



ASOCIACION ARGENTINA
DE ECONOMIA POLITICA

ANALES | ASOCIACION ARGENTINA DE ECONOMIA POLITICA

XLVII Reunión Anual

Noviembre de 2012

ISSN 1852-0022

ISBN 978-987-28590-0-8

¿POR QUÉ SE ESPECIALIZAN LOS MÉDICOS?
ELEMENTOS PARA ENTENDER CÓMO
DECIDIMOS

Redini Blumenthal Ivan

ASOCIACION ARGENTINA DE ECONOMIA POLITICA

Premio Asociación Argentina de Economía Política para Investigadores Jóvenes

Año 2012

Iván Redini Blumenthal

***¿Por qué se especializan los médicos?
Elementos para entender cómo decidimos***



RESUMEN DEL TRABAJO

Resumen: Un estudio de las decisiones en general y un análisis en particular de la decisión de los médicos al elegir especializarse. Se modelizó su decisión -análisis costo-beneficio- obteniendo ciertas reglas decisorias. Luego se encuestó a médicos para explorar si faltan elementos a incluir en una teoría de la decisión. Se vincularon las respuestas con diferentes marcos analíticos -Teoría del Capital Humano, Nueva Organización Industrial, Economía del Comportamiento-. El trabajo aporta una mirada amplia sobre las decisiones, advirtiendo la existencia de fenómenos propios en los marcos decisorios.

Abstract: An essay about decisions in general and a decision-making analysis about medical doctors in particular. It was modeled their gains & costs obtaining a decision rule. Then, several doctors were surveyed to explore if some elements were missing when trying to extrapolate a Decision Theory. Their answers were linked with different work frames -Human Capital Theory, New Industrial Organization, Behavioral Economics-. This essay brings a wide scope about decisions -theirs and ours- noticing there are concepts that need to be included.

Clasificación JEL:

C91 - Laboratory, Individual Behavior

D03 - Behavioral Economics; Underlying Principles

J24 - Human Capital; Skills; Occupational Choice; Labor Productivity

M51 - Firm Employment Decisions; Promotions

“ Para entender decisiones presupuestarias hay que entender decisiones en general. Para entender las decisiones en general, aún sus aspectos racionales, hay que estudiar el proceso decisorio, y mas generalmente, el proceso de pensamiento humano” . Herbert A. Simon

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo es responder una interrogante que atraviesa a las disciplinas sociales y a la economía en particular: *explicar cómo decidimos*.

Las ciencias humanas en su conjunto se han ocupado a lo largo del tiempo de entender los diferentes aspectos de la conducta humana, tanto en su aspecto singular como en lo colectivo. A lo largo de este trabajo se buscará introducir los conocimientos que la economía ha desarrollado para iluminar ciertos aspectos del debate, que quizás son tenidos en cuenta pero no siempre bajo la óptica *económica*.

Así sean neurólogos, sociólogos, economistas o psicólogos, los campos del conocimiento no han logrado descifrar de forma fehaciente qué nos induce a tomar ciertas decisiones en vez de otras. El debate no está sellado (ni se encuentra cerca). Es por eso que la investigación que se desarrolla a continuación articula conceptos económicos tradicionales (como el análisis costo-beneficio o las barreras técnicas de conocimiento) y recientes (como la diferenciación lineal o la teoría del capital humano) junto a conceptos sociales en general (gustos, capitales sociales o la educación vista como credencial cultural) para entender, a fin de cuentas, cómo decidimos.

La forma elegida para abordar la cuestión fue un estudio de caso. Se buscó analizar una situación en donde las personas deban tomar una decisión y a partir de allí entender por qué deciden lo que finalmente deciden. El caso elegido fueron los médicos y su decisión de especializarse. En otras palabras, puede sintetizarse la nueva pregunta de investigación en *¿por qué los médicos se especializan?*

El trabajo se divide en diferentes secciones. En primer lugar se explica por qué fueron elegidos los médicos y su decisión de continuar sus estudios (ser especialistas o no). Luego se diseña un modelo básico de decisión basado en herramientas económicas y se analiza qué predicciones se obtienen sobre sus decisiones. A continuación se expone el diseño y resultados de una encuesta realizada a médicos especializados del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. El estudio buscará conocer su forma de razonar sobre su carrera profesional así como en su vida en general buscando encontrar sus propias respuestas a por qué se especializaron.

La siguiente fase del trabajo busca traducir dichas respuestas dentro de diferentes conceptos económicos para llevar el análisis al campo teórico, articulando las herramientas teóricas para esbozar una explicación *económica* sobre nuestro comportamiento. En base a las respuestas obtenidas es posible estudiar si los conceptos aplicados cuentan con asidero en el caso de la decisión de los médicos.

Finalmente, a modo de conclusión, se resumen los conceptos desarrollados aportando pautas de trabajo para continuar expandiendo el conocimiento que se tiene sobre las decisiones humanas.

¿POR QUE LOS MEDICOS?

El propósito del estudio es analizar una decisión en profundidad. Muchas decisiones son tomadas por cada uno de nosotros en todo momento. Desde elegir con qué ropa salir a la calle hasta con qué persona deseamos establecer una relación. A priori, cualquier decisión que se estudie deberá contar con una estructura similar a las demás en donde costos, beneficios y cálculos mentales en base a la información disponible sean realizados.

Ahora bien, dada la imposibilidad de estudiar a *las decisiones* en su conjunto, el trabajo que se desarrollará aquí pretende tomar una decisión particular tratando de

analizarla con profundidad. Para lograr esto es preciso aislar a una decisión específica. En teoría, es posible hacerlo con casi cualquier elección humana sin embargo se ha tomado a los médicos, y en particular, su decisión de continuar (o no) sus estudios porque posee características especiales.

En primer lugar, no es posible argumentar que sea una decisión tomada a la ligera. Todo médico al comenzar sus estudios universitarios posee como mínimo el tiempo que le tome terminar sus estudios de grado para decidir si continúa estudiando. Es importante notar que se hace referencia a *como mínimo* dicho tiempo dado que si decide no especializarse, podrá hacerlo en el futuro dado que no hay restricciones para cuándo comenzar los estudios de posgrado. De todas formas, a más tiempo tarde en especializarse menos podrá disfrutar de los *beneficios* de ser un especialista dado que contará con menos años de ejercicio profesional.

En segundo lugar, es una decisión que posee información bastante completa en el sentido que los estudiantes de medicina tienen fácil acceso a fuentes de información (médicos con o sin especialidades) que le reporten su situación; a su vez, no existen problemas de asimetrías de información dado que las fuentes (los médicos ya formados) no tienen incentivos a brindar información incorrecta a los futuros profesionales para lograr un beneficio propio. Si hubieran pocos especialistas, es dable suponer que intentarían que existan pocos estudiantes a fin de mantener una competencia imperfecta. Sin embargo en la medicina existen grandes cantidades de profesionales, lo que reduce el incentivo a desalentar el ingreso de un nuevo profesional brindando información errónea.

En tercer lugar, los médicos son profesionales universitarios lo que evita suponer que su decisión estuvo condicionada por falta de herramientas de análisis; aunque a su vez, no poseen una formación sólida en análisis económico, lo que nos asegura que su decisión (al menos la decisión de la mayoría) no es producto de un accionar oportunista o producto de un meticuloso cálculo conciente de óptimos marshallianos y devengamiento de futuros ingresos, como podría suponerse de un profesional de ciencias económicas (aunque esto también está en duda). Sin embargo, más adelante se discutirá si la forma de comportarse de los médicos en su práctica diaria es tan racional como cabe suponer.

Otro factor relevante son las exigencias legales con las que cuentan los médicos. Al ser una disciplina centralizada en un Consejo Profesional, sólo aquellos que exhiben una matrícula legalizada pueden ejercer la práctica médica. Lo relevante a los fines económicos es que todo médico que termina la carrera universitaria (y realiza la acreditación correspondiente) cuenta con el respaldo legal para ejercer la profesión. A fines institucionales, un médico especializado se encuentra igualmente autorizado por la ley como un médico recién recibido y matriculado para atender pacientes. Lo importante aquí es que quienes han decidido especializarse no lo hacen por adquirir una credencial legal sino que existen otros factores que operan en su decisión.

Por último y no por eso menos importante, está el factor de irreversibilidad. No es común conocer a profesionales médicos con dos especializaciones no complementarias (no deben existir muchos cirujanos radiólogos o dermatólogos nefrólogos). Por lo tanto, la decisión de especializarse puede considerarse como altamente irreversible, condicionando el futuro profesional del médico en un período extenso. Esto implica que el médico, una vez que comienza sus estudios no puede cambiar su elección lo que vuelve a la decisión aún mas importante por el costo de oportunidad que implica.

APLICANDO la ECONOMIA en la DECISION

La pregunta entonces es por qué un médico decide especializarse. Dependiendo del área del conocimiento desde donde estemos situados, obtendremos respuestas diferentes para estudiar las razones de una decisión. Esto se debe al foco en el cual cada disciplina decide acotar su análisis.

Es posible que la psicología aluda razones que derivan de trayectorias del individuo y su conformación psíquica, mientras que la sociología europea continental haga mención de los determinantes estructurales que condicionan la elección de cada uno al tiempo que la sociología norteamericana remita a las competencias organizacionales y lingüísticas que la propia comunidad desarrolla para comunicarse.

En cuanto a la disciplina económica, el eje estará puesto en la decisión maximizadora que sucede en la mente. Siguiendo a Charles Wheelan (2010), el principio rector general es la búsqueda de la maximización de beneficios tras sopesar los costos. Reformulando, la máxima central que un economista deberá aplicar es que un médico decidirá especializarse si los beneficios de hacerlo son superiores a los costos.

Sin embargo, es dable admitir, siguiendo a Steven Landsburg (2008), que *nadie, o al menos nadie que yo conozca, considera que el análisis de costo-beneficio es absoluto y el objetivo último del análisis (...). ¿Por qué entonces razonamos en términos de costo-beneficio?* Este principio rector de la disciplina económica actual puede no ser consciente en los médicos al decidir aunque es parte de la forma de razonar que la Economía supone en las personas. Se lo considera *la forma más directa de entender la condición humana, debido a que es lo que las personas consideran relevante.*

Es por tanto una finalidad comprensiva la que lleva a la ciencia económica a aplicar el análisis de costo-beneficio. En palabras de Robert Frank (2001), *los economistas no suponen en modo alguno que los individuos realizan explícitamente cálculos de este tipo.* Del mismo modo en que no se supone que una persona al cruzar la calle está formulándose principios de física mecánica en su cabeza, no se supone que todos los médicos hayan realizado explícitamente la serie de cálculos que se plantearán a continuación antes de haber tomado su decisión. *Se trata, mas bien, de que muchos economistas sostienen que podemos hacer útiles predicciones si suponemos que actúan "como si" los realizaran.*

Ahora bien, suele asociarse a la Economía con los cálculos exclusivamente monetarios. Quizás existan pruebas de economistas que hayan razonado de tal forma aunque afortunadamente la disciplina trasciende dichos conceptos. En otras palabras, la forma en la que se entienden los conceptos de beneficios y costos no está restringida a los ingresos monetarios. Si así fuera, el ejercicio teórico de modelar la decisión de un médico debería limitarse a calcular los ingresos una vez que se especializa y los ingresos que tendría si no se hubiera especializado.

Lo que agrega la economía al cálculo de costo-beneficio son dos elementos. En primer lugar, desarrolla el concepto de costo de oportunidad advirtiendo que toda decisión (aunque resulte beneficiosa) conlleva el costo de no haber mantenido el statu quo. En segundo lugar, considera a costos y beneficios en todas sus dimensiones, tanto de carácter monetario como social, emocional, etc. El primer elemento será incluido en este apartado mientras que el segundo se complementará a lo largo del trabajo.

DEFINIENDO BENEFICIOS y COSTOS

Es preciso entonces definir cuáles son los beneficios que los médicos tienen si se especializan. Se encuentra en primer lugar a los ingresos que obtendrá por poder

atender a pacientes que antes no podía por no poseer el conocimiento o la acreditación necesaria¹. A esto lo llamaremos el beneficio directo.

También existirán pacientes que pueden atenderse por un especialista o por un médico generalista. Aquí existe una *zona de competencia* en donde los oferentes (los médicos) se destacan por su reputación, su trayectoria y sus credenciales. Por lo tanto, un médico especializado podrá atraer pacientes de la zona de competencia como consecuencia de sus estudios. La razón por la que existe este beneficio indirecto radica en que existen ciertos pacientes que prefieren un médico especialista por sobre un médico generalista, ya sea porque confían en quien decidió estudiar más o porque consideran como señal de buena reputación que un médico haya continuado sus estudios. A esto lo llamaremos beneficio indirecto.

Es dable suponer que los especialistas, conociendo las preferencias de sus pacientes, aumenten sus honorarios profesionales sin tener que resignar pacientes por ello. Esto será llamado la *prima del conocimiento* y es la diferencia (*surplus*) que los pacientes abonarán por atenderse con un profesional con mayor cantidad de años de estudio. Quienes analizan dicha *prima* son los pacientes en los sistemas de medicina privada o los seguros, ya sean obras sociales o sistemas de medicina prepaga.² Estos agentes analizan la *prima* que los profesionales poseen (en base a su especialización, su trayectoria, su valoración en el mercado profesional) y decide si desea pagar por ella o prefiere los servicios de otro médico menos especializado con menores honorarios (aunque menos preferido).

En resumen, cuando un médico decide especializarse considera por el lado de los beneficios al beneficio directo representado por los pacientes que podrá atender (pacientes que no hubiera podido atender) y al beneficio indirecto compuesto por los pacientes que deciden atenderse con él rechazando a los médicos con menos conocimiento, inclusive a pesar de tener que pagar una *prima* por elegirlo.

En cuanto a los costos se encuentra por un lado al costo estrictamente económico que está representado por los recursos (tiempo y dinero) que cada médico debe invertir en continuar su formación. A esto se lo llamará costo directo.

Vale notar que este costo es análogo al que debió afrontar cuando decidió comenzar sus estudios universitarios aunque las opciones eran distintas. En aquel momento la decisión era trabajar en un puesto que no requiera conocimientos de grado o invertir tiempo y dinero para estudiar. Al terminar la carrera de medicina la decisión es trabajar como médico o continuar invirtiendo recursos para especializarse. Legalmente, si el médico quisiera, podría atender todo tipo de pacientes si lo desea. Sin embargo decide afrontar nuevos gastos representados por sus estudios de posgrado. Sumado a este costo directo debe advertirse, siguiendo a Robert Frank (2001), que *los costos de ir a la Universidad no son meramente los gastos de matrícula, comida, libros, etc. También comprende el coste de oportunidad de los ingresos*. Este costo es doble.

Por un lado se observa el costo de oportunidad de no poder atender pacientes (o tener que reducir el número de los mismos) mientras continúa sus estudios. Si el médico está haciendo una concurrencia en una unidad hospitalaria, lógicamente no podrá estar trabajando en otro lugar. A más tiempo invertido en estudiar, menos tiempo disponible para trabajar. Es cierto que los médicos *aprenden trabajando*, sin embargo, a

¹ Notará el lector que el concepto de *acreditación necesaria* no remite a permisos institucionales dado que los médicos pueden legalmente atender todo tipo de pacientes una vez matriculados. Se discutirá más adelante qué tipo de barreras a la entrada existen en la práctica (Ver *Credencialismo y Diferenciación*). Sin embargo esta distinción debe ser matizada al volverse efectiva en centros urbanos donde la competencia entre profesionales existe; al extender el concepto a pequeños aglomerados o zonas rurales, la efectividad de las *credenciales* se desdibujan a medida que la competencia se vuelve más débil.

² Lo relevante es estudiar situaciones donde las remuneraciones son convenidas entre el *pagador* (el paciente o el seguro) y el médico por separado. En Argentina es posible identificar cuatro formas en el sistema de salud: medicina privada, medicina prepaga, obras sociales y medicina *hospitalaria*. En este punto se excluye del análisis a la medicina hospitalaria por la forma establecida en su remuneración bajo contratos colectivos (estableciendo escalafones).

fines del presente análisis, lo que resulta relevante es que dicha clase de trabajo tiene una retribución menor (porque se lo considera parte de un proceso de aprendizaje) que si estuvieran trabajando en otra área. Esto es una de las componentes de lo que se considerará el costo indirecto.

Existe otro costo de oportunidad vinculado a los pacientes que, una vez especializado, el médico deberá resignar dado que cuenta con cierto tipo de conocimientos (o credenciales) que no son válidas en otras áreas de especialización. Un dermatólogo no podrá recibir consultas provenientes de pacientes que buscan un oncólogo. Esta imposibilidad, a pesar de estar directamente relacionada con el proyecto analizado, no será considerada un costo debido a que lo mismo sucede en la situación original (antes de especializarse). Una vez elegida cierta especialización, implica perder el caudal de pacientes que *hubiera tenido* si se hubiera dedicado a otra rama de la Medicina; sin embargo dicho caudal no lo posee al momento de decidir. Por lo tanto si un médico hubiera obtenido mayores ingresos en otra especialización (mayores beneficios directos) no será representado como un costo ni considerado como un componente del costo indirecto.³

Por último se encuentra el costo de dejar de ser un *médico generalista*. Sin embargo, este costo tampoco será tomado en consideración porque un especialista puede tratar a los mismos pacientes que un médico generalista atiende. Es dable argumentar que un médico generalista tiene más experiencia de atención en los pacientes de la *zona de competencia* (pacientes compartidos entre especialistas y generalistas) dado que mientras el médico especializado está cursando sus estudios de posgrado, el médico generalista se encuentra trabajando y sumando experiencia de trabajo. Esto podría representar un factor de distinción que los pacientes (o los seguros) valoran positivamente a la hora de elegir médico; sin embargo, se considerará para fines analíticos que no es una diferenciación que dentro del mercado profesional resulte relevante ni algo que los médicos tengan en consideración al decidir si se especializan o no. Vale la aclaración que no se hace referencia a los médicos generalistas que se especializan (por ejemplo, los internistas) sino en aquellos que deciden empezar a trabajar en vez de especializarse.⁴

En este punto se han definido tanto los beneficios como los costos en un sentido amplio. Lo que resta es definir una regla de decisión. Siguiendo a Steven Landsburg (2008), la Economía presupone individuos racionales que optarán por los escenarios que le otorgan (mayor) beneficio. Más adelante se planteará un modelo con dimensiones cualitativas de los beneficios y costos. Sin embargo en este punto se buscará comparar a los diferentes beneficios y costos mencionados manteniéndolos dentro de una misma unidad de medida: precios y cantidades.

Esto genera una regla de decisión fácilmente aplicable: si los beneficios superan a los costos el médico se especializará. Si son iguales, entonces es indistinto para el médico el convertirse o no en especialista⁵. Por último si los costos de especializarse superan los beneficios de hacerlo, entonces el médico será un generalista. Aplicando el análisis formal se obtienen conclusiones que más adelante serán debatidas por el *sentido común* de los médicos, una vez consultados.

³ En la siguiente sección (*Modelo de Demanda Condicionada*) así como en el Cuadro IV (*Incentivos Extra-Económicos*) se cuestiona el diferencial de retribuciones entre las diferentes especialidades.

⁴ Para su debate, ver Dr. Yelin en *¿Los internistas somos clínicos o especialistas?* en *Intramed*, 4-4-11 (Ver Bibliografía)

⁵ Es interesante notar que no existe una regla de acción definida si esta situación de igualdad se obtiene. La teoría económica nos dice que es indistinto para el agente elegir una u otra opción, sin embargo no nos proyecta qué decisión se tomará ulteriormente. Una analogía es suponer que un sujeto perdido en el desierto está a igual distancia de dos oasis: la teoría económica hace compatible la conclusión que nuestro pobre hombre terminará muriendo de sed dado que no puede decidir a qué oasis recurrir. Sólo resta esperar que nuestros médicos no se encuentren en este punto de indecisión.

UN MODELO BASICO

Se buscará ahora reorganizar la información trabajada hasta aquí con un modelo de partida. Esto buscará representar a priori lo que un médico considera al analizar si debe especializarse o no, siguiendo una modelización económica rudimentaria.

- Beneficio Directo: atender una demanda que siendo un generalista no podría.
- Beneficio Indirecto: atraer más pacientes de la *zona de competencia* e inclusive pudiendo cobrar una *prima de especialización*.
- Costo Directo: los costos de continuar los estudios (matrícula, libros)
- Costo Indirecto: por un lado, los ingresos que los médicos pierden por no estar trabajando mientras continúan sus estudios y por el otro, el costo de decidir no atender pacientes de otras especialidades. Éste último no es considerado un costo en este punto (porque los otros especialistas obtienen similares ingresos o bien debido a que tampoco eran pacientes suyos previo a su decisión de especializarse).

Tras haber definido los componentes se los traducirá al lenguaje matemático para analizarlo formalmente. Siguiendo a Charles Wheelan (2010), se utiliza un modelo cuando el objetivo es comprender la acción aislada de cierto mecanismo. En este caso, al resultar relevante los pacientes que precisan un médico especializado o uno generalista, serán éstas las variables que se tendrán en cuenta para diseñar el escenario en cuestión. Por lo tanto, si se busca saber cuándo un médico considera que especializarse es una decisión óptima, entonces se definirá a su ganancia (beneficio) como:

Función Objetivo: Pacientes que atenderá siendo especialista + Prima que ganará por ser especialista al atender pacientes de la *zona de competencia* – Pacientes que no podrá atender por estar estudiando

Se define entonces:

- Pa: el precio que paga un paciente por atenderse con un médico especializado.
- Pb: el precio que paga un paciente por atenderse con un médico que no posea conocimientos especializados.
- Xa: la cantidad de pacientes que buscan un médico especialista.
- Xb: la cantidad de pacientes que buscan un médico generalista.
- φ : el precio que paga un paciente por atenderse con los otros médicos especialistas

Queda re-escrita la función objetivo:
F.O.: $Pa Xa + (Pa - Pb) Xb - Pb Xb - \varphi Xa$

Aplicando las C.P.O.:

- $Pa = \varphi$
- $Pa = 2 Pb$

Con la presente estilización de hechos se ha arribado a dos conclusiones relevantes. Por un lado, el modelo especifica cuáles es la relación que se deberá guardar entre los honorarios de los especializados entre las distintas ramas y por el otro, cuál es el sentido de inequación que los honorarios de los especialistas deberán mantener con los de los médicos generalistas.

Por otro lado, los médicos especialistas deberían cobrar honorarios idénticos sin importar en qué rama de la medicina hayan continuado sus estudios⁶. Para alcanzar un nivel óptimo de beneficio deberá cumplirse que $Pa = \varphi$, es decir, que los honorarios

⁶ Dicha restricción es también condición necesaria. Bajo el presente análisis de costo-beneficio, no es posible considerar un mercado con especialistas que poseen diferenciales de ingresos bajo igual esfuerzo.

sean iguales. La explicación detrás de esto es que si una especialidad cobra honorarios mayores que el resto, todos los profesionales que deseen especializarse lo harían allí.

En este punto del análisis no se hace mención del esfuerzo requerido en las diferentes especializaciones (se lo supone idéntico) ni la calidad de atención de los profesionales (se la supone homogénea). Puede argumentarse que si *todos* los estudiantes eligen dicha especialidad, entonces los honorarios caerán por haber *demasiados* profesionales. Sin embargo el análisis aplicado se encuentra dentro de una estructura de competencia perfecta, suponiendo que la adición de un médico más en el área no afecta la composición sectorial general.⁷ También puede argumentarse que los costos de los estudios de posgrado no son iguales dependiendo de las especializaciones. Sin embargo esto no se verifica en la práctica donde los costos de los estudios de posgrado no poseen una variación significativa entre ellos.

La segunda conclusión es que necesariamente el especialista deberá cobrar más que el médico generalista para que se justifique su decisión de especializarse. Esto está representado por $P_a = 2 P_b$ implicando que los honorarios de especialistas son superiores (en este caso, el doble) que los médicos generalistas.

Esto puede considerarse una retribución al esfuerzo de continuar los estudios o, en términos económicos, como el precio que paga la sociedad (los pacientes) por atenderse con un profesional que invirtió mayores recursos en su capacitación o que posee conocimientos necesarios específicos. Más allá de la razón, siguiendo las conclusiones del modelo, el especialista deberá obtener una retribución mayor para decidir especializarse, asumiendo los costos y el esfuerzo que conlleva.

En resumen, al introducir el herramental económico y bajo el cálculo del costo-beneficio, el modelo brinda dos conclusiones: los especialistas deberían obtener los mismos ingresos (inter-especialidad) y con respecto a los generalistas necesariamente deberían ganar más que ellos. Se buscará ahora relajar ciertos supuestos del modelo y luego contrastarlo con la opinión de los profesionales en cuestión, los propios médicos.

MODELO con DEMANDA CONDICIONADA

En base a esta información es posible volver a modelar la situación. Se supone ahora que cada paciente se atiende primero con un médico y una fracción de ellos requiere atención con un médico especialista. A fin de cuentas los médicos especialistas trabajan *junto* a los generalistas, no realizan necesariamente un trabajo suplementario y rival.

Por lo tanto, entendiendo que el conocimiento del especialista es sectorizado y sumado al hecho que un cierto número de pacientes sólo requiere los conocimientos de un médico no especializado, entonces se supone que sólo una porción del total de pacientes requiere la atención de un médico especialista.

También se sumará lo estudiado en el modelo anterior con respecto a las otras especialidades: las diferentes especialidades deberán tener honorarios similares ($\varphi = P_a$) para que los médicos decidan elegirlos (esto será discutido luego), por lo que se anula el costo de elegir otras especializaciones.

Se define a μ como la proporción de pacientes que precisan de un especialista se redefine la función objetivo:

Función Objetivo: Proporción de pacientes que precisan un especialista + Prima que ganará por ser especialista con pacientes en *zona de competencia*
– Pacientes que no atenderá por estar especializándose

⁷ También es dable argumentar que X_a y X_b no son un conjunto con dominio infinito sino que están limitados (a nivel poblacional) por el total de pacientes que precisan cuidados médicos. Para los fines económicos se supone que el análisis se encuentra dentro de un entorno de variación.

Formalmente: F.O.: $(\mu X_b) P_a + (P_a - P_b) X_b - P_b X_b$

Aplicando las C.P.O.: $X_b: 0 = \mu P_a + P_a - P_b - P_b \rightarrow (\mu + 1) P_a = 2 P_b$

Las implicaciones de suponer una demanda condicionada son que la porción que precisa los conocimientos específicos afecta directamente la elección del médico. A una proporción dada de pacientes que requieren especialista (μ), existirá una relación de precios tal entre lo que cobran los generalistas y los especialistas que determinará si le resultará conveniente al médico especializarse.

Según el presente modelo, a menor sea la proporción de pacientes que requieran atención especializada, mayor será la diferencia que deba existir entre los honorarios de un médico especializado y los de un médico generalista. De hecho, cuando μ tiende a cero (casi nadie requiere dichos conocimientos especializados), la brecha entre P_a y P_b se hace máxima. Por el contrario, si una gran cantidad de pacientes que concurren a un generalista luego deben concurrir a un especialista, entonces la diferencia entre P_a y P_b existirá aunque será menor.

La consecuencia detrás de esto es que dentro del análisis económico existen formas de equilibrar las demandas y es mediante los precios (estrictamente, mediante la relación de precios) que se logra llegar a un equilibrio. Toda sociedad necesita médicos para atender ciertas consultas de enfermedades. Cuando la población que demandará dichos cuidados médicos es pequeña entonces se considera que operarán ciertos incentivos económicos para que existan médicos que se especialicen en dichas áreas.

En conceptos prácticos, algunas décadas atrás existían muchas consultas por enfermedades infecto-contagiosas tales como paperas, sarampión, viruela, poliomielitis y un largo etcétera. Actualmente los niveles de población afectadas por dichas enfermedades han caído. Siguiendo las conclusiones del presente modelo, el incentivo con el que cuenta el mercado profesional para incentivar a los médicos a especializarse en dichos campos a pesar de haber bajado el número de consultas es mediante el aumento de sus honorarios con respecto a quienes no continúan sus estudios.⁸

Esto se debe a que al haber menos cantidad de pacientes para dicho campo, los médicos pueden aumentar sus honorarios so pretexto de escasez. Hasta aquí se ha supuesto que los diferentes especialistas poseen los mismos ingresos (cantidad de pacientes x honorarios). Sin embargo, vale recordar que si caen los pacientes que piden cierto tipo de consulta (la μ de pacientes con viruela y polio cayó), puede mantenerse el nivel de ingresos vía aumento de honorarios. De esta forma no se altera la situación, consiguiendo incentivos para que los médicos continúen eligiendo dichas especialidades.⁹

Este mismo caso puede ser aplicado a la estructura de retribuciones de las especializaciones. Las conclusiones del modelo son categóricas con respecto al destino del médico: suponen que su trabajo sube o baja de acuerdo a la cantidad de cierto tipo de enfermos. Sin embargo en la práctica se encuentra que un especialista no se avoca con exclusividad a cierta patología sino que su espectro de atención comprende una variedad de prácticas y conocimientos.

En otras palabras, existe lo que los propios médicos denominan *super-especializaciones* debido a que los médicos que las siguen tienen un espectro menos

⁸ Estos cambios suelen darse de forma gradual. Sin embargo, puede surgir una nueva tecnología (una vacuna, por ejemplo) que reduce drásticamente los niveles de afección de cierta enfermedad. Es interesante indagar qué sucede con la trayectoria profesional de los médicos especialistas en dicha enfermedad cuando esto sucede. A futuro habrá evidentemente menos médicos que elijan la especialización aunque es dable la pregunta sobre qué deciden hacer los médicos *ya* especializados con su carrera profesional.

⁹ El presente desarrollo carece de un análisis que incluya la perspectiva de los pacientes. Nada hace suponer, a modo de ejemplo, que los demandantes de dichos conocimientos puedan afrontar las subas de honorarios especificadas. (Agradezco a H.R. por la observación)

amplio que otros (por ejemplo, los diabetólogos o los expertos en ciertos síndromes) y existen especializaciones que poseen campos de aplicación más vastos. De todas formas esto no contradice la lógica que se ha venido aplicando: *a mayor* sea el espectro en donde poder aplicar los conocimientos aplicados, *menor* será la diferencia entre la remuneración recibida y la que se percibiría si no se hubiera especializado. Lo mismo se aplica a la inversa.

RELATIVIZANDO LOS RESULTADOS

¿Los médicos realizan alguna conceptualización o proceso decisorio similar a lo que se ha presentado hasta aquí? Si bien las conclusiones han tenido una coherencia interna válida, dentro del propio marco en donde se las han situado, esto no implica que estén en sintonía con lo que los propios médicos consideran sobre su profesión.

No se hace referencia a que los resultados son hasta ahora anti-intuitivos sino a un paso más allá: es posible que existan otras dimensiones del propio fenómeno estudiado que estén esperando ser analizadas. Una posible explicación sería suponer que los médicos son irracionales y que no pueden dar buenas razones sobre los motivos de su consulta. Aunque, como Steven Landsburg (2008), no es provechoso sugerir que existen elementos de irracionalidad en los médicos, dado que si se pretendiera explicar sus razones efectivamente llevadas a cabo por medio de la *irracionalidad, estaríamos en un intento que poco nos explicaría el comportamiento humano y que es inherente impredecible.*

Admitiendo que otras dimensiones pueden ser incluidas para complementar el análisis y descartando la idea que los médicos no son racionales en su accionar, es posible continuar el presente trabajo: es momento de estudiar si en el análisis económico existen elementos que se han desarrollado pero que aún no están lo suficientemente integrados al estudiar un escenario concreto. Existen elementos que trascienden al propio costo de rentabilidad o que generan rigideces que no son contemplados por los modelos de costo-beneficio anteriormente presentados.

Es por eso que se buscará conocer las razones que los propios médicos aducen para luego relacionarlas con las herramientas teóricas que la economía nos provee para lograr una respuesta extensiva a *por qué se especializan los médicos.*

CONSULTANDO A LOS MEDICOS

Lo que se buscará es poner a prueba el conocimiento económico desarrollado frente a los datos obtenidos. Siguiendo las bases de *La metodología en la economía positiva* de Milton Friedman (1953), *la evidencia empírica puede demostrar si las categorías del "archivo analítico" tienen un equivalente empírico significativo.* Es decir que se analizará si las categorías empleadas son útiles para estudiar un problema concreto.

Ahora bien, el objetivo no es describir acabadamente todo un fenómeno representado en este caso por el proceso decisorio. Si se buscara *un realismo completo*, como explica Friedman (1953), sería *claramente inalcanzable.* Sería análogo al absurdo planteado por Jorge Luis Borges en *El Rigor en la Ciencia* cuando describe a un Colegio de Cartógrafos que levanta *un Mapa del Imperio que tenía el Tamaño del Imperio y coincidía puntualmente con él.* Si se llevara esto al campo del presente trabajo sería similar a intentar describir la actividad cerebral –incluso neuronal– dentro de los médicos cuando llevan adelante su decisión de especialización. Esto no sólo sería un ejercicio tan meramente contemplativo como inútil a nivel explicativo, según Klimovsky e Hidalgo en *La inexplicable sociedad* (2001).

El camino para vincular el plano teórico por un lado y el fenómeno en sí será la investigación empírica dado que como explica Wright Mills en *La imaginación sociológica*, *la finalidad de la investigación empírica es resolver desacuerdos y dudas*

acerca de los hechos. Son entonces las respuestas de los propios médicos las que permitirán orientar la investigación y comprobar si las dimensiones que se consideran relevantes lo son en efecto.

En especial el interés aquí será explicar qué influye una elección evitando caer, como cita Paul Krugman a Thomas Schelling en *Los ciclos de las ideas dominantes, en los saberes convencionales (...) que buscan aseverar una relación entre un fenómeno (...) y otro [fundiendo entre si dos conceptos] prefabricados en vez de tratar de comprender cómo están compuestos.* En el caso concreto se buscará conocer si existen factores externos a los monetarios o los del análisis costo-beneficios ya analizados que permitan dar una idea más acabada de la decisión.

Huelga la aclaración que el objetivo no será, a diferencia del marco aquí utilizado, predecir las futuras decisiones médicas como requiere Friedman (1953) cuando sentencia que *una teoría es suficientemente realista si suministra predicciones suficientemente buenas.* El presente estudio buscará *explicar* los factores y dimensiones relevantes que un médico considera al decidir, no implicando que dicho conocimiento permita *predecir* las elecciones de generaciones venideras.

Como explica Tony Lawson en Maki (2003), el éxito en el pronóstico económico es no deseado y cita a Buchanan en *What should economists do?* quien ha observado que *la elección, por Naturaleza, no puede ser predeterminada y permanecer como elección. Si definimos ciencia en el sentido moderno como la incorporación de predicciones conceptualmente refutables, una ciencia de la elección se vuelve autocontradictoria.* El objetivo será entonces reflexionar sobre su práctica brindando herramientas para entender sus motivaciones. Un buen entendimiento de los mecanismos funcionales puede permitir eventualmente predicciones o basamentos para generar políticas públicas. Sin embargo, el objetivo de la investigación, al menos en este punto, será dilucidar dichos mecanismos.

ENCUESTANDO A LOS MEDICOS

La forma elegida para conocer qué piensan los médicos será mediante una encuesta preparada especialmente para este trabajo. Como sugiere Maxwell en *An Interactive Approach* (1994), esta posee *la ventaja de ser el medio para estudiar hechos pasados o que no se pueden observar para obtener descripciones de ellos.* En este caso, se seleccionará a un grupo de médicos para preguntarles por la decisión de especialización que ya elaboraron. En sintonía con Martyn Denscombe en *The good research guide for small scale social research projects* (1999), de esta forma será posible *reunir información como una forma de complementar datos.*

El lugar elegido para encuestar fue el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Fue seleccionado por ser un hospital donde el universo de médicos cuenta con al menos una especialización: pediatría. Más aún, en los servicios y unidades hospitalarios dentro de la Institución, la gran mayoría de los médicos cuenta a su vez con estudios de pos-especialización o se encuentra cursándolos. El Hospital, según fue relevado por su Oficina de Personal, cuenta con aprox. 1300 médicos (800 con nombramiento, 300 residentes, 200 concurrentes). El turno elegido para la encuesta fue el de la mañana por el ser más numeroso. La muestra tomada representa aprox. 3% (2,86%) del turno elegido (840 médicos).

Para que la muestra sea representativa se buscó encuestar a médicos de diversas edades y servicios, así como a médicos con diferentes categorías dentro de la carrera médica (jefes de servicio, médicos de planta, médicos cursando especialidades de segundo nivel). Lo que se buscó, en palabras de Maxwell (1994), fue *lograr representatividad y capturar heterogeneidad* mediante la muestra obtenida.

El problema subyacente es que es imposible chequear si los encuestados dijeron la verdad y entendieron cabalmente las preguntas. Martyn Denscombe (1999)

advierte que cuando la investigación está interesada en emociones, sentimientos y experiencias es más difícil que al trabajar con datos de naturaleza factual. Se buscó acotar el problema aumentando el número de encuestados y sometidos a idénticas situaciones al responder, debiendo completar la encuesta en aproximadamente siete minutos, leyéndola por sí mismos y bajo supervisión del encuestador.

MODELO DE CUESTIONARIO

El cuestionario planteado fue ideado para que los médicos pudieran responderlo en forma directa, combinando preguntas de opciones múltiples con respuestas abiertas y evaluación de afirmaciones dadas. Todos los médicos que respondieron la encuesta son médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y cuentan con al menos una especialización.

Como se adelantó, dentro de los encuestados se incluyeron a jefes de servicio, médicos de planta y médicos que se encuentran cursando una segunda especialización médica como parte de los programas de enseñanza que se dictan dentro del Hospital. El objetivo fue indagar sobre tres áreas centrales: en primer lugar su caracterización personal y profesional, en segundo lugar sobre su opinión respecto a las elecciones profesionales y en tercer lugar sobre su vida cotidiana.

En la primera sección se les consultó a los médicos por su rango de edad y sus estudios de posgrado. También se les consultó en qué establecimientos médicos trabajan, obteniendo una identificación primaria de los encuestados. La segunda sección fue dividida en dos partes. En primer lugar se les pidió que respondieran cuáles son los elementos que consideran que vuelven a un profesional, por un lado, respetado y por el otro, exitoso, además de responder si consideran que existen especialidades más rentables que otras. En segundo lugar se les presentó una serie de afirmaciones que debían evaluar si se encontraban en acuerdo o en desacuerdo, obteniendo así una toma de posición con respecto a su conformidad respecto a la importancia del conocimiento, la especialización y su trayectoria profesional.

Por último se les consultó sobre su vida cotidiana, planteándoles situaciones en donde debían elegir cómo deseaban percibir sus aguinaldos, qué opciones preferían a la hora de hacer una compra o inscribirse a un gimnasio, qué consejos le darían a un fumador y cómo repercutió la última crisis económica en sus planes laborales. Si bien no están directamente relacionados con el tema de estudio, esta serie de preguntas permite conocer su forma de razonar y proceder en otros aspectos de su vida, evaluando con qué grado de racionalidad actúan y además conociendo qué mecanismos de compromiso se imponen.

En las siguientes secciones se irán relacionando las respuestas obtenidas, contrastándolas con el modelo aplicado y buscando herramientas analíticas que den cuenta de los resultados para lograr una mejor comprensión del fenómeno estudiado. El cuestionario completo se encuentra disponible en formato digital en el [Anexo Digital A](#) mientras que el detalle de las respuestas recibidas puede encontrarse en el [Anexo Digital B](#).

LA IMPORTANCIA DEL SABER

Es llamativo que todos los médicos tengan igual habilitación legal para ejercer su profesión. Una vez completados los estudios universitarios y tramitado su matrícula, el médico se encuentra habilitado para ejercer la profesión. La pregunta siguiente es por qué los médicos, como los que trabajan en el Hospital de Niños, deciden hacer inclusive más de una especialización (habiendo encontrado médicos con hasta cuatro orientaciones).

La primera respuesta con la que el sentido común se topa es que los médicos recién recibidos no están capacitados para atender todo tipo de consultas debido a que la suma de los conocimientos actuales es tan grande que precisa sectorizarse para que

diferentes grupos de médicos la aborden. Sin embargo en los modelos anteriormente desarrollados se supuso que existe un conjunto de pacientes que pueden ser atendidos tanto por los médicos especializados como por aquellos que decidieron no hacerlo. Es lo que fue denominado Zona de Competencia.

Es decir que existen ciertos pacientes que sólo el médico especializado podrá atender debido a los conocimientos específicos necesarios mientras que los pacientes de la zona de competencia pueden dirigirse a cualquier médico. Es posible pensar que la especialización funciona como una estrategia que tienen los médicos para indicarles a sus pacientes que se encuentran más calificados que el resto de sus colegas. El problema particular que posee la medicina es que el paciente tiene poca o ninguna noción acerca de si lo que el médico sabe es correcto o apropiado para él. Aunque le sucede lo mismo con todos los médicos, dado que a fin de cuentas si él supiera lo que es correcto para su tratamiento no tendría necesidad de consultar a un médico.

Por lo tanto un médico que decide invertir recursos en capacitarse cuando hubiera podido atender a ciertos pacientes sin necesidad de ello, puede indicar una estrategia para diferenciarse de sus pares. Esto puede pensarse como asimetrías de la información siguiendo la conceptualización de *Principal & Agent* desarrollada por Ross (1973) y Stiglitz (1974). Esta idea sugiere que si las acciones de un individuo son inobservables, entonces las compensaciones no pueden ser basadas en sus acciones. Esto es posible de ser aplicado en el mundo de los médicos dado que a pesar de poder ver a un médico trabajando no siempre es posible para quien le solicita sus servicios juzgar sus acciones.

Por lo tanto la idea de Principal y Agente sugiere que existe un agente que demanda cierta acción y un agente que la lleva a cabo. En este caso se puede definir a los pacientes o las aseguradoras de salud (Principales) como los demandantes de servicios de salud y a los médicos (Agentes) como los oferentes de dicho servicio. En palabras de Stiglitz, *el problema del principal-agente hace referencia a situaciones donde las acciones no pueden ser ni observadas ni inferidas*. En última instancia dentro del consultorio, el paciente depende de las decisiones del médico y su ética profesional.

El escenario posible entonces es asumir que los resultados de la demanda de servicios de salud será una función del esfuerzo llevado a cabo por los médicos (agentes)¹⁰. Ahora bien, el problema se presenta en este escenario cuando *los beneficios del Agente difieren de los beneficios del Principal*. Es en este punto en donde el problema se convierte en un problema de incentivos.

La teoría tradicional asumiría que la acción que el Principal desea que el Agente realice es perfectamente conocida y perfectamente monitoreable, sin costo alguno. En este caso, si un paciente quiere corroborar si el tratamiento recomendado por su médico es correcto debe incurrir en una segunda consulta al no contar con la posibilidad de monitoreo o información suficiente por sí mismo. Nuevamente la asimetría del conocimiento entre médico y paciente vuelve al análisis distinto del marco tradicional.

En palabras de Stiglitz, *esta descripción wickselliana de las relaciones me ha parecido peculiar: parece sugerir, dentro del análisis neoclásico, la ausencia de ciertos aspectos importantes de las relaciones económicas*. Como se advirtió anteriormente, está faltando considerar el plano de los incentivos en la relación.

Aplicando la clasificación realizada por Macho Stadler y Perez Castrillo en *Economía de la información* (2005), en el plano de los médicos uno de los problemas es la asimetría de la información entre el paciente (Principal) y su médico (Agente). Estos problemas pueden ser de selección adversa en donde las *diferencias de información* generan un problema para el paciente quien no sabe si está eligiendo al médico

¹⁰ La literatura suele hacer referencia además a una variable *random* no pasible de ser observada

correcto (mientras que el médico sí sabe si lo es); o bien un problema de riesgo moral en donde el paciente no puede juzgar *el comportamiento* llevado a cabo por el médico.

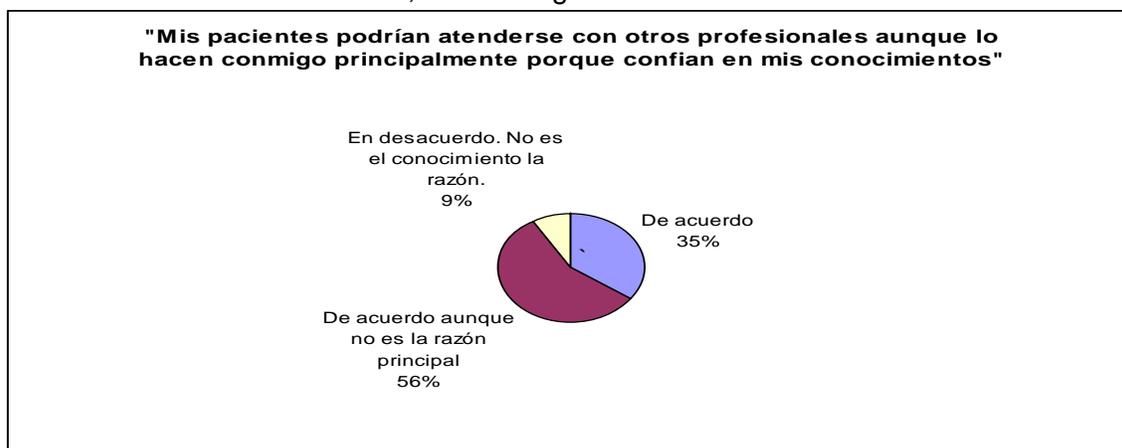
De hecho es posible mezclar a los tres agentes siguiendo el desarrollo de Charles Wheelan en *Naked Economics*, quien sugiere que el problema de la información está en el *corazón de los servicios de atención médica: (1) el paciente, que no paga la cuenta, demanda la mayor cantidad de atención médica, (2) la compañía de seguros maximiza su beneficio pagando el menor cuidado médico posible y es (3) muy costoso para pacientes y aseguradoras probar cuál es el "correcto" tratamiento.*

Entonces, dado este marco en donde pacientes y compañías aseguradoras cuentan con información e incentivos distintos a los de los médicos, continuando con Macho Stadler y Perez Castrillo (2005), *la distinción entre los problemas de asimetría de información será importante porque permite distinguir cómo influye la naturaleza de la información en el diseño de los contratos.* En este caso el contrato estaría representado por la elección de médico que realizan los pacientes (o las aseguradoras médicas). Aquí se vuelve entonces a suponer que la forma de destacarse es precisamente mostrándole a quienes requerirán sus servicios que han estado dispuestos a esforzarse más y poseer más conocimiento (aunque no sea directamente aplicable en la consulta).

Esta estrategia ha sido denominada *signaling*. Quienes buscan un médico, antes de *firmar un contrato* (consultar al médico), pueden recibir las señales enviadas por ellos que en este caso es la del esfuerzo por continuar sus estudios. En este contexto la especialización actuaría como un envío de información al mercado para destacarse por sobre el resto, evitándole al Principal caer en problemas de selección adversa o riesgo moral; a fin de cuentas, quien haya decidido continuar sus estudios especializándose está demostrando mayor compromiso o formación académica que sus colegas que no lo hicieron.

Para poder indagar al respecto se consultó a los médicos qué opinaban sobre la siguiente afirmación: *"Mis pacientes podrían atenderse con otros profesionales aunque lo hacen conmigo principalmente porque confían en mis conocimientos"*. De esta forma se analizó si los médicos asumían que su conocimiento es la forma de diferenciarse de sus pares y si es la razón por la cual los pacientes vuelven a ellos.

Cuadro I. Sección Afirmaciones, 1era Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

Los resultados –donde se excluyeron a quienes no trabajaban sino tomaban el curso de especialización exclusivamente- indican que sólo una pequeña parte (9%) considera que sus conocimientos no influyen en los pacientes cuando deben elegir a su médico. La gran mayoría de los médicos, por el contrario, consideran que el conocimiento es relevante aunque más de la mitad (56%) cree que existen otros elementos más relevantes aún. El 35% restante respondió que el conocimiento es la razón principal de por qué lo eligen.

Los datos por lo tanto reflejan que existe una gran parte de los médicos que considera que su conocimiento es lo que le permite ser elegido por sus pacientes. El dato de todas formas debe ser matizado dado que los médicos al responder lo hicieron considerando todos los pacientes, tanto aquellos que buscaban un médico especialista como aquellos dentro de la zona de competencia. Sin embargo, siendo médicos que trabajan en ciudades donde existen otros especialistas de su misma área, considerar que es su conocimiento lo que los pacientes privilegian muestra que la estrategia de *signaling* es posible de ser aplicada en esta situación.

Aplicar este marco de las asimetrías de la información permite entender por qué se supuso una diferencia entre los honorarios del médico generalista y el del médico especializado en los modelos de la primera sección (formalmente Pa y Pb). Una explicación a esa diferencia existente entre los honorarios de los médicos dentro de los pacientes de la zona de competencia puede deberse a sus estudios dado que al enviar más señales positivas a sus pacientes (en la medicina privada) o a quienes los contraten (en medicina prepaga u obra social). Al destacarse por sobre sus pares, pueden aumentar sus honorarios y sus demandantes estarían dispuestos a pagarlos.

La relación propuesta de Principal-Agente como marco de análisis de la relación entre médicos y pacientes puede complejizarse al incluir a un actor adicional: el *Seguro*. Si se analiza la medicina prepaga o de obra social (se excluye la medicina privada y la *hospitalaria*) es posible mediar la relación entre paciente y médico incluyendo a un agente (el Seguro) que funcione como un Principal adicional. De esta forma, el médico sería el Agente y Pacientes y Seguros los Principales aunque con intereses distintos.

El interés opuesto entre el médico y el Seguro es con respecto a los ingresos y el tiempo de atención. Si se consideran a dichas empresas bajo la lógica maximizadora del beneficio desearán que el médico reduzca al mínimo su número de consultas (pago por honorarios) o su tiempo de atención (pago por plazo) al tiempo que el médico tiene incentivos opuestos para incrementar sus ingresos. Con respecto a la relación entre pacientes y médicos no es posible definirlo como intereses rivales. Si se establece que el objetivo del paciente es obtener el mejor tratamiento no es correcto asumir que el médico cuenta con el interés opuesto. Sin embargo no es posible para el paciente saber si esto es efectivamente así y es allí donde se establece la distinción Principal – Agente.

En esta configuración con dos Principales sigue existiendo el incentivo de los médicos a enviar las señales basadas en el conocimiento como señal de esfuerzo o productividad (para con el Seguro) así como una garantía de compromiso o calidad (para con el paciente).¹¹

TEORIA DEL CAPITAL HUMANO

Ésta teoría es otra forma de entender el conocimiento y el proceso educativo. Aquí el conocimiento será tomado como algo que las personas *poseen* y es parte de su acervo personal. Tal como lo define Charles Wheelan (2010), *el capital humano es la suma total de habilidades propias de un individuo: educación, inteligencia, carisma, creatividad, experiencia de trabajo (...). Es lo que uno poseería si se le quitaran sus posesiones y se hallara sin más que la ropa puesta.*

Quien primero dio forma a esta Teoría fue el Premio Nobel Theodere Schultz quien decidió tomar a la educación como una inversión. Siguiendo esta línea, se

¹¹ No es posible alinear los incentivos de los médicos para que satisfagan simultáneamente los objetivos de los dos Principales, dado que el interés de uno es lograr reducir la cantidad de prácticas al mínimo *posible* al tiempo que los pacientes demandan la mayor cantidad *posible*. Sin embargo, los pacientes no demandan más prácticas en términos absolutos así como los Seguros no requieren necesariamente menos prácticas sino dentro del rango de lo *posible*. Lo relevante en este caso es que es una atribución de los médicos (como Agentes y nexos) definir en qué punto de dicho rango se ubican.

entenderá que es posible contabilizar a la educación como inversión dado que quien demanda educación es un agente racional que espera retornos futuros por su inversión en capital humano dado que ésta le genera cierto re-pago.

En otras palabras, lo que Gary Becker en *The economic way of looking at life* (1992) explica es que *el enfoque del capital humano considera cómo la productividad de las personas en situaciones de mercado y fuera del mercado es modificada por inversiones realizadas en educación, habilidades y conocimiento*. La hipótesis del razonamiento de G. Becker es que una mayor educación genera mayor productividad (por aprovechar mejor las habilidades o por incorporar conocimientos relevantes).

Si se traduce esta conceptualización al plano de los médicos podría considerarse que todos los médicos pueden en principio atender pacientes. Sin embargo serán más productivos (léase hábiles o eficientes) aquellos que estén más capacitados. Esto es apoyado por Michael Grossman en *The demand for health* (1972), quien muestra que es *un hecho bien documentado que a más educado, más eficiente en la generación de ingresos son los productores*. En consecuencia, se asume que *los cambios en el capital humano, medido desde la educación, cambian la productividad tanto en el ingreso como en el mercado*.

Este marco de análisis es apropiado en las relaciones que se establecen en la medicina prepaga y con las obras sociales. Cuando se hace mención a la medicina privada no es dable hablar de productividad en un sentido estricto. Retomando la conceptualización del médico como Agente de dos Principales –ver sección *La importancia del saber*- en la medicina privada el paciente cumple ambos roles y si bien prefiere un médico que sea más productivo (bajo la lógica empresarial del sentido económico) también prefiere mayor *calidad* en su atención (bajo la lógica como paciente). Producto del conflicto de intereses, debe ser pensado bajo una relación mediada por un Seguro (prepagas u obras sociales).

Si el estudio genera productividad, los médicos cuentan con incentivos para seguir estudiando. Dicho aumento en su productividad genera un mayor ingreso, considerando un marco neoclásico donde la retribución está ligada a la productividad marginal. Si el médico especializado es más productivo –más rápido y eficiente- entonces podrá atender más pacientes generando más ingresos en igual de tiempo que sus colegas. Si el médico especializado es más productivo en el sentido hábil, entonces sus pacientes estarán dispuestos a pagar una prima mayor por atenderse con él.

Es cierto que dentro del mercado profesional de los médicos existen reglamentaciones institucionales que no permiten suponer que existan mecanismos de auto-regulación. De hecho la muestra encuestada trabaja dentro de la carrera médica municipal que establece escalafones salariales por los que un médico más especializado (y productivo) ganará lo mismo que sus compañeros dentro del mismo escalafón, determinado por la antigüedad. Sin embargo, si se tiene en cuenta el fuerte componente de aprendizaje mediante el propio trabajo que existe en la medicina, es dable suponer que la propia antigüedad sea también otro componente propio de la productividad, a través del aprendizaje. En otras palabras, si bien existen trabazones institucionales, puede suponerse que los más antiguos perciban más ingresos y que su antigüedad sea un indicador de su productividad.

Otra forma de mirar la forma como los médicos utilizan su *capital* de educación, es pensarlo no solamente *durante* su práctica profesional sino *antes*. De éste aspecto se ocuparon Arrow y Spence. Dado que el concepto de *productividad* es difícil no sólo de conceptualizar y de medir (en especial en un servicio como el que los médicos brindan) y sumado a las rigideces del mercado profesional, puede que la Teoría del Capital Humano no explique cómo se desenvuelven los ingresos de los médicos.

Bajo este enfoque se considera al *capital* como conocimiento que sirve para ingresar al mercado laboral. Esta idea fue denominada *Credencialismo* y sugiere que los títulos educativos otorgan una señal al mercado laboral para evitar problemas de

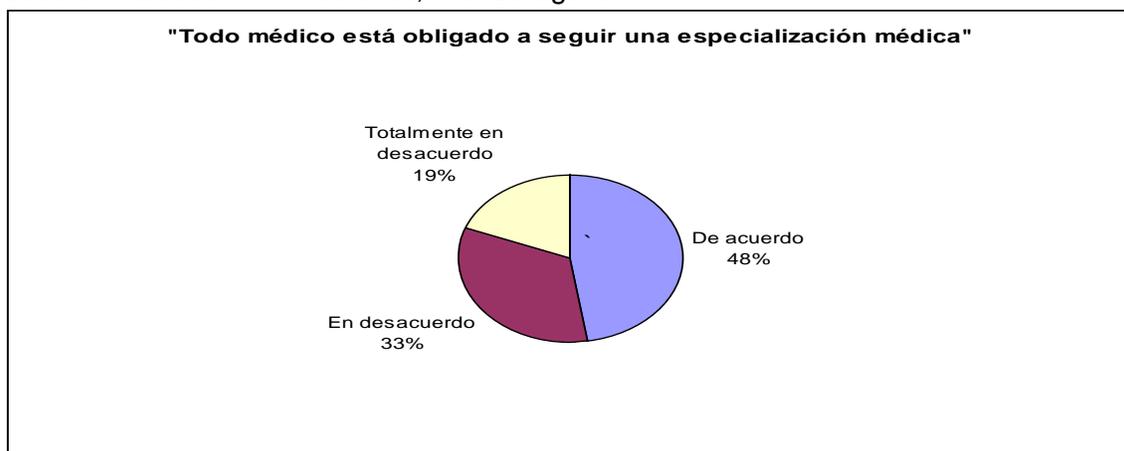
selección adversa. En la sección anterior (*signaling*) las señales las enviaban los médicos a los pacientes y aseguradoras médicas para mostrarles que se destacaban por sobre sus pares. La idea del *Credencialismo* es similar aunque supone una etapa en donde los médicos deban *ingresar* a su puesto de trabajo, lo que es análogo a lo que los médicos atraviesan al ingresar en las carreras profesionales que, por ejemplo, el Hospital diseña para ellos. En este caso no sería solamente un problema de asimetría de información entre el Principal y el Agente sino un exceso de oferta de profesionales.

Por lo tanto, la diferencia estaría dada no por las acciones que cada actor (los médicos en este caso) pueden enviar al mercado sino en un elemento que es posible definir como institucional: los títulos. En la óptica del *Credencialismo*, existen situaciones donde no surgen las señales necesarias de forma autónoma (un paciente no puede saber *a priori* la idoneidad de un médico). En este contexto de información asimétrica, el Estado (o la autoridad que domine el campo académico-normativo) define quiénes poseen conocimiento legítimo. Los títulos son entonces el vehículo para generar diferenciaciones que el mercado percibe.

El problema de este circuito es el círculo (vicioso o virtuoso dependiendo desde dónde se lo mire) que se genera entre la titulación y los médicos. Tal como lo analiza Hirsch (2001) al estudiar la brecha de ingresos entre los grupos con diferentes niveles de educación, cuando existe un aumento masivo en la posesión de capital humano se genera un intento de diferenciación aún mayor por parte de los estudiantes que intentan ingresar al mercado laboral.

Si bien la regulación no es vinculante en el sentido que todos los médicos pueden legalmente atender todo tipo de consultas, en la práctica se genera un mecanismo restrictivo asimilable a lo que sugiere el *Credencialismo*. Si el médico se encuentra con una consulta por fuera de su área de especialidad y cuenta con la posibilidad de derivarlo, deberá hacerlo. Nuevamente, no es una restricción formal al acceso como sugiere el *Credencialismo* sino una construcción que en la práctica opera.¹² Más allá de si el conocimiento que los médicos aprenden es directamente necesario, es también la causa que les permitirá diferenciarse del resto para obtener *credenciales* para ser elegidos en sus futuros puestos de trabajo.

Cuadro II. Sección Afirmaciones, 2da Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

Casi las mitad de los encuestados (48%) contestaron que consideran que los médicos, una vez recibidos, deben continuar estudiando hasta especializarse. Puede

¹² Para un análisis de la diferencia entre Signaling y Credencialismo en el contexto del mercado ver la siguiente Sección *Diferenciación Horizontal, Credencialismo y Conocimiento Técnico*

argumentarse que los estudios de posgrado se deben a una necesidad de adaptación a los cambios tecnológicos y la obligación de estar al corriente de los descubrimientos científicos disponibles, o a una insuficiente educación de grado que precisa una complementariedad de contenidos con la educación de especialización.

Sin embargo si se traslada la situación a los trabajadores en general, Sommers¹³ muestra que existe un *premio* a la ecuación superior al estudiar la evolución del salario medio de un trabajador con educación media (poca variación) y la evolución del salario con educación superior (mayor nivel y mayor variación). De aplicarse en el plano médico implicaría que continuar estudiando permite mejorar los ingresos, accediendo a mejores puestos de trabajo.

Dentro del plano del análisis económico el debate ha fusionado ambas posiciones. Por un lado a Arrow y Spence que sostienen al credencialismo (la importancia de estudiar para ingresar al mercado). Por el otro, las ideas que se han presentado de Becker¹⁴(1992) que sugieren la contribución del conocimiento para ampliar la productividad. Esta forma mixta puede resumirse diciendo que la credencial (el título) es relevante para acceder a un puesto aunque también existen conocimientos específicos que los *nuevos puestos* de trabajo requieren que permiten aumentar la productividad. Ambos factores son los que permiten explicar las brechas de salarios entre los niveles educativos.

En el plano de los médicos esto implicaría que especializarse es una forma de acceder a los puestos disponibles en la carrera profesional dado que al ser todos médicos, especializarse es una forma de destacarse. A su vez, una vez obtenido el puesto (dentro de las instituciones médicas) los estudios de posgrado son una forma de incrementar la productividad en sus dos sentidos. Por un lado siendo más eficiente en el sentido de ahorro de tiempos y aumento de eficiencia; por el otro en el sentido de ser más hábil pudiendo atender de forma idónea a cierto tipo de consultas.¹⁵

Diferenciación Horizontal, Credencialismo y Conocimiento Técnico

Si se aceptan las fallas de información es posible pensar la relación de los demandantes de salud –pacientes, aseguradoras- con los oferentes de salud (médicos) como una relación imperfecta donde co-existen los tres elementos discutidos: fallas de información, credencialismo y conocimiento técnico específico.

Por un lado los médicos (agentes) cuentan con información que los demandantes de salud (principales) no pueden tener o que les sería muy costoso conseguir. Si se estudia esta situación bajo la caracterización de la Nueva Organización Industrial de *Objetivos – Estrategias – Resultados – Creencias y Conjeturas* entonces se puede pensar que lo importante es la estrategia (cómo lograrlo) por sobre el objetivo (lo que se busca) porque lo relevante no es el resultado (lo que se busca) sino lo que más conviene dado que la acción del resto influye (creencias).

En este contexto se puede definir al accionar de los médicos como estratégico dado que actúan basados en sus creencias y conjeturas del accionar ajeno. Si se centrara el análisis en el paradigma Estructura-Conducta-Desempeño, según Daniel Maceira (2008), *el desempeño en una industria o mercado particular es el logro de los objetivos propuestos y depende de la conducta de los demandantes y oferentes, dado por el comportamiento estratégico.*

En esta conceptualización, los médicos deciden influir sobre la Estructura y la Conducta (sus estrategias) para lograr un Desempeño (performance) específico. Es

¹³ Agradezco a la Dra. García de Fanelli, A.M. & Dr. Groisman, F. (2009) por la información provista.

¹⁴ Sin olvidar a B. Chiswick y J. Mincer.

¹⁵ En la práctica existe un gran número de médicos que combina su día laboral en un establecimiento público (Medicina Hospitalaria) con un trabajo en el Sector privado (Particular, Prepago) o Semi-Privado (Obra Social). De esta forma desdobra su ingreso en un salario fijo (Medicina Hospitalaria) y una remuneración atada al volumen de atención. Las consideraciones de eficiencia presentadas inciden en este último elemento en donde el incentivo afecta el desempeño.

posible considerar que en la Sección *La Importancia del Saber* se estudió cómo los médicos influyen en la Conducta de los pacientes y Seguros mediante las señales enviadas (Signaling). En la Sección *Teoría del Capital Humano* se utilizó el concepto de Credenciales (restricciones formales) para mostrar cómo los médicos influyen sobre la Estructura mediante restricciones prácticas.

Se entiende entonces que ambos elementos actúan en forma conjunta al decidir especializar: el envío de señales al mercado (pacientes y Seguros) y la obtención de una credencial para acceder a cierto grupo de pacientes. Lo relevante es diferenciar los planos en donde actúan cada una de dichas estrategias. Mientras que las señales definen cuántos pacientes consultarán a cada médico en particular, las credenciales determinan cuántos médicos integrarán dicho *grupo de especialidad*.

Si se asume que dentro de su especialidad los médicos son aceptablemente similares, la pregunta pendiente es cómo se define quién integra dicha grupo. O en otras palabras, qué barreras se implementan y qué estrategias adoptan los médicos para con ellas. Considerando que una de las Condiciones Básicas (variables estado que pre-existen a la estructura) es la falla de información, entonces el credencialismo se presenta como una estrategia de los médicos para destacar por sobre sus colegas.¹⁶ A su vez, el conocimiento técnico específico de cada especialidad médica también es una barrera a la entrada por lo que también es una decisión de inversión por parte de los médicos. En este punto es posible dividir en dos grupos a los factores: credencialismo y diferenciación por un lado y conocimiento técnico necesario por el otro.

Credencialismo y Diferenciación

Dado que existen competidores que pueden hacer el mismo trabajo (legalmente los médicos pueden, en principio, atender todas las consultas), existen incentivos a destacarse por sobre el resto. Utilizando el concepto de Ciudad Lineal de Hotelling, existe un bien homogéneo que se denominará "atención de la salud". El desarrollo matemático (tanto Bertrand como Hotelling) no es útil traerlo al análisis dado que los equilibrios con varios competidores (más de seis) son infinitos. Lo relevante del concepto es entender al título universitario y a la especialización en particular como un mecanismo de diferenciación horizontal siempre y cuando los pacientes en cuestión puedan ser atendidos por cualquier médico (efectivamente, en la medicina hay una sola matrícula habilitante).

Tal como se vio en la encuesta aplicada el 91% de los médicos cree que el conocimiento que ellos poseen individualmente es una de las razones por la cual los pacientes los eligen (para el 35% el conocimiento es *exclusivamente* la razón por la cual son elegidos). Si un médico puede haber atendido a un paciente sin haber tenido que hacer estudios de posgrado, la relevancia de continuar estudiando se debe a que las credenciales que obtiene le permiten resaltar (diferenciarse) de sus colegas permitiéndole enviar señales al mercado que lo harán más elegibles por los demandantes de salud.

Un concepto análogo en la ciencia social es el desarrollado por Frank Parkin en *Marxismo y Teoría de clases* (1984) referente a la *titulación*. El proceso de generar títulos legítimos es una forma de cierre social destinada a controlar y dirigir la entrada a posiciones clave en la división del trabajo.

En este contexto las especialidades funcionan como un instrumento para ejercer prácticas excluyentes. Si al ingresar al mercado laboral se encuentra que el resto de los pares cuenta con idénticas calificaciones a las propias, entonces el médico decide continuar sus estudios. De esta forma la propia profesión logra controlar el acceso a las posiciones superiores.

¹⁶ Al vincularlo con la jerarquía (hierarchim) de Markitr, suponiendo que el salario se determina por productividad, por mercados duales, por mecanismos internos o por salarios de eficiencia bajo incertidumbre, se vinculan por un lado, mecanismos propios del área médico y a su vez escenarios de incertidumbre (o asimétricos).

Sin embargo debe tenerse en cuenta que Parkin se refiere al uso exagerado de los títulos. Efectivamente el conocimiento aprehendido por los médicos en sus estudios de posgrado es relevante —existen prácticas que sólo se aprenden en la especialización, no en la enseñanza de grado— aunque *el uso del credencialismo, el uso exagerado de los títulos educativos como medio de controlar la entrada a posiciones claves, genera un límite a la oferta de trabajo para preservar su valor en el mercado*. No es hoy el título de médico lo relevante sino los estudios de posgrado que se han llevado a cabo.

Conocimiento técnico necesario

Del análisis precedente puede argumentarse que las barreras a la entrada no son establecidas por los títulos sino por el conocimiento que dichos títulos aportan. Más allá de estar legalmente capacitado para atender todo tipo de consultas, un médico recién recibido no se siente capacitado para atender pacientes de creciente complejidad por lo que deriva las consultas a los especialistas correspondientes si tiene la posibilidad de hacerlo. Sin embargo, es importante recordar que el marco de Credencialismo y Titulación debe ser entendido para los casos donde los médicos están efectivamente capacitados para atender dichos pacientes (nuevamente la zona de competencia entre generalistas y especialistas).

En el caso de pacientes donde se debe poseer un conocimiento específico para poder recibir consultas, es posible pensar a dichos requerimientos como barreras a la entrada en donde la diferenciación se convierte en vertical. No es un conjunto de *iguales* que se destacan por sus estudios posteriores sino que son niveles de complejidad creciente (en este caso del conocimiento) que cada médico decide si integrarlos o no a su cuerpo de estudios.

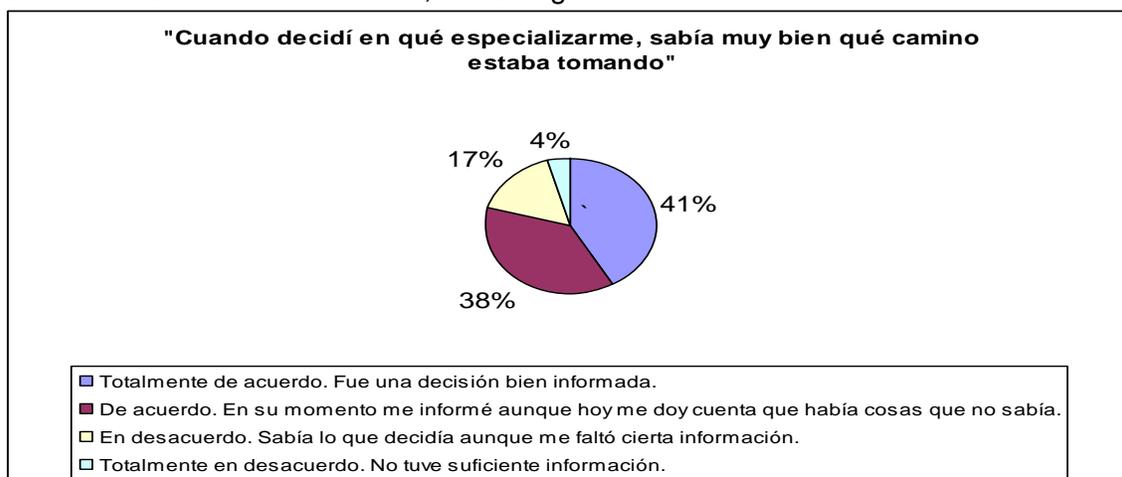
Se tomará entonces el marco de Williamson (1971) quien analiza por qué una empresa terceriza parte de su proceso de producción. Según el autor esto sucede si el costo de adquirirlo en el mercado es menor que producirlo internamente. En el caso de los médicos, analizarían la especificidad del conocimiento necesario y decidirían si consideran conveniente derivar dichos pacientes a profesionales especializados o si prefieren invertir en su educación para ser ellos quienes los atiendan.

Como advierte Williamson (1971) los dos factores a considerar serán la periodicidad y la especificidad del conocimiento requerido. En el caso de la periodicidad el médico considerará cuántos de sus pacientes demandan dicho tipo de consultas; mientras que la especificidad remite a cuán extenso es el campo de aplicación del conocimiento que debe aprehenderse. Aquí se observa que los médicos no son ajenos a la *incertidumbre* por lo que su decisión también está signada por sus creencias y conjeturas, tal como predice el paradigma de la Nueva Organización Industrial.

Dicha *incertidumbre* es la misma que se encuentra en la encuesta cuando a los médicos se les pregunta si sabían qué estaban eligiendo cuando optaron por su especialidad. Así como una fábrica nunca puede conocer cuáles serán sus niveles de demanda futuros, los médicos tampoco saben si lo que ellos estudiarán será requerido en el futuro. Es cierto que su presunción de demanda es mucho más fuerte que en el resto de los mercados (siempre habrá pacientes por atender) aunque no están exentos del cálculo de periodicidad y especificidad.

Quizás la diferencia en los médicos en general sea que los costos de gobernabilidad o producción descriptos por Williamson no sean relevantes a la hora de evaluar sus alternativas de especialización. Aunque esto sí aplicaría para las especialidades que requieren equipos específicos como la ecografía o la cirugía estética, cuando los médicos piensan desarrollar su práctica profesional en consultorios propios, debido a los altos costos de los equipos complementarios que precisan.

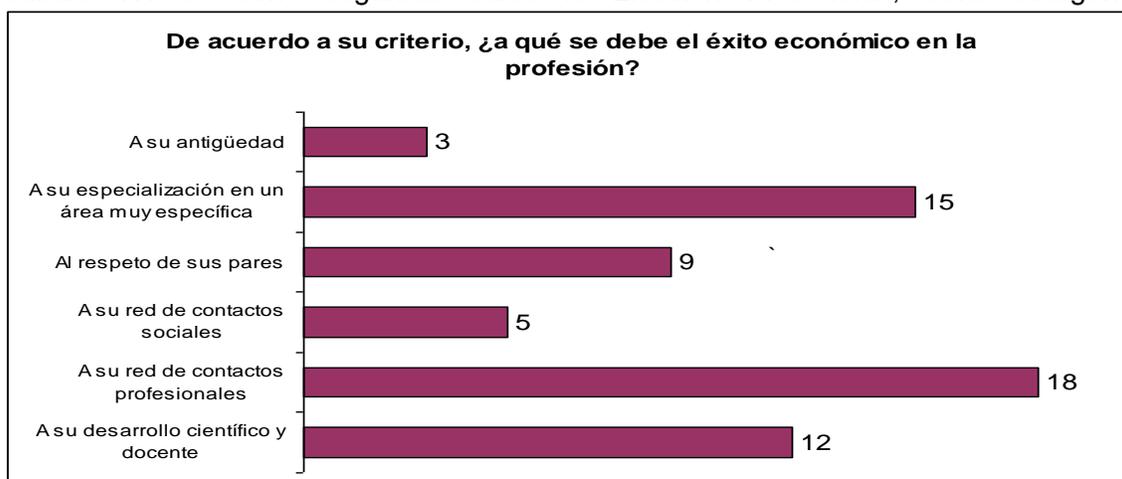
Cuadro III. Sección Afirmaciones, 4ta Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

En la encuesta se observa que el 79% considera que contó con información relevante y útil al momento de decidir. Sólo el 4% de los médicos no contaba con la información precisa antes de hacerlo. Lo interesante del estudio es analizar que la mayor cantidad de médicos (41%) considera que su decisión fue bien informada y que los conocimientos que poseen hoy o bien ya los tenían entonces o no eran necesarios para tomar una decisión. El siguiente grupo (38%) también considera que su decisión fue bien informada aunque sí existieron ciertos elementos posteriores a su decisión que hubiera preferido saber en ese momento.

Cuadro IV. Sección Preguntas sobre la Elección Profesional, 3era Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

La red de contactos profesionales es en lo que 75% de los médicos coincide como una de las razones del éxito económico. El análisis de este punto se hará en la sección siguiente (Ver *Incentivos Extra-Económicos*) vinculándolo con los capitales sociales que los médicos deben poseer como complemento de su saber profesional.

En relación con el conocimiento, la segunda razón más relevante para los encuestados es la especialización en áreas específicas. Más de la mitad de los encuestados considera que es ésta una de las razones principales de los médicos que consiguen mayores ingresos. Por lo tanto la decisión de especializarse, vinculándolo con lo anteriormente expuesto, está directamente relacionada con un incremento en los ingresos. Siguiendo el marco de Williamson (1971), si el cálculo de integración

determina que es más provechoso incluir el conocimiento (en vez de derivar al paciente), en consecuencia el médico estará dispuesto a invertir (tiempo, esfuerzo e ingresos) en una especialización que, de acuerdo a los propios médicos, será una posible causa de su éxito económico. En otras palabras, los propios médicos juzgan al conocimiento especializado como una posibilidad de éxito económico.

ECONOMIA DEL COMPORTAMIENTO: Análisis vía incentivos

Hasta aquí se han planteado elementos que caracterizan a un mercado cuyas estrategias, conductas y elementos observables responden a la configuración del mercado y sus jugadores o en otras palabras, a las condiciones básicas y sus objetivos. Con las diferentes herramientas utilizadas, ya sea mediante costo-beneficio o la incorporación de rigideces, problemas de credencialismo o barreras del conocimiento, era posible generar un análisis sin necesidad de estudiar a los individuos en si, sino en su relación para con el mercado y sus acciones.

Existe otra dimensión por explorar que son *las razones internas, personales* por las que cada agente decide emprender una acción. Este primer paso fue sugerido por Richard Thaler (1999) al analizar los mercados financieros quien sugirió que *las desviaciones cognitivas pueden influenciar los precios de los activos de la forma teóricamente más improbable*. Esto lleva a creer que los análisis basados en estructuras de mercado o en sus formas de interacción aún carecen de cierta información de lo que podría estar sucediendo en los mercados (en este caso financieros pero aplicable a los mercados en general).

Un posible contra-argumento para evitar indagar en las razones internas de las personas es considerar que quienes actúen de forma no racional terminarán eventualmente siendo retirados de la competencia del mercado dado que sus prácticas son superadas por los el resto de los competidores. Sin embargo es el propio Thaler (1999) quien responde que *no es un problema de algunos agentes dentro de la economía que toman decisiones subóptimas (...) sino que es nuestra tarea enriquecer nuestro entendimiento de los mercados adicionando un factor humano*. De hecho Thaler sugiere que es posible crear *un cuerpo teórico coherente, sustentado en bases psicológicas y económicas, que permita explicar el complejo patrón de comportamiento*.

El objetivo será tomar esta idea del campo financiero aplicándola en los médicos y sus razones para decidir su futuro profesional. Como sugiere Maceira en *Economía política de las reformas de salud (2007)*, *la historia evolutiva de toda institución genera reglas no escritas que hacen rígidas algunas normas y relajan otras, imponiendo una dinámica propia a la relación entre actores, alterando los incentivos originales*, forzando a quien analiza un escenario a entender qué lleva al agente a actuar.

De hecho, si se pretendiera analizar las decisiones, se deberían tomar en cuenta que siempre las personas enfrentan una elección entre conjuntos. El planteo económico supone siempre una elección. Aun en situaciones en que resultan obvias las respuestas, inclusive ahí hay una elección donde al menos *el tiempo está involucrado, uno de los tantos recursos más escasos*, según Charles Wheelan (2010). Por lo tanto, la elección de los médicos conlleva al menos una decisión de a qué destinar el tiempo (sin contar todavía el costo directo, el costo de oportunidad y demás factores ya mencionados). En palabras de Robert Frank en *Microeconomía y Conducta (2001)*, *en toda decisión hay en menor o mayor medida un problema de escasez*. Las personas se encuentran siempre evaluando costos y beneficios aunque no siempre ligados a la rentabilidad propia del mercado económico.

En el caso de los médicos, debe entenderse que su marco de decisión presenta elementos que trascienden el cálculo de competencia, condiciones iniciales y resultado económico. Es dable asumir que elementos como interés, afinidad, curiosidad, habilidad

práctica, reputación pueden motivar una conducta pudiendo o no llevar a los médicos a tomar una decisión óptima para su futuro económico y profesional.

Como explica Steven Landsburg en *The Unconventional Wisdom of Economics* (2008), uno de los descubrimientos de la economía son las ventajas comparativas, donde cada persona se vuelve más exitosa cuando realiza las actividades que hace mejor. Al ser relevantes factores como la habilidad natural, las motivaciones personales o las razones extra económicas, es preciso conocer qué incentivos importan más que otros. Siguiendo a Maceira en *Actores, contratos y mecanismos de pago* (2008), las remuneraciones que un médico acepta se componen de factores estrictamente monetarios como su esfuerzo, así también las motivaciones no-monetarias que impulsan el accionar en el sistema de salud (solidaridad, compromiso social, prestigio).

Se analizarán por lo tanto dos elementos por separado. Por un lado se estudiarán cómo influyen los incentivos extra económicos tomando como caso a la reputación y a los capitales extra-económicos; por el otro se estudiarán motivaciones personales tales como el placer y la afinidad con la decisión.

INCENTIVOS EXTRA-ECONOMICOS

Ciertas especialidades son más rentables que otras. ¿O todas las especialidades son igualmente rentables? La explicación económica dicta que si todas demandan el mismo esfuerzo y preparación deberían ser igualmente retribuidas. En el presente trabajo no importa constatar si efectivamente existen médicos mejores pagos que otros o si las áreas de especialización elegidas influyen en sus retribuciones. Lo que interesa estudiar es si los médicos creen que si hubieran elegido otra especialidad hubieran obtenido mayores ingresos.

Cuadro V. Sección Preguntas Sobre su Elección Profesional, 5ta Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

Según las respuestas obtenidas, el 66% de los médicos considera que existen especialidades que generan mayores ingresos que otras. A eso debe sumársele un 21% que considera a la especialidad como un factor relevante (aunque no determinante). A los médicos también se les consultó cuáles son los factores que consideran que hace a un médico exitoso económicamente (Ver Cuadro IV). La segunda razón que consideran más relevante (después de los contactos profesionales) es la especialización en áreas específicas.

¿Por qué es relevante la pregunta? Porque no es posible explicar desde la óptica costo-beneficio estrictamente económico por qué un médico elegiría una especialidad con una menor retribución monetaria si con igual esfuerzo hubiera logrado mayores ingresos. Gary Becker en *The economic way of looking at life* (1992) sugiere

que el análisis *asume a individuos maximizando su bienestar tal cual lo entienden* por lo que es preciso buscar otras dimensiones asociadas en la especialización médica.

Siguiendo esta línea, los médicos elegirían las especialidades más rentables que conocen. En la encuesta se les consultó si consideran que hubieran ganado más dinero si hubieran elegido otro camino, analizando si la decisión está guiada por lo económico.

Cuadro VI. Sección Afirmaciones, 3era Categoría.

"Si hubiera elegido otra especialización médica habría ganado más dinero pero habría tenido que trabajar en algo que no me gusta"



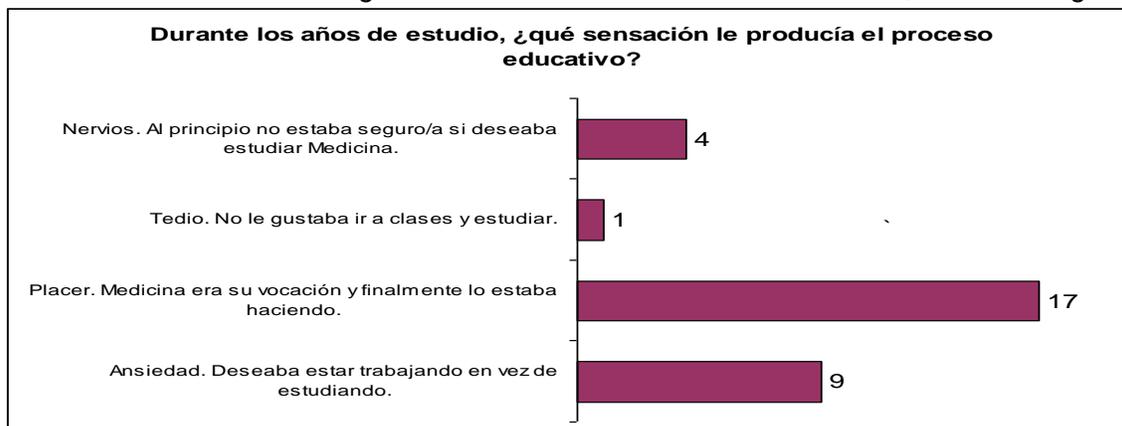
Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

Una explicación es elaborada por D. Heymann¹⁷ al sugerir un valor de consumo en la educación. Al suponer que los médicos -y profesionales en general- obtienen una retribución, una suerte de utilidad o placer por estudiar. El estudio no sería solo un medio como asume la Teoría del Capital Humano sino que comporta un carácter final en tanto bien de consumo. Se agregaría así la dimensión de *gusto o placer* al decidir especializarse.

A pesar de que las especializaciones médicas condicionan el futuro económico de los médicos (el 87% así lo considera, según Cuadro IV) no son elegidas tomando como factor la rentabilidad futura. No se niega el carácter de *inversión* que representa para la Teoría del Capital Humano (en la versión de Arrow y Spence) sino que se le agrega la dimensión de *consumo*, suponiendo que los médicos encuentran en lo que estudian un placer. Esta retribución estaría dada por el propio proceso de aprendizaje.

Para poder constatar si esta dimensión se encuentra presente a los médicos se les consultó cuál era la sensación que tuvieron durante sus años de estudio. De esta forma se buscó entender si los años de aprendizaje fueron un medio para llegar a la práctica profesional o si constituyeron por sí mismos un *consumo* en el sentido de otorgar una retribución personal extra-económica.

Cuadro VII. Sección Preguntas Sobre su Elección Profesional, 2da Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

¹⁷ Agradezco a D. Heymann (2011) por sus comentarios al respecto.

En las respuestas obtenidas de los médicos es llamativo encontrar que más de dos tercios de ellos respondieron que encontraban placer en estudiar su carrera, justificándolo como una vocación que estaban cumpliendo. Sólo hubo una respuesta que consideró al estudio como una carga aunque la segunda explicación más utilizada fue considerar que el proceso educativo generaba ansiedad debido a que preferían estar trabajando.

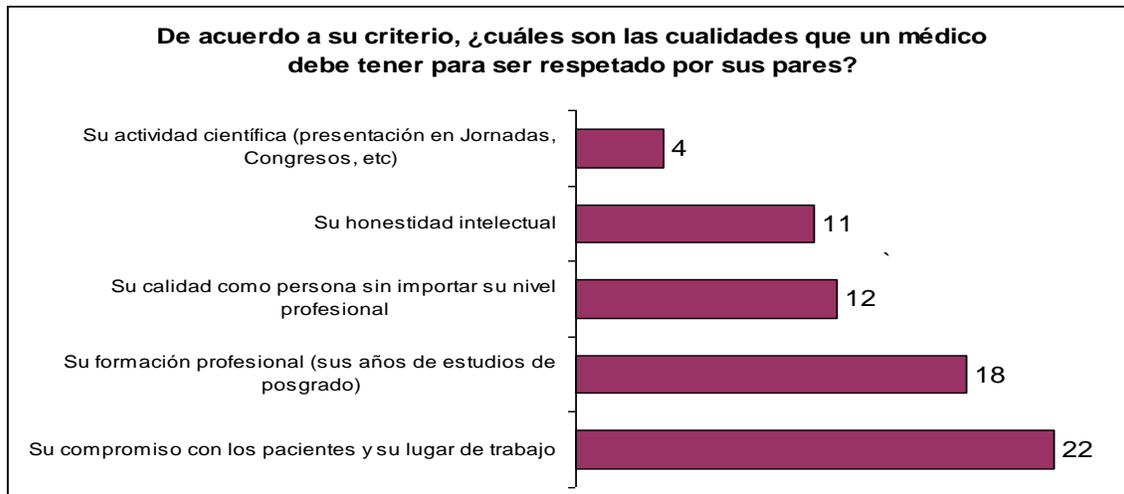
De esta forma se constata que para los médicos (pudiendo ser trasladable también a otras profesiones) existe un fuerte componente de *consumo* en sus estudios. Es decir que al estudio se le debe incorporar la dimensión de la utilidad que le da a la persona no sólo como herramienta laboral (capitales, diferenciación, credenciales) sino también como un componente que le reporta placer (utilidad) por el hecho de aprehenderlo.

Siguiendo la metodología de Becker (1962) quien supone que *el individuo decide sobre su nivel de educación (...) y otros elementos relativos al conocimiento (...) mediante un análisis de los costos y beneficios [relacionados]*, entonces en el contexto de los médicos está también relacionado con componentes culturales y extra-monetarios junto con mejoras en sus ganancias y ocupaciones. En este marco pasan a tener relevancia las concepciones culturales, dado que la *conducta está condicionada por una serie más amplia de elementos dentro de las preferencias y los valores*.

Sin embargo, es adecuado suponer que existen *hombres o distinciones de prestigio* que también guían a la elección profesional de los médicos. Como explican Cole, Mailath y Postlewaite en Landsburg (2008), existen normas culturales que deben ser tenidas en cuenta *dado que ejercen influencia en la forma en la que las personas viven*. Por supuesto que esto es algo que todos saben aunque *lo genuinamente nuevo es que las normas culturales pueden ejercer una influencia aún si pretendemos adoptar las simplificaciones que los economistas suelen hacer* sobre la conducta humana.

Más allá del placer que sientan por el conocimiento mismo también pueden existir remuneraciones sociales del prestigio de ser un especialista en un área. Como se analizó, los mismos médicos consideran que existen especialidades más rentables que otras. No sólo intra-especialidad existen escalafones y rangos - jerarquías dentro de los servicios médicos- sino también a nivel de inter-especialidades es posible que existan diferencias tanto a nivel de retribución económica como en la valoración que los propios médicos hacen de otras especialidades. Ya sea por complejidad (conocimiento técnico), valoración social (credencial) o hábitos adquiridos en la práctica (conocimientos extra-aula), es posible que los médicos consideren que el propio conocimiento es causa del respeto de sus pares. Se les consultó cuáles son los elementos que consideran relevantes para obtener el respeto dentro de sus pares.

Cuadro VIII. Sección Preguntas Sobre su Elección Profesional, 3era Categoría.



Fuente: Elab. propia en base a encuesta realizada a Médicos del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (n=24; año 2011)

La mayor causa de respeto hacia un colega es el compromiso con su trabajo y su entorno, donde casi todos los encuestados coincidieron. La segunda razón más relevante como causa del respeto, donde más del 70% médicos coincidieron, fue la formación profesional. En otras palabras los años de estudio de posgrado (los de grado no cuentan porque dentro de la comunidad médica todos comparten la formación de grado) son la segunda causa más relevante para la estima entre pares.

En línea con lo presentado, decidir especializarse puede tener incentivos extra económicos. Una de las razones fue el placer que genera la propia actividad; la otra razón aquí argumentada es que genera un respeto dentro de la comunidad médica que puede alentar a los profesionales a seguir estudiando.

Más aún si se constata que dentro de una institución médica como lo es un Hospital Público no existen marcadas diferencias entre los salarios que perciben los médicos, será posible considerar que continuar sus estudios genera beneficios no estrictamente económicos (como el acceso a ciertos cargos o la reputación hacia los pacientes, analizado en la sección precedente) sino también beneficios extra económicos como lo es el prestigio y la reputación, entonces continuar especializándose es un camino lógico dado los fuertes incentivos que la propia comunidad de pares genera con la fuerte valoración que hacen del conocimiento.

En este punto del análisis emerge una consideración: si la progresión en los conocimientos genera un respeto mayor -sumado a los conceptos de titulación, credencialismo y reputación- pareciera sugerir que existen médicos con trayectorias más respetadas que otros a juzgar por los propios colegas. Surge entonces el interrogante de quiénes ocuparán dichos puestos de mayor prestigio, poniendo en duda si la decisión de emprender estudios de posgrado es el resultado de un análisis de costo – beneficio (por más amplios y extensos que sean definidos dichos conceptos) o si existen elementos externos al plano económico y laboral que estén operando.

Aquí se plantea una pregunta similar a la que Paul Willis (1988) se realiza en *Aprendiendo a trabajar* cuando explica que *lo difícil de explicar en cuanto a cómo los chicos de la clase media consiguen trabajos de clase media es por qué los demás los dejan. Lo difícil de explicar de cómo los chicos de la clase obrera consiguen trabajos de clase obrera es por qué ellos mismo lo consienten*. Salvando la distancia entre la comparación de las diferentes especialidades con trabajos de clase obrera-clase media, la pregunta sigue vigente: ¿por qué habrían de elegir trabajos de menor prestigio si el pago es el mismo? Como sugiere Paul Willis (1988), *es demasiado fácil decir que es porque no tienen más remedio*.¹⁸

¿O quizás sí? La explicación no se encuentra en la formación académica dado que los médicos en su conjunto pasan por una similar formación, contando todos con igual título habilitante de grado. Puede que la explicación surja en los condicionamientos adyacentes a los que los médicos están sometidos. Esto sugiere, coincidiendo con Paul Willis (1988), que *la visión de lo cultural no se reduce a un conjunto de estructuras internas transferidas* como ocurre con las nociones normales de los procesos de socialización *ni el resultado pasivo de la acción de una ideología dominante* como aparece en ciertos tipos de lecturas del marxismo *sino que, al menos en parte, es el resultado de la praxis humana colectiva*.

Los factores involucrados en esta praxis humana colectiva exceden el conocimiento formal impartido en una institución universitaria, obligándonos a considerar, como sugiere A. Fanelli (2009), *la serie de conocimientos que se imparten en el aula que no son sólo*

¹⁸ La explicación a la que arriba Paul Willis no es aplicable en este contexto dado que ni la *autocondena* ni la *propia cultura* son elementos válidos para los médicos dado que no existe una diferencia sustancial en su forma de preparación para que esto surja. Quizás es una línea posible de investigación si existe una creación de cultura entre los *grupos* afines a las tareas que se realizan que se generan al interior de las instituciones médicas (por ejemplo, entre técnicos y médicos).

educativos mostrando que el tipo de institución educativa afecta o yendo aún más lejos, como define P. Bourdieu (2006), *el habitus* que signa a cada uno.

La idea de *habitus* fue desarrollada por P. Bourdieu y J.C. Passeron (1964) en Los Herederos para sintetizar *los modos de pensamiento y modos de percibir* que buscan incorporar lo externo. En el caso de los médicos puede representarse en los conocimientos que obtienen más allá de su formación estrictamente académica y que exteriorizan lo interno, que serían las herramientas que le permiten calificar para ciertas especialidades más prestigiosas, o inclusive sentir que dichas especialidades son de su pertenencia, que se las ha ganado producto de su formación y trayectoria.

Cada uno de estos lugares de prestigio *forma un campo donde hay diferentes niveles de poder* definidos en base a las composiciones de capitales que cada uno posee. El concepto de capital aquí es más extenso que el definido por la Teoría del Capital Humano de la Sección precedente. En palabras de Ricardo Sidicaro (en Bourdieu & Passeron, 2006), *los estudiantes más favorecidos no deben sólo a su medio de origen hábitos, entrenamientos y actitudes que les sirven directamente en sus tareas académicas*, no debiendo limitarse a su saber profesional específico.

Para conocer qué opinan los médicos al respecto basta analizar nuevamente el Cuadro IV donde se les consulta qué elementos son relevantes para conseguir el éxito económico en la profesión. Allí se observa que el 75% de los médicos consideró que la *red de contactos profesionales* es una razón del éxito económico, siendo ésta la causa en la que el mayor número de médicos coincidía. La red de contactos fue el elemento con el que más médicos estuvieron de acuerdo para explicar el éxito económico, más que el desarrollo científico-académico o la especialización en un área muy específica.

En el mismo gráfico (Cuadro IV), se observa que el 20% también destacó a la *red de contactos sociales* como otra causa del éxito económico. Si bien el porcentaje es bajo, se destaca que dentro del grupo más de la mitad tenían parientes médicos. En palabras de Bourdieu (1964), *difiriendo por completo en un conjunto de predisposiciones y presaberes que deben a su medio, los estudiantes sólo son iguales formalmente a la hora de la adquisición de la cultura académica*. Como advierte Bourdieu, *hay que cuidarse de creer que el patrimonio cultural favorece automática e igualmente a todo aquel que lo recibe*.

Con respecto a los médicos, su decisión de especialización se presentaría como una elección libre aunque está sujeta a condicionamientos¹⁹ que pueden estar explicados por su red de contactos sociales, ya sea dentro de la institución (profesionales) como de carácter exclusivamente social (familiares). Ya sea contactos establecidos con anterioridad a su decisión de especialización (o inclusive a su formación de grado), dichos contactos son un elemento relevante para explicar acceso a diferentes posiciones así también como diferenciales en los honorarios.

Sin embargo, 62% de los encuestados manifestó no poseer familiares médicos por lo que es posible matizar las conclusiones de Bourdieu (referidas a la Escuela de Ciencias Sociales en París) con respecto a la situación de los médicos a nivel local. En este caso la Medicina no parece, prima facie, ser una elección condicionada fuertemente por componentes sociales primarios (familiares). A fin de cuentas, sólo el 20% manifestó que esto sea un componente relevante del éxito económico. Sin embargo, los componentes sociales secundarios (contactos profesionales) parecen operar dado que tres cuartas partes de los encuestados lo considera relevante.

La siguiente conclusión posible está en línea con la idea de la elección que se realiza por *fuera del aula*, y corresponde a los médicos que poseen dichas redes de contacto. Esto puede interpretarse como un signo de cómo las relaciones sociales son a

¹⁹ Aquí se consideran los condicionamientos objetivos descriptos por Bourdieu. Si bien pueden ser un elemento válido de análisis, los condicionamientos subjetivos tales como el binomio incomodidad-comodidad serán dejados de lado debido a la imposibilidad que plantea una encuesta como vehículo de estudio.

fin de cuentas otro tipo de capital, mostrando que no sólo el conocimiento es el capital relevante dentro de las instituciones médicas sino también hay componentes sociales (las trayectorias profesionales y sociales) que condicionan las elecciones.

LA MENTE DEL DECISOR

Hasta ahora se han descrito elementos propios de la estructura del mercado, luego le fueron añadidos componentes de la interacción social, de la propia educación y sus componentes intrínsecos y los incentivos extra-económicos existentes. Resta aún una dimensión pasible de ser analizada que puede brindar más información sobre la especialización de los médicos. Esta dimensión en vez de aportar a la respuesta de *por qué* se han especializado, busca responder *cómo* lo decidieron.

Hacer foco en la mente de quien decide, los médicos en este caso y las personas en general, permite tomar en cuenta los errores, desviaciones (*bias*) y ciertas formas de razonar que condicionan a la decisión misma. Siguiendo a Simon, citado por Ricardo Pascale en *Del Hombre de Chicago al Hombre de Tversky-Kahneman* (2005), *es fundamental elaborar un modelo de representación mental adecuada para representar el contexto decisional de la mejor manera posible*. En última instancia, las personas son el soporte del decisor e influncian a la decisión.

Ejemplos de estos condicionamientos pueden ser con respecto al tipo de información con que se cuenta al momento de tomar una decisión. En las secciones anteriores se estudiaron problemas de información (asimetrías, de intereses contrapuestos, de agencia) que afectan a los incentivos para actuar. Estos elementos surgen del análisis de los elementos generales en donde se hayan quienes deciden (sus condiciones básicas, estructuras, conductas, etc). En otra palabra, propios de los elementos que estudia la Nueva Organización Industrial.

Si se aplica este otro enfoque -estudiando al propio sujeto decisor- los problemas pasan por las limitaciones de procesamiento de dicha información. Pascale (2005) explica que *al contrario de lo que sostenía la teoría económica tradicional* (en el sentido de suponer que los agentes buscarán la mejor alternativa), *es decir la que maximizará el beneficio*, Simon sostiene una posición diferente, en esta nueva concepción se entiende que las personas no conocen todas las posibilidades y alternativas, volviendo al problema de decisión un problema de información limitada (en inglés, *bounded rationality*). En el caso concreto de los dos modelos desarrollados al principio del trabajo, estaría representado con una solución que no fuera necesariamente la óptima según los elementos considerados sino la óptima según los elementos que el sujeto efectivamente considera al decidir.

En el caso de los médicos esto podría ser representado en la falta de conocimiento al momento de tener que afrontar la decisión de especialización. Quizás cuentan con información (*insight and scope*) suficiente sobre ciertas especialidades, ya sea por contactos, capitales sociales-culturales o producto de sus trayectorias personales, aunque no es dable suponer que cuentan con información de todas las alternativas a su disposición.

Si se analiza nuevamente el Cuadro III, se observa que el 41% consideró que tomaron una decisión bien informada. De hecho fueron elegidos los médicos porque su decisión de especialización es producto de años de decisión y con fácil acceso a la información de las consecuencias acerca de su elección. Sin embargo un 38% de los médicos considera que en su momento estaba bien informado aunque después encontró que le faltó información para decidir. Es aún más rotundo el restante 21% que considera que le faltó cierta información relevante o directamente que no tuvo suficiente información.

Esto implica que aún en decisiones relevantes, planeadas y con tiempo suficiente para ser afrontadas (el 67% considera que los médicos están obligados a seguir una especialización), los médicos no pueden contar con *toda* la información para

tomar la decisión. A primera vista pareciera que siempre terminarían eligiendo una decisión sub-óptima en términos tradicionales de costo-beneficio (no escogerán resultados como los previstos por los modelos del principio).

Sin embargo esto no representa necesariamente un problema y puede interpretarse de otra forma. Como muestra Vernon Smith en *Constructivist and ecological rationality in economics* (2003), *la idea de que los agentes económicos necesitan contar con toda la información para decidir deriva de un error de introspección: como teóricos necesitamos toda la información para calcular el equilibrio competitivo. Pero ésta no es una teoría que explica cómo la información, o su ausencia, le posibilita o le impide a los agentes económicos llegar a tal equilibrio.*

La solución a esto la desarrolla Juan Carlos De Pablo en *Después de Kahneman y Tversky* (2005) en base a Simon, al explicar que los sujetos obtienen la mejor solución limitándose a lo que saben a la hora de decidir. *Quien tiene que tomar una decisión se forma una idea acerca de lo que aspira. En cuanto lo encuentra, termina la búsqueda.* Este modo de decisión es lo que, según Simon, se conoce como *satisfactoriedad*, en vez de la usual optimización o maximización. En el caso de los médicos la pregunta podría entonces ser reformulada para saber si al momento²⁰ de decidir su especialización se encontraban satisfechos con lo que decidían.

Debe considerarse que los médicos encuestados remitieron sus respuestas a situaciones ocurridas en el pasado, donde juzgan situaciones que ya ocurrieron con información actual que en dicho momento no poseían. Bajo esta nueva dimensión donde se considera la forma de proceder de la persona, es dable suponer que las decisiones siempre son óptimas en el sentido de ser lo que satisfizo al sujeto en dicho momento. De hecho, Simon analizado por Blaug en De Pablo (2005) explica que *existen limitaciones en los conocimientos y capacidad de procesamiento de la información*, y es por eso que el ser humano busca *niveles de conformidad en vez de maximizar.*

Otro elemento que no siempre es considerado y que atañe a los médicos es el plazo en donde verán las consecuencias de su decisión. La decisión de especialización conlleva resultados que los médicos verán durante por gran parte de su vida profesional. Es correcto considerar que en estos escenarios los beneficios de especializarse (o en palabras de Landsburg, de *aferrarnos a lo que mejor hacemos*) se vean acrecentados con el paso del tiempo.

Ahora bien, es interesante notar que ciertos médicos se han especializado más de una vez, cambiando de especialidad. Tal es el caso de dos médicos que respondieron que frente a la Crisis de 2001 decidieron re-orientar su carrera profesional. También es el caso de dos médicos que cuentan con especializaciones en distintas áreas sin complementariedad aparente. Una posible explicación es la que Bianchi citado en De Pablo (2005) desarrolla con las ideas de Nicholas Bardon, donde sugiere que *para que la elección se oriente al placer y la utilidad, tiene que haber permanente renovación, variación y novedad.* De hecho sugiere que los *economistas modernos* deben incluir *la novedad* en la función de utilidad de los agentes.

Esto es un ejemplo de un elemento que trasciende la consideración monetaria y no tiene vinculación, al menos inmediata, con formas sociales de la educación. Es posible vincularlo con la idea de Heymann desarrollada en la sección anterior respecto al *placer*. Dentro de los componentes de la educación existe el *consumo* representado por la gratificación que otorga la educación aunque la inclusión de *la novedad* o mejor dicho, la necesidad del cambio y la renovación está asociada con el agotamiento de la retribución que los conocimientos le otorgan a cada profesional.

²⁰ La idea del *momento* en donde se decide es compleja en el sentido que puede no estar situada en un instante particular de tiempo. Puede ampliarse el concepto suponiendo que el *momento* está dentro de un segmento de tiempo en donde deben decidir, que termina cuando los costos de revertir la decisión pasan a ser sustanciales (ejemplo: una vez anotado en el curso de especialización, es más difícil revertir la decisión que antes de estar registrado).

Si se comparan las respuestas del Cuadro IV en donde se les consulta las causas del éxito económico en la profesión, la segunda razón mas relevante fue que ciertos médicos se especializan en áreas muy específicas. El 67% de los encuestados la consideró una causa relevante. No sería lógico que en cierto punto de su desarrollo profesional los médicos decidan iniciar otra especialización (complementaria) sino que continúen por el sendero de la especialización ya elegida. Es decir que se debe incluir la importancia de la novedad para entender por qué los médicos están dispuestos a cambiar su futuro profesional en cierto punto.

Otro problema relevante es con cuánta información los médicos están dispuestos a tomar su decisión. Siguiendo el presente enfoque se acepta que no es preciso contar con toda la información (bounded rationality) y tampoco es preciso evaluar todas las consecuencias futuras de la decisión. En sintonía con esto, es posible considerar que no sienten la necesidad de valorar su futuro o más propiamente dicho, los riesgos de su futuro de forma completa.

Kahneman, citado por De Pablo (2005), cree que *un supuesto particularmente irrealista del modelo del agente racional es que el ser humano efectúa sus decisiones en un contexto en el cual incorpora todos los detalles del presente así como todas las expectativas sobre todas las oportunidades y riesgos futuros*. Esto está en coincidencia con las respuestas obtenidas del Cuadro III, en donde a excepción del 41% que considera que fue una decisión bien informada, el resto de los médicos considera que existieron informaciones que no tenían en su momento. Si efectivamente tomaron una decisión es porque la información que poseían les bastó para evaluar las consecuencias de su accionar.

CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se buscó entender una decisión en particular, la de los médicos al tener que especializarse intentando comprender qué elementos son relevantes para tomar la decisión.

Para responderlo se diseñó un modelo que arrojaba conclusiones, formales aunque precisas. En primer lugar entre los médicos especializados deben contar con salarios iguales y en segundo lugar los médicos especializados deben percibir ingresos mayores a los no especializados para que su decisión sea económicamente viable.

Luego se re-adaptó el modelo agregándole supuestos de demanda condicionada analizando qué sucede cuando el número de pacientes varía dependiendo lo que se elije estudiar. Si bien parecían rudimentarias, las conclusiones del análisis costo-beneficio indican que debe existir una relación inversamente proporcional entre cantidad de pacientes y honorarios profesionales para que a los médicos les resulte indiferente especializarse en las diferentes disciplinas. En otras palabras, el modelo aportaba una condición de equilibrio para que los médicos no se inclinen masivamente por cierta especialización, relegando aquellas que tienen menos demanda por parte de los pacientes.

Hasta aquí lo que la economía basada en el cálculo racional del costo-beneficio logra aportar al entendimiento de esta decisión en particular. El paso siguiente fue generar una encuesta a médicos especializados del Hospital (Ricardo Gutiérrez) para conocer sus opiniones con respecto a otras dimensiones pasibles de ser analizadas. Se les preguntó si volverían a elegir su profesión, cuán informados estaban al decidir, qué les resulta relevante aparte del factor económico, quiénes consideran que son los que alcanzan el éxito profesional (en prestigio y/o en ingresos).

La sección siguiente constituye el aporte del trabajo hacia una teoría de la decisión. Se relacionaron las respuestas con elementos de la teoría económica -Teoría del Capital Humano, Nueva Organización Industrial- y de la teoría social -Teoría de los Capitales, Economía del Comportamiento-. De esta forma se estudiaron diferentes dimensiones que aportan a entender, junto al tradicional análisis del costo-beneficio, por qué un médico se especializa (o no).

Ciertos elementos debieron ser marginados tales como el carácter autobiográfico de la decisión, presente en V. Smith (2003) o las diferencias entre los grupos médicos que eligen cierta especialidad y quienes eligen otra (conceptos como reputación extra-económica intergrupo). También se han relegado las teorías interaccionistas que sugieren que las acumulaciones sostenidas generan ciertos patrones de conducta. Es una posible línea de investigación futura la búsqueda de las reglas y tradiciones que los propios médicos tienen sobre su medio.

Un elemento frecuente en la disciplina económica es el riesgo y la incertidumbre. Toda decisión conlleva una evaluación de riesgos que se han supuesto nulos. Éstos pueden representarse como la probabilidad cierta de perder pacientes al decidir invertir tiempo en especializarse o bien la posibilidad de no encontrar demanda en el mercado de pacientes tras haber realizado la inversión de especializarse. En la modelización inicial del mercado de los médicos no fue incluida ni tampoco evaluada si constituye una preocupación para los profesionales al decidir sus trayectorias. Por lo tanto, riesgo e incertidumbre son dos elementos a ser considerados en futuros desarrollos.

Sin embargo, en palabras de H. Simon en De Pablo (2005), *el secreto de la solución de problemas consiste en que no hay secretos: se realiza a través de complejas estructuras de elementos simples*. Ésto ha sido un paso en el camino del entendimiento. El desafío siguiente es probablemente estudiar si estos elementos también están presentes en otras decisiones y bajo otros marcos decisorios. Es un paso necesario para entender cómo se vinculan las decisiones particulares entre sí, contribuyendo a dilucidar cómo es la decisión en general, fundamental para ampliar la comprensión que nosotros, los seres humanos, tenemos sobre nosotros mismos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ariely, Dan. (2010) *Predictably irrational*. Ed. HarperCollins. Nueva York, EEUU.
- Becker, Gary. [1971] (1975) *Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special references to education*. Columbia University Press. Nueva York, EEUU.
- Becker, Gary. (1962, Feb) Irrational behavior and economic theory. *The Journal of Political Economy*. Chicago, EEUU. Vol 70. Pag 1-13.
- Becker, Gary. (1992) *The economic way of looking at life*. Nobel lect. Chicago Univ., EEUU
- Bourdieu, P & Passeron, J [1964] (2006) *Los herederos: los estudiantes y la cultura*. Ed. S.XXI. Arg.
- Bourdieu, Pierre. (2010) *El sentido social del gusto*. Ed. Siglo XXI. Argentina.
- Bourdieu, Pierre. (2007) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Ed. Anagrama. España.
- Coase, R. (1960, Oct) *The problem of social cost*. Journal of Law and Economics. Chicago. V. 3. P.1-44.
- Curry, B. & George, K.D. (1983). *Industrial concentration: a survey*. Journal of Industrial Economics. Vol 31(3). Pag. 203-255
- De Pablo, Juan Carlos. (2005) *Después de Kahneman y Tversky; ¿Qué queda de la Teoría Económica?* Revista de Economía y Estadística, FCE. Córdoba, Argentina.
- Denscombe, Martyn. (1999) *The good research guide for small-scale social research projects*. Open Univ Press. Reino Unido, en Doc de Cátedra, Otamendi & Freidin (2001) *Cát Met. III*. Sautu.
- Durkheim, Emile. [1893] (1967) *De la división del trabajo social*. Ed. Schapire. Argentina.
- Durkheim, Emile. [1922] (s/a) *Educación y sociología*. Ed. Península. España. Pag 43-72.
- Durkheim, Emile. [1897] (2004) *El suicidio*. Ed Gorla. Buenos Aires, Argentina.
- Frank, Robert. (2001) *Microeconomía y conducta*. Ed. McGraw-Hill. Madrid, España.
- Friedman, Milton. [1953] *La metodología de la economía positiva* en Ensayos de Econ. Positiva. P.11-44
- Grossman, Michael. (1972) *The demand for Health: a theoretical and empirical investigation*. National Bureau of Economic Research. Pag 11-30.
- Hanushek, Eric. (1988, Marzo) *Conclusions and controversias about the effectiveness of school resources*. FRBNY Economic Policy Review. Pag 11-27.
- Hirsch, Barry. (2001) *Earnings inequality across labor markets: a test of human capital model*. University of North Carolina, Greensboro, EEUU.
- Klimovsky, G. & Hidalgo, C. (2001). *La inexplicable sociedad*. A-Z Editora. Argentina
- Landsburg, Steven. (2008) *The unconventional wisdom of economics*. Free Press. EEUU.
- Lehrer, Jonah. (2009) *How we decide*. Ed. Mariner. Nueva York, EEUU.
- Maceira, Daniel & Cejas, C. & Olaviaga, S. (2010, Agosto) *Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino*. CIPPEC. Argentina. Doc de trabajo N°49.
- Maceira, Daniel & Olaviaga, Sofía. (2008, Septiembre) *Actores, contratos y mecanismos de pago: el caso del sistema de salud de Tucumán*. CIPPEC-CEDES. Argentina.
- Maceira, Daniel. (2007, Marzo) *Economía política de las reformas de salud: un modelo para evaluar actores y estrategias*. Banco Interamericano de Desarrollo. EEUU.
- Macho Stadler & Pérez Castrillo (2005) *Introd. economía de la información*. Ed. Ariel. España 15-26.
- Maki, Uskali. (2003, Dic) *Unrealistic assumptions and unnecessary confusions: rereading and rewriting F53 as a realistic statement*. en *The Metodology of Positive Economics: Milton Friedman's Essay After Half a Century*. Comp Maki, U., Cambridge Univ Press, Reino Unido
- Friedman's Essay After Half a Century. Comp Maki, U., Cambridge Univ Press, Reino Unido
- Maxwell, J.A. (1994) *Qualitative research design*. Ed. Thousand Oaks Cap 1-5, en Doc. de Cátedra VII. Otero & Perugorría (2004) *Cát. Metodología y técnicas de inves*. Ruth Sautu.
- Parkin, Frank. (1984) *Marxismo y teoría de clases*. Ed. Espasa-Calpe. España. Cap 4-5.
- Pascale, Ricardo. (2005, Septiembre) *Del "hombre de Chicago" al "hombre de Tversky-Kahneman"*. en XXV Jornadas de SADAF. Córdoba, Argentina.
- Schwartz, Barry. (2004) *The paradox of choice*. Ed. Harper Perennial. NY, EEUU.
- Thaler, Richard. (1999, Nov-Dic) *The end of behavioral finance*. Assoc for Investment Management and Research. Pag 12-17.
- Vernon, Smith. (2003, Jun) *Constructivist and ecological rationality in Economics*. American Econ Review. EEUU. P465-508
- Wheelan, Charles. (2010) *Naked economics. Undressing the dismal science*. Ed. Norton. EEUU.
- Williamson, O. (1971) *The economic institutions of capitalism*. Ed Collier-Macmillan. Londres. 85-99.
- Willis, Paul. [1978] (1988) *Aprendiendo a trabajar. Cómo los chicos de la clase obrera consiguen trabajos de clase obrera*. Ed. Akal. Madrid, España.
- Yelin, Carlos. *¿Los internistas, somos clínicos o especialistas?*, en *Intramed*, 11-Abr-2011.