

ROJAS BERRIO, SANDRA PATRICIA

Reflexión en torno a la economía de la salud: ¿es posible la concepción neoclásica?

PANORAMA, vol. 4, núm. 8, 2010, pp. 20-24

Politécnico Grancolombiano

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343929220004>



PANORAMA,

ISSN (Versión impresa): 1909-7433

panorama@poligran.edu.co

Politécnico Grancolombiano

Colombia

Reflexión en torno a la economía de la salud: ¿es posible la concepción neoclásica?

SANDRA PATRICIA ROJAS BERRIO
Politécnico Grancolombiano
srojasb@poligran.edu.co

Administradora de Empresas y Magister en Administración de la Universidad Nacional de Colombia. Directora de Investigación Aplicada Politécnico Grancolombiano

Resumen

Este texto pretende reflexionar en torno a referentes alternativos como la Economía Experimental para analizar el sistema de salud colombiano, que surge de la insuficiencia de los conceptos básicos de la teoría neoclásica para dar explicación a muchos fenómenos en dicho contexto. Se contrastan las condiciones teóricas de 1. Existencia de muchos productores y consumidores. 2. Productos homogéneos. 3. Información completa. 4. No existencias de barreras de entrada. 5. Movilidad perfecta de bienes y factores. con un estudio de la Defensoría del Pueblo hacia los usuarios de empresas promotoras de salud (EPS).

Palabras Claves

Economía Experimental, sistema de salud colombiano, orientación al consumidor.

Abstract

This text aims to reflect on alternative references as the Experimental Economics to analyze the Colombian Health System. This arises from the failure of the basic concepts of neoclassical theory to explain many phenomena in this context. We contrast the theoretical conditions of 1. Existence of many producers and consumers, 2. Homogeneous products, 3. Complete information, 4. Non-existence of entry barriers, 5. Perfect mobility of goods and factors and 6. Non-existence of transaction costs to a study made by the Office of the Ombudsman to users of Health Promotion Enterprises.

Key words

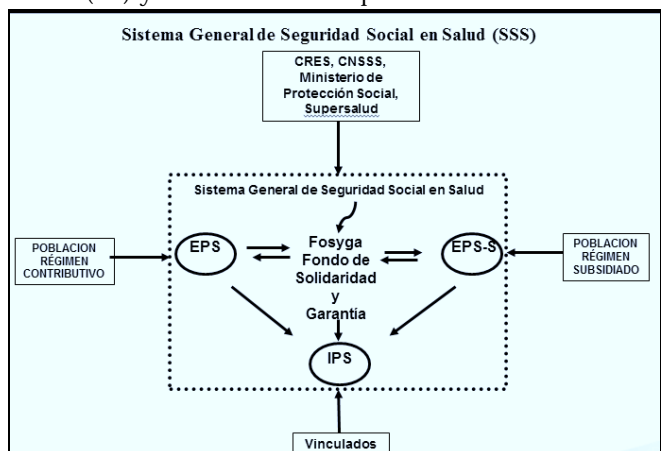
Experimental Economics, Colombian Health System, costumer-oriented.

Fecha de recepción: 10 de septiembre de 2010
Fecha de aprobación: 30 de septiembre de 2010

Introducción

Los sistemas de salud son instituciones que se podrían caracterizar como dinámicos y en constante reforma, por ello cobra importancia estudiarlos y enfocar los esfuerzos de investigación. Hodgson argumenta que “la base fundamental de la economía de la salud moderna es la teoría neoclásica” (Hodgson, 2008), cuyas condiciones teóricas son existencia de muchos productores y consumidores, productos homogéneos, información completa, no existencias de barreras de entrada, movilidad perfecta de bienes y factores, no existencia de costos de transacción.

El sistema colombiano de salud cuenta con una estructura en la que el estado por medio de instituciones como la Comisión de Regulación en Salud (CRES), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Superintendencia de Salud regula, controla y fiscaliza a los demás entes del sistema, cuyos papeles son usuarios y prestadores de servicio, como las empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios.



Fuente: adaptado de Chicaiza (2002, p.172).

Algunos estudios han propuesto modelos para hacer una revisión de la calidad del servicio en Salud (Wan y Kamaruzaman, 2009) sugiriendo el uso del modelo (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985). Sin embargo, teniendo en cuenta que “los hallazgos ponen de manifiesto la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud” (Losada y Rodríguez, 2007) los siguientes párrafos revisarán un estudio¹ que hace la evaluación de los servicios del sistema colombiano de salud (Defensoría del Pueblo, 2010) y se contrastarán con los supuestos de la visión neoclásica.

1. Existencia de muchos productores y consumidores

La evidencia empírica del estudio citado muestra que a pesar de que en este mercado se cuente con el número de oferentes para considerarlo con “muchos productores” los usuarios no se sienten en libertad de escoger, lo anterior va en total contravía de los que se concibe como mercado de competencia perfecta.

	RÉGIMEN		General
	Contributivo	Subsidiado	
Libertad de escoger médico general	45.56	35.96	40.08
Libertad de escoger odontólogo	31.71	24.03	27.33
Libertad de escoger lugar de atención de urgencias	34.57	20.15	26.35
Libertad de escoger médico especialista	21.81	15.17	18.02
Libertad de escoger IPS para cirugías	18.69	15.96	17.14
Libertad de escoger IPS para exámenes de laboratorio	18.38	13.45	15.57
Libertad de escoger IPS para imágenes diagnósticas	17.89	13.04	15.12
Libre escogencia	27.62	19.63	23.06

Fuente: Tomado de Defensoría del Pueblo (2010, p. 64).

2. Productos homogéneos

En cuanto a este aspecto, los usuarios no perciben como homogéneo lo recibido en los dos regímenes con lo cual carece de validez este supuesto básico del mercado competitivo.

	RÉGIMEN		General
	Contributivo	Subsidiado	
Oportunidad en realización de imágenes diagnósticas	91.41	88.49	89.74
Oportunidad en realización de exámenes de laboratorio	84.10	86.52	85.48
Oportunidad en citas de medicina general	79.83	87.02	83.93
Oportunidad en entrega de medicamentos	79.22	77.51	78.25
Oportunidad en citas odontológicas	72.76	79.95	76.86
Oportunidad en citas con medicina especializada	77.40	74.70	75.86
Oportunidad en realización de cirugías	71.64	76.06	74.16
Oportunidad en recibir atención de urgencias	64.04	71.18	68.11
Oportunidad	76.45	80.48	78.75

Fuente: Tomado de Defensoría del Pueblo (2010, p. 67).

1. Muestra: 17.000 usuarios de salud, estudio transversal, año de medición 2009.

3. Información completa

A partir del hecho de la imposibilidad de tener este tipo de información, dada la existencia de incertidumbre en cualquier contexto de la economía y más aún en el área de la salud (Arrow, 1963), los usuarios del sistema (Defensoría del Pueblo, 2010, p. 57) perciben el acceso a la información por debajo del límite aceptable según los investigadores.

Componentes	RÉGIMEN		General
	Contributivo	Subsidiado	
Lugar de entrega de medicamentos	88.63	85.09	86.61
Autorización exámenes de laboratorio	87.17	84.44	85.61
Autorización cirugías	85.32	83.13	84.07
Autorización imágenes diagnósticas	86.14	79.82	82.53
Pagos por cuotas moderadoras o bonos	77.16	84.12	81.13
Atención en urgencias	78.54	80.26	79.52
Entrega de medicamentos	79.91	78.38	79.04
Autorización con médico especialista	78.65	72.21	74.98
Información sobre red de prestadores	51.86	57.56	55.11
Información sobre servicios a los que tiene derecho	36.34	45.87	41.78
Invitación a Programas de Promoción y Prevención	29.20	38.06	34.26
Acceso a servicios	74.00	74.12	74.07

Fuente: Tomado de Defensoría del Pueblo (2010, p. 57).

4. No existencias de barreras de entrada

Este es un aspecto no evidenciado en el estudio citado, sin embargo, dado que la prestación del servicio la realizan entes privados este fenómeno es inevitable (Restrepo y Rodríguez, 2005).

5. Movilidad perfecta de bienes y factores

Cuando se revisa este aspecto se encuentra que un gran porcentaje de los usuarios manifiestan entregas de medicamentos tardías, entendiendo las adecuadas como las categorizadas en el ítem "Le entregaron todos el mismo día".

	RÉGIMEN				Total	
	Contributivo		Subsidiado			
	Afiliados		Afiliados		Afiliados	
No se los entregaron	441,519	3.0	658,387	3.3	1,099,907	3.1
Se los entregaron parcialmente	2,885,506	19.5	3,751,925	18.6	6,637,430	19.0
Le entregaron todos en varios días	1,417,521	9.6	2,478,548	12.3	3,896,069	11.2
Le entregaron todos el mismo día	10,036,058	67.9	13,261,489	65.8	23,297,547	66.7
Total	14,780,604	100.0	20,150,349	100.0	34,930,953	100.0

Fuente: Tomado de Defensoría del Pueblo (2010, p. 63).

El sistema de salud colombiano es una mezcla de los dos enfoques clásicos, el sistema inglés y el alemán, en el régimen subsidiado y contributivo, en los cuales evidentemente “se simula un mercado competitivo mediante la fijación de un precio, por parte del regulador, que las firmas deben tomar” (Chicaiza, 2002, p. 166). De manera adicional, dicho enfoque según la evidencia empírica mostrada por el estudio de la Defensoría del Pueblo y su contraste con la teoría neoclásica, no satisface del todo al consumidor (usuario).

Este sistema que tiene combinaciones públicas y privadas se denomina cuasimercado, en donde el objetivo es

Consolidar la responsabilidad social y pública en el disfrute de la salud como derecho ciudadano, mediante un mejor uso de los recursos y una atención de calidad, asociados con el uso de criterios de desempeño (Sojo, 2000).

El sistema de salud colombiano debería ser analizado desde un referente que permita un mejor entendimiento del mismo que el neoclásico. En respuesta a lo anterior, existen iniciativas respecto al “cuidado de la salud enfocado en el consumidor (CDHC, Consumer-Driven Health Care)” (Marshall, Skiba y Paul, 2009).

Por otro lado, es importante considerar la revisión de temáticas como las percepciones, intuiciones y formas de razonamiento (Kahneman, 2003, p. 185) de los usuarios del sistema de salud en Colombia, con el fin de contrastarlas con el diseño de la política pública en salud, lo que conllevaría a una propuesta para satisfacer en mayor medida a los usuarios. Para lo anterior sería ideal hacer un abordaje del tema desde la Economía Experimental en forma similar a como es planteado en Smith (1976 y 1989).

La propuesta se deriva de que “la economía experimental es un método formal para probar teorías económicas” (Castañeda, Arango y Olaya, 2009, p. 33), y se constituye en el apropiado para revisar la toma de decisiones en ambientes dinámicos y complejos como es el caso del sector salud. De manera adicional,

la psicología sistemáticamente explora el juicio humano, el comportamiento y el bienestar y disciplinariamente puede contribuir con aspectos importantes acerca de cómo los humanos difieren de las formas tradicionales en las que son descritos en la economía (Rabin, 1998) citado por (Sent, 2004, p. 735).

Y, por tanto, aportes de dicha disciplina deberían ser tenidos en cuenta.

Bibliografía

1. Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
2. Castañeda, J. A., Arango, S., & Olaya, Y. (2009). Economía experimental en la toma de decisiones en ambientes dinámicos y complejos: una revisión de diseños y resultados. *Cuadernos de Administración*, 22(39), 31-51.
3. Chicaiza, L. (2002). El mercado de salud en Colombia y la problemática del alto costo. *Problemas del Desarrollo*, 33(131), 163-187.
4. Defensoría del Pueblo. (2010). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud – 2009: índice de satisfacción de usuarios de salud, ISUS*. (Defensoría del Pueblo, Ed.) Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
5. Hodgson, G. (2008). An institutional and evolutionary perspective on health economics. *Cambridge Journal of Economics*, 32, 235-256.
6. Kahneman, D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: psicología para una economía conductual. *Revista Australiana de Economía*, 28, 181-224.
7. Losada, M., & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión de la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258.
8. Marshall, K., Skiba, M., & Paul, D. (2009). The need for a social marketing perspective of consumer-driven health care. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 3(3), 236-257.
9. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(1), 41-50.
10. Rabin, M. (1998). Psychology and Economics. *Journal of Economic Literature*, 36(1), 11-46.
11. Restrepo, J., & Rodríguez, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, 7(12), 165-190.

12. Sent, E. M. (2004). Behavioral Economics: How Psychology Made Its (Limited) Way Back Into Economics. *History of Political Economy*, 36(4), 735-760.
13. Smith, V. (1976). Experimental Economics: Induced Value Theory. *The American Economic Review*, 66(2), 274-279.
14. Smith, V. (1989). Theory, experiment, and economics. *Journal of Economic Perspectives*, 3(1), 151-169.
15. Sojo, A. (2000). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
16. Wan, R., & Kamaruzaman, J. (2009). Service quality in health care setting. *International Journal of Health Quality Assurance*, 22(5), 471-482.