS reforms*. London: Kings Fund Institute, 1994.
125. National Audit Office. *General Practitioner Fundholding in England*. London: HMSO, 1994.
126. Whyne, D. K. Towards an evidence-based health service. *Economic Journal* 1996: 106: 1702-12.
127. Mittone, L. Quasi-markets and incomplete information: the case of medical services in the UK and Italy. In: Dallago, B. and Mitton, L. (eds) *Economic institutions, markets and competition*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1996: 342-74.
128. Culyer, A. J. and Wagstaff, A. (eds) *Reforming health care systems. Experiments with the NHS*. Aldershot, Hants: Edward Elgar Publishing, 1996.
129. Chalkley, M. and Malcolmson, J. M. *Competition in NHS Quasi-Markets*. Oxford Review of Economic Policy 1996: 12: 89-99.
130. Blinder, A. *Hard heads, soft hearts*. Reading: Addison-Wesley, 1987.

ADMINISTRACIÓN DE SALUD

CON ÉNFASIS EN SEGURIDAD SOCIAL

ESPECIALIZACIÓN EN

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL