

# ASIMETRÍA DE INFORMACIÓN EN EL MERCADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Claudia Isabel Córdoba S.

## Resumen

*Este ensayo tiene como propósito mostrar la existencia de la asimetría de la información como un fallo del mercado, frecuente en la prestación de los servicios de salud y, en la que hay una necesidad de intervención del Estado para la corrección de tal situación. En un primer momento se hará una breve reseña de la transformación del sector salud en Colombia, en la que es evidente el comportamiento mercantilista que ha tenido el sector a través del tiempo. En segundo lugar, se presenta una pequeña aproximación a los conceptos de oferta y demanda, y se introduce el concepto de asimetría de la información, propiamente dicho, para luego mostrar los diferentes tipos de asimetría que se han evidenciado en el sector salud. Finalmente, se hacen algunas anotaciones relacionadas.*

*Palabras Clave: asimetría de Información, mercado de la salud, sistema de salud en Colombia, relación médico-paciente.*

## Abstract

*This paper has as intention to show to the existence of the asymmetry of the information as a failure of the market, frequents in the benefit of the services of health and, in which there is a necessity of intervention of the State for the correction of such situation. At a first moment a brief review will become of the transformation of the sector health in Colombia, in which the mercantilista behavior is evident that it has had the sector through the time. Secondly, a small approach to the concepts of supply*

*and demand appears, and the concept of asymmetry of the information is introduced, itself, soon to show the different types from asymmetry that have demonstrated in the sector health. Finally, some related annotations become.*

*Words key: asimmerty of information, market of the health, system of health, medical -patient relation .*

## Introducción

Los servicios de salud, como bienes susceptibles de ser adquiridos en un mercado, entran sin dificultad en la dinámica de la oferta y la demanda. En este juego, cada una de las partes tiene sus propios intereses y el deseo de obtener los mayores beneficios, pero en nuestro sistema de salud colombiano, existe la asimetría de información como uno de los fallos característicos de este tipo de servicios del mercado. Dicha asimetría es producida por múltiples causas dentro de las cuales sobresale el desconocimiento de las personas en relación con sus derechos en salud, el desconocimiento sobre la calidad científica y humana de los trabajadores del sector, la eficacia de los tratamientos instaurados o la capacidad de disminuir al máximo las complicaciones de un régimen. Todas estas variables relacionadas con la posibilidad de generar asimetría de la información, deberían ser reguladas por el Estado; sin embargo en nuestro caso particular éste ha actuado sólo en algunos casos particulares.

## Breve reseña de la transformación del sector de la salud

El sector de la salud en Colombia ha sufrido severas transformaciones desde finales del siglo XIX, época en la que la higiene pública y privada se desarrolló al lado de un intento por construir el Estado nacional. La asistencia pública trató de agregarse a la gestión del Estado por medio de la reforma constitucional de 1936 durante la Revolución en Marcha

de Alfonso López Pumarejo, aunque venía construyéndose desde antes con la beneficencia y la caridad pública y privada. Con la profesionalización de la medicina durante este mismo siglo, la salud pasó de ser aquél servicio de asistencia caritativa a constituirse en un verdadero negocio del mercado privado de la salud.

En el año de 1975 fue creado el Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual estaba conformado por tres subsistemas: la seguridad social, el privado y el oficial. La seguridad social y la medicina privada eran servicios de salud dirigidos a las personas con capacidad de pago, bien por ser empleados y recibir una remuneración, caso en el cual los trabajadores realizaban cotizaciones compartidas con sus empleadores, o bien por ser propietarios de bienes, caso en el que los usuarios podían hacer la cancelación directa por los servicios de salud recibidos. Tanto en la seguridad social como en la medicina privada, la prestación de los servicios de salud creaban un verdadero mercado de oferta y demanda. Por su lado, el subsistema oficial era dirigido, operado y controlado por el Estado a través de sus diversos centros, para prestar servicios de salud bajo un esquema de asistencia pública a la población más vulnerable, es decir, aquella que no tenía capacidad de pago. En términos generales este modelo de salud no se caracterizaba por ser equitativo, por lograr unos adecuados índices de cobertura o por permitir la financiación de la salud de los pobres; éstas características negativas se constituyeron, de alguna manera, en la causa que estimuló un profundo cambio en el sistema, sin desconocer, por supuesto, las condiciones internacionales imperantes en ese momento, que también aportaron a ese cambio (1).

Con la promulgación de la ley 10 en el año de 1990, se intentó descentralizar la inversión en salud y la dirección y el control de los servicios de salud, de forma tal que se le confirió a los departamentos competencias directas sobre la prestación de los servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, mientras que a los municipios se les encargó la responsabilidad del primer nivel. Los objetivos primordiales de esta reforma incluían lograr la capacidad de sostenimiento financiero de las instituciones de salud, la eficiencia en la asignación de recursos, la eficiencia técnica, la mejora en la calidad de los servicios, el logro de la equidad en la prestación de los servicios de salud, el logro de la cobertura universal, la autonomía parcial de gestión de las entidades hospitalarias y el establecimiento de la carrera administrativa para el personal de salud, entre otros.

Luego, la Constitución Política de 1991 declaró la Seguridad Social como un servicio público y obligatorio, dentro de un marco de solidaridad, universalidad y eficiencia (2), principios que fueron reglamentados en las leyes 60 y 100, y a través de las cuales se dio forma al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este sistema introduce la universalidad en la cobertura, la separación entre la financiación y la provisión de servicios, la existencia de un pago por capitación que permite manejar los costos, la solidaridad para que a partir de la cotización de los que poseen se beneficien los que no poseen, la libertad de los usuarios para elegir la empresa prestadora de servicios de salud y la transformación de los hospitales del Estado en Empresas Sociales del Estado (ESE), con el fin de estimular la autonomía financiera a partir de la obtención de una fuente de ingresos provenientes de los servicios prestados por la institución.

La pretensión era lograr la cobertura universal, y para ello se crearon dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero agruparía a todas aquellas personas con capa-

cidad de pago, y los subsidiados serían aquellas personas pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población, las cuales se financiarían tanto del aporte estatal como de los del régimen contributivo. El logro de la cobertura universal iba a requerir mayor tiempo de lo previsto y, por lo tanto, todos aquellos sectores pobres que no lograron inicialmente quedar en el régimen subsidiado, vinieron a conformar un tercer régimen denominado el de los vinculados, quienes en realidad no se consideran vinculados al sistema, y por lo tanto serían los sujetos atendidos en las ESE's.

El SGSSS, teóricamente y en su filosofía misma, se basó en algunos principios, de los cuales 6 son considerados como fundamentales para que el usuario acceda, se beneficie, participe y obtenga un servicio de salud con calidad (3). Estos principios incluyen la integridad de atención para todos los miembros de la familia, universalidad sin discriminación de afiliación, obligatoriedad de afiliación y cotización, solidaridad con las personas de escasos recursos, libre elección de la empresa aseguradora, de la institución prestadora de servicios y de los profesionales de la salud y participación del usuario.

## De la oferta y la demanda de los servicios de salud

Desde la teoría económica, la demanda tiene que ver con la cantidad de dinero que un consumidor estaría dispuesto a pagar por un bien o un servicio. La demanda, entonces, indica una relación inversa entre la cantidad y el precio, y surge de la capacidad de pago del consumidor, de las cantidades existentes en el mercado, y de los deseos y necesidades del consumidor por adquirir el bien o el servicio. De acuerdo con esto, la demanda de la atención en salud depende de múltiples factores como el nivel socioeconómico, los factores sociopsicológicos, epidemiológicos del consumidor, y el personal de salud.

Por su lado, la oferta es la cantidad de bienes o servicios que una organización está dispuesta a vender a un determinado precio de mercado, teniendo en cuenta los gastos en insumos y tecnología. La oferta de servicios de salud no puede ser entendida solamente como la producción de un servicio por parte de un grupo de agentes, sino, más bien, como la interacción de un sistema de salud con el usuario y una mezcla de productos, servicios e información que da como resultado la satisfacción de necesidades tanto individuales como colectivas (4).

## El Concepto de la Asimetría de la Información

Dentro del ámbito del mercado, los contratos por sí mismos generan un conflicto entre las partes debido a que cada una de éstas maneja unos intereses propios y siempre opuestos; ambas quieren obtener la mayor utilidad que para el caso del productor es un menor costo de producción y un mayor precio en la venta de sus productos, pero que para el consumidor siempre será un menor precio en la compra de esos productos.

Desde esta perspectiva de mercado, la información es asimétrica si alguna de las partes de la negociación o del contrato, en beneficio propio, esconde o no revela información que afectaría los términos del contrato; los tipos de asimetría de información varían de acuerdo al momento en el tiempo en que la información no está siendo revelada. Un acuerdo sólo puede basarse en variables verificables, es decir, que los términos de un contrato deben depender solamente de variables que pueden ser verificadas por un árbitro independiente. En un mercado de bienes y servicios hay información asimétrica cuando al consumidor le resulta costoso verificar los atributos del producto (5), pero, por el otro lado, el productor conoce perfectamente las características del bien o servicio que está vendiendo.

La asimetría de la información no sólo es una ineficiencia del mercado, sino que puede tener como resultado la desaparición del mismo. En el mercado de la salud, por ejemplo, existe dificultad para los clientes de conocer la calidad e historia de la atención de un determinado trabajador de la salud; por su parte, el trabajador conoce perfectamente su historia de aciertos o desaciertos relacionados con el servicio que ofrece, por lo que posee mayor información y no tendría ningún interés en revelar sus antecedentes. Como ejemplo de ello, existe en caso en el que un trabajador de la salud fue sancionado por mala práctica, y, aunque superado este impase, sigue con la prestación de servicios de salud, y nunca revelará a sus pacientes la historia de su sanción.

## Asimetría de Información en el Mercado de la Salud

En el mercado de la salud en Colombia existen diferentes formas de asimetría de información que son utilizadas, y que favorecen a ciertos sectores de la economía por lo que merecen ser abordados a continuación:

### La información de los usuarios sobre el sistema de salud

El modelo de salud Colombiano incluye en sus fundamentos de servicio, la libre elección y la participación de los usuarios, de manera que supone la necesidad de éstos de contar con la información pertinente y necesaria para poder garantizar estos fundamentos y así tener la oportunidad de tomar decisiones dentro del sistema de mercado. Si el usuario conoce la información relacionada con el servicio de salud que desea adquirir, tiene mayores posibilidades de hacer un uso racional del mismo y de negociar con el sector oferente (este sistema incluye a las compañías aseguradoras, a las instituciones prestadoras de servicios, a los profesionales de salud, a las empresas promotoras de salud, y a las empresas sociales del Estado) de una manera más exitosa, de tal forma que el usuario pueda hacer el manejo y el cuidado de su salud y el de su familia.

Aunque la información es sólo uno de los factores que afectan los mercados de salud, la reforma del sistema colombiano la incluye dentro de sus fundamentos para optimizar y garantizar una buena prestación de servicios. A este respecto, en un estudio realizado por Gabbot and Hogg (6) se encontró que luego del cambio en el Sistema de Salud de

Inglaterra, los usuarios no contaban con la información suficiente y necesaria que les permitiera participar, tomar decisiones, hacer valer sus derechos o usar correctamente los servicios. Otro estudio realizado en Bogotá por Varela, Carrasquilla y otros colaboradores (3), cuatro años después de la implementación de la ley 100, demostró que los usuarios de los servicios de salud desconocían, por lo general, los principios que promulgaba esta ley, y que, por lo tanto, su participación dentro del sistema se caracterizaba por ser pasiva. Si los usuarios cuentan con la información necesaria del mercado de salud, es posible hacer realidad los principios del SGSSS mejorando la calidad de atención y la optimización de los servicios de salud.

En nuestro actual sistema, la asimetría de información no sólo tiene que ver con el desconocimiento del sistema mismo y sus principios, sino con la poca información con que cuentan los usuarios para escoger libremente una Empresa Promotora de Salud (EPS) dentro de unas opciones también restringidas, ya que sólo hay 32 en el país. De otra parte, una vez escogida la EPS los usuarios no cuentan tampoco con la posibilidad de escoger la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) o los profesionales de salud de su preferencia, porque estas dos opciones son impuestas por la EPS a la que se está afiliado; es decir que la libre elección como principio del sistema y la información completa para hacer esa elección no son una realidad en nuestro sistema de salud.

## La diferencia de información entre el personal de salud y el paciente, dentro del marco ético

Dentro de las ciencias de la salud, la práctica de la medicina es una de las más inciertas, no sólo porque genera incertidumbre respecto a la posibilidad de padecer una enfermedad en las personas, sino que también produce incertidumbre por parte del paciente en cuanto a la eficacia y efectividad del tratamiento, la duración del mismo, el costo final y su calidad, entre otros. Por el lado del otro personal de salud también puede haber falta de certeza respecto a lo acertado de un diagnóstico, a la respuesta y tolerancia al tratamiento prescrito, a la conducta del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento, o a la posible aparición de complicaciones. Todas estas situaciones no solamente provocan incertidumbre en el acto médico, sino que estimulan la presencia de asimetría de información, la cual, en este mercado, tiene que ver con la diferencia en el grado que de ésta posee el médico respecto del paciente, o mejor, entre las dos partes que contratan el servicio. No es difícil ver que la capacidad para elegir y decidir libremente del consumidor informado, en este caso no se da en absoluto. Bajo la presión de un estado de enfermedad, habitualmente el consumidor de este servicio no sólo desconoce por completo sobre lo que le pasa o necesita, sino que no sabe cómo funciona una determinada práctica diagnóstica o terapéutica; por el contrario, los profesionales de la salud conocen y poseen toda esa información generando, entonces, esa asimetría.

La asimetría de información no sólo ocurre en la relación médico paciente, en este mercado son múltiples las situaciones que muestran frecuentemente este tipo de fallo. Se

podrían citar varios ejemplos: cuando un médico ordena una Tomografía Axial Computarizada (TAC) y, en este caso específico, el usuario no sabe con certeza cómo funciona esta ayuda, qué efectos secundarios puede tener después de su aplicación o qué daños precisa, se está incurriendo en una franca asimetría. Otro ejemplo puede ser cuando el médico prescribe un tratamiento como la aplicación de un esquema acortado contra la tuberculosis, caso en el cual el usuario no sabe qué tipo de medicamentos va a tomar, qué efectos negativos puede generarle y qué capacidades tendrá el personal de enfermería para aplicarlo. Otro ejemplo puede ser cuando el médico prescribe un medicamento sobre el cual el usuario desconoce prácticamente todo, pero aún así decide comprarlo y consumirlo sin saber los efectos secundarios o indeseables que pueda tener. En estos 3 casos el usuario no tiene la información suficiente para decidir, por el contrario, el radiólogo que practica el TAC, la enfermera que inicia el tratamiento antituberculoso, el laboratorio que produce los medicamentos y el mismo médico tratante, conocen la información relacionada con el diagnóstico y con el tratamiento del problema de salud que padece el usuario.

En este tipo de relación terapéutica médico-paciente se establece también una relación económica de agencia, la cual ocurre cuando el comprador del servicio delega en otro el poder de tomar determinadas decisiones en nombre suyo y que, en este caso, es el médico. La mayoría de los usuarios carecen del suficiente conocimiento médico para tomar decisiones acerca de qué servicios de salud deben consumir y delegan la decisión al médico, quien, a pesar de sus parámetros morales o éticos, también tiene intereses económicos, de satisfacción personal o de minimización de riesgo, que le pueden llevar a inducir al paciente a consumir servicios cuyo costo no justifique su beneficio, afectando así seriamente la calidad del servicio (7).

La relación médico-paciente es un caso típico que puede analizarse desde la teoría de la agencia (8), ya que el paciente delega en el médico, en virtud de su asimetría negativa de información, el poder de decidir cuál es el tratamiento indicado para la dolencia por la que consulta. Luego de tomar la decisión de adoptar la conducta terapéutica y prescribir el tratamiento, el médico cumplirá con los principios de eficacia, efectividad y eficiencia, y, en este caso existe una relación de agencia perfecta o completa (9), ya que el médico ha respetado los principios éticos inherentes a su profesión y ha tomado en cuenta sólo las variables pertinentes al paciente (el diagnóstico, el pronóstico, la situación familiar y socioeconómica, la presencia o no de cobertura médica disponible y el alcance de ésta, etcétera).

## La diferencia de información entre el médico y el paciente, fuera del marco ético

En el mercado de salud puede darse el caso de que la relación de agencia se contamine y que el médico tome decisiones que afecten negativamente los intereses del usuario y positivamente los propios, los de la institución a la que él representa o los de otras empresas que le puedan ofrecer beneficios por sus decisiones, generando en estos casos una relación de agencia incompleta. Los ejemplos que se pueden citar en relación con este tipo de agencia

incluyen la prescripción de medicamentos de determinados laboratorios farmacéuticos a cambio de inscripciones a congresos o viajes, ordenar ayudas diagnósticas en instituciones que le ofrecerán alguna participación al médico, citar con mayor frecuencia a los pacientes sin necesidad alguna para recaudar mayores ganancias, no indicar los estudios necesarios por los costos que le significarían a las EPS, IPS o medicinas prepagas y de las cuales el médico es empleado, y que le han fijado o recomendado restringirse, dar altas precoces indebidamente para liberar camas, etcétera.

Este tipo de situaciones, muy frecuentes en nuestro medio colombiano, supone un comportamiento oportunista del médico que acarrea un alto costo para el paciente y que, en términos económicos, se ha denominado pérdida residual, entendida como la diferencia entre el bienestar o la utilidad potencial que alcanzaría el usuario en el supuesto de un comportamiento óptimo del médico, y el que realmente ha alcanzado. Una situación clásica que se plantea en caso de agencia incompleta, es la aparición de demanda inducida por la oferta, o en caso contrario no iniciada. Por ejemplo, al no ordenarse un tratamiento de rehabilitación para disminuir costos o al indicar medios diagnósticos y terapéuticos excesivos para aumentar los costos en el usuario.

A manera de ejemplo:

*“Un niño de 1 semana de edad fue llevado a consulta a Medicina Prepagada por presentar distensión abdominal y fiebre ligera. Fue hospitalizado. Se le practicó punción lumbar, pese a no tener síntoma de Meningitis ni patología similar; se le efectuó punción vesical, pese a presentar diuresis espontánea y normal; a rayos X, pese a no presentar signos que recomendaran la necesidad de someterlo a irradiación; y múltiples intentos para extraer sangre por parte del personal de enfermería sin entrenamiento adecuado. Fue tratado equivocadamente como una neumonía y salió del hospital en peores condiciones. Su problema hubiera podido ser fácilmente tratado por un Médico real, pero desafortunadamente consultó a Medicina Prepagada” (10).*

La demanda inducida puede tener dos grandes implicaciones económicas: genera una pérdida de independencia de la oferta y la demanda, y propicia la capacidad de elección del usuario o del consumidor, quien deja de ser la justificación de las pautas de utilización. Así, la oferta y la demanda se entienden como dos elementos fundamentales que imprimen al mercado la capacidad de generar un equilibrio eficiente, que, al quedar en conflicto, no permite lograr una asignación eficiente de recursos en el sector. De tal forma que el punto de equilibrio del mercado de la salud termina, en este caso, dependiendo de la decisión del médico. Para reforzar esto, vale resaltar que Stiglitz en su libro *La economía del sector público*, define el punto de equilibrio como el punto en el que se cortan las curvas de demanda y oferta. La demanda, entendida como la cantidad de dinero que el comprador está dispuesto a pagar por un bien o servicio, y la oferta, como la cantidad de bienes o servicios que el oferente está dispuesto a ofrecer en el mercado por ese precio .

## Diferencia de información entre el paciente y el prestador del servicio

Se ha dicho que en el sector de la salud la asimetría de información se da cuando los agentes económicos que participan en el mercado, en este caso los prestadores de servicios de salud y los usuarios, tienen información diferente. Hasta ahora sólo se ha presentado la asimetría de información a favor del sector de la salud y en contra de los pacientes, pero en este mercado también se presenta el caso contrario; es decir que sean los usuarios los dueños de la información dado que conocen mejor que el prestador del servicio sus necesidades de salud y, por ende, sus posibles gastos.

Ahora bien, dada la relativa posibilidad de elegir, por lo menos en el tipo de plan existente en el mercado, los usuarios escogen aquel que les ofrezca mayores ventajas. Esto se denomina selección adversa, y también aparece cuando el usuario posee mayor información que el prestador del servicio, sobre las variables exógenas o endógenas que, de alguna manera, pueden afectar el costo del servicio<sup>1</sup>. Un ejemplo de esta condición es cuando el usuario tiene un riesgo por su comportamiento (variable endógena) que lo hace altamente susceptible a padecer determinado tipo de enfermedad.

Por su lado, los prestadores de los servicios de salud utilizan incentivos para que sus trabajadores se motiven a buscar activamente a aquellas personas con mejores condiciones de salud, y a evitar a quienes, por sus precarias condiciones de salud, requerirán un mayor costo en la provisión del servicio: esto se ha llamado selección de riesgos.

Tanto la selección adversa como la selección de riesgos, pueden amenazar la estabilidad del mercado, ya que, como resultado de la selección adversa, algunos prestadores de servicios de salud podrían incurrir en gastos excesivos para atender a sus pacientes y, si la forma de pago no refleja el perfil de riesgo real enfrentado por estas entidades, ellas se verían obligadas a limitar el acceso a los servicios o a disminuir la calidad del servicio ofrecido para disminuir sus costos.

## Intervención del Estado en el control del fallo de información

Debido a que en el mercado de la salud en Colombia existe asimetría de información como un fallo importante, se supone la existencia de un mercado no eficiente en el sentido de Pareto, que sugiere la intervención del Estado. Para Stiglitz (11) es importante

---

1. La asimetría de la información se puede presentar en la forma de "adverse selection" (selección adversa) y de "moral hazard" (riesgo moral). Esta asimetría de información permite ejercer poder económico. Para ilustrar los problemas de la selección adversa, Akerlof (1970) analizó el mercado de los autos usados ("market for lemons"). Su aporte consistió en demostrar que cuando los vendedores tienen mejor información que los compradores puede ocurrir que sólo los bienes de poca calidad lleguen al mercado. Akerlof demostró que los compradores de carros usados podían tener dificultades en distinguir la calidad e historia de accidentes de un determinado automóvil.

demostrar que se puede intervenir en el mercado mejorando las condiciones de una de las partes, sin empeorar a la otra, aún cuando se supone que el Estado no tiene ninguna ventaja en la información.

Algunas de las intervenciones del Estado en este mercado para proteger y mejorar las condiciones del usuario frente a los servicios de salud son:

1. Estimulación para la creación de asociaciones científicas que regulen el ejercicio profesional, se sometan a acreditaciones voluntarias, acepten programas de control de calidad o calidad total y se formen y perfeccionen con programas de postgrado, que les permitan la recertificación de títulos.
2. Definición de niveles mínimos de calidad que se deben cumplir a través de estándares. Los instrumentos principales de estandarización en el campo de la salud deben ser el licenciamiento, la definición de normas legales mínimas de operación, la acreditación y la categorización de servicios de salud.
3. Fiscalización pertinente, proporcional, racional, eficiente y eficaz a través de entidades regulatorias; esta función fiscalizadora que deriva en la aplicación de sanciones debe estar sujeta a la revisión por los tribunales de justicia, que garanticen el debido proceso y prevengan tendencias abusivas o caprichosas del fiscalizador.
4. Diseño, generación y aplicación de normas por parte del Ministerio de Protección Social y las Secretarías de Salud, quienes deben contar con autoridad técnica.
5. Definición de objetivos y prioridades que puedan acercar los desafíos derivados del perfil epidemiológico de la población con los recursos humanos, técnicos y económicos que permitan abordarlos.
6. Creación de protocolos y guías prácticas de diagnóstico y tratamiento que permitan maximizar el costo-efectividad de la práctica clínica.
7. Mecanismos de pago que desplazan parte del riesgo financiero al prestador del servicio, con el ánimo de inhibir la sobreprestación de servicios.
8. Provisión del Estado de los servicios de salud que se definan como básicos o mediante subsidios a la oferta.
9. Procesos de fijación de tarifas de servicios de salud.
10. Pagos proporcionales a la participación en el mercado de las empresas prestadoras de servicios de salud.
11. Definición de las prestaciones comprendidas en el plan básico de salud, incluyendo exigencias obligatorias en materia de prevención y promoción de la salud.
12. Estimulación para el uso de otras herramientas jurídicas que agilicen los procesos de demanda tales como la acción de tutela.

En general, la intervención del Estado busca incentivar la economía privada, y corregir las situaciones de crisis que ésta pueda generar, a través de la elaboración de políticas públicas que minimicen los efectos implacables del mercado. Desafortunadamente, en nuestra actual condición generada por el modelo neoliberal, la participación del Estado está limitada y la acción sobre el mercado de la salud no es tan viable como se quisiera.

## Conclusiones

El mercado de la salud posee innegables particularidades que lo hacen diferente al resto de las actividades económicas, las cuales son más fáciles de regular y fiscalizar, pero, aún así, esas particularidades no lo alcanzan a excluir de las regulaciones estatales, aunque no es así para el caso colombiano.

El mercado de la salud permite encontrar una diferencia abismal entre la teoría de los mercados perfectos y la realidad, en primer lugar porque no existe una homogeneidad del servicio que se está prestando, inclusive dentro de las mismas especialidades médicas, provocando así una gran restricción a la entrada en el mercado de nuevos oferentes que no logran participar por la concentración del conocimiento; y en segundo lugar, porque la asimetría de información que caracteriza la relación entre quienes demandan un servicio de salud y quienes lo proveen, determina el fenómeno de la demanda inducida.

Un mercado de salud perfecto requiere de sus demandantes el acceso a la información completa en relación con las condiciones y las características de la oferta. Sin embargo, la alta complejidad técnica de los servicios de salud, la extendida incapacidad del usuario por reconocer o comparar la pertinencia de la atención que el profesional le indica como necesaria, o la extraordinaria complejidad contractual de los seguros de salud, revelan situaciones en que la asimetría se expresa con gran intensidad en este mercado. Confiar en la demanda espontánea de los usuarios, o incluso en la libre interacción entre demandantes y oferentes de servicios de salud potencialmente contaminados por la demanda inducida, deriva en serios fallos del mercado que ameritan la intervención y la regulación del Estado, aún cuando la medición y la verificación de la calidad en este mercado enfrenten obstáculos muy difíciles de superar.

No obstante, existen algunas variables de la calidad de los servicios de salud que pueden ser medidas, verificadas y evaluadas, verbigracia, el número de camas en una habitación. Para este caso específico, se obtiene la información acerca de la calidad de los servicios a través de la observación directa o utilizando indicadores de calidad. Otras variables sólo son observables mediante experiencia directa, pero no existe garantía de que esta información pueda extrapolarse de manera confiable. Por ejemplo, la calidad interpersonal de un médico sólo se conoce después de acudir a consulta con él, pero nada garantiza que esta calidad interpersonal se mantenga a lo largo del tiempo, o sea igual para todos los usuarios. Finalmente, un conjunto importante de variables de calidad en el sector de la salud nunca se podrá conocer con certeza; es el caso de un paciente que puede tener un

buen desenlace después de un procedimiento, a pesar de que éste no haya sido efectuado en forma óptima, debido a las excelentes condiciones físicas del usuario; en caso contrario, otro puede tener un desenlace fatal, a pesar de haber recibido la atención correcta, debido a su mal estado físico.

Finalmente, la intervención del Estado para corregir estos fallos en el mercado, es imprescindible no sólo para garantizar un mercado libre, sino para corregir los efectos indeseables del mismo.

## Bibliografía

1. Márquez, J. Historia de la exclusión: de las obras pías a la economía de la salud. En: Revista Historia y Sociedad. Fasc. 9. Pag. 221-231. Medellín. 2003.
2. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993.
3. Varela, A. Carrasquilla, G. y cols. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. En: Colombia Médica. Vol. 33. No. 3. 2002.
4. CENDEX. Pontificia Universidad Javeriana. Análisis Económico y Estrategias de Mercado en los Servicios de Salud. Bogotá. 1999.
5. Stigler, G.J. The economics of information. In: Journal Politics Economics. 69: 213-25. 1961.
6. Gabbot, M. Hogg, G. Uninformed choice. Journal Health Care. Mart 14: 28-33. 1994.
7. Marimón, S. Cambios en la relación pacientes-médicos-sistemas sanitarios. En: El médico interactivo. No. 366. España. 2002.
8. Ross, S.A. The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem; en: American Economic Review, Papers and Proceedings. 63: pp. 134-139. 1973.
9. Picot, A. Reichwald, R. Wigand, R.T. Die grenzenlose Unternehmung (la empresa sin fronteras). Wiesbaden: Gabler. pp. 47-50; 236 ss; 404 s. 1996.
10. Tomado de la página web <http://drgdiaz.com/eco/1100/ley100/viola.shtml>.
11. Stiglitz, J.E. La economía del sector público. Tercera Ed. Antoni Bosch Editor. 2003.