

Documento de Trabajo No.44

El problema de los incentivos económicos de profesionales de la salud¹

Resumen Ejecutivo

1.- Las cifras del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba muestran una **tendencia decreciente en la cantidad de matriculados**, desde 19,015 en 2012 a 18,793 en 2022, mientras que estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación muestran **vacantes no cubiertas en residencias** para terapia intensiva de adultos e infantil, pediatría, clínica médica, medicina general, emergentología, neonatología y salud mental comunitaria.

2.- Si bien la **elección de profesión** y, dentro de ella, la elección de una rama o especialidad, **depende de muchos factores no monetarios**, como la vocación y el prestigio que otorga, entre otros, **depende también del nivel de ingresos esperado**, factor clave que interactúa con aquellos factores no monetarios, incidiendo tanto en el flujo de nuevos profesionales como en la eventual migración hacia otras provincias o países.

3.- En un Sistema de Salud como el argentino, donde alrededor del 60% de las personas, al tener cobertura de obra social, obtiene su asistencia sanitaria en efectores de gestión privada (clínicas, sanatorios y hospitales privados), su **financiación depende de recursos proporcionales a los salarios**, de tal manera que, **cuando éstos pierden poder adquisitivo como ha ocurrido durante los últimos 10 años, se producen tres tipos de desequilibrio**: (a) entre recursos de financiadores y aranceles que deberían pagar para cubrir costos, (b) entre aranceles que reciben los efectores de gestión privada y costos de prestación y (c) **entre ingresos de profesionales médicos y su costo de vida**.

4.- El FAES viene estudiando, desde hace tiempo, el desequilibrio entre aranceles y costos de prestación. Para comenzar a estudiar en profundidad desequilibrios entre ingresos y costo de vida de profesionales médicos, el FAES ha desarrollado una **metodología para estimar mensualmente el costo de una Canasta de Consumo de Profesionales Médicos**, que arroja **un valor de \$ 4,393,827 para agosto de 2024**.

5.- De esta manera, un médico que logre **400 consultas por mes** (una cada 26 minutos durante cada jornada laboral de 8 horas) debería recibir un monto de \$ 10,984 por consulta, lo que requiere, considerando 30% de costo de infraestructura, un **arancel de \$ 15,692**.

6.- En caso de un médico que tenga que destinar **dos horas diarias a trasladarse entre localidades del interior provincial**, el mismo cálculo, computando la menor cantidad de horas disponibles (sin considerar costos de traslado), implica un **arancel de \$ 20,923**.

7.- Como referencia, en Córdoba se registran aranceles de los principales financiadores entre \$ 8,500 y \$ 9,305.

¹ Documento de Trabajo No.44. *Foro de Análisis Económico de la Salud*. Octubre de 2024.

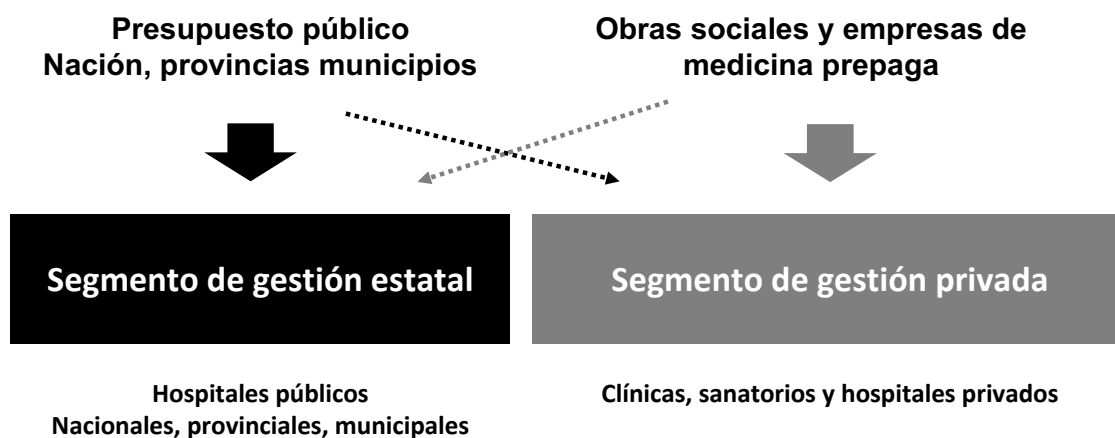
I.- La desfinanciación del sistema de salud

El Sistema de Salud argentino se ha desfinanciado fuertemente durante los últimos años, como consecuencia de la sistemática pérdida del poder adquisitivo de los salarios que fondean el Sistema, afectando la sustentabilidad de los prestadores de servicios de salud de gestión privada (clínicas y sanatorios que atienden, principalmente, a personas con cobertura de obra social) y los incentivos económicos de los profesionales médicos.

Para comprender mejor el vínculo entre el poder adquisitivo de los salarios y los incentivos económicos de los profesionales médicos conviene analizar (a) el modo como se segmenta la prestación de servicios de salud, (b) el modo como se financia la prestación de las personas con cobertura de obra social, (c) los mecanismos por los cuales un menor poder adquisitivo de salarios termina afectando aranceles y condicionando entonces los honorarios médicos que el Sistema puede pagar, impactando sobre la oferta de profesionales médicos.

La figura 1 sintetiza la segmentación del Sistema de Salud según el tipo de gestión de los prestadores.

Figura 1. Los segmentos de prestación de servicios de Salud



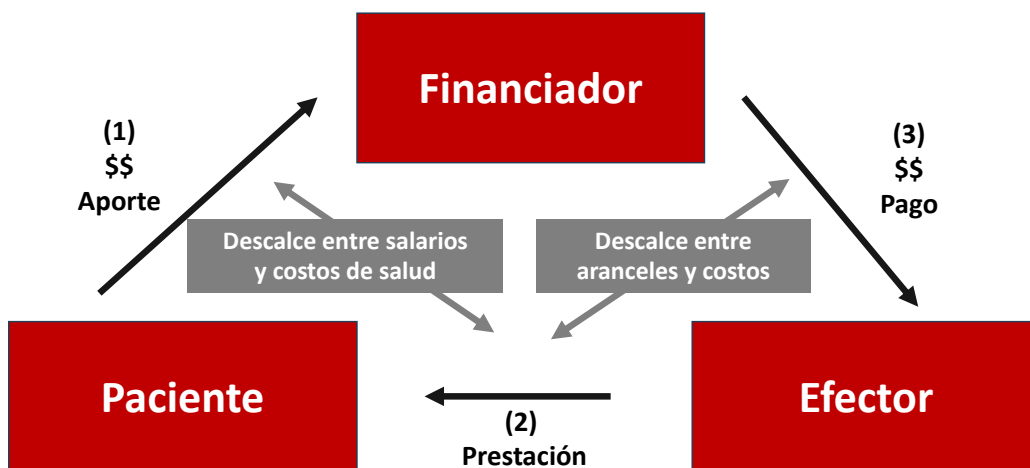
Por un lado, el segmento de gestión estatal (hospitales públicos nacionales, provinciales y municipales) se ocupa de brindar servicios de salud a las personas no cubiertas por obra social o empresa de medicina prepaga y se financia con recursos aportados directamente por el Estado, en el nivel de gobierno que corresponda (nacional, provincial o municipal).

Por otro lado, el segmento de gestión privada (clínicas, sanatorios y hospitales privados) es el que se encarga de brindar servicios de salud a las personas cubiertas por obra social o empresa de medicina prepaga y se financia, fundamentalmente, con el cobro de servicios a la obra social o empresa de medicina prepaga que corresponda, según aranceles fijados por éstas últimas que, a su vez, obtienen sus recursos de los aportes que realizan

trabajadores (obras sociales sindicales), trabajadores y jubilados (obras sociales estatales, como PAMI a nivel nacional, o APROSS, a nivel de la provincia de Córdoba, para empleados del Estado y jubilados provinciales) o afiliados a empresas de medicina prepaga².

La figura 2 muestra, para el segmento de prestadores de gestión privada, cómo circulan los recursos por el Sistema. El paciente cubierto por un financiador (obra social o empresa de medicina prepaga) recibe la prestación llevada a cabo por un efector (clínica, sanatorio u hospital privado), que cobra un arancel pagado por el financiador, que a su vez se financia con los aportes mensuales realizados por el afiliado / paciente.

Figura 2.- El Sistema de Seguridad Social



Esto genera dos tipos de descalces económico-financieros. Por un lado, el descalce entre los salarios y los costos de prestación de servicios de salud, que pone en riesgo, cuando aquellos caen con relación a estos últimos, la situación económico-financiera de los financiadores, que reciben aportes proporcionales a los salarios y realizan erogaciones proporcionales a los costos de prestación. Por otro lado, el descalce entre los costos de prestación y los aranceles que pagan los financiadores, algo que tarde o temprano ocurre cuando se produce el primer tipo de descalce, trasladando entonces parte del problema del financiador al efector, que comienza entonces a tener problemas económico-financieros por la brecha entre los costos que tiene que erogar y los ingresos que recibe a través del cobro de aranceles a los financiadores.

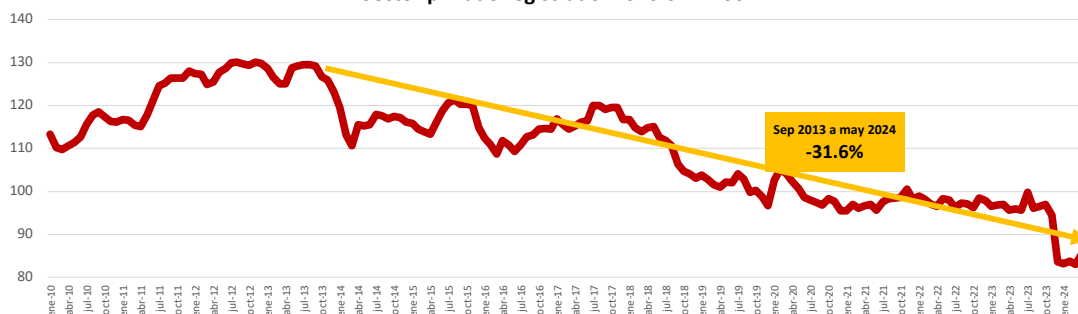
² La figura 1 muestra también, en líneas punteadas, cruces entre ambos segmentos; por ejemplo, cuando el Estado le cobra a una obra social por atención brindada por un hospital público a un afiliado a dicha obra social, o cuando el Estado compensa a un prestador privado por derivación de pacientes sin cobertura social. De todos modos, el énfasis aquí es, como lo indica la figura 1, la alta correspondencia entre el segmento prestador (gestión pública vs gestión privada) y su principal fuente de financiación (presupuesto público vs financiadores).

El gráfico 1 muestra la evolución del poder adquisitivo de los salarios desde 2010 en adelante, considerando el promedio de salarios privados registrados y los precios al consumidor. La caída del 31.6% acumulada desde septiembre de 2013 muestra la magnitud del problema de desfinanciación que se produce en el segmento del Sistema de Salud que se financia con aportes proporcionales a estos salarios³.

Gráfico 1

Poder adquisitivo de los salarios

Sector privado registrado. 2010.01 = 100

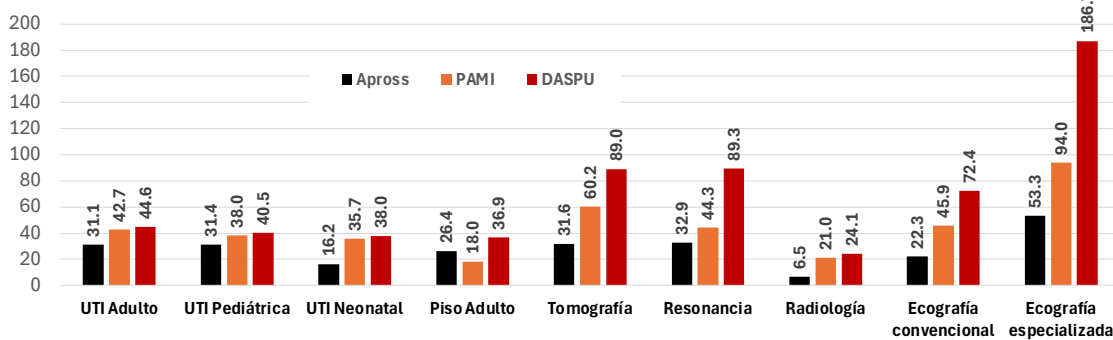


Fuente: Estimaciones de Economic Trends con datos de salarios publicados por INDEC y de precios publicados por Dirección de Estadísticas y Censos de San Luis (hasta mayo de 2016) y por INDEC (desde mayo de 2016)

Gráfico 2

Cobertura de aranceles

% de aranceles sobre costo total - Agosto de 2024



Fuente: Economic Trends con datos de Nomencladores y Sistema Estadístico de Costos de la Salud.

El gráfico 2 muestra, en el caso de la provincia de Córdoba, los porcentajes del costo total cubiertos por aranceles de tres obras sociales de referencia (APROSS, PAMI y DASPU)

³ En FAES (2023) se analiza otra faceta, más general, de esta cuestión: con bajos niveles de ingreso per cápita, el país puede hacer un gran esfuerzo en términos de recursos destinados a la salud como porcentaje del PBI y, al mismo tiempo, enfrentar una escasez muy marcada de recursos en términos de desfinanciación del Sistema de Salud. Concretamente, Argentina ha invertido, durante los últimos años, alrededor de un 10% del PBI por año, en línea con países desarrollados como España y Canadá, pero ha logrado, dado su bajo nivel de ingreso per cápita, entre un tercio y un quinto de los recursos per cápita que logran aquellos países.

para distintas prestaciones consideradas en el Sistema Estadístico de Costos de la Salud. Es claro que, en la mayoría de los casos, los aranceles cubren una proporción muy baja del costo total⁴. Esto pone en riesgo la sustentabilidad de los prestadores de servicios de salud y, también, los incentivos económicos necesarios para contar con suficientes profesionales médicos, dado que el descalce entre aranceles y costos reflejado en el gráfico 2 dificulta el pago de honorarios a profesionales médicos.

II.- El impacto sobre los incentivos de profesionales médicos

La teoría económica explica decisiones de las personas motivadas por ciertas preferencias y por restricciones económicas, esto último como consecuencia de que la finitud de recursos disponibles hace necesaria la consideración de usos alternativos.

Esto aplica, naturalmente, por ejemplo, a decisiones de consumo, donde cada individuo decide en base a sus preferencias, sujeto a su restricción presupuestaria. Economistas como Gary Becker han llevado esta lógica analítica mucho más lejos, vinculando incentivos económicos a decisiones mucho más trascendentales para las personas, como la decisión sobre contraer matrimonio o tener hijos, sin suponer que lo único que guíe a las personas es el interés por el dinero o el egoísmo⁵.

Su enfoque metodológico parte del supuesto de que *"los individuos maximizan su bienestar tal como lo conciben, ya sea que sean egoístas, altruistas, leales, vengativos o masoquistas. Su comportamiento está orientado al futuro, y también es coherente a lo largo del tiempo. En particular tratan, en la medida de lo posible, de anticipar las consecuencias inciertas de sus acciones. Sin embargo, el comportamiento orientado al futuro puede estar arraigado en el pasado, ya que el pasado puede proyectar una larga sombra sobre las actitudes y valores"* (ver Becker, 1992).

Agrega que *"las acciones están limitadas por el ingreso, el tiempo, la memoria imperfecta y la capacidad de cálculo, así como por otros recursos limitados, y también por las oportunidades disponibles en la economía y en otros ámbitos. Estas oportunidades son en*

⁴ Adicionalmente, el nivel de cobertura o, su inversa, el nivel de desfinanciación, es muy diferente entre prácticas, producto de aranceles que tienden a actualizarse con porcentajes similares, sin dar cuenta de los cambios de costos relativos que han ido acumulándose durante años. Esto genera una especie de 'deriva arancelaria' que genera, entre otros problemas, subsidios cruzados al interior de los efectores de gestión privada, con impacto muy negativo en efectores de localidades pequeñas, que tienden a tener un mix de servicios deficitarios (ver FAES, 2021 y 2022).

⁵ Gary Becker plantea, en su discurso en ocasión de recibir el Premio Nobel en Economía, que *"a diferencia del análisis marxista, el enfoque económico al que me refiero no asume que los individuos estén motivados únicamente por el egoísmo o la ganancia. Es un método de análisis, no un supuesto sobre motivaciones particulares. Junto con otros, he intentado alejar a los economistas de los supuestos restrictivos sobre el interés propio. El comportamiento está impulsado por un conjunto más amplio de valores y preferencias"* (Becker, 1992).

gran medida determinadas por las acciones privadas y colectivas de otros individuos y organizaciones".

En este contexto, debería considerarse que la elección de una carrera profesional está muy vinculada a preferencias (una vocación, por ejemplo), pero, también, en alguna medida, a incentivos económicos, y esto es común a las distintas carreras profesionales, incluyendo las vinculadas a las ciencias médicas.

Tomando la habitual distinción, en el análisis económico, entre corto y largo plazo, Sloan y Hsieh (2016) plantean que *"en el contexto de la oferta de médicos, las decisiones a corto plazo están relacionadas con las decisiones de los médicos sobre los precios, las horas de trabajo y el número de pacientes atendidos por unidad de tiempo, así como la mezcla de pacientes atendidos, donde el término 'mezcla' refleja tanto la composición de los pacientes según el tipo de financiador en países con sistemas de múltiples pagadores como la composición con respecto a los tipos de problemas médicos por los que los pacientes son atendidos"*.

Agregan que *"las decisiones a largo plazo incluyen decisiones sobre la entrada y salida de distintos tipos de prácticas. Estas decisiones implican elecciones sobre la capacidad de las facultades de medicina, las decisiones de carrera de los estudiantes -la decisión de convertirse en médico, la elección de especialidad y la ubicación de la práctica, incluyendo la elección del país en el que ejercer y la ubicación geográfica dentro de un país- y la elección del tipo de práctica, como si trabajar para el gobierno o en la práctica privada y, en este caso, si ejercer solo o en grupo"*.

Siguiendo el enfoque metodológico ya mencionado de Becker, y la formulación para los profesionales médicos de los ya citados Sloan y Hsieh, podría enfocarse la cuestión de la siguiente manera. La economía enfoca las decisiones de seguir una carrera, por ejemplo, de medicina, en base a incentivos no monetarios e incentivos monetarios. Para cada individuo i y cada carrera alternativa j , existe un nivel de ingresos futuros esperados Y_{ij} y atributos no monetarios asociados a la ocupación vinculada a cada carrera A_j . Entre estos atributos no monetarios se encuentran el prestigio de la ocupación, su contenido intelectual, el tipo de personas con los cuales interactúa, la flexibilidad de los esquemas de trabajo, los riesgos laborales, el estrés laboral.

Los valores de Y_{ij} varían no sólo con la profesión j sino también con el individuo i , ya que las personas tienen diferentes ingresos potenciales en cada tipo de trabajo, por diferencias de personalidad y/o de habilidades físicas y mentales. También, las personas se diferencian en que asignan distinta utilidad a cada nivel de ingresos y a los distintos atributos no monetarios, dependiendo de sus preferencias, lo que puede expresarse matemáticamente de la siguiente manera:

$$U_i = U_i(Y_{ij}, A_j) \quad (1)$$

La ecuación 1 indica que las personas derivan utilidad de sus ingresos (por los bienes y servicios que pueden comprar con ellos) y por los atributos no monetarios de cada posible ocupación.

Los ingresos Y_{ij} y los atributos no monetarios A_j son sustitutos en el sentido de que, por ejemplo, un mayor nivel de ingresos esperado puede compensar al individuo por aceptar una ocupación con un nivel menor de atributos no monetarios. Dado que la utilidad por una unidad adicional de A_j difiere entre individuos, éstos requerirán diferentes diferenciales de compensación por elegir una ocupación con menor A .

Por ejemplo, si las opciones de carrera fueran ser médico, sin horarios flexibles o, alternativamente, profesor universitario, con horarios flexibles, para el individuo que valora los horarios flexibles, los ingresos esperados tendrían que ser más altos en la medicina que en la docencia universitaria para que la persona se sienta atraída por una carrera médica. Dependiendo entonces del atributo no monetario y de la función de utilidad del individuo (cuánto valora, o le desagrade, dicho atributo), el diferencial compensatorio de ingresos podría ser positivo o negativo.

Una implicancia importante es que pueden existir entonces individuos que se sientan atraídos por la medicina incluso a bajos niveles de ingresos esperados en comparación con otras alternativas, como consecuencia de que valoran fuertemente atributos no monetarios de ser médico, como, por ejemplo, el prestigio profesional o la satisfacción por lograr calidad de vida en los pacientes. Y, también, existirán otros individuos menos motivados por atributos no monetarios y más motivados por los ingresos esperados, que requerirán entonces mayor nivel de estos últimos para verse interesados en la carrera médica.

Esta heterogeneidad de preferencias explica por qué la oferta de una ocupación determinada, en este caso, de médicos, tendrá pendiente positiva, es decir, aumentará la cantidad ofrecida a medida que aumente el nivel de ingreso asociado a la misma: con bajos niveles de ingresos, existirá la oferta de individuos que asignen alto valor a los atributos no monetarios; a medida que va incrementándose el nivel de ingreso, van incorporándose otros profesionales a la oferta, ya que van obteniendo compensación monetaria suficiente aquellos menos motivados por los atributos no monetarios.

La demanda de médicos por parte de prestadores de gestión privada tendrá, en cambio, pendiente negativa, en el sentido de que los prestadores demandan menos cantidad a medida que sube su costo.

De tal manera que las cantidades de médicos pueden analizarse en base a la interacción entre oferta y demanda de médicos, como en cualquier otro mercado de servicios laborales, como lo muestran gran cantidad de estudios empíricos durante las últimas 5 décadas. Sloan (1971), utilizando información de Estados Unidos para el periodo 1934-66, encuentra evidencia estadística de relación positiva entre el número de aplicantes a escuelas de

medicina y los ingresos promedio de médicos; Nicholson (2008) analiza distintos estudios que encuentran vinculación entre los ingresos correspondientes a cada especialidad y su elección por parte de los profesionales médicos⁶; Sloan y Steinwald (1975), Noether (1986), Rizzo y Blumenthal (1994), Showalter y Thurston (1997) y Baltagi, Bratberg y Holmas (2005) encuentran una relación positiva entre remuneración de médicos y su oferta de horas trabajadas; más recientemente, Gottlieb et al. (2023) estudian cómo las políticas de ingresos de médicos inciden sobre sus ingresos y cómo estos ingresos afectan su oferta laboral, y concluyen que las políticas analizadas *"afectan el tipo y cantidad de atención médica que los médicos proporcionan a corto plazo, el momento de su jubilación a mediano plazo y la elección de especialidad a largo plazo"*.

De esta forma, cabría esperar que, en la medida en que caiga el ingreso asociado a cada práctica adicional (caída del 'ingreso marginal'), como ocurre cuando los aranceles van quedando atrás por efecto de la inflación, la demanda de médicos se irá reduciendo y, con ella, la cantidad ofrecida de médicos, en menor medida a corto plazo, por aquellas decisiones de corto plazo vinculadas a horas trabajadas y/o pacientes atendidos, y en mayor medida a largo plazo, por decisiones más importantes vinculadas con la elección de carrera y la elección de país donde ejercer la profesión.

III.- Los números actuales

Con la metodología mencionada en la sección Notas Metodológicas, al final de este documento de trabajo, presentada en detalle en FAES (2024), es posible estimar una canasta de consumo de profesionales médicos de \$ 4,393,827 por mes a precios de agosto de 2024 (gráfico 3).

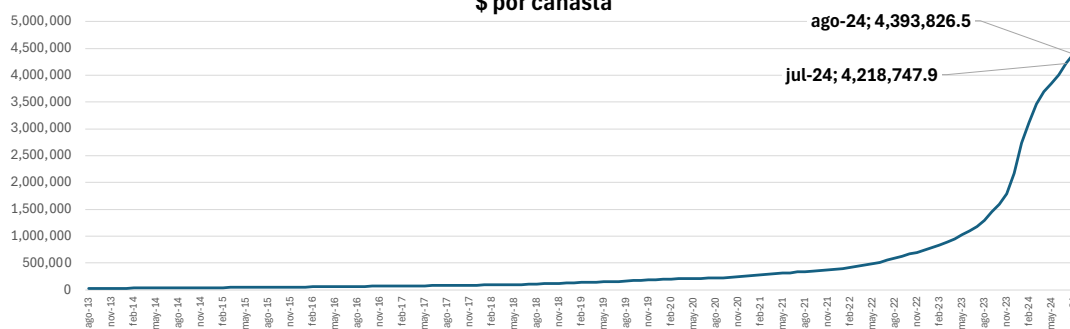
Para alcanzar ese monto mensual, suponiendo 400 consultas médicas al mes (lo que implica un promedio de una consulta cada 26 minutos durante cada jornada de 8 hs) y un costo del 30% (por infraestructura), el arancel por consulta médica debería ser de \$ 15,692.

La tabla 1 presenta otras combinaciones de cantidad de consultas por mes (en las columnas) y % de costos de infraestructura (en las filas). Estas combinaciones implican un mínimo de \$ 12,923 (425 consultas por mes, con 20% de costo de infraestructura) y un máximo de \$ 20,923 (300 consultas por mes, con 30% de costo de infraestructura).

⁶ También analiza estudios que no encuentran tal relación, pero éstos, en lugar de utilizar como variable dependiente la especialidad deseada, utilizan la especialidad elegida, y ambas pueden ser diferentes en presencia de restricciones de acceso. En esta línea, Bhattacharya (2005) estima en cerca de la mitad el diferencial de ingresos entre médicos de atención primaria y médicos de atención no primaria explicado por barreras a la entrada de los segundos.

Gráfico 3

Valor de la canasta de consumo de profesionales médicos
\$ por canasta



Fuente: Economic Trends con datos de ENGHo y EPH (INDEC) e IPC Córdoba (DGEC).

Las diferentes cantidades de consultas por mes pueden servir para analizar la problemática de los incentivos necesarios para médicos con actividad en localidades del interior provincial que requieren traslados diarios. Por ejemplo, tomando como referencia 8hs de trabajo, la atención en una localidad que requiera una hora de traslado (dos horas diarias, por trayecto de ida y vuelta), implicaría una jornada neta de atención en consultorio de 6 hs, lo que reduciría la cantidad mensual de consultas de 400 a 300. Con un costo de infraestructura del 30%, el arancel necesario para alcanzar el monto de la canasta debería subir de \$ 15,692 (400 consultas) a 20,923 (300 consultas), un diferencial del 33.3%.

Tabla 1
Arancel según cantidad de consultas, % de costo y canasta de consumo
Agosto 2024

		Consultas por mes				
		300	350	375	400	425
% de costo	20	18,307.61	15,692.24	14,646.09	13,730.71	12,923.02
	25	19,528.12	16,738.39	15,622.49	14,646.09	13,784.55
	30	20,922.98	17,933.99	16,738.39	15,692.24	14,769.16

Fuente: Economic Trends.

Simulaciones en base a metodología de canasta de consumos médicos.

Tomando como referencia aranceles de APROSS (\$ 8,500 por consulta, incluyendo coseguro), DASPU (\$ 8,629 por consulta) y PAMI (\$ 9,305 por consulta), 400 consultas por mes, con un costo de infraestructura del 30%, permite obtener al mes \$ 2,380,000 (arancel APROSS, incluyendo coseguro), \$ 2,416,120 (arancel DASPU) y \$ 2,605,400 (arancel

PAMI), insuficientes para la canasta de consumo considerada, equivalente a \$ 4,393,827. Para alcanzar este monto, los aranceles tendrían que incrementarse en 84.6% (APROSS), 81.9% (DASPU) y 68.6% (PAMI).

IV.- Notas metodológicas

1.- Utilizando los datos relevados por la última edición de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo), es posible obtener la composición de la canasta de consumo de hogares con 'clima educativo' muy alto, definido en base al promedio de años de escolaridad de los integrantes del hogar de 18 años y más, bajo el supuesto de que es el segmento que más representa al hogar de un profesional médico.

2.- La composición de la canasta es alimentos y bebidas 16.3%, prendas de vestir y calzado 5.8%, vivienda, agua, electricidad, gas y otros combustibles 15.0%, equipamiento y mantenimiento del hogar 7.5%, salud 7.2%, transporte 14.8%, comunicaciones 4.3%, recreación y cultura 9.9%, educación 5.6%, restaurantes y hoteles 8.4%, bienes y servicios varios 5.2%.

3.- Para el cálculo del monto inicial de la canasta se utilizó la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del tercer trimestre de 2013, ya que es el momento en que los salarios presentaron el mayor poder adquisitivo de los últimos 20 años. Considerando personas con nivel educativo universitario completo, ocupadas en el sector de salud humana, con ingresos en el decil superior del segmento, se obtiene un ingreso, a valores de aquel momento, de \$ 26,919 por hogar.

4.- Para la actualización de la canasta a través del tiempo se utilizaron los componentes del Índice de Precios al Consumidor (IPC) de la provincia de Córdoba, elaborado por la Dirección General de Estadística y Censos, que comienza en julio de 2013 y se estima y publica mensualmente, ponderando cada componente por las participaciones presentadas en el punto 2.

5.- Para más detalles, ver FAES (2024).

Referencias

Baltagi, B.H.; E. Bratberg and T.H. Homas (2005): "A Panel Data Study of Physicians' Labor Supply: The Case of Norway", *Health Economics* 14 (10): 1035-1045.

Becker, Gary S. (1992): "The Economic Way of Looking at Life", Nobel Lecture, December 9, 1992.

Bhattacharya, J. (2005): "Specialty Selection and Lifetime Returns to Specialization within Medicine", *Journal of Human Resources* 40 (1): 115-143.

FAES (2021): "El entramado de 'subsidios cruzados' en las clínicas", Documento de Trabajo No.17, Foro de Análisis Económico de la Salud, noviembre.

FAES (2022): "Las distorsiones arancelarias en la salud", Documento de Trabajo No.30, Foro de Análisis Económico de la Salud, octubre.

FAES (2023): "El gasto en salud en Argentina", Documento de Trabajo No.37, Foro de Análisis Económico de la Salud, agosto.

FAES (2024): "Metodología para la estimación de canasta de consumo del profesional médico de Córdoba", Documento de Trabajo No.42, Foro de Análisis Económico de la Salud, julio.

Gottlieb, Joshua D.; Maria Polyakova; Kevin Rinz; Hugh Shiple and Victoria Udalova (2023): "Who Values Human Capitalists' Human Capital? The Earnings and Labor Supply of U.S. Physicians", Working Paper 31469, National Bureau of Economic Research, July.

Nicholson, S. (2008): "Medical Career Choices and Rates of Return", in Incentives and Choice in Health Care, ed. F.A. Sloan and H. Kasper, 195-226. Cambridge, MA: MIT Press.

Noether, M. (1986): "The Growing Supply of Physicians: Has the Market Become More Competitive?", Journal of Labor Economics 4 (4): 503-537.

Rizzo, J.A. and D. Blumenthal (1994): "Physician Labor Supply: Do Income Effects Matter?", Journal of Health Economics 13 (4): 433-453.

Showalter, M.H. and N.K. Thurston (1997): "Taxes and Labor Supply of High-Income Physicians", Journal of Public Economics 66 (1): 73-97.

Sloan, Frank A. (1971): "The Demand for Higher Education: The Case of Medical School Applicants", Journal of Human Resources 6 (4): 466-489.

Sloan, Frank A. and Chee-Ruey Hsieh (2016): Health Economics, Second Edition, The MIT Press, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts.

Sloan, F.A. and B. Steinwald (1975): "The Role of Health Insurance in the Physicians' Services Market", Inquiry 12 (4): 275-299.

Informe elaborado por **Economic Trends S.A.** para el
Foro de Análisis Económico de la Salud

El **Foro de Análisis Económico de la Salud** es un espacio de **investigación continua** (cada análisis genera inquietudes que realimentan el proceso), **integrada** (integra a economistas y empresarios de la salud en un Comité de Análisis) y **focalizada** (pretende la rigurosidad propia de la actividad académica, pero con foco en temas específicos de interés para el sector).