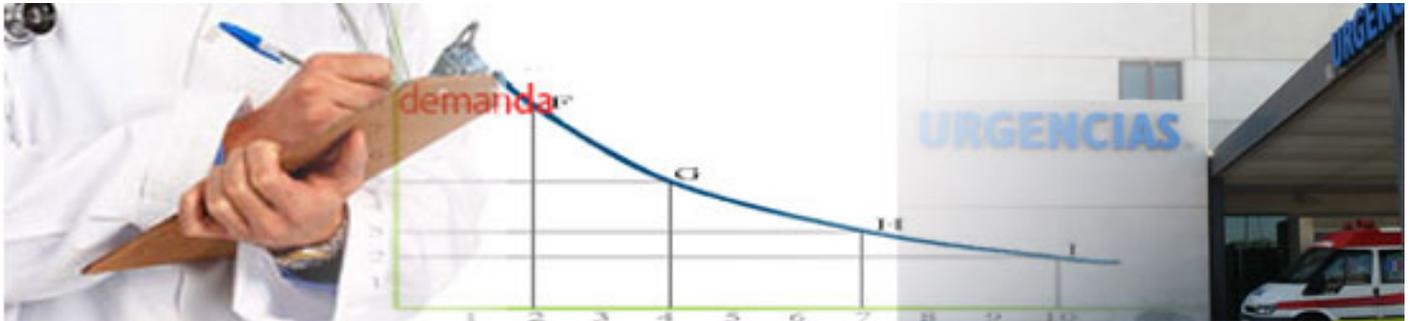


1.8 Análisis de la demanda en la sanidad



Desde las características básicas de la economía, se estudian las peculiaridades de la demanda sanitaria: ¿salud o servicios asistenciales?; ¿aseguramiento o prestación sanitaria?

Autor: Juan A. Gimeno Ullastres

Catedrático de Economía Aplicada, UNED

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Gimeno Ullastres Juan A. Análisis de la demanda en la sanidad [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012 [consultado día mes año]. Tema 1.8. Disponible en: [direccion url del pdf.](#)



TEXTOS DE ADMINISTRACION SANITARIA Y GESTIÓN CLINICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Introducción

La sanidad presenta todos los rasgos de cualquier servicio económico, con producción a partir de recursos escasos, con un mercado de oferentes y demandantes... que lo hacen atractivo para el análisis económico. Un mercado con notorias peculiaridades.

Haremos una aproximación a las características básicas de la economía, al funcionamiento del mercado, al comportamiento de

la demanda y la oferta y a la formación de los precios.

Introducción

1. La economía

2. El mercado

2.1. Demanda y oferta

2.2. El equilibrio

2.3. Efectos renta y sustitución

2.4. Las elasticidades

3. La demanda de salud y de asistencia sanitaria

3.1. La demanda de salud

3.2. La demanda de asistencia sanitaria

3.3. Demanda indirecta

3.4. Relación de agencia

Conclusiones

Con esos conceptos fijados se pasará a reflexionar sobre las peculiaridades de la demanda de salud y de atención sanitaria. Aunque la base de explicación de la demanda pueda ser similar, las diferencias respecto a otros bienes obligan a un análisis diferente y, en muchos aspectos, más complejo.

¿Se demanda atención sanitaria o se demanda salud? Será preciso estudiar los aspectos que influyen sobre la demanda de salud y analizar después las peculiaridades de la demanda de atención sanitaria.

Aspectos esenciales de esa demanda, además de los habituales, serán tanto el fenómeno del aseguramiento como la relación entre médico

y paciente, que conlleva que éste descargue sobre aquel buena parte de las decisiones de demanda de servicios sanitarios.

¿Quién es, entonces, el demandante? ¿Existe realmente una demanda de atención sanitaria?

1. LA ECONOMÍA

Denominamos bien a todo aquello, material o inmaterial, que permita satisfacer una necesidad humana. Los de carácter inmaterial reciben habitualmente el nombre de servicios. A la acción de adquirir los bienes y disponer de ellos la denominamos consumo, que es el camino para satisfacer nuestras necesidades. Mientras que las necesidades humanas son ilimitadas – al fin y al cabo los deseos de los hombres son infinitos – los bienes que nos permiten satisfacerlas son escasos. Empezando por el

Son bienes sustitutivos los que pueden satisfacer necesidades similares; los bienes complementarios son los que se utilizan conjuntamente para satisfacer la misma necesidad.

tiempo de que disponemos para ello. Decimos que dos bienes son **sustitutivos** entre sí si pueden satisfacer, más o menos satisfactoriamente, la misma necesidad. Llamamos bienes **complementarios** a los que se utilizan conjuntamente para satisfacer la misma necesidad

A todos los bienes que sirven para producir otros se les denomina recursos o factores productivos y considerarlos como limitados nos lleva a situarnos en los dos núcleos centrales de la problemática económica: la escasez y la elección.

La Economía es el estudio del modo en que los hombres y la sociedad eligen y deciden cómo utilizar los recursos que son escasos y que normalmente se podrán utilizar para producir bienes distintos con los que satisfacer, mediante su consumo, necesidades alternativas.

El economista supone de partida que cada sujeto se comporta de forma racional. Implícita o explícitamente toda persona valora los costes y los beneficios que se derivan de las distintas alternativas y sólo si los segundos superan a los primeros estará dispuesto a tomar una decisión positiva. En las teorías económicas se confía en que la descripción de los comportamientos sea razonablemente coincidente con los valores medios, de forma que los pronósticos referidos a las reacciones colectivas (más que a las individuales) no difieran en exceso de la realidad.

El intercambio es imprescindible para que pueda funcionar una sociedad con división del trabajo y especialización. Sólo se aceptarán éstas si existe garantía de que cada sujeto podrá obtener aquello que necesita a cambio de lo producido por uno mismo. Para ello surge la necesidad de que haya algún bien que cumpla la doble misión de ser aceptado como **medio general de pago** y de servir de unidad de cuenta. Ese bien recibe el nombre genérico de **dinero**. Los acuerdos de intercambio ganan en facilidad si todos los vendedores podemos fijar el precio en una unidad de referencia conocida universalmente y todos los compradores reconocer lo que podemos adquirir con nuestros recursos.

El esquema descrito de funcionamiento de la actividad económica nos apunta ya la presencia de dos sujetos o agentes económicos básicos: los productores de los bienes y los consumidores de

los mismos. Junto a esos dos agentes básicos, empresas y economías domésticas, aparece en seguida un tercer agente: el Estado.

Cuando los intercambios entre economías domésticas y entre éstas y las empresas se realizan libremente, los productores y los consumidores acuerdan precios y cantidades en el sistema que denominamos **de mercado**.

El término mercado se refiere a cualquier mecanismo que permite acordar precios y cantidades de intercambio. Las características de los bienes y servicios y de quienes los compran y venden en cada caso, son muy diferentes. Por eso nos encontramos con estructuras de mercado muy distintas.

A pesar de las diferencias, en todas ellas se enfrentan los intereses de compradores, que quieren el mayor número de bienes y servicios al menor precio posible, y de vendedores, que aspiran a aplicar el precio más elevado que aquellos estén dispuestos a pagar. El acuerdo entre las partes determina qué se comercia, qué cantidad y a qué precio.

Como existen recursos limitados, tenemos que conseguir utilizarlos de la mejor forma posible para poder satisfacer el máximo de necesidades. Es decir, tenemos que ser eficientes. La **eficiencia** es un término consustancial en el análisis económico y supone que somos capaces de obtener el máximo de objetivos con el mínimo coste.

Conviene no confundir eficiencia y eficacia. La eficacia implica que nos marcamos un objetivo y lo conseguimos. Un ejemplo típico es el de "matar moscas a cañonazos". Es un método eficaz (si lo hemos conseguido) pero no eficiente porque hay métodos alternativos con costes mucho menores.

Cuando hablamos de "cuánto ha costado algo", en el lenguaje cotidiano y en la contabilidad de las empresas, frecuentemente nos referimos al pago monetario directo que ha implicado su

Se entiende por mercado el mecanismo que permite encontrar un equilibrio, en precios y cantidades, entre los intereses contrapuestos de quienes demandan un bien y servicio y quiénes lo ofrecen

Si podíamos haber conseguido los mismos objetivos con menos costes, la opción elegida no es eficiente porque ha implicado mayores costes de oportunidad, mayor renuncia a otros bienes y servicios de la que habría sido necesaria.

obtención. Sin embargo, somos conscientes de que en muchas de nuestras elecciones cotidianas el coste más importante puede ser la renuncia que esa opción conlleva de otras posibilidades. La eficiencia exige tomar en consideración esos costes de oportunidad.

2. EL MERCADO

2.1. Demanda y oferta

La demanda de bienes, como se ha dicho, refleja los deseos de los consumidores. A cada precio le correspondería, al menos teóricamente, una cantidad demandada del producto. Para casi todos los bienes y servicios existe un punto de saturación a partir del cual no compensa consumir más, ni aun siendo gratuito. Podría admitirse una afirmación general que señalara que cuando el precio es igual a cero la cantidad demandada tiende a crecer más allá de lo socialmente necesario en cuanto que ese consumo implique costes de oportunidad..

Si el precio de un bien sube, la cantidad demandada desciende porque los consumidores sustituirán progresivamente ese producto por otros similares o, simplemente, dejarán de consumirlo. A partir de un cierto precio, los demandantes consideran que el producto es excesivamente caro y está fuera de sus posibilidades o/y prefieren comprar otros bienes.

Como en el caso de la demanda, la oferta es una descripción completa de la cantidad que desearían vender los oferentes a los diferentes precios. Por debajo de un cierto precio no se ofertará cantidad alguna porque los costes que exigiría esa producción serían superiores a lo que pudiera obtener vendiéndola y los oferentes potenciales preferirían dedicarse a otras actividades rentables. Sólo si al menos esperan obtener el mínimo indispensable para que compense la producción, se ofertará el bien en cuestión. A medida que el precio vaya creciendo, los oferentes estarán dispuestos a hacer llegar más cantidad al mercado.

La demanda de bienes, refleja los deseos de los consumidores para cada nivel de precios y dadas unas determinadas circunstancias, para un bien o servicio determinado. Cuanto más elevado es el precio, los consumidores demandarán menos cantidad del bien, y viceversa

La oferta marca los mínimos precios que están dispuestos a aceptar los vendedores. ¿Por qué este límite? Porque por debajo de esos precios no se cubren los costes que han sido necesarios para la producción de esos bienes. Esa producción se ha realizado a través de la utilización de unos factores productivos (maquinaria, trabajo, tierra, compra de materiales, préstamos...) cuya remuneración supone unos costes que el vendedor aspira a recuperar a través de las ventas correspondientes. Los cambios de los precios de estos factores afectan a los costes de producción y, por tanto, a la cantidad que están dispuestas a ofrecer las empresas a cada precio.

2.2. El equilibrio

Cuando los precios son bajos, la cantidad demandada es superior a la ofrecida, es decir, se produce un exceso de demanda. Como el producto es muy barato a los ojos de los consumidores, serían muchos los que desearían comprar una gran cantidad. Por el contrario, los bajos ingresos que obtendrían los oferentes motiva que sean muy pocos los dispuestos a producir a precios tan reducidos. El producto se agotaría antes de que pudiera comprarlas todo el que lo desea. Esta situación presionaría los precios al alza y atraería nuevos oferentes hasta que se consiguiera un equilibrio.

Por el contrario, cuando los precios son muy altos, la cantidad ofrecida es superior a la demandada. En esta situación hay un exceso de oferta. Los oferentes ven atractivo dedicar esfuerzos a producir más pero los demandantes lo encuentran demasiado caro y prefieren orientar su demanda hacia otros bienes alternativos, relativamente más baratos. Se producirían excedentes porque los demandantes no absorberían toda la oferta disponible. Los precios tenderían a bajar también hasta el equilibrio.

Ha de existir un precio intermedio para el cual la cantidad ofrecida y la cantidad demandada son iguales: los oferentes pondrán en el mercado la cantidad que los demandantes están dispuestos a comprar a ese precio. El precio tenderá de hecho hacia el nivel de equilibrio debido a que cuando no está en ese nivel existen razones para que cambie.

Como regla general, la oferta expresa los deseos de los productores. Éstos a medida que se incrementa el precio estarán dispuestos a ofrecer una cantidad mayor, y viceversa

Cualquier aumento de los costes supone que los vendedores tienen que exigir mayores precios para vender la misma cantidad o que están dispuestos a ofrecer menos cantidad de producto para igual precio. Una reducción de los costes permitirá ofertar más producto o/y más barato.

Satisfacer una demanda a precios inferiores a los de equilibrio implicará normalmente colas, deterioro de la calidad o/y pérdidas (subvencionadas o no) entre los oferentes.

Aunque existan desajustes temporales, el mecanismo del mercado hace que el precio del producto tienda a ser el de equilibrio siempre que se den determinadas condiciones

Normalmente, la demanda de un bien aumentará si suben los precios de los bienes sustitutivos, bajan los de los complementarios, aumenta la renta o juegan a su favor otros factores sociales como los gustos, las modas, el trato recibido de los poderes públicos, etc.

La demanda cambia si lo hacen los factores subyacentes en la misma. Los más relevantes podemos resumirlos en tres: **los precios de los demás bienes, el nivel de renta** y un conjunto heterogéneo de variables que englobaríamos bajo la denominación genérica **de factores sociológicos y psicológicos**.

También en el caso de la oferta podemos destacar algunos factores relevantes que influyen decisivamente en la misma: los costes de los factores, la tecnología, los precios de los restantes bienes, y otros factores que, también ahora, englobaremos bajo la denominación genérica de sociológicos y psicológicos.

Efectos de las variaciones en oferta o demanda		
VARIACIÓN	EFFECTO SOBRE EL PRECIO	EFFECTO SOBRE LA CANTIDAD
Aumenta la demanda	Aumenta	Aumenta
Aumenta la oferta	Disminuye	Aumenta
Disminuye la demanda	Disminuye	Disminuye
Disminuye la oferta	Aumenta	Disminuye

En la vida real se puede afirmar que las *restantes condiciones*, los factores subyacentes, están variando con muchísima frecuencia. Por lo tanto, la demanda y la oferta en sí mismas están sujetas a continuos movimientos que hacen que el punto de equilibrio varíe permanentemente. Ello producirá desajustes momentáneos. Sin embargo, como se ha visto, los excesos temporales de oferta o de demanda tienden a corregirse automáticamente (en el sentido de que no es necesaria ninguna decisión externa) porque el mecanismo de mercado empuja precios y cantidades hacia la posición del nuevo equilibrio.

En teoría, es la demanda la que marca la dirección de la producción. Si aumenta la demanda de un bien, subirán sus precios y aumentarán los beneficios que pueden obtener las empresas productoras del sector. Si desciende la demanda, por el contrario, bajan precios y beneficios. Los productores de este sector desearán trasladarse hacia aquellos otros en los que hay expectativas de beneficios más elevados, por lo que desplazarán

recursos en esa dirección.

Obsérvese que en esta democracia del mercado no rige el principio de una persona, un voto, sino el de un euro, un voto. Los agentes tienen poder diferente según su capacidad económica.

2.3. Efectos renta y sustitución

En cada decisión de consumo comparamos la utilidad adicional que nos van a reportar los distintos bienes en función de su precio: nos decidimos por consumir aquella unidad de aquel bien que pueda hacernos aumentar nuestra utilidad total con menor coste. Si el precio sube, cada euro dedicado a ese bien nos proporciona menos utilidad. Además los recursos dedicados a un determinado bien o servicio ya no pueden dedicarse a otros (coste de oportunidad).

Cuando sube el precio de un bien, el efecto más evidente es que resulta más caro relativamente que los demás bienes, menos atractivo que antes de la subida. Consecuentemente, una primera reacción será **sustituir**, en la medida de lo posible, algo del consumo del bien encarecido por bienes que son ahora más baratos en términos relativos. Una variación del precio supone también una alteración de la renta real porque disminuye nuestro poder adquisitivo. Por lo tanto, si suben los precios (de todos o de algunos bienes), somos más pobres que antes y podemos consumir, en principio, menos de **todos** los bienes. Si bajan, somos más ricos.

Como regla general, cuando aumenta la renta aumenta la demanda de la mayoría de los bienes. No lo hará en la misma proporción en todos los bienes, pero prácticamente todos experimentarán una variación al alza. Normalmente, el aumento del consumo es proporcionalmente menor que el experimentado por la renta, es decir, cada consumo individual supone un porcentaje decreciente del total de los ingresos según éstos se elevan. Cuando el aumento del consumo es proporcionalmente mayor que el de la renta se dice que nos encontramos ante un **bien superior**.

Algunos bienes de escasa calidad o que satisfacen imperfectamente

Los mercados reales presentan frecuentemente dificultades para conseguir el equilibrio. Ello no invalida el análisis en cuanto que descriptivo de las fuerzas básicas que empujan precios y cantidades en una u otra dirección, pero obliga a relativizar los resultados de lo que no es sino una simplificación de fenómenos extremadamente complejos.

En las decisiones de consumo elegimos las combinaciones que nos proporcionan mayor utilidad en relación con su precio.

El efecto-sustitución derivado de las variaciones de precios de algunos bienes supone que se tiende a desviar el consumo en favor de los bienes que han visto descender sus precios en términos relativos y en contra de aquellos que se han encarecido relativamente

Normalmente un aumento en la renta conlleva un incremento en el consumo de todos los bienes, aunque en menor proporción que aquel. Si el aumento del consumo de un bien es mayor proporcionalmente, hablamos de bienes superiores; si es menor, de bienes inferiores.

las necesidades van siendo sustituidos por otros mejores cuando el nivel de renta lo permite: su demanda va disminuyendo cuando la renta aumenta porque van dejando de consumirse paulatinamente. Estos bienes son calificados como **bienes inferiores**.

En general se podría decir que lo mismo ocurre en sentido contrario: cuando baja la renta tenderá a disminuir la demanda de los bienes normales y a aumentar la de los bienes inferiores. Sin embargo existe una tendencia a intentar mantener las pautas de consumo ya conseguidas. Por lo tanto, si el descenso es leve o se considera temporal, es probable que no disminuya la demanda de los bienes normales (o lo haga en muy pequeña medida) y, sobre todo, es improbable que vuelva a crecer la demanda de los bienes inferiores. Sin embargo, si la disminución en la renta (siempre en términos reales) es fuerte o prolongada, cabe esperar no sólo que baje la demanda de casi todos los bienes sino que, incluso, aumente la de los inferiores.

2.4. Las elasticidades

Las reacciones de los consumidores ante las variaciones en el precio no van a ser las mismas para todos los bienes y servicios. En unos casos, el efecto va a ser prácticamente imperceptible, en otros puede suponer incluso dejar de consumirlo si su precio se considera excesivamente alto. Por ello, nos interesará saber **cuánto** varía la cantidad demandada.

Se denominará **elasticidad-precio** o, más simplemente, **elasticidad de la demanda** a la sensibilidad de la cantidad demandada ante las variaciones en el precio. Se medirá comparando el porcentaje en que varía la cantidad demandada con el porcentaje en que ha variado el precio.

Cuando se calcula el valor de la elasticidad existen básicamente tres posibilidades:

- Que el porcentaje en que varía la cantidad sea superior al porcentaje en que varió el precio. En tal caso, la demanda es muy sensible a las variaciones del precio y se dirá que la demanda es **elástica**.

- Que el porcentaje en que varía la cantidad sea inferior al porcentaje en que varió el precio. En tal caso, la demanda es muy poco sensible a las variaciones del precio y se dirá que la demanda es **inelástica o rígida**.
- Que el porcentaje en que varían la cantidad demandada y el precio sea exactamente igual. En tal caso, se dirá que la demanda tiene una elasticidad **unitaria**.

Una de las utilidades más importantes de conocer la elasticidad de una demanda es poder evaluar las consecuencias de la variación en el precio de un bien sobre el gasto total en el mismo. Si el precio más alto se encuentra con una demanda muy sensible (elástica): la cantidad demandada se reduce en mayor proporción y, consecuentemente, el gasto total disminuye. Si, por el contrario, el precio bajara, la reacción de la cantidad demandada sería muy fuerte, incrementándose el gasto total.

Elasticidad de la demanda y gasto total

Demanda	Precio	Gasto total.
Elástica	Sube	Baja
	Baja	Sube
Inelástica	Sube	Sube
	Baja	Baja
Unitaria	Sube	No varía
	Baja	No varía

En el caso de un bien con demanda rígida los resultados serían opuestos. La subida del precio provocaría una reducción de la cantidad proporcionalmente menor y, por lo tanto, predominaría el efecto alcista del precio sobre el bajista de la cantidad: la cantidad total gastada aumentaría. Lo opuesto sucedería ante un descenso del precio.

La elasticidad de la demanda de un bien o servicio depende, en primer lugar, de la existencia o no de buenos **sustitutivos**. Si sube el precio de un bien y existe otro que, por el mismo precio anterior, puede proporcionar exactamente la misma utilidad que reportaba aquel, los demandantes abandonarán el producto más

El efecto-renta derivado de las variaciones de precios de algunos bienes supone que se tiende a acomodar el consumo de todos los bienes al nuevo nivel de renta real. Salvo en el caso de los bienes inferiores, las elevaciones de precios implicarán una tendencia al descenso de las cantidades consumidas de todos los bienes y las reducciones de precios a un incremento

La elasticidad de la demanda es el resultado de comparar la variación porcentual de la cantidad demandada del bien respecto a la de su precio y permite medir la sensibilidad de la reacción de los demandantes ante las variaciones en los precios

Entre los diversos factores que afectan a la elasticidad de la demanda de un bien conviene considerar si tiene o no fáciles sustitutivos, el grado de necesidad del mismo, su importancia relativa en el presupuesto total, la adicción que genera y el plazo que se contempla

caro y optarán por el más barato¹. Por el contrario, si no existe más que una posibilidad de satisfacer una necesidad, porque cualquier alternativa o cubre sólo imperfectamente la necesidad o lo hace a un precio muy superior, los demandantes soportarán estoicamente las subidas de precio mientras éste no alcance niveles o inalcanzables o similares a los precios de los potenciales sustitutivos.

Un segundo factor relevante es el grado de **necesidad**: cuanto más prescindible o innecesario sea un bien, más fácil es que su demanda sea elástica; por el contrario, cuanto más necesario sea un bien, más probablemente tenderá su demanda a ser inelástica. La necesidad es en parte un concepto objetivo, pero tiene un importante componente subjetivo. Tal es el caso de la existencia de un cierto aspecto de **adicción** para el consumidor. Cuanto más presente esté ese factor, más rígida será la correspondiente demanda.

Otro factor que en la práctica puede resultar relevante es el **peso** que suponga ese determinado bien o servicio en el presupuesto total del consumidor. Un incremento en el precio de un bien que pasa prácticamente desapercibido en el conjunto de los gastos familiares tiene más probabilidades de no afectar a la cantidad consumida del mismo que si ese precio mayor obliga a replantearse todos los gastos, dado que mantener el consumo invariado resulta ya notoriamente imposible.

Por último, la elasticidad de la demanda será mayor cuanto mayor sea el **plazo** de tiempo que se considere. A corto plazo, la información puede ser deficiente y romper con la inercia de los comportamientos habituales requiere un cierto tiempo. Pero según pasa el tiempo, más fácil es que el consumidor reaccione ante el encarecimiento o abaratamiento relativo de unos productos frente a otros o, incluso, que resulte rentable poner en el mercado productos alternativos que, a precios más elevados, resulten ya competitivos.

Según el aspecto que interese se podría estimar la elasticidad de la demanda (es decir, su sensibilidad) respecto a cualquiera de

¹ En la práctica, factores como la inercia, la deficiente información, la costumbre, la moda o la fidelidad de los consumidores a determinadas marcas o productos hacen muchas demandas menos elásticas de lo que cabría esperar teóricamente.

los factores que en ella influyen. Por ejemplo, se podría estimar cómo varía la cantidad demandada de un servicio determinado tras una campaña informativa o según el mecanismo de retribución aplicado a los médicos de atención primaria. De todas estas posibles elasticidades hay dos que, por su mayor y más generalizada trascendencia así como por ser más fácilmente objetivables, destacan sobre las demás.

La elasticidad cruzada de un bien respecto al precio de otro se centra en cómo influye en la demanda de un bien la variación en el precio de los restantes bienes.

De acuerdo con lo que se ha visto, la subida del precio de un bien tiende a provocar:

- Una disminución en la demanda de los **bienes complementarios** (el valor de la elasticidad cruzada resultaría negativo).
- Un aumento en la demanda de los **bienes sustitutivos** (elasticidad cruzada positiva).
- Ningún efecto (o imperceptible) en los **bienes independientes** (elasticidad cruzada igual a cero).

La elasticidad cruzada de la demanda de un bien respecto a otro es el resultado de comparar la variación porcentual de la cantidad demandada del bien respecto a la variación porcentual del precio del otro y permite definir la relación existente entre ambos bienes

Relación	Precio de Y	Demanda de X
Complementarios	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Sube
Sustitutivos	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja
Independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • No varía • No varía

Otro factor que reiteradamente viene apareciendo como relevante para explicar las variaciones en la demanda de un bien es el nivel de renta. Si se relacionan los cambios en la cantidad demandada con las variaciones en la renta se obtiene la **elasticidad-renta**.

La elasticidad-renta de la demanda de un bien es el resultado de comparar la variación porcentual de la cantidad demandada de un bien respecto a la variación porcentual de la renta y permite determinar el tipo de bien de que se trata

De acuerdo con lo que se ha visto, la elevación de la renta provoca:

- Una disminución en la demanda de los **bienes inferiores** (el valor de la elasticidad resultaría negativo).
- Un aumento en la demanda de los **bienes normales**, si bien menos que proporcional, es decir, a un aumento en la renta le sigue un aumento en la cantidad demandada pero menor proporcionalmente.
- Un aumento más que proporcional en el caso de los **bienes superiores**, porque dedicamos más de esa nueva renta a los bienes antes menos asequibles.

Tipo de bien	Renta	Demanda de X
Inferiores	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Baja • Sube
Normales	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Sube (pero en menor proporción) • Baja (idem)
Superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Sube • Baja 	<ul style="list-style-type: none"> • Sube (en mayor proporción) • Baja (idem)

Aunque exista relación, no puede equipararse estrictamente la calificación anterior a otra más comúnmente utilizada cual es la de bienes de lujo y bienes de primera necesidad. La calificación de los bienes como de lujo o de primera necesidad es siempre relativa y cambiante a lo largo del tiempo en función de cómo evolucionen el nivel de vida y las costumbres de cada sociedad concreta.

Pueden calificarse como bienes de lujo aquellos cuyo consumo en los hogares absorbe un porcentaje creciente de la renta según crece ésta y como de primera necesidad aquellos que representan un componente muy importante del consumo de los hogares con menores ingresos

3. LA DEMANDA DE SALUD Y DE ASISTENCIA SANITARIA

3.1. La demanda de salud

En el campo sanitario, la hipotética definición de la demanda individual choca con numerosas dificultades. La primera nota destacada es que esa demanda de atención sanitaria es una **demanda derivada**, es decir, no se demanda porque directamente interese sino con carácter instrumental. Salvo en casos extremos, lo que los sujetos desean realmente, el factor que afecta a su bienestar y a su función de utilidad, es su estado de **salud**, no los cuidados recibidos. En la medida en la que aquella decae es cuando se pasa a demandar servicios que la devuelvan, en la medida de lo posible, a su estado anterior.

El estado de salud depende, como todo bien de capital, de la inversión previa realizada y del deterioro que pueda sufrir por distintos factores. La inversión en salud puede materializarse no sólo en asistencia sanitaria, sino también en el propio tiempo dedicado al cuidado de salud, que supondremos restado del tiempo de ocio. Cuanto más elevado es el salario, mayor es también el coste de oportunidad del ocio. Coste que es menor para las personas con menores ingresos.

El aumento en el bienestar de este comportamiento respecto a la ausencia de cuidados podría ser aún mayor si tomamos en consideración los posibles gastos que se derivarían de los cuidados derivados de la enfermedad (que reducirían la renta disponible efectiva menos que en el primer caso) y el aumento de la retribución que pudiera derivarse de la mayor productividad de la persona más sana. Amén del mayor bienestar que supone la mejora de salud.

Es importante detenerse brevemente para subrayar la importancia de la distinción entre inversión bruta e inversión neta. La diferencia entre una y otra viene motivada por la depreciación que sufre el capital de forma que

Inversión neta = Inversión bruta - depreciación del capital

La demanda de asistencia sanitaria es una demanda derivada: no interesa en sí misma sino en la medida en que sea necesaria para conservar el nivel adecuado de salud, que es el activo que realmente se desea y al que afectan otros muchos factores.

La inversión en salud es rentable si las ganancias derivadas de las mejoras en el estado de salud son superiores a las pérdidas en tiempo y dinero que aquella significa.

La primera recoge la cifra total de inversión. Pero sólo la segunda supone realmente un incremento del capital.

Una pérdida repentina respecto al stock deseado de salud obliga a una inversión urgente. Pero en términos netos el resultado es a menudo negativo si no llega a reponerse el nivel anterior.

Como casi cualquier bien de capital, la salud se deprecia con el tiempo y es preciso reponer esa pérdida de valor si queremos mantener nuestro stock al mismo nivel. Esa depreciación será tanto mayor cuanto mayor sea el deterioro que sufra nuestro activo salud. Lo cual depende en parte de las agresiones que pueda sufrir, tanto externas y aleatorias (contagios, epidemias...) como derivadas del propio comportamiento (consumo de drogas, alimentación deficiente...). Caer enfermo equivale a una pérdida repentina e inesperada del capital (algo así como el incendio que destruye nuestras existencias en almacenes). Si queremos reponer nuestro nivel de salud preexistente necesitamos una inversión nueva con carácter de urgencia que compense esa pérdida repentina.

Si, como es frecuente, el resultado no compensa totalmente la pérdida previa, el estado de salud resultante será inferior al preexistente: a pesar de haber aumentado la inversión bruta en salud, nuestro *stock* habrá disminuido. La inversión neta, por tanto, habría sido negativa.

La depreciación del bien salud aumenta con la edad porque la salud de las personas mayores tiende a deteriorarse más rápidamente que la de los jóvenes. El stock de salud óptimo disminuye con la edad lo que es compatible con que la demanda de asistencia sanitaria crezca con la edad.

Esa circunstancia se convierte en regla según aumenta la edad. Porque, al margen de esos episodios más o menos momentáneos, la regla general es que la depreciación del activo salud crece con el paso de los años. Lo que significa que la salud de las personas mayores tiende a deteriorarse más rápidamente que la de los jóvenes e implica que el *stock* de salud óptimo disminuya con la edad.

Hemos supuesto implícitamente un escenario de un solo momento, tomando en consideración de alguna forma toda la vida del sujeto. Pero la inversión en salud, como cualquier otra, no siempre rinde sus efectos inmediatamente sino en el futuro. Especialmente la *net*. Ello implica que:

- a) la inversión por una expectativa de mejor salud en el futuro se hace a costa de renunciar a parte del consumo presente, ya sea en ocio, ya en bienes.
- b) existe una incertidumbre sobre los resultados de esa inversión.

Sería racional compararla con otras inversiones que pudieran ofrecer mayor rentabilidad o/y seguridad.

- c) como todo beneficio futuro, debe descontarse el tiempo transcurrido entre hoy y el momento de su disfrute. Cuanto más alejado el beneficio, menor es su valor presente.

Todos esos factores juegan en contra de la elección en favor de los cuidados preventivos por parte del consumidor medio para el que suele primar la *miopía del corto plazo* sobre hipotéticas ventajas futuras. Factor que puede utilizarse para justificar la conveniencia de algún tipo de intervención pública que evite la menor inversión, respecto a lo socialmente deseable, que se derivaría de esa miopía.

La mejor salud incidirá probablemente en la productividad e imagen del trabajador, lo cual es posible que afecte a su promoción profesional y a sus ingresos futuros. No obstante, recordemos que el estado de salud forma parte en sí mismo del bienestar. Por lo tanto, aunque desaparecieran los factores retributivos mencionados, sigue apareciendo un incentivo directo para invertir en salud. Ello explica que la demanda exista no sólo en el caso de las personas activas, sino también, por ejemplo, en desempleados o pensionistas.

Este factor dependerá, fundamentalmente, de la valoración individual que cada uno quiera otorgarle. Se supone que la mayor educación permite adquirir mejor conciencia de las ventajas del buen estado de salud y mayor conocimiento de los comportamientos saludables. Por otra parte, se dice, la mayor educación también posibilita una mayor productividad de los cuidados por lo que el efecto será tanto por el lado del interés como por el de la eficacia. Por otra parte, la correlación entre mayor nivel de estudios y más altas retribuciones refuerza la tendencia, confirmada por todos los datos y estudios que ratifican que existe efectivamente una importante correlación entre nivel educativo y estado de salud.

Los beneficios de la inversión neta en salud son inciertos y dilatados en el tiempo, mientras que los costes son inmediatos, lo que puede provocar una cierta miopía del corto plazo en las elecciones individuales.

Costes y rendimientos de la inversión en salud

Δ INVERSIÓN	EFECTOS
Δ Costes (Menor Bienestar)	Pago de los servicios → Menor renta Menos tiempo de Ocio
Δ Rendimientos (Mayor Bienestar)	Menos días de enfermedad → Mayor renta Mayor productividad → Mayor renta Mejor estado de salud

El mejor estado de salud incrementa directamente el bienestar, tanto más cuanto más se valore aquel. Esa mayor valoración suele relacionarse con el nivel educativo.

El factor fundamental de demanda de asistencia sanitaria será la diferencia existente entre el stock deseado de salud y el que efectivamente se disfruta

3.2. La demanda de asistencia sanitaria

Como se ha señalado, la demanda de asistencia sanitaria es una demanda derivada: se demanda salud y, en función de las necesidades de salud, se invierte en ella. Conviene recordar que, esa inversión en salud puede materializarse en dos formas: a través de los propios comportamientos saludables o demandando asistencia sanitaria. La primera es un componente fundamental, aunque no el único, de la que hemos denominado inversión neta en salud, mientras que la segunda lo es de la inversión bruta.

La demanda de asistencia sanitaria será más elevada cuanto más lejano esté el estado de salud óptimo por una doble razón: por un parte porque la inversión en salud era mucho más eficaz, como regla general, cuando estamos lejos del óptimo y que decrece sustancialmente cuando nos acercamos a él. En segundo lugar, porque la utilidad derivada de la asistencia sanitaria será también mayor cuanto mayor es la necesidad, cuanto más elevada es la carencia del activo que demandamos.

Con estos datos, podemos suponer que la demanda de una persona sana, casi exclusivamente de *inversión neta*, es extremadamente

elástica. Una elevación del precio implica un descenso muy importante de la cantidad demandada de asistencia sanitaria. En cambio, apenas se reduce la asistencia sanitaria para la persona enferma porque su demanda es extremadamente rígida.

¿Qué ocurre si el precio sigue subiendo? Para las personas sanas es posible que el encarecimiento resulte disuasorio y prácticamente se anule la demanda. ¿Se mantendrá la rigidez de la demanda de las personas enfermas? Probablemente no. Probablemente a partir de un cierto nivel de precios la curva de demanda vaya haciéndose más sensible al precio.

Antes de seguir conviene recordar que dentro del concepto de asistencia sanitaria estamos considerando bienes y servicios muy diversos. La demanda hospitalaria será sin duda mucho más rígida que la de consultas médicas (dejando aparte por ahora la intervención en el proceso de los médicos), la demanda de productos farmacéuticos se separa de la de los demás bienes y servicios en mucha menor medida que el resto de servicios sanitarios (por ejemplo, el factor tiempo no supone, en principio, un encarecimiento diferente al que conlleva la adquisición de otro producto en el mercado).

De la misma forma, no será lo mismo hablar de la demanda genérica de un bien o servicio que si concretamos entre alternativas similares. Como regla general, la demanda más concreta será más elástica que la general (porque de una forma concreta de asistencia, servicio o producto se puede pasar a una alternativa). La demanda total del mercado será siempre más elástica que la de una persona o colectivo específico.

El análisis de la sensibilidad de la demanda respecto al precio nos está mostrando la importante influencia del factor **renta** en la demanda de asistencia sanitaria. De acuerdo con lo que cabe de esperar de la teoría y con las estimaciones empíricas disponibles:

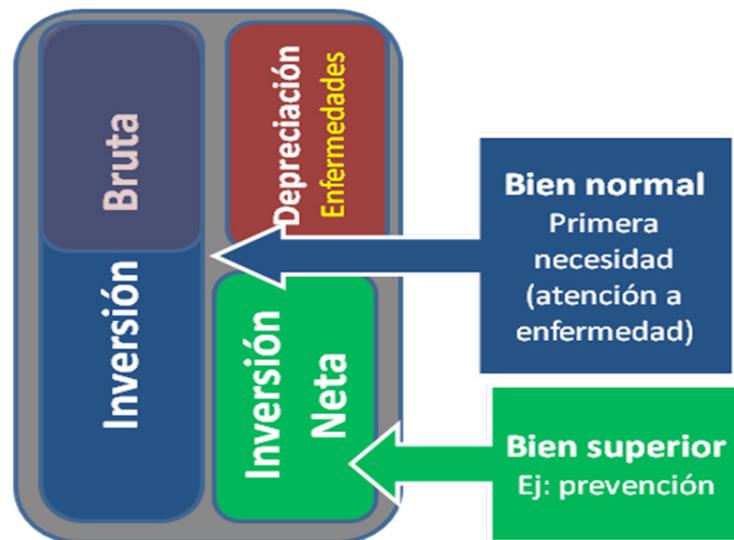
- la inversión neta puede considerarse un bien superior y de lujo. Hemos visto que tanto el rendimiento como la valoración de la inversión preventiva en salud guarda una relación muy directa con los niveles educativos y de ingresos. Por otra

La demanda de asistencia sanitaria de las personas enfermas es mucho más rígida que la de las personas sanas... salvo que el precio resulte prohibitivo en relación con el nivel de renta.

La demanda de asistencia sanitaria será probablemente más elástica, sobre todo, cuanto menos urgente aparezca para el individuo, cuanto menor sea la renta de éste y cuantos más próximos sean los posibles bienes o servicios sustitutos.

parte, mientras el *stock* de salud se mantenga a niveles aceptables, la miopía del corto plazo no permite ver ninguna necesidad en ese gasto.

- la inversión bruta asociada a la compensación de la depreciación sufrida en el estado de salud, por el contrario, muestra un perfil claro de bien normal pero de primera necesidad.



La inversión neta en salud presenta un perfil de bien superior y de lujo. Pero la demanda de asistencia sanitaria para recuperar los niveles perdidos de salud es claramente la de un bien de primera necesidad.

Hemos visto que los hogares con bajos niveles de ingreso pueden renunciar a determinadas asistencias sanitarias por el peso del efecto - renta y los hogares con más recursos buscarán la asistencia de más calidad (que normalmente implicará más gasto). Ello significa que el gasto en asistencia sanitaria presenta una elasticidad - renta positiva (crece cuando lo hace la renta) pero inferior a la unidad (crece menos que proporcionalmente). De hecho, en ausencia de prestación gratuita, se observa cómo el gasto en asistencia sanitaria llega a representar proporciones de la renta disponible más elevadas en los hogares con niveles bajos de renta. Porque aunque el nivel de gasto *absoluto* sea menor, la proporción de renta que absorbe es mayor. Hay hogares que llegan a endeudarse para hacer frente a necesidades perentorias de asistencia sanitaria.

La característica de bien de primera necesidad es compatible con una elasticidad - renta macroeconómica superior a la unidad. Entre otras razones, porque cuando existe oferta pública de asistencia sanitaria universal y gratuita, la demanda de asistencia sanitaria privada (más cara) tiene perfil de bien de lujo y crece con el nivel general de renta.

3.3. Demanda indirecta

El análisis de la demanda convencional que hemos visto hasta ahora debe corregirse desde el momento en que muy pocos ciudadanos pagan realmente por la asistencia médica que reciben, incluso en países donde predomina la asistencia privada y el mecanismo de mercado. Aunque se haya avanzado en la estimación de las mayores o menores probabilidades de contraer algunas enfermedades, cada sujeto desconoce qué necesidades de atención sanitaria puede necesitar a lo largo de su vida y a cuánto puede ascender el coste de tales atenciones. Ante la incertidumbre sobre los recursos que serán necesarios para cubrir esa asistencia y el temor a no poder abordarlos, surge la necesidad del aseguramiento, en la que los ciudadanos pagan una cantidad fija, periódica y segura, a cambio de unas hipotéticas prestaciones sanitarias, variables, aleatorias y normalmente impredecibles.

En todo sistema de aseguramiento existe una transferencia de recursos de las personas sanas hacia las enfermas. O, más propiamente, de quienes hacen más uso de la asistencia sanitaria frente a quienes requieren menos servicios. Porque todos los asegurados pagan en principio una misma prima en función del coste medio esperado para todo el colectivo, sabiendo que una parte será la que efectivamente incurra en los gastos correspondientes mientras que otra parte quizás no llegue a usarlos prácticamente nunca. El sistema funciona porque, *a priori*, cualquier asegurado desconoce si formará parte del primer grupo o del segundo, con los matices que se verán.

Ese efecto redistributivo disminuye cuanto mayor sea el pago que deba afrontar el asegurado por cada servicio efectivamente utilizado: un pago que a veces se denomina fórmula de *coaseguramiento* o de *copago*. Pero no entraremos aquí en ese debate.

La mayoría de los ciudadanos corrigen al alza la esperanza probabilística porque predomina un sentimiento de *aversión al riesgo*. La mayor parte de las personas prefieren un coste seguro periódico antes que el peligro, por remoto que sea, de un pago extraordinario. Es la aversión al riesgo lo que explica la existencia del seguro, en general, y del aseguramiento médico en particular.

Ante la incertidumbre sobre la necesidad futura de asistencia sanitaria y sobre su coste, el aseguramiento permite garantizar las prestaciones a cambio de una prima periódica, fija y segura

En los sistemas de aseguramiento existe una redistribución de las personas sanas a las que utilizan en mayor medida la atención sanitaria. Esa redistribución disminuye cuanto mayor sea la importancia de las fórmulas de copago.

La tendencia natural es que, si hay precios notorios, buena parte de los sanos abandonen el aseguramiento y que sólo queden como clientes los que tienen más probabilidades de enfermar, en el proceso denominado de selección adversa.

Las compañías aseguradoras parten de una situación inicial de relativa ignorancia respecto a los asegurados y sus necesidades de asistencia sanitaria. Pero pueden intentar romper esa situación de información asimétrica buscando la información necesaria para hacer una selección favorable.

Existen grandes diferencias en un momento determinado en la probabilidad concreta de necesitar asistencia médica. Personas con enfermedades crónicas o avanzada edad saben que estarán probablemente mucho más necesitados de cuidados, mientras que buena parte de la población que se encuentra en razonable estado de salud no piensa en tal probabilidad en los próximos meses.

Es fácil así que se produzca el efecto denominado de **selección adversa**. Es decir, la tendencia natural será que buena parte de los sanos abandonen el aseguramiento y que sólo queden como clientes los que tienen más probabilidades de pertenecer a los dos últimos grupos. En ese caso, el coste medio por asegurado se eleva sustancialmente y necesariamente la prima media aplicada por la aseguradora tendrá que ser mucho más alta. La espiral es explosiva. La salida de los sanos del sistema provoca un encarecimiento de las primas que va expulsando cada vez a más personas hasta encarecer el precio hasta extremos inasumibles por la mayor parte de la población. La consecuencia obvia de este proceso es que, por sí mismo, llevaría a la inviabilidad del aseguramiento.

El fenómeno descrito se agrava porque existe **información asimétrica**: los ciudadanos disponen de datos y sensaciones sobre la propia salud que la compañía aseguradora desconoce. Ello impide que las compañías apliquen el precio adecuado a cada sujeto en función de sus probabilidades específicas y obliga a la aplicación de primas sobre valores medios, con las consecuencias descritas.

Las compañías aseguradoras pueden reaccionar a su vez con un proceso de selección propia. A partir del historial de cada asegurado, la edad y, potencialmente, factores genéticos, una compañía puede rechazar o imponer un precio más elevado a aquellos que aparenten mayor riesgo, de parecida forma a la que aplican las compañías aseguradoras de otros ramos.

¿Cómo afecta el aseguramiento a la demanda de asistencia sanitaria? En primer lugar, que las aseguradoras se convierten en las *agencias compradoras* de atención sanitaria, frente a

las *instituciones productoras* que actúan como oferentes. Los demandantes son más esas agencias que los propios asegurados. Porque son las que pagan y las que marcan determinadas restricciones.

El segundo efecto es que la inversión neta en salud será mucho menor en presencia de aseguramiento porque el ciudadano está cubierto ante posibles contingencias. Disminuyen los incentivos para prevenir y reducir el deterioro en la salud. Al mismo tiempo, el coste de cada servicio sanitario también es menor (incluso nulo en ausencia de copago). Consecuencia de ambas circunstancias es que la demanda de asistencia sanitaria es mayor de lo que habría sido en ausencia del aseguramiento.

Ese comportamiento se denomina en la literatura anglosajona **moral hazard**². Al tener el colchón del aseguramiento, los individuos reducen el cuidado y la atención para intentar evitar que el suceso asegurado llegue a producirse. En otras palabras: el hecho de asegurar un determinado evento lo convierte en más probable.

El efecto del aseguramiento aumenta levemente la demanda pero, sobre todo, la hace mucho más rígida e insensible al precio.

3.4. La relación de agencia

Quizás la dificultad mayor que encuentra la demanda de servicios sanitarios por parte de los individuos se encuentre en el hecho de que es muy limitada su capacidad de percepción de la idoneidad de los mismos y de sus virtudes o defectos. Como se ha visto, el demandante originario está interesado en mantener un adecuado nivel de salud. Pero desconoce qué medidas, preventivas o curativas, son adecuadas para conseguir tal objetivo.

² A veces se traduce literal e insatisfactoriamente como riesgo moral: Quizás fuera preferible algún otro término que aproximara mejor a su significado como relajamiento o comportamiento descuidado

Por causa del aseguramiento las aseguradoras pasan en cierta medida a ser demandantes y probablemente disminuya la inversión neta en salud tanto por la reducción del valor de su rendimiento como por posibles comportamientos más descuidados (moral hazard)

Entre paciente y médico se establece una relación de principal - agente por la que el primero delega en el segundo las decisiones sobre su propia demanda de servicios sanitarios. El médico pasa a ser el auténtico demandante por cuenta de otro

El paciente normal es plenamente consciente de su ignorancia y para la mayor parte de sus problemas de salud tiende a ponerse en manos del profesional, del especialista en el que descarga la responsabilidad de su sanación. Más todavía cuando, como se ha visto, tiene asegurado previamente el servicio. Es éste un típico ejemplo de lo que la teoría denomina **relación de agencia**.

Decimos que existe una relación de agencia cuando una persona actúa por cuenta y en nombre de otro, a quien se denomina principal. Aunque los intereses en juego son los de éste y para él son los beneficios y las pérdidas, las decisiones las toma el agente. Con mayor o menor autonomía, según los casos, el principal delega en el agente buen número de decisiones en el campo de que se trate. Se trata de la salud y los intereses del enfermo, pero éste delega las decisiones terapéuticas en el médico.

El paciente, habitualmente, es el responsable del primer paso de la demanda de atención sanitaria, suele ser él quien activa el proceso. Pero a partir de ese momento lo normal es que sea el médico quien decida por él y quien, por lo tanto, ejerza realmente de demandante. La oferta y la demanda ya no son independientes.

Aunque cabe pensar que normalmente el médico tendrá como objetivo propio la salud de sus pacientes, no es descartable algún comportamiento divergente. Se daría lo que se denomina **relación de agencia imperfecta** cuando el agente toma una opción en la que antepone sus propios intereses y que no coincide con la que el principal habría tomado de disponer de la misma información que el agente. El problema surge cuando los intereses son divergentes y los incentivos no son los adecuados para hacerlos converger. En esa línea, se ha sugerido relacionar la retribución de los profesionales médicos con las mejoras en la salud experimentadas por los pacientes. En la tradición china, el médico de familia dejaba de cobrar mientras los individuos por él atendidos estuvieran enfermos.

En algunos casos, se puede dar incluso una oferta inductora, que implica una demanda asociada a los intereses del oferente, pero carente de interés para el usuario. Esta **demandada inducida por la oferta** implica la hipótesis de que la demanda crece tanto como

considere oportuno el médico en quien el paciente deposita su confianza.

Tanto por la posible existencia de una relación de agencia imperfecta como por la presencia de incentivos no idóneos, puede existir una demanda inducida por la oferta superior a la óptima

Puede parecer que el médico carece de incentivos para inducir esa demanda adicional dado que el financiador es externo y su retribución no mejorará si se incrementa la demanda de asistencia sanitaria. Pero, habitualmente, el médico toma sus decisiones desde la perspectiva de la gratuidad: puede solicitar todos los servicios que considere convenientes para el mejor seguimiento de sus pacientes sin importarle el coste. El médico tiene incentivos para solicitar nuevos servicios porque le garantiza una mejor satisfacción del paciente, que se considera mejor atendido, y una tranquilidad frente a posibles reclamaciones posteriores. Los agentes financiadores procurarán poner límites a esa demanda, inducida o no, en su preocupación por reducir costes.

Los factores estudiados que influyen sobre la demanda individual de salud y de asistencia sanitaria pasan a tener una importancia bastante relativa al afectar más al inicio del proceso que al grueso de las decisiones de gasto. El control de la demanda en este campo, si quiere ser eficaz, se desplaza mucho más hacia el control de los incentivos y los desincentivos de los profesionales de la salud, aparentes oferentes del servicio.

Todo lo que hemos visto puede hacer dudar hasta de que realmente exista una demanda como tal, como ha llegado a afirmarse. Desde esa perspectiva parecería que, simplemente, se utiliza cuanta oferta sanitaria esté disponible.

Conclusiones

Independientemente de las formas de provisión y aseguramiento, el ámbito sanitario tiene detrás un juego de intereses, de sujetos que demandan y ofrecen servicios, susceptible de un análisis económico. La perspectiva de la escasez y de la eficiencia, del juego de mercado, es útil para aproximarse al conocimiento de las fuerzas implícitas en el fenómeno sanitario.

En el mercado, los demandantes desean conseguir el máximo al menor precio posible y los oferentes obtener el máximo beneficio, que puede entenderse de forma aproximada como intentar maximizar los ingresos y disminuir los costes. Ese juego contrapuesto de intereses permite una aproximación hacia el equilibrio, en unos precios y cantidades que acuerdan las dos partes intervinientes.

Podemos conocer los factores que influyen en que la demanda de un bien o servicio sea mayor o menor y que sea más o menos sensible a las variaciones en los precios, en la renta, en los demás factores relevantes. Esos datos son fundamentales para la toma de decisiones, tanto en un marco de oferta privada como de políticas públicas.

La demanda de asistencia sanitaria es una demanda derivada porque lo que realmente forma parte del bienestar de cada individuo es el estado de salud. Una pérdida repentina respecto al *stock* deseado de salud obliga a una inversión urgente. Pero en términos netos el resultado puede ser incluso negativo si no llega a reponerse el nivel anterior. La depreciación del bien salud aumenta con la edad y disminuye con la atención y cuidados propios.

La demanda de asistencia sanitaria de las personas enfermas es mucho más rígida que la de las personas sanas salvo que el precio resulte prohibitivo en relación con el nivel de renta. En general, la demanda de asistencia sanitaria será probablemente más elástica cuanto menos urgente aparezca para el individuo, cuanto menor sea la renta de éste y cuantos más próximos

sean los posibles bienes o servicios sustitutivos,

La inversión neta en salud y el gasto privado en asistencia sanitaria (existiendo oferta pública general y gratuita) presenta un perfil de bien superior y de lujo. Pero la demanda de asistencia sanitaria para recuperar los niveles perdidos de salud es claramente la de un bien de primera necesidad.

Ante la incertidumbre sobre la necesidad futura de asistencia sanitaria y sobre su coste, el aseguramiento permite garantizar las prestaciones a cambio de una prima periódica, fija y segura. El valor medio aplicado es más elevado que el equivalente estadístico porque los asegurados tienen la utilidad marginal decreciente y, normalmente, aversión al riesgo. Pero ese valor medio implica una redistribución de las personas sanas a las que utilizan en mayor medida la atención sanitaria (menor si hay copago) y el problema de un proceso creciente de selección adversa mientras no se corrija la situación de información asimétrica sobre las condiciones de cada asegurado.

Por causa del aseguramiento las aseguradoras pasan en cierta medida a ser demandantes, probablemente disminuya la inversión neta en salud tanto por la reducción del valor de su rendimiento como por posibles comportamientos más descuidados (*moral hazard*) y la demanda de asistencia sanitaria es tanto más rígida cuanto menor sea el peso del copago.

En la relación médico – paciente, el paciente delega en el médico las decisiones sobre su propia demanda de servicios sanitarios en una típica relación principal - agente. La oferta y la demanda ya no son independientes y pueden darse conflictos de intereses o/y una demanda inducida por la oferta superior a la óptima. El médico tiene algún incentivo para tomar sus decisiones desde la perspectiva de la gratuidad y solicitar más servicios que los óptimos, siempre que los agentes financiadores no pongan límites a esa tendencia

Referencias bibliográficas

