

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA INDUCCIÓN DE LA DEMANDA Y SU RELACIÓN CON LOS SISTEMAS DE PAGO EN LOS MERCADOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Karina L. Temporelli ¹

ÍNDICE

Resumen	355
Abstract	356
Introducción	356
1. Reseña sobre SID (Supply induced demand)	356
2. Formas de pago por prestaciones médicas	358
3. Formas de pago e inducción	359
3.1 Pago por acto	361
3.2 Pago por cápita	361
3.3 Pago por salario	362
Reflexiones finales	363
Referencias bibliográficas	364

RESUMEN

La inducción de demanda surge cuando los médicos poseen incentivos para variar la demanda de los consumidores con el fin de maximizar su utilidad. Esta situación se relaciona con la falta de información de los pacientes, potenciándose si una tercera parte (aseguradora) cubre el costo total. En primer lugar se realiza una reseña bibliográfica sobre el tema. Posteriormente se analiza, utilizando herramientas sencillas de teoría de juegos, la existencia o no de inducción de demanda bajo distintos sistemas de pago, encontrando que algunos sistemas no provocan inducción pero sí disminución en la calidad de las prestaciones médicas.

PALABRAS CLAVE: DEMANDA DE ATENCIÓN SANITARIA, INDUCCIÓN DE DEMANDA.

1 Doctora en Economía. Coordinadora de la Especialización en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. Profesora adjunta de Economía, Gestión y Administración de los Recursos de Salud de la Universidad Nacional

del Sur, Bahía Blanca, Argentina. Investigadora asistente del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conicet) Argentina. Correo electrónico: ktempo@criba.edu.ar

ABSTRACT

Supply induced demand (SID) arises when physicians have incentives to change consumer demand in order to maximize their utility. This situation is related to the lack of patients information, situation which becomes enhanced if a third part (insurance) does covers the full cost. First, we performed a literature review on the subject. The situation is further analyzed, using simple tools of games theory, the existence or not of demand induction under different payment systems, thus finding that some systems do not cause induction but a decreased quality of medical services.

KEY WORDS: HEALTHS DEMAND, SUPPLIES INDUCED DEMAND,

INTRODUCCIÓN

En los mercados tradicionales, los consumidores, con distinto grado de información, deciden que bienes y servicios consumir. En el mercado de servicios médicos, el paciente no elige directamente que estudio de diagnóstico, que tratamiento, o que medicamento comprar, sino que la demanda la efectiviza el médico. Es por las características del “bien salud” y por el incumplimiento de ciertos supuestos, como el de información perfecta, que se justifica el tratamiento de la demanda inducida por la oferta, una idea basada en el mayor poder de información del proveedor de asistencia para influir sobre la cantidad demandada

En una primera aproximación, se habla de inducción de demanda siempre que *la cantidad demandada real en el mercado difiera de la que los consumidores adquirirían si tuviesen información plena.*

Este tópico comienza a ser interesante para la teoría económica cuando se intenta explicar las diferencias en tasas de uso y consumos de bienes y servicios sanitarios que se observa en diferentes regiones geográficas con condiciones iniciales similares.

Las características especiales del bien salud, donde frases como “la vida no tiene precio” y “nunca son suficientes los recursos destinados a salud” influyen en las decisiones de consumo. La existencia de terceros pagadores, cuyas posibilidades de supervisión son acotadas, provoca gastos excesivos si no se generan sistemas de incentivos tendientes a contenerlos.

Estos temas son determinantes para la explicación de la inducción de demanda.

Se realizará en este artículo una revisión sobre los principales aportes teóricos sobre el tema. Posteriormente se analizará los incentivos generados por tres de las formas de pago más utilizadas sobre la cantidad y calidad de las prestaciones. En el último apartado se presentarán unas reflexiones sobre el tema.

1. RESEÑA SOBRE SID (SUPPLY INDUCED DEMAND)

La mayor parte de los servicios prestados por los médicos son “inducidos” en el sentido de que los médicos actúan en calidad de agentes a los consumidores que carecen del conocimiento adecuado del producto final deseado, que en este caso es la salud.

La demanda que excede aquella que realizaría un paciente bien informado se denomina “demanda inducida” conocida en la literatura como SID por las iniciales de su término en inglés.

La definición precisa de SID es y ha sido abierto al debate desde hace más de dos décadas y no hay un consenso sobre su definición precisa.

Para Donaldson y Gerard (1993) es la cantidad de demanda creada por los médicos que existe más allá de lo que habría ocurrido en un mercado en el que los consumidores estén plenamente informados. En esta definición son relevantes los conceptos relacionados con

riesgo moral y problemas de información en el sector sanitario.

Para McGuire, (2000) la demanda inducida se produce cuando el médico influye en la demanda de un paciente aún sabiendo que esto no está de acuerdo con los propios intereses del paciente. En esta definición, mucho más controvertida, los proveedores de salud utilizan su conocimiento superior para influir en la demanda de los pacientes de acuerdo a sus propios intereses.

Desde hace varias décadas el tema de las causas y consecuencias de la inducción de la demanda por parte de la oferta en el mercado de servicios médicos y su influencia sobre los gastos sanitarios ha sido analizado por una larga lista de autores, tanto desde el punto de vista teórico como empírico, aunque aún continua siendo un tema abierto.

Los primeros trabajos surgieron relacionando las características de la oferta de determinadas regiones con los gastos sanitarios (densidad de médicos, camas hospitalarias por habitantes, etc). Este fenómeno es observado por primera vez por Shain y Roemer (1959) y Roemer (1961). En estos trabajos de carácter empírico los autores encuentran una alta correlación entre la disponibilidad de camas en los hospitales generales, medida en camas hospitalarias por cada mil habitantes, y las tasas de utilización medidas en días de estada cada mil habitantes. Comienza a denominarse a este fenómeno ley de Roemer o efecto Roemer.

El foco del tema está en el análisis de los motivos, las posibilidades y las consecuencias de la existencia del fenómeno. Si bien surgieron discusiones inmediatamente, esta teoría es atribuida a Robert Evans (1974) quien analiza empíricamente la poca variabilidad del ingreso de los médicos de una región determinada a pesar de una gran variabilidad en las prácticas realizadas. En su trabajo presenta un modelo donde se incluyen en la función objetivo de los médicos variables como el ingreso, la cantidad de trabajo y la influencia discrecional a la que este puede someter al paciente. El modelo evidencia una relación directa entre cantidad de servicios y densidad de profesionales.

Un análisis más riguroso es realizado por Fuchs y Kramer (1972). En este y en una serie de trabajos posteriores, la oferta médica esta endogeneizada. Analizan la propensión de los médicos a trabajar en zonas agradables e incluyen en la demanda la ecuación de oferta obteniendo importante poder explicativo.

Dranove (1988) argumenta que bajo ciertas condiciones el médico tendrá un incentivo para recomendar tratamientos cuyos costos supera los beneficios de las prestaciones médicas, asocia aquí esta situación con un comportamiento no deseado y poco ético.

Rossiter y Wilensky (1984) incluyen la inducción de demanda en la función de utilidad, la cual depende del ingreso, el output y la demanda inducida. Este modelo permite diferenciar la cantidad inducida de la que el paciente demanda, la cual depende del precio y de la relación médicos/habitantes. En este planteo se deducen límites máximos a la influencia de los proveedores sobre la cantidad demandada.

Stano (1985) y Cronwell y Mitchell (1986) atribuyen la inducción a que los precios no se ajustan rápidamente a cambios en la oferta y la demanda. Sendos autores corroboran esta afirmación empíricamente para los servicios médicos y quirúrgicos norteamericanos.

Otra corriente de la literatura ha puesto en duda la existencia del fenómeno inducción como tal. Su crítica se basa en el supuesto de que no se requiere información completa por parte de todos los consumidores para la toma de decisiones ya que si existen algunos agentes informados no habrá posibilidad de inducción. (Sloan y Feldman (1988)).

En este sentido Hay y Leahy (1982) argumentan que los médicos inducen demanda siempre que la cantidad que demandarían para ellos y sus familias es menor que la que recomiendan a sus pacientes aunque en la contrastación empírica que plantean no encuentran diferencias significativas en la utilización en ambos grupos.

Richardson (1981) rechaza que los médicos aprovechen al máximo su poder de inducción incluyendo objetivos alternativos en la función

de utilidad del proveedor. Esta propuesta introduce de forma indirecta los principios éticos en la función objetivo.

Green (1978) acepta que los proveedores obtienen utilidad de la reducción de exceso de demanda del mercado mientras que Wilensky y Rossiter (1983) sugieren que la restricción viene dada por un stock mínimo de salud de los pacientes. En este sentido el mismo Richardson (1981) incluye el ingreso de los consumidores en la función de utilidad de los proveedores, aunque sus razones al incluirla no son tanto por motivos altruistas como una forma de justificar su actuación frente a sus pacientes.

La falta de información de los consumidores y sus consecuencias son la clave del trabajo de Pauly and Satterthwaite (1981). En este modelo los pacientes consiguen la información mediante otros consumidores próximos que están mejor informados tomando importancia el concepto de costo de búsqueda. Si el número de médicos de un área determinada se incrementa, disminuye entonces la información sobre cada uno aumentando el costo de búsqueda y por consiguiente el precio.

Rochaix (1991) relaciona las variaciones en el sistema de pago con la cantidad provista de bienes y servicios sanitarios. Realiza su trabajo para la zona de Quebec mostrando que ante la reducción de los honorarios los profesionales respondieron aumentando la cantidad y tipo de los servicios.

El análisis del comportamiento médico cuando ofrece trabajo en varias instituciones bajo diferentes sistemas de incentivos, y la asignación del tiempo entre ambos según los honorarios que perciba en cada uno de ellos es el centro del estudio de McGuire y Pauly (1991)

También, Rice y Labelle (1989) analizan la relación entre sistema de pago y cantidad provista mostrando que los profesionales inducen demanda frente a disminuciones de sus honorarios y que no es necesaria un desplazamiento de la oferta para observar el fenómeno. Posteriormente Labelle et al. (1994) pone énfasis en las consecuencias de la inducción de demanda sobre la salud de los pacientes más que en las causas.

El modelo económico del comportamiento médico de Zweifel (1981), se caracteriza

porque el médico, como agente del paciente, determina la cantidad de servicios sanitarios utilizados en nombre del paciente (principal) una vez que se ha producido la primera visita. Dicho modelo establece que el médico no sólo determina el tratamiento de acuerdo a criterios clínicos o éticos, sino que también es producto de incentivos económicos, como el ingreso o su tiempo de ocio.

En resumen, comprobamos que son numerosos los estudios en torno al comportamiento del médico, y la mayoría de ellos están unidos inexorablemente a la discusión que gira en torno a la inducción de demanda. Pese a que ninguno parte de los mismos supuestos, se repite constantemente una misma idea: la existencia, en la función objetivo, de algún interés añadido a la simple maximización de beneficios individuales. Se trata de modelar la relación de agencia que existe entre proveedor y consumidor.

Dadas las características propias del mercado de asistencia sanitaria y de la demanda en particular, introducir algunas sencillas técnicas de Economía de la Información podría ayudar a interrelacionar a todos los participantes del mercado, que se comportan según sus propias funciones de utilidad. Estas funciones pueden incluir una gran cantidad de variables, donde la forma de pago a los profesionales médicos, como llave de ingreso al sistema, determinará una parte importante de las demandas futuras. En esta situación influye no solamente la presencia o no de un seguro médico sino también la relación contractual entre la aseguradora y los profesionales.

2. FORMAS DE PAGO POR PRESTACIONES MÉDICAS

Es claro que los servicios médicos influyen en gran parte del proceso productivo de este sector ya que las prácticas médicas determinan las proporciones que se utilizan de los demás factores productivos, es decir que la demanda en los mercados de instrumental, equipamiento, insumos, fármacos y servicios de hospitalización, resultan demandas derivadas.

En este trabajo nos centraremos específicamente en la demanda de consultas médicas derivadas de consultas anteriores aunque puede trasladarse fácilmente a la demanda de otros bienes relacionados.

En este contexto es importante analizar la forma de pago a través de las cuales se remunera la práctica médica. Las comúnmente utilizadas son las siguientes:

- *Capitación*: es un pago global relacionado con el número de pacientes que un profesional tiene a cargo independientemente si este realiza alguna consulta o no en el período. En este caso existe un bajo incentivo al esfuerzo y este tenderá a ser mínimo ya que el médico percibe la misma cuantía con independencia de cuantos actos realice o de cuantos pacientes vea. El médico cobraría a mano alzada, en función del número de pacientes que tuviera bajo su cargo. Este sistema está basado en la probabilidad de que ocurra un evento sanitario y lo que se hace es descargar esa presión sobre el médico o la clínica, quienes asumen ese riesgo sanitario de la colectividad con una financiación previa. Para el sistema puede suponer un método bastante cómodo de presupuestar puesto que sabe cuánto le va a costar proteger a una colectividad o grupo de asociados con el derecho a la prestación sanitaria. Es un sistema simple pero la aceptación de la cápita por parte de los profesionales depende del monto de la misma.
- *Pago por acto*: como su nombre lo indica el médico recibe un pago solo cuando realiza una consulta. Aquí el esfuerzo del facultativo puede estar orientado a ver el mayor número de pacientes posibles o al menos de hacerles el mayor número de actos posibles, ya que su ingreso depende esencialmente de esta actividad. Esto suponiendo que los médicos tienen una función de utilidad donde maximizar el ingreso es el objetivo inicial. Si los profesionales incluyen también otros elementos en su interés por lograr un bienestar (satisfacción del paciente, altruismo, investigación, ocio, etc) observaríamos

que bajo un esquema de pago por acto el resultado podría variar.

Este sistema tiende a generar muchos actos, es decir induce al aumento de la demanda. Sin embargo la satisfacción del paciente es alta debido a la percepción de que el médico se preocupa por verlo y revisar el curso de su enfermedad. Esto puede revertirse ya que se incrementa el costo de oportunidad del tiempo del paciente debido al posible aumento en la frecuencia de las visitas.

- *Pago por salario*: el médico va a ingresar lo mismo con independencia de su esfuerzo laboral y por tanto este tenderá a ser mínimo. Se acelerará el ritmo de las consultas tendiendo a disminuir su duración. Existe una tendencia hacia el asalariamiento de los profesionales médicos incorporando sofisticados sistemas de auditoría y monitoreo. En general el sector público retribuye a sus profesionales de esta forma aunque en el sector privada ha ido incorporando también esta forma de pago en situaciones puntuales.
- *Formas combinadas de las anteriores*: son intentos de captar lo mejor de cada forma de pago.

3. FORMAS DE PAGO E INDUCCIÓN

No hay acuerdo en la bibliografía sobre como intervienen las distintas variables sobre la inducción de la demanda pero si es claro que el ingreso de los médicos aparece como uno de los factores importantes.

Se pretende mostrar a través de modelos sencillos la incidencia de la relación contractual entre aseguradoras y médicos sobre la cantidad de las prestaciones médicas efectivizadas. Para ello se utilizan herramientas de teorías de juego, las cuales presentan ventajas importantes a la hora de modelizar asimetrías de información y problemas de agencia. En particular se intenta mostrar la relación entre el prestador del servicio y el que paga por esa prestación es decir la aseguradora. En este modelo la función de utilidad del médico, solo tendrá en cuenta el número de pacientes atendidos y el ingreso que obtiene por su atención. Es esta una situación

extrema donde el ingreso es el único objetivo de los profesionales.

Las características del juego son:

Existen dos jugadores neutrales al riesgo:

- El agente: el médico.
- El tercer pagador: la aseguradora, como principal de la relación, delegando en el médico la atención de sus asegurados (que en este caso actúa también como agente del paciente, que delega en el la responsabilidad del pago ante eventuales acontecimiento sanitarios)

Todos los jugadores tienen como objetivo maximizar una función de utilidad sencilla.

La función de utilidad del Médico viene dada por:

$$UM=U(W,Np)$$

UM: utilidad del médico.

W: retribución o pago que realiza la aseguradora al médico.

Np: número de pacientes atendidos.

En este caso, existe una relación positiva entre la retribución que recibe y la utilidad del médico y una relación negativa entre el número de pacientes que atiende y su utilidad, ya que suponemos que el médico valora su tiempo de ocio.

La función de utilidad de la aseguradora es:

$$UA=UA(W, Np)$$

UA: utilidad de la aseguradora.

W: retribución o pago que realiza la aseguradora al médico.

Np: número de afiliados.

Existe una relación negativa entre W y la utilidad de la aseguradora, ya que el ingreso de los médicos es el costo para la aseguradora, y una relación positiva entre la utilidad y el número de afiliados.

En primer momento la aseguradora decide la forma de pago y le realiza la propuesta al médico. Las formas de pago pueden ser tres:

- Capitación: $w \cdot NA$
- Pago por acto: $w \cdot Np$.
- Salario fijo: \bar{W}

El médico puede aceptar o no el contrato.

Si lo acepta, juega la naturaleza determinando la necesidad o no de los pacientes al concurrir a una consulta. Recordemos que la necesidad puede ser evaluada mejor por el médico que por el paciente con lo cual existe un problema de información:

p_1 : probabilidad que un afiliado asista a la consulta dado que lo necesita.

p_2 : probabilidad que un afiliado asista a la consulta dado que no lo necesita.

$1 - p_1 - p_2$: probabilidad de que un paciente no asista.

El timing del juego es:

t_0 : la aseguradora decide que tipo de contrato va a presentar.

t_1 : la aseguradora presenta el contrato al médico.

t_2 : el médico decide si acepta o no el contrato.

t_3 : si el médico acepta juega la naturaleza y decide si va a presentarse algún asegurado a la consulta según las probabilidades asociadas.

t_4 : El médico induce una nueva consulta dado que el paciente lo necesita o no, o no induce una nueva consulta dado que el paciente lo necesite o no.

t_5 : se realizan los pagos.

La aseguradora, al decidir la forma de pago, influye directamente en el resultado del juego. Cada forma de pago envía una señal distinta al médico.

Ambos jugadores tienen un doble incentivo: por un lado el médico desea incrementar sus ingresos pero por el otro le interesa disminuir la cantidad de pacientes al día, mientras que la aseguradora, al intentar maximizar sus beneficios, necesita minimizar el pago al médico. Por otro lado, a fin de mantener el número de sus asegurados, requiere que la atención médica sea buena, esto suponiendo que no exista población cautiva.

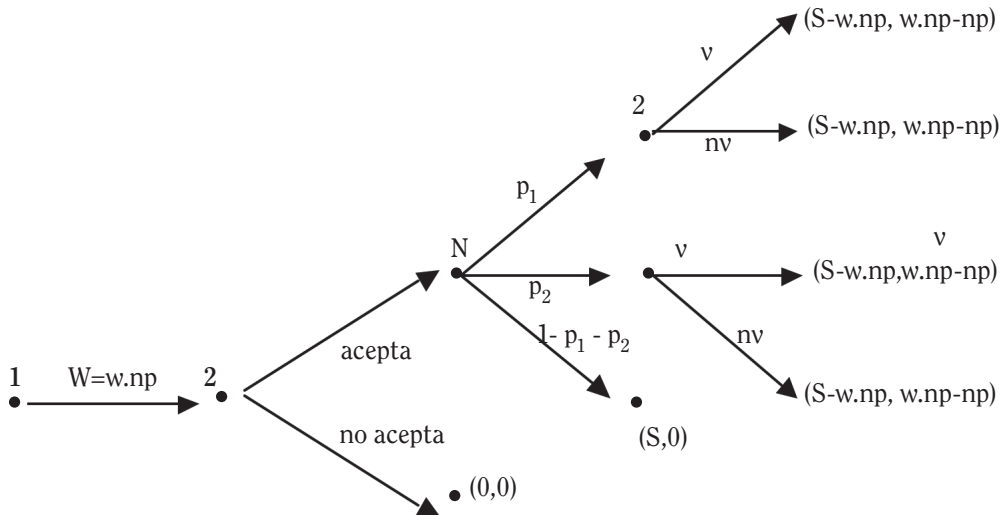
Suponemos que el paciente vuelve siempre que lo requiera el médico, y que su satisfacción está relacionada con el número de visitas que realiza.

Por otro lado S nos muestra el ingreso total de la aseguradora que depende del número de pacientes asegurados.

Según la forma de pago que decida nos enfrentamos a tres juegos distintos que se analizarán a continuación.

3.1 Pago por acto:

FIGURA 1



Fuente: realización propia

En este caso existe un incentivo para el médico a aumentar el número de pacientes atendidos a fin incrementar W. Por otro lado, su utilidad disminuye por el aumento del número de pacientes. Si suponemos, a modo de simplificación que cada paciente le produce una desutilidad igual a 1; si w es mayor que 1, el médico tiene un incentivo para inducir una nueva consulta tanto si el paciente lo necesita como si no.

En cuanto a la aseguradora, hay un claro incremento de los montos de pago por servicios médicos sin necesariamente un aumento en la calidad asociada a los mismos. En algunos casos, las visitas reiteradas al médico pueden crearle al paciente cierto grado de malestar por el costo de oportunidad del tiempo y gastos directos de traslado a la consulta, con lo cual puede notarse en algunos casos cierta disminución de la calidad percibida. Aunque en general este sistema es el que mayor calidad percibida genera. Es utilizado generalmente por aseguradoras privadas

que requieren mantener a los pacientes dentro de su seguro o captar nuevos.

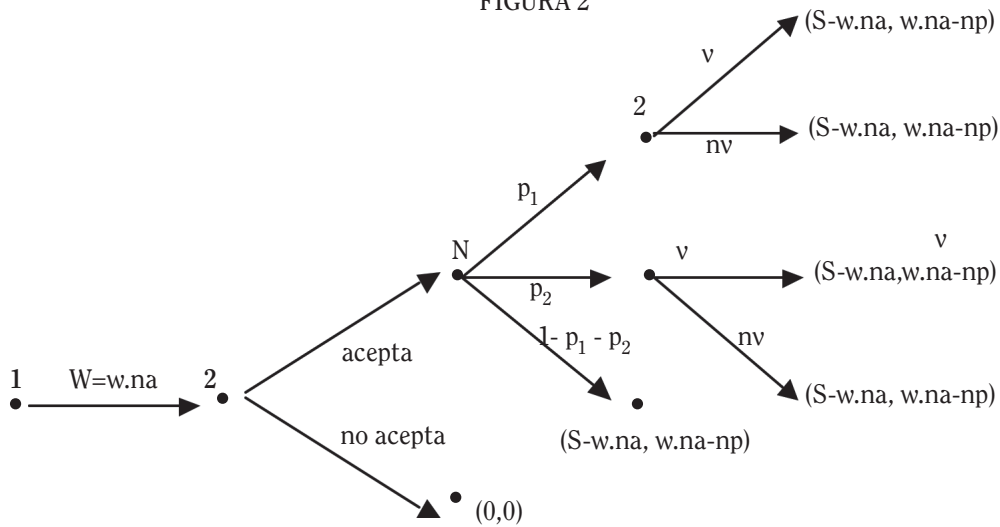
3.2 Pago por cápita.

Aquí el médico recibe el mismo pago por proteger una cierta población realice o no atención a pacientes, por lo tanto, debido a la desutilidad producida por cada atención tiene un incentivo para no inducir demanda, tanto sí es necesaria una nueva visita como si no lo es.

Este resultado puede variar si se incorporan otros conceptos no analizados en este trabajo, como la ética profesional, el prestigio, la satisfacción de los pacientes, la calidad de la prestación, etc.

Desde el punto de vista de la aseguradora, quien traslada el riesgo al médico, la inducción de demanda no aparece como un problema, ya que los costos del mismo son afrontados por el profesional.

FIGURA 2



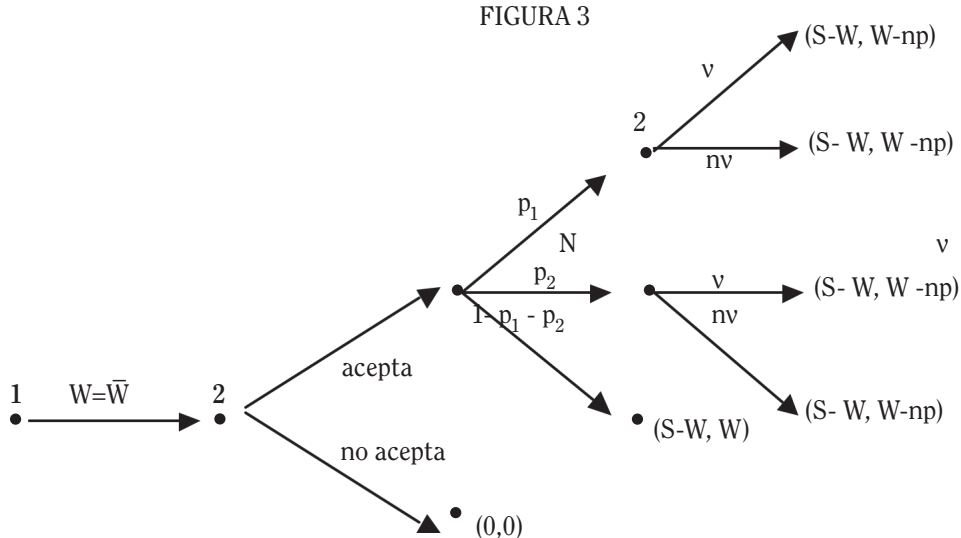
Fuente: realización propia

Las dificultades de este sistema se asocian con la calidad de las prestaciones y la satisfacción del paciente. En el caso de una aseguradora privada afectarían directamente el número de asegurados y por lo tanto los ingresos, pero en el caso de la Seguridad Social, donde muchas Obras Sociales tienen población cautiva, la disminución de los ingresos por desafiliación no sería significativo. En muchas ocasiones este sistema se asocia con el de *médicos de cabecera* donde constituyen una verdadera llave de acceso al sistema ya que es

necesaria su derivación para acceder a la consulta de especialistas. En estos casos se incrementa la cantidad de trámites necesarios para determinadas consultas, desincentivando su realización y provocando una vez más una baja percepción de la calidad del sistema en general, aunque se logra disminuir los costos de la atención médica. Nuevamente aquí la adopción de este método dependerá de las características y objetivos de la aseguradora.

3.3 Pago por salario

FIGURA 3



Fuente: realización propia

En este caso, al igual que el de pago por capitación, el riesgo lo asume el médico. La aseguradora se limita a pagarle una suma fija independientemente del número de pacientes que atienda y de cual sea la población a cubrir.

El médico tomará su decisión basándose en el número de asegurados (n_a) ya que cuando mayor sea este, mayor será el número probable de visitas.

Desde el punto de vista de la aseguradora, presenta los mismos beneficios e inconvenientes que el sistema anterior. Este sistema es mayormente utilizado en las instituciones hospitalarias, especialmente las públicas, y son una buena opción para mantener los gastos en honorarios médicos dentro de lo presupuestado, más aún teniendo en cuenta que los recursos humanos absorben entre el 70 y 80% del total en instituciones hospitalarias.

La inducción de demanda en este caso y bajo estas condiciones, no es un problema, pero nuevamente aparecen inconvenientes de calidad y satisfacción. El buen desempeño en este sistema está relacionado con la capacidad de supervisión por parte de los pagadores. En especial en Argentina, donde los salarios de los médicos hospitalarios, en especial en el sector público, son bajos, la permanencia dentro de estas instituciones se origina en la posibilidad de aprendizaje y reputación más que en el ingreso. Aquí gran parte de los médicos actúan simultáneamente en el sector público y el privado ajustando su ingreso mediante la disminución del tiempo dedicado al hospital público (con un ingreso fijo) para aumentar su tiempo en el sector privado (el ingreso tiende a ser variable). Esto es consecuencia de un escaso control horario.

REFLEXIONES FINALES

La inducción de la demanda realizada por la oferta se ha constituido en un tema central dentro de la bibliografía de economía de la salud. Las fallas del mercado, especialmente los problemas de información, constituyen un impedimento para que este mercado funcione correctamente. Esto ha despertado el interés de

los economistas, quienes han intentado explicar a través de distintos modelos con variables diferentes una situación de cierta preponderancia del sector médico sobre los pacientes y financiadores de la salud. Esta situación lleva a un incremento de la demanda de bienes y servicios sanitarios que puede no corresponderse con las verdaderas necesidades de los pacientes y un costo más elevado para los financiadores.

Desde el punto de vista práctico, las aseguradoras, los pacientes (como pagadores) o el Estado se encuentran ante este problema que les provoca incrementos constantes en los costos no siempre acompañados con mejores resultados sanitarios ni crecientes grados de satisfacción.

Los mecanismos de pago por servicios médicos generan una parte importante de los incentivos para inducir o no los pacientes a nuevas visitas. Lo mismo sucede con la ausencia de incentivos para evitar las derivaciones, pruebas para diagnósticos y tratamientos innecesarias, que agravan aún más el problema, especialmente ante la presencia de terceros pagadores. Las características del médico, que puede incorporar otras variables dentro de su función objetivo, como la ética, la satisfacción del usuario, la investigación, entre otras, determinarán en última instancia variaciones sobre los resultados aquí expuestos.

Cada forma de pago presenta ciertas ventajas y desventajas. En este trabajo, que constituye un ejercicio simple donde se incluye solo el pago dentro de la función de utilidad del médico, se han tomado las formas más representativas aunque puede extenderse fácilmente a otras. En el caso del pago por prestación, hay una clara inducción de demanda, pero la satisfacción del paciente es mayor. Existen mayores incentivos a inducir cuando más elevado sea la remuneración por acto. En cuanto a los otros dos sistemas, dependen exclusivamente del valor de la cápita o del salario, pero bajo las condiciones aquí presentadas no habría incentivos para inducir. Estos sistemas pueden provocar una disminución de la calidad (pacientes que deberían realizar una nueva visita y no la hacen, largas colas, listas de espera, disminución de las horas de atención en el caso

de que no exista supervisión, disminución en el tiempo de la consulta) y por supuesto de la satisfacción ya que debido a la falta de información los pacientes no distinguen el *deseo* con la *necesidad* de determinadas prestaciones.

Existen medidas que disminuyen el riesgo de baja calidad pero en muchos casos el costo es elevado. El monitoreo del desempeño médico, aunque difícil, es posible, y puede bajo ciertas condiciones contribuir notoriamente. El control a los prestadores, mediante sistemas de auditoría disminuye la calidad de las prestaciones aumentando el costo en tiempo de los afiliados, como también el costo administrativo de las aseguradoras que se traduce en mayores primas de seguro.

Existe la posibilidad de ajustar los sistemas de pago a los objetivos de disminución de costos del que paga los servicios, sin renunciar a la calidad de las prestaciones. En la mayoría de los casos parecería factible la implementación de sistemas de pagos combinados.

En sistemas sanitarios con escasa regulación de la oferta médica, tanto en número como en calidad, este problema puede ser importante y constituirse en uno de los factores causante del incremento en los gastos del sector sanitario. Esta situación es clara en sistemas mixtos, donde los profesionales se desempeñan simultáneamente en más de un sector, bajo condiciones distintas, mostrando comportamientos diferentes, en función al sistema de incentivos que enfrentan en cada uno. Modificar estos sistemas de incentivos puede arrojar resultados interesantes que se adecuen a los objetivos finales de cada financiador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cromwell, J. y J. Mitchell (1986), "Physician-induced demand for surgery", *Journal of Health Economics*, 5: 293-313.
- Donaldson, C., Gerard, K. (1993) "Economics of Health Care and Financing: The Visible Hand". Macmillan, 1993.
- Dranove, D. (1988): "Demand Inducement and the Physician-Patient Relationship", *Economic Inquiry*, N° 26: 281-298 (1988).
- Evans, Robert (1974). "Supplier-Induced Demand; Some empirical evidence and implications," in Mark Perlman, ed., *The economics health and medical care*. London 1974.
- Feldstein, Paul. *Health Care Economics*. Delmar Publishers. 1999.
- Folland, S; Goodman, A; Stano, M. *The Economics of Health and Health Care*. Prentice Hall. 1997.
- Fuchs VR and Kramer M (1972), 'Determinants of expenditures for physician services in the United States, 1948-1968', National Bureau of Economic Research, National Center for Health Services Research and Development, DHEW Publication (HSM), 13 December, pp17-30.
- Green, Y (1978) Physician-Induced Demand for Medical Care *The Journal of Human Resources*, Vol. 13, No. 0, Supplement: National Bureau of Economic Research Conference on the Economics of Physician and Patient Behavior. (1978), pp. 21-34.
- Hay, J. and Leahy, M. (1982): "Physician induced demand: An empirical analysis of the consumer information gap", *Journal of Health Economics*, Vol 1, issue 3. 231-244.
- Labelle, R.; Stoddart, G; Rice, R. (1994) A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand *Journal of Health Economics*, Volume 13, Issue 4, 1994, Pages 491-494
- Mc Guire, T, and Pauly M., Physician responses to fee changes with multiple payers. *Journal of Health Economics* N° 10, 385-410

- Pauly, Mark and Satterhwaite, Mark (1981): "The Pricing of Primary Care Physicians' Service: A Test of the Role of Consumer Information", *Bell Journal of Economics*, N°12, 488-506.
- Phelps, Charles. *Health Economics*. Addison-Wesley. 1997.
- Rice, T., and Labelle, R. (1989) "Do Physicians Induce Demand for Medical Services?" *Journal of Health, Politics, Policy and Law* 14, no. 3. 255-274.
- Richardson J (1981) *Supply and Demand for Medical Care: Or, Is the Health Care Market Perverse?*. The Australian Economic Review 34 (3), 336-352.
- Rochaix, Lise (1989), "Information Asymmetry and Search in the Market for Physician Services," *Journal of Health Economics*, N°8, 53-84
- Roemer, Milton I. (1961): "Bed supply and hospital utilization", *Journal of the American Hospitals Association*, vol. 35 36-42.
- Rossiter Louis and Wilensky, Gail (1984) "A Reexamination of the Use of Physician Services: The Role of Physician-Initiated Demand," *Inquiry* vol. 20, pp. 162-172.
- Shain, M. and Roemer, M (1959): "Hospital Utilization under insurance". American Hospital Association, Monograph Series N° 6 Chicago.
- Sloan F. and Feldman R., (1988): "Competition Among Physician, Revisited," *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 13, N° 2: 239-260.
- Stano, M., J. Cromwell, J. Velky y A. Saad (1985), "The effects of physician availability on fees and the demand for doctors' services", *Atlantic Economic Journal*, 13 (2): 51-60.
- Temporelli, Karina. "Demanda de asistencia sanitaria: la utilidad del médico como determinante" en *Ensayos de Economía de la Salud*. Eusebio Cleto del Rey editor, Editorial Temas, 2007
- Temporelli, Karina. *Análisis económico de la salud y la asistencia sanitaria. El caso argentino*. Tesis doctoral. Universidad nacional del Sur.
- Wilensky, Gail and Rossiter, Louis (1983): "Identification of Physician-Initiated Demand", *Journal of Human Resources*, N°19 (2) 231-244.
- Wilensky, Gail and Rossiter, Louis (1987) "Health Economist-Induced Demand for Theories of Physician-Induced Demand", *The Journal of Human Resources*, Vol. 22, No. pp. 624-627.
- Zweifel, P. (1981), "Supplier-induced demand in a model of physician behavior", en J. van der Gaag y M. Perlman (eds.), *Health, Economics, and Health Economics*, Amsterdam: North Holland.