SEGURIDAD SOCIAL

AÑO IX NUM. 2 *EPOCA III*

MARZO-ABRIL

1960

MEXICO, D. F.

PUBLICACION BIMESTRAL DE LAS SECRETARIAS GENERALES DE LA C. I. S. S. Y DE LA A. I. S. S.

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

PAG.

Algunas observaciones sobre las causas del déficit en los servicios de Asistencia Médica, *por la Dra. Laura E. Bodmer* 7

El costo de la gestión del Seguro Social, *por Alfonso Velarde B.* 17

Contribución al estudio del seguro de enfermedades en el medio rural, *por el Dr. Armando Castillo Plaza* 23

Problemas de organización y control de las prestaciones farmacéuticas en la Seguridad Social, *por el Dr. Juan A. Philipps V.* 35

Influencia del sistema de remuneraciones en el rendimiento de los médicos generales, *por los Dres. Oscar Jiménez Pinochet y Félix Garay Figueroa* 69

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE LAS CAUSAS DEL DEFICIT EN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA

DRA. LAURA E. BODMER
Asesor Técnico de la A.I.S.S.

A.—EL PROBLEMA

1.—Existe una preocupación general entre los administradores de los servicios de asistencia médica de la seguridad social, dado el hecho de que los gastos en prestaciones médicas tienden a elevarse con mayor rapidez que los recursos disponibles para pagar estas prestaciones. ¿Cuáles son las causas principales de esta discrepancia?

2.—Las recientes investigaciones emprendidas por la Oficina Internacional del Trabajo,[1] la A.I.S.S.[2] y otros autores o instituciones demuestran que el total de gastos de una nación en asistencia médica de todos los tipos, incluyendo tanto los gastos privados como los de seguridad social y otros gastos públicos, tienden a representar cierto porcentaje de la renta nacional que vendría a ser una cifra comprendida entre 4 y 5 por ciento aproximadamente, con una oscilación circunscrita en límites relativamente restringidos. En otras palabras, cada nación tiende a hacer uso de la asistencia médica, incluyendo el tratamiento por médicos y dentistas, los medicamentos, gafas y otros aparatos, asistencia en hospitales y asistencia auxiliar, en la medida de sus posibilidades.

3.—El aumento en los gastos de asistencia médica se debe evidentemente a dos factores:

a) El costo de la asistencia médica aumenta con el costo de vida, si éste se produce, y quizá de manera más gradual con el aumento de los bienes;

b) La utilización de la asistencia médica aumenta en la medida en que el aumento en la renta nacional representa mayor proporción de bienes, es decir, un aumento en los ingresos efectivos para la población.

4.—Este fenómeno se halla en concordancia con el hecho de que los gastos en asistencia médica aumentan generalmente al ser mayores los ingresos personales, lo cual puede deberse tanto a la mayor posibilidad de las personas pudientes de pagar la asistencia médica como a un mayor conocimiento, entre las capas más cultas de la población, de la importancia de la prevención y del mantenimiento de la salud.

[1] Oficina Internacional del Trabajo: *El Costo de la Asistencia Médica*. Estudios y Documentos, nueva serie, núm. 51, Ginebra, 1959.

[2] Asociación Internacional de la Seguridad Social: *Los Gastos del Seguro de Enfermedad*. XIII Asamblea General, Informe II. Ginebra, 1959.

5.—En la mayoría de los países, la renta nacional ha venido aumentando casi constantemente desde 1945. Por consiguiente, los gastos en asistencia médica han aumentado también o es probable que hayan aumentado más o menos en proporción con la renta nacional.

6.—¿Cuál es, pues, la posición de los servicios de asistencia médica de la seguridad social en estas circunstancias?

7.—El seguro de enfermedad o los servicios de sanidad toman a su cargo, con respecto a las personas que protegen (incluyendo no sólo a las económicameute activas, sino también a sus personas a cargo y, a menudo, a los beneficiarios de pensión), cierta proporción del costo de la asistencia médica que estas personas utilizan. La importancia de esta proporción pagada por el seguro de enfermedad o el servicio de sanidad depende del alcance o la duración de las prestaciones médicas proporcionadas por el régimen o servicio, de la remuneración pagada a los médicos o a otro personal sanitario y a los hospitales, así como de los precios pagados por productos farmacéuticos y aparatos, etc. El resto del costo de la asistencia médica dada a los asegurados, es decir, la parte del costo no sufragada por el seguro de enfermedad o el servicio de sanidad, lo paga ya sea la persona protegida, en forma de participación directa al costo de la asistencia que recibe efectivamente —que se denomina "carga"— o bien las autoridades públicas. Estas autoridades contribuyen muy frecuentemente de manera considerable al costo de la asistencia hospitalaria para personas protegidas por el seguro de enfermedad, como veremos más adelante.

8.—Ahora bien, si la utilización de la asistencia médica en una nación aumenta según se incrementa la renta nacional, las personas protegidas por los servicios de asistencia médica de la seguridad social tendrán también la tendencia a utilizar en mayor proporción la asistencia médica, en la medida en que participen, según sus ingresos personales, al aumento de la renta nacional. Sin embargo, cuando el aumento de la renta nacional se debe total o principalmente a la inflación, se registrará en el servicio de asistencia médica un aumento de los gastos, como resultado del aumento en los precios de los elementos de la asistencia, paralelo al aumento de la renta nacional *per cápita*, aunque con un probable retraso, sin que se produzca necesariamente mayor utilización de la asistencia médica.

9.—El aumento de la utilización de la asistencia médica entre las personas protegidas por el seguro de enfermedad o el servicio de sanidad se ilustra ampliamente en los informes ya citados de la O.I.T. y de la A.I.S.S.

10.—De acuerdo con el informe preparado para la A.I.S.S. por el Dr. Jérome Dejardin, basándose en la información suministrada por los miembros de la A.I.S.S.,[1] el número de consultas y de visitas por personas

[1] Asociación Internacional de la Seguridad Social.: *Los Gastos del Seguro de Enfermedad, op. cit.*, págs. 38, 41 y 44.

protegidas en los 15 países que abarca la encuesta aumentó entre 1950 y 1955 en 11 países. Respecto a 2 de aquéllos no se dispone de datos. El número de recetas de medicamentos por persona protegida aumentó en 7 de los 10 países respecto a los cuales se disponía de datos. El número de días de hospitalización por persona protegida aumentó considerablemente en 9 países y acusó un ligero declive en 2 de ellos.

11.—Por otra parte, los gastos en estos 3 tipos de prestaciones por persona protegida a menudo aumentaron más que la utilización de la asistencia, debido a la elevación de los precios de los elementos de asistencia médica.

12.—Estas tendencias fundamentales pueden contrarrestarse de diversas maneras:

a) El régimen de seguro de enfermedad o el servicio de sanidad extiende sus prestaciones médicas durante el período en estudio, acentuando así el aumento de los gastos por persona protegida en función de la renta nacional *per cápita;*

b) El régimen de seguro de enfermedad o el servicio de sanidad reduce sus prestaciones médicas, retardando así el aumento de los gastos resultante de la elevación de la renta nacional *per cápita;*

c) El servicio de asistencia médica proporciona prácticamente una serie completa de tratamientos, libre de pago directo, a una parte relativamente pequeña de la población que no puede recurrir a esta asistencia de no estar asegurada. Los gastos del régimen por persona protegida, en función de la renta nacional *per cápita,* serán entonces probablemente superiores al porcentaje que se calcularía para toda la población. En estas circunstancias, un aumento de la renta nacional *per cápita* que beneficie substancialmente a la población asegurada resultará en un mayor volumen de utilización de asistencia médica por las personas protegidas, sin aumentar necesariamente la utilización entre el resto de la población;

d) El servicio de asistencia médica, retrasando el aumento de los honorarios médicos que paga y de los precios de otros elementos médicos que normalmente se produciría en inflación o en un aumento efectivo de la renta nacional, puede lograr el mantener sus gastos dentro de límites artificialmente restringidos.

13.—Se puede sacar la conclusión de que los gastos en prestaciones médicas de un régimen de seguro de enfermedad o de un servicio de sanidad, por persona protegida, tienen que seguir el desarrollo de la renta nacional *per cápita,* especialmente en una tendencia ascendente, de no ser que se ataje esta tendencia mediante medidas restrictivas adoptadas por el régimen o servicio, ya sea con respecto al alcance y duración de las prestaciones o bien a la remuneración de los médicos y a los precios de otros elementos clínicos.

14.—Esta conclusión puede ilustrarse con unos cuantos ejemplos sacados del estudio de la O.I.T. sobre "El costo de la asistencia médica", puesto al día en los casos posibles.

15.—La estabilidad de los gastos en asistencia médica del seguro de enfermedad por persona protegida, en función de la renta nacional *per cápita*, cuando las condiciones son bastante estables, se ilustra por los gastos de las cajas de seguro de enfermedad suizas durante los años 1949 a 1955; los gastos por persona protegida fueron de 1,46 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1949 y de 1,47 por ciento en 1955, incluyendo la parte del costo sufragada directamente por las personas protegidas, en concepto de la asistencia que recibieron como asegurados, en la medida en que esta participación fue pagada a la caja. En 1958 la proporción descendió a 1,40 en función de la renta nacional *per cápita*.

16.—En *Dinamarca*, las cajas de enfermedad subvencionadas que cubren alrededor del 80 por ciento de la población, gastan por persona protegida una cantidad equivalente a 1,07 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1938, y a 1,07 por ciento en 1955. En los años intermedios después de 1945, el porcentaje osciló entre 0,84 y 1,02 por ciento. Se registraron algunos cambios en el alcance o en la duración de las prestaciones, así como algunos aumentos en los honorarios médicos. Sin embargo, más del 90 por ciento del costo de la asistencia hospitalaria, recibida por los asegurados y sus personas a cargo, fue sufragado por las autoridades públicas.

17.—Los gastos del seguro de enfermedad y de maternidad en prestaciones médicas del Instituto *Mexicano* del Seguro Social, por persona protegida, permanecieron en algo más del 7 por ciento de los ingresos *per cápita* entre 1950 y 1953 —los años para los cuales se dispone de datos—, siendo de 7,13 por ciento en 1950 y de 7,11 por ciento en 1953.

18.—En el antiguo Servicio *Chileno* de Asistencia Médica del seguro de enfermedad, ahora substituido por el Servicio Nacional de Salud, los gastos en prestaciones médicas por persona protegida representaron 4,16 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1946 y 4,25 por ciento en 1951, pero fueron de 3,76 a 4,60 por ciento en los años intermedios.

19.—Los gastos en prestaciones médicas en los *Países Bajos*, por persona protegida, aumentaron en proporción ligeramente superior que la renta nacional *per cápita*. Este aumento fue de 1,85 por ciento en 1946 a 2,33 por ciento en 1955, debiéndose en gran medida a una adaptación de los honorarios médicos a las condiciones económicas favorables.

20.—El régimen de seguro de enfermedad de *Noruega* gastó 1,23 por ciento de la renta nacional *per cápita*, por persona protegida en 1947, y 1,50 por ciento en 1955. Entretanto, las prestaciones han aumentado y se ha ampliado el campo del seguro de asistencia médica de enfermedad.

21.—El régimen general de seguro de enfermedad de *Italia* nos da un ejemplo de servicio de asistencia médica cuyos gastos aumentaron

mucho más que la renta nacional *per cápita*. Un mayor volumen de utilización de la asistencia, mejores prestaciones y, sobre todo, la adaptación de la remuneración de los médicos al costo de vida, resultaron en un aumento de los gastos médicos por persona protegida de 1,97 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1948 a 3,06 por ciento en 1957.

22.—Los efectos combinados de una extensión de las prestaciones hospitalarias, la inflación y la mayor utilización, se ilustran por la experiencia del régimen general de seguros de *Francia* para los empleados no agrícolas: los gastos en prestaciones médicas por persona protegida aumentaron de 1,84 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1947 a 3,79 por ciento en 1955.

23.—Por el contrario, las medidas restrictivas, especialmente en lo que concierne a la prescripción de especialidades y una estabilización de la tarifa de reintegro de honorarios médicos y otros durante el período en consideración, condujeron a una leve reducción de los gastos por persona protegida en el régimen *belga* del seguro de invalidez y de enfermedad, o sea 2,10 por ciento de la renta nacional *per cápita* en 1949 a 1,93 por ciento en 1953, después de lo cual se produjo un ligero aumento en 1954 y 1955.

24.—El costo del Servicio Nacional de Salud para *Inglaterra* y el *País de Gales, per cápita,* y expresado en función del producto nacional bruto *per cápita* de la población del Reino Unido, descendió de 4,21 por ciento en 1949-1950 a 3,70 por ciento en 1955-1956, debido principalmente al tope impuesto en el total de los gastos públicos para el Servicio. Hacia 1957-1958, el costo había aumentado ligeramente a 3,71 por ciento. Los gastos del Servicio Nacional de Salud, es decir, los gastos, excluyendo la parte sufragada por los pacientes directamente, en prótesis dentales, asistencia odontológica, gafas y elementos farmacéuticos, etc., representaron *per cápita* 4,18 por ciento del producto nacional bruto *per cápita* en 1949-1950. Hacia 1953-1954, debido a la introducción de la participación en el costo y el tope de los gastos, los egresos del Servicio descendieron a 3,50 por ciento. En 1957-1958, la proporción fue de 3,50 por ciento del producto nacional bruto *per cápita* de población.

25.—Puede resultar interesante la comparación de estas tendencias de los gastos de la seguridad social con el desarrollo de los gastos privados en asistencia médica en *Estados Unidos* que comprenden la creciente proporción de gastos en el seguro voluntario de enfermedad. Estos gastos privados representaban 3,25 por ciento de la renta nacional en 1948 y 3,46 por ciento en 1955, siendo el punto más elevado y el punto más bajo en los años intermedios de 3,49 en 1949 y 3,10 en 1951, respectivamente.[1]

[1] En un artículo recientemente publicado en *The Lancet*, el Dr. Seale compara los gastos en asistencia médica pública y privada en Estados Unidos durante todo el período de 1929 a 1956 con el producto nacional bruto. El porcentaje de este producto gastado en asistencia médica, fue de 3,3 en 1929 y 3,9 en 1956, oscilando entre 2,8 en 1943 y 4,5 en 1933. El autor desarrolla la teoría de que la proporción dedicada a la asistencia médica del producto nacional bruto de una nación tiende a

26.—Los servicios de la asistencia médica de la seguridad social se enfrentarán pues normalmente con el aumento de la utilización de la asistencia médica y/o el aumento en los precios de la asistencia médica, según como aumente la renta nacional y cuando ésta aumente; este caso se ha registrado prácticamente en todas partes desde finales de la segunda guerra mundial. Estos servicios pueden hacer frente a dichas tendencias reduciendo las prestaciones, obligando al paciente a pagar una parte o reduciendo los honorarios médicos y otros. Ahora bien, estas medidas no parecen dar resultado a la larga. En el mejor de los casos, retardarán el desarrollo de la utilización de la asistencia médica o de los precios de los elementos médicos hasta que el aumento de los ingresos de las personas protegidas se equipare con el aumento en su contribución directa al costo de la asistencia médica que reciben y/o que la inflación haya impuesto aumentos en los precios de los elementos de la asistencia médica. Al alcanzar este punto, la reducción de las prestaciones o el retraso de la elevación de los honorarios y de los precios habrá dejado de surtir efecto y la tendencia ascendente continuará. Esto se ilustra, por ejemplo, por el desarrollo de los gastos en productos farmacéuticos después de la introducción en 1952 de una tasa de un chelín por receta en el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Los gastos *per cápita* de población en Inglaterra y País de Gales descendieron de 0,41 por ciento del producto nacional bruto *per cápita* en 1951-1952 a 0,31 por ciento en 1953-1954. Luego continuaron al mismo nivel en 1954-1955 y 1955-1956, pero aumentaron a 0,32 por ciento en 1957-1958.

B.—Modos de resolver el Problema

27.—¿Qué deberán hacer los servicios de asistencia médica de la seguridad social para remediar esta situación?

28.—En cierta medida, se resuelve el problema automáticamente por el hecho mismo que causa el aumento de la utilización de la asistencia médica: el aumento de la renta nacional que representa un aumento en los bienes. Siempre que este aumento se refleje en las ganancias de las personas protegidas por el servicio de asistencia médica y que las cotizaciones sean proporcionales a las ganancias, los ingresos del servicio de asistencia médica aumentarán también.

29.—Sin embargo, no es probable que el aumento en las cotizaciones por persona protegida siga el mismo ritmo que el aumento de la renta nacional *per cápita* de población, a causa de una o varias de las siguientes razones:

a) Las personas protegidas se encuentran en los grupos inferiores de ingresos, excluyendo, por ejemplo, las clases profesionales y los

---

permanecer constante, aumenta durante una depresión económica y disminuye durante la guerra. Un persistente aumento en el producto nacional bruto real *per cápita*, tendrá por efecto un aumento muy gradual de la proporción. (J. R. Seale, M. A., M. D. Cantab, M. R. C. P.: "A General Theory of National Expenditure on Medical Care", *The Lanret*, 10 de octubre de 1959, pág. 555 y siguientes).

comerciantes, y, por lo tanto, no participan plenamente en el aumento efectivo de la renta nacional *per cápita;*

b) Existe un límite de ingresos en la obligación del seguro, que no aumenta en proporción con el aumento de la renta nacional *per cápita.*

c) Existe un tope en las ganancias que se tienen en cuenta al calcular las cotizaciones; además, este tope puede no elevarse en proporción con la renta nacional *per cápita.*

30.—El tercero de estos factores es el que constituye el mayor obstáculo para el servicio de asistencia médica. Como quiera que los grupos de ingresos más elevados entre las personas protegidas han de utilizar probablemente la mayor proporción de asistencia médica, y dado que el tope reduce sus cotizaciones por debajo del porcentaje de ganancias tomado de los grupos de ingresos inferiores, el servicio de asistencia médica recibirá relativamente menos de aquellos que probablemente costarán más. Si no se eleva el tope con arreglo a la renta nacional, la disparidad crecerá constantemente.

31.—Pero, aun en el caso de que no hubiera límite de ingresos ni tope, las cotizaciones tomadas de las ganancias solamente de las personas protegidas serían con toda probabilidad insuficientes para sufragar la totalidad del costo de la asistencia *hospitalaria.* Este costo representa alrededor del 50 por ciento del costo de todos los tipos de asistencia médica. Por un lado, se recarga con la adición del gasto en capital para la construcción y ampliación de hospitales, así como por la depreciación. Por otro lado, puede seguir la evolución de la renta nacional con mayor rapidez que los demás costos médicos o incluso precederla, a causa del importante elemento de salarios implicado. En realidad, los salarios del personal de hospitales —distinto del personal médico— han venido aumentando rápidamente, no sólo como resultado del aumento general de los salarios, sino también por la reducción del horario de trabajo del personal enfermero y de servicio. La totalidad de los gastos de hospitalización sólo puede cubrirse con ayuda de los fondos públicos a los que se contribuye con los impuestos sobre las ganancias de todas las personas económicamente activas y, además, con los impuestos sobre los beneficios, sobre los intereses, sobre la renta de propiedades rústicas, sobre las transacciones comerciales, etc.

32.—En la mayoría de los países, la asistencia hospitalaria la financia en parte, e incluso principalmente, las autoridades públicas, incluyendo a veces la asistencia a personas protegidas por el seguro de enfermedad. En Dinamarca, como ya hemos visto, los fondos públicos contribuyen en un 90 por ciento aproximadamente del costo de la asistencia hospitalaria recibida por las personas protegidas en el seguro de enfermedad. En Alemania y en Noruega, la contribución de los fondos públicos es del 30 al 40 por ciento, mientras que en Francia, el seguro general paga la totalidad del costo de la asistencia hospitalaria recibida por las personas protegidas,

excepto en lo que respecta a la participación de los asegurados mismos, que es relativamente baja [1]. Esta puede ser una de las razones que motivan el enorme aumento en los gastos médicos que se registra en el régimen general de seguros de Francia para los empleados no agrícolas.

33.—Se puede deducir de esto que cuanto más limitado es el alcance del servicio de la asistencia médica del seguro de enfermedad, y cuanto más bajas las subvenciones concedidas por las autoridades públicas al costo de la asistencia hospitalaria, mayor será el déficit del servicio de asistencia médica.

C.—Resumen

34.—Podemos pues derivar las siguientes conclusiones:

a) Un aumento en la renta nacional efectiva será seguido casi inevitablemente de un aumento en la utilización de la asistencia médica que, a su vez, afectará al servicio de asistencia médica en la medida en que las personas protegidas por el servicio tomen parte en el aumento de la renta nacional;

b) En la medida en que el aumento en la renta nacional se deba a la inflación, éste afectará directamente los gastos del servicio de asistencia médica, sin ir acompañado necesariamente de un aumento en el volumen de asistencia médica utilizada por los asegurados;

c) Los ingresos del servicio de asistencia médica, por otra parte, quizás no puedan seguir el mismo ritmo que los gastos en prestaciones médicas, de no ser que se introduzcan medidas limitativas, ya sea a causa de que el alcance del régimen es demasiado limitado, o porque existe un tope en las ganancias que sirve para el cálculo de las cotizaciones, o bien a causa de que las autoridades públicas no contribuyen suficientemente al costo de la asistencia hospitalaria recibida por los asegurados, o también por todas o algunas de estas razones.

35.—Se puede deducir lógicamente que la solución del problema del déficit de los servicios de asistencia médica de seguridad social estribará en equiparar sus ingresos con los de la renta nacional. Esto sería factible en un servicio nacional de salud, y pudiera surtir efecto a la satisfacción de todos los interesados.

36.—Sin embargo, para regímenes más limitados, sería necesario apelar a subvenciones de los fondos públicos generales, ya que ni la abolición de los límites de ingresos ni de los topes podría equiparar la cotización, basada en los ingresos por persona protegida, con la renta nacional *per*

[1] En 1957, los gastos en hospitales del régimen general en prestaciones que implicaban la participación de la persona protegida, fueron de 28.643 millones de francos, mientrao que los gastos en hospitales, sin participación, ascendieron a 77.695 millones de francos.

cápita. La mejor solución en este caso parece ser la de la subvención procedente de los fondos públicos generales al costo de la asistencia hospitalaria recibida por los asegurados en el seguro de enfermedad, junto a la abolición de los límites o topes de ingresos.

37.—Finalmente, existe la posibilidad de que una mejora efectiva de la salud de las personas protegidas conduzca a la reducción del volumen de asistencia médica facilitada. Ahora bien, como lo ha señalado el Dr. Dejardin en su informe, la mejora en la salud podría más bien conducir a la reducción del número de días de incapacidad para el trabajo y, por ende, de los gastos en prestaciones de enfermedad *en metálico,* más bien que a la disminución del aprovechamiento de la asistencia médica. Dada la mejora de los medios clínicos y de las técnicas de diagnosis, así como los resultados de la instrucción de sanidad, las personas protegidas no parece que recurran con menor frecuencia a la asistencia médica, aun cuando su salud haya mejorado.