

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXII

EPOCA III

Núms. 85 - 86

ENERO-FEBRERO  
MARZO-ABRIL  
MEXICO, D. F.  
1974

PUBLICACIÓN BIMESTRAL DE LAS SECRETARÍAS  
GENERALES DEL C.P.I.S.S. Y DE LA A.I.S.S.  
ORGANO DE DIFUSIÓN DEL CENTRO INTERAMERICANO  
DE ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

## Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

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

Las Causas Generales del Incremento de los Gastos del Seguro de Enfermedad en Materia de Prestaciones Médicas. Clément Michel .....	3
Las Naciones Unidas y los Programas de Planificación Familiar. Luis Olivos .....	21
La Paternidad Responsable y la Atención Médica Integral de la Mujer. Ramiro Molina Cortés .....	41
La Planificación de los Recursos Humanos para la Salud. Ramón Villarreal .....	53
MONOGRAFÍAS NACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL .....	61
Seguro de Enfermedad y Maternidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Volumen y Costo de las Prestaciones Médicas. Luis Castelazo Ayala, Alfonso Murillo Guerrero, Eduardo González González .....	63
NOTICIAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD SOCIAL .....	109
Primera Reunión de la Comisión Técnica Permanente de Planificación en las Instituciones de Seguridad Social .....	111
XVIII Asamblea General de la Asociación Internacional de la Seguridad Social. XXI Sesión del Consejo y XXVI Reunión de la Mesa Directiva ....	115
La Protección de la Juventud y la Seguridad Social, Mesa Redonda, Organización Internacional del Trabajo; Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social y Asociación Internacional de la Seguridad Social ....	121
Congreso Conmemorativo del XXX Aniversario de la Iniciación de los Servicios Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social. Seminarios Médicos Sociales .....	127

LAS CAUSAS GENERALES DEL INCREMENTO DE  
LOS GASTOS DEL SEGURO DE ENFERMEDAD EN  
MATERIA DE PRESTACIONES MEDICAS

Clément Michel\*

*\*Director honorario de la Federación Nacional de Organismos de  
Seguridad Social (Francia).*

En el informe que se presenta aquí no se pretende describir todo lo que se conoce actualmente acerca de la evolución de los gastos médicos. No se han vuelto a reanudar los numerosos estudios en este informe, que aportan aclaraciones sobre múltiples aspectos de este problema excepcionalmente complejo. Muchos de ellos no siempre parecen ajustarse a las comprobaciones realizadas en la inmensa mayoría de los casos; sólo un análisis comparativo muy profundizado hubiera podido explicar estos casos particulares. Claro está que no se podía proceder de esta manera con relación a un informe de carácter introductivo.

Sólo se ha procurado determinar los conocimientos adquiridos respecto a puntos esenciales, tomando como base las respuestas que ciertas instituciones han tenido la amabilidad de dar a solicitud de la AISS, así como diversos estudios publicados desde hace algunos años.

Aparece bastante neta la convergencia de los resultados de estos estudios, pese a las inevitables disparidades nacionales, para poder considerar bien probados algunos hechos.

No obstante, es un hecho que frecuentemente hay suficiente campo para la discusión, y, en definitiva, el presente informe no tiene otro objeto que el provocarla.

Por lo demás, cabe subrayar que el análisis presentado en el presente documento se basa principalmente en los trabajos relativos a los países económicamente desarrollados. En efecto, por una parte, no se dispone todavía de datos comparables suficientemente numerosos que provengan de países en vías de desarrollo y, por otra parte, es de interés común tratar de determinar las causas de una evolución que, registrada ya actualmente en ciertos países, será la realidad del mañana en el Tercer Mundo.

Además, el contexto propio de los países en vías de desarrollo es muy diferente del que caracteriza las regiones industrializadas: la morbilidad presenta allí rasgos particulares, ya que la interferencia de los problemas originados por el nivel de vida (malnutrición, por ejemplo) con los derivados directamente de la medicina es muy mar-

cada, mientras que las situaciones demográficas no son las mismas y el "rendimiento" económico de una acción médica orientada con prioridad hacia la lucha contra las epidemias y las endemias no puede compararse al de la medicina individual y cada vez más técnica que se practica en los países industrializados, etc.

No obstante, el fenómeno fundamental del rápido aumento de los consumos y de los costos es ya apreciable en dichas regiones, a causa de que se importa allí el progreso médico, por lo menos parcialmente y, en consecuencia, aventaja al progreso económico.

En el informe conjunto de la OIT y la OMS, publicado en 1971 con el título "Asistencia médica individual y seguridad social" (1) se lee la siguiente apreciación: "Pudiera decirse... que los cuidados médicos individuales y la seguridad social se encuentran vinculados de manera indisoluble sin haberse redactado, no obstante, el contrato de unión".

Esta es, en efecto, la situación. El funcionamiento del seguro de enfermedad depende principalmente de la producción de cuidados sanitarios, al tiempo que la producción de tales cuidados no puede llegar a desarrollarse plenamente de no ser por la existencia del seguro de enfermedad. Ahora bien, hasta estos últimos años por lo menos, estos dos aspectos de una misma realidad eran considerados siempre separadamente, como si se tratase de sectores independientes entre sí.

Sucedía, por lo tanto, que se observaban con satisfacción los progresos de la medicina, la baja de la disminución de la mortalidad infantil, la prolongación de la longevidad, la mejora de las dotaciones en equipo sanitario, etc., en tanto que, al mismo tiempo, se deploraba el incremento de los gastos del seguro de enfermedad. Así, en lo que respecta a la protección de la salud, quedaba desmentido en gran parte el razonamiento económico clásico que descansaba, en general, en la idea de que el consumo es tanto menos importante cuanto más elevado es el costo de los productos y servicios correspondientes.

Asimismo quedaba defraudada la esperanza que se tenía en un momento dado de que el progreso médico se traduciría automáticamente en una reducción de la morbilidad.

De allí a pensar que la existencia misma del seguro de enferme-

---

(1) Organización Mundial de la Salud: Asistencia médica individual y seguridad social, Informe de un Comité Mixto de Expertos OIT/OMS, Serie de Informes Técnicos Núm. 480, Ginebra, 1971.

dad —medio de socialización de los gastos sanitarios— fuese el origen de esta anomalía, no había más que un paso, y éste se franqueó fácilmente, justificado por el sentido común.

No obstante, cierto número de observaciones contradicen esta afirmación. En muchos aspectos, la realidad parecía menos simple de lo que hacía suponer tal razonamiento. Las investigaciones realizadas desde hace unos diez años en este campo muestran hoy claramente que nos encontramos ante un fenómeno sumamente complejo en que los datos cuantitativos se mezclan con los fenómenos sociológicos y las reacciones psicológicas.

Comenzamos a comprender el por qué y la forma del constante y rápido incremento del consumo y de los costos. Por lo demás, es muy notable observar, cualquiera que sea el país considerado, que los análisis conducen a conclusiones idénticas, con muy pocas excepciones.

Existe un primer factor cuya importancia se reconoce unánimemente: la composición en grupos de edades de una población influye considerablemente en el consumo de la asistencia médica. El recurso a la medicina es particularmente frecuente durante la primera infancia, hasta los dos años de edad, y en las personas de edad avanzada. Un estudio finlandés (2) pone de relieve que los casos de enfermedades crónicas son siete veces más frecuentes entre las personas mayores de 75 años que entre las de edad comprendida entre 15 y 34 años. En Suecia, el Dr. Engel estima que el consumo médico es cuatro veces más elevado a partir de la edad de 70 años que a los 20 años. En los Estados Unidos se registran 2,5 veces más días de hospitalización en el grupo de 65-74 años que en el de 25 a 34 años, y dos veces más de actuaciones médicas. En Nueva Zelanda, el número de consultas y de visitas se multiplica por tres entre la edad de 25 años y la de 75. En la URSS, se consume dos veces y media más de asistencia a partir de los 60 años que entre los 20 y los 29 años y 4 veces y media más si se trata sólo de la asistencia en hospitales. (3) En Francia, los costos pasan de uno a tres según que se trate de adultos jóvenes o de ancianos.

Así pues, el notable envejecimiento que se registra en las pobla-

---

(2) National Pensions Institute, Research Institute for Social Security: The utilisation of the medical services and its relation to morbidity, health resources and social factors. Helsinki, 1968.

(3) Véase Dr. R. F. BRINDGMAN: Les études sur la consommation des soins individuels en fonction du niveau de développement socio-économique et leur utilisation au stade de la planification, OLIS, 1968.

ciones de muchos países constituye en sí un factor de aumento de los consumos medios; cuando los progresos de la medicina pueden explicar el incremento de la longevidad, presenciarnos en definitiva un proceso acumulativo que conduce a una progresión más geométrica que aritmética.

El segundo factor de tipo general es el de la elevación del nivel de vida y de la difusión de la cultura.

En lo que toca al nivel de vida, la tendencia observada con relación a la asistencia médica no es un fenómeno aislado, sino una de las manifestaciones de la "ley de Engel", según la cual los diversos consumos crecen a ritmos diferentes a medida que aumentan los recursos disponibles. Por ejemplo, los gastos en asistencia médica figuran actualmente, en los países industrializados, entre los que acusan una tasa de incremento más elevada, lo mismo que los gastos en automóviles, aparatos domésticos, recreo, etc.

Sin embargo, si esta tendencia es evidente a nivel macroeconómico, lo es menos cuando se trata de individuos: el consumo médico no siempre aumenta al mismo tiempo que el ingreso. Por ejemplo, en los Estados Unidos (4) el promedio de actuaciones médicas per cápita es de 4,6 al año respecto a los ingresos médicos y oscila entre 4,1 y 4,6 al año respecto a los ingresos elevados; en cambio, el número y la duración de las hospitalizaciones disminuye cuando aumenta el ingreso. En Finlandia, se ha registrado una disminución del número de recetas farmacéuticas cuando aumentan los ingresos, en tanto que se producía lo contrario respecto a las actuaciones y se observaba que el nivel de los ingresos no parecía influir en la frecuencia de los casos de hospitalización. En Francia, las encuestas del CREDOC (Centro de Investigación, Estudio y Documentación) no revelan correlación significativa alguna entre los ingresos y el consumo de asistencia médica, salvo en lo relativo a la asistencia odontológica, hecho que se observa en otros países. Una estadística elaborada por la Caja pública del Cantón de Basilea-Ciudad, en Suiza, muestra que la distribución de los gastos de enfermedad varía muy poco de una clase de ingresos a otra (5).

Así pues, el consumo médico se experimenta como una necesidad prioritaria cuya satisfacción se persigue "cueste lo que cueste".

---

(4) Basic facts in the health industry; US Government Printing Office, EE. UU., 1971.

(5) Instituto Europeo de Seguridad Social. L'évolution et le financement du cout des soins médicaux, Annuaire IESS, 1971.



Este hecho lo corroboran diversas investigaciones realizadas sobre la influencia eventual del seguro de enfermedad en el consumo. De una manera general, se admite que el mayor o menor grado de cobertura de los gastos de enfermedad no tiene una incidencia global y permanente que sea apreciable en el comportamiento de los asegurados. En Suecia, la participación de los asegurados en más elevada en la compra de productos farmacéuticos, a pesar de que este capítulo de gastos es el que más ha aumentado, pues ha pasado de un índice de 100 en 1955 a 1767 en 1970. (6) En Bélgica, la situación es exactamente idéntica en lo que se refiere a la asistencia de kinesiterapia; en ese mismo país, la diferencia de consumo entre los activos y los no activos es particularmente marcada en farmacia: pues bien, ésta es la única prestación que imponga un "ticket moderador" a los no activos. (7) En Austria, en los regímenes particulares de seguro de enfermedad que suponen la participación de los asegurados en los gastos, no puede demostrarse que el consumo sea menor que en el régimen general. (8) En el informe presentado a la AISS por el Sr. F. Kastner, de la República Federal de Alemania, se recuerda que en 1970 se implantó una prima en favor de los asegurados que no hayan recurrido a las prestaciones durante un trimestre; pues bien, Kastner dice que si esta prima costó al seguro de enfermedad 324 millones de marcos, no acarrió, al parecer, reducción alguna de los gastos; el Sr. Soler Bordetas, en su comunicación a la V Conferencia Internacional de Actuarios y Estadígrafos de la Seguridad Social, de Berna, en 1971, ponía de relieve que, en España, la implantación de una participación de los asegurados en las adquisiciones de productos farmacéuticos "no había frenado el consumo, sino estimulado la existencia de un derecho". (9) En Francia, el consumo es menor en el régimen minero, que asegura la gratuidad de la asistencia, que en el régimen general en que la participación de los asegurados llega a ser el 25 por ciento del costo (10); asimismo, la introducción del seguro de enfermedad en favor de los colonos agrícolas, en 1961, no ha aportado cambio alguno duradero en el comportamiento de la población considerada. También puede observarse que los gastos per cápita del seguro de enfermedad parecen ser más eleva-

---

(6) Según la respuesta formulada por la Oficina Nacional de Seguro Social a la AISS.

(7) Instituto Europeo de Seguridad Social, op. cit.

(8) R. BROOKS, "Encuesta sobre el seguro de enfermedad austriaco", *Revue internationale de sécurité sociale*. Núm. 3/1971, AISS.

(9) Comunicación titulada: "Algunos indicadores demostrativos de la creciente tendencia de los gastos de asistencia médica en España".

(10) C. MICHEL: "La consommation médicale des Français", *Notes et Etudes documentaires*, Núm. 3584, abril de 1969.

dos en Francia que en los otros cinco países del Mercado Común, mientras que la participación de los asegurados en los gastos de enfermedad en este país es netamente más importante.

En fin, cabe observar que el aumento de los gastos de enfermedad se registra en todos los países que han alcanzado cierto nivel de desarrollo económico, cualesquiera que sean el sistema de protección social adoptada, la parte de los gastos que siguen a cargo de los presupuestos individuales incluso en países como los Estados Unidos, donde no existe un seguro de enfermedad generalizado.

Si bien el factor puramente económico —gasto soportado efectivamente o nivel de los ingresos— tiene una incidencia limitada en la demanda de asistencia, parece, por el contrario, que el elemento cultural o socioprofesional ejerce una apreciable influencia.

En Francia (11) como en los Estados Unidos (12), se ha puesto de relieve, merced a estudios realizados, que el nivel medio de consumo de asistencia médica es diferente según el grupo social, o bien, según el grado de instrucción del jefe de familia, o también según que se trate de solteros o de personas con cargas de familia, etc. Se sabe, asimismo, que, de una manera general, el consumo de las poblaciones rurales es netamente inferior al de las poblaciones urbanas. Conciérne esto a las actitudes sociopsicológicas, las cuales hacen pensar que revisten, en materia sanitaria, una indudable importancia. No obstante, hasta el presente, son escasas las investigaciones objetivas sobre esta cuestión; convendría que se desarrollasen rápidamente.

Si examinamos ahora el aspecto de la “producción”, es evidente en todas partes que la oferta de asistencia no deja de aumentar desde hace algunos decenios. Ya se trate del número de médicos, de los agentes paramédicos, de los centros de asistencia médica, del equipo técnico, de los productos farmacéuticos, se observa una expansión continua y rápida. Esta tendencia, según la opinión general, ha de continuar a medio plazo y, probablemente, también a largo plazo; dejando de lado aquí los países en desarrollo que experimentan una “submedicalización” dramática, la mayoría de los países industriales admiten que el conjunto de los medios sanitarios de que disponen no ha alcanzado su nivel óptimo cualitativa ni cuantitativamente. Pues bien, todos los estudios muestran que, en las presentes circunstan-

---

(11) Estudios del CREDOC.

(12) Documentos publicados por el Department of Health, Education and Welfare, USA.

cias, cualquier incremento de la oferta se traduce casi inmediatamente en un aumento del consumo: el mercado de la asistencia está lejos de haberse saturado, salvo excepciones locales y limitadas a ciertos bienes o servicios médicos.

¿Cuál es, pues, el motor de esta evolución?

Al examinar detalladamente las estadísticas, se observa que el crecimiento del par “producción-consumo” no es homogéneo, sino que varía considerablemente según la índole de los productos y servicios considerados. La rúbrica que varía menos rápidamente es la de las consultas y visitas de médicos. La que aumenta con mayor rapidez es, en algunos casos, la hospitalización, en otros la farmacia. Cuando se dispone de análisis más minuciosos, se comprueba que de una manera general, las actuaciones de los médicos especialistas aumentan con mayor rapidez que las de los facultativos de medicina general, y que los servicios de radiología y de análisis biológicos son los que marcan a menudo la evolución más neta.

Asimismo, es interesante señalar que, en la mayoría de los países considerados, el incremento de los gastos de hospitalización proviene mucho más del aumento de los precios unitarios que del aumento del consumo evaluado en volumen. Lo mismo ocurre con las actuaciones médicas. Por el contrario, respecto a los gastos farmacéuticos, la evolución del consumo es más importante que la de los precios.

El significado general de estos datos es evidente: la tasa de crecimiento de los gastos sanitarios es tanto más elevada cuanto que se trata de bienes y servicios que dependen de los sectores “técnicos” de la medicina. En realidad, la explicación fundamental del crecimiento tanto de los costos como del consumo reside en el progreso médico.

En 50 años, la medicina ha registrado, no ya un perfeccionamiento, sino una verdadera revolución. Ha cambiado ciertamente de naturaleza, al entrar en la esfera científica y tecnológica después de muchos siglos de empirismo verboso. Indudablemente ha cobrado prodigiosa eficacia —todos nos congratulamos de ello— pero, al mismo tiempo, ha provocado un aumento de su precio de costo en considerables proporciones.

De ello resulta que la protección de la salud se plantea hoy día en términos económicos, como cualquier otra actividad que ponga en juego inversiones y gastos de funcionamiento cada vez más elevados. No obstante, las características económicas del sector sanitario son muy diferentes de las que encontramos generalmente en otras partes.

Los progresos de la productividad en dicho sector son escasos o se manifiestan, más bien, en un plano extraeconómico, en lo esencial. La actuación médica no puede ser más que individual, mientras que las técnicas de producción masiva, que reducen los precios de costo, sólo pueden encontrar una aplicación marginal, salvo en la industria farmacéutica y en la de fabricación de los aparatos utilizados para los diagnósticos y los tratamientos. Se observa, además, que, incluso en estos sectores, las ganancias en productividad se encuentran, en cierto modo, neutralizadas por el movimiento muy rápido de la innovación. La industrialización cada vez más intensa de la producción farmacéutica acarrearía sin duda alguna una baja casi general de los costos si los mismos productos se fabricasen durante un largo período; hasta la sustitución constante de los productos por nuevas especialidades —o que se presume que sean nuevas— de precio de costo más elevado que las antiguas conducen en definitiva a un alza permanente de los gastos farmacéuticos. La situación es más o menos idéntica en el sector de la radiología en que los aparatos e instalaciones han caído en desuso muy rápidamente.

La introducción en los hospitales de los sistemas de control electrónico de los enfermos cardíacos, por ejemplo, eleva inevitablemente el costo del tratamiento.

La generalización del tratamiento de las uremias crónicas por la diálisis periódica costará, en Francia, 200 millones de francos al año.

Actualmente 15,000 enfermos reciben cada año en los Estados Unidos un estimulador cardíaco cuyo precio unitario es de 1,500 dólares, para una duración media de funcionamiento de tres años. Pues bien, se ha logrado fabricar estimuladores cardíacos de pila nuclear que durarán diez años, pero su precio será de 5,000 dólares. Para 15,000 enfermos, 75,000 millones de dólares al año se gastarán únicamente en concepto de suministro de estimuladores.

Estos ejemplos podrían multiplicarse hasta el infinito.

El progreso médico, al menos en su fase actual, tiene por corolario, salvo algunas excepciones, un alza de los costos de los diagnósticos y los tratamientos cuya contrapartida sólo puede evaluarse parcialmente en términos contables, aunque sea real e importante.

Es innegable que la buena condición sanitaria de la población constituye uno de los factores clave que condicionan la calidad y cantidad de la mano de obra y, por ende, de la producción. Ahora bien, no se sabe distinguir todavía lo que corresponde a la medicina, en la

disminución de ciertos tipos de morbilidad o de mortalidad, o a la mejora de ciertas condiciones de existencia o a la elevación del nivel de vida, etc. Por otra parte, las pocas tentativas que se han hecho para aplicar a los problemas de salud los métodos de análisis "costos-beneficios" son concluyentes sólo en parte. Indudablemente, el calcular que una vida humana salvada "vale" tantos millares de unidades monetarias puede contribuir a la elección de ciertas formas de acción igualmente posibles; esto no puede significar que la sociedad haya de condenar a muerte a los ciudadanos cuyo balance contable viene a ser negativo o amenaza serlo: las personas de edad avanzada, las mujeres que no desarrollan una actividad profesional, los niños físicamente impedidos, etc. Así se expresaba el profesor Brian Abel Smith, en un seminario sobre "La economía sanitaria", organizado en 1968 por la OMS: "esto significaría lógicamente que, al igual que la salud pública debe dedicar su esfuerzo a la promoción de la salud de los jóvenes adultos, también ha de procurar que las personas de edad avanzada o los inválidos, fallezcan lo antes posible después de cesar su actividad profesional".

El simple enunciado de tal orientación basta para descartar la rentabilidad económica como finalidad de la medicina.

Así se llega a la búsqueda de la contrapartida de las cargas de enfermedad, no ya en el aspecto cuantitativo, sino en el plano del bienestar personal y de la calidad de la vida, si bien tales nociones no figuran en las cuentas nacionales.

Por lo demás, el carácter de consumo prioritario que —como se ha visto— atribuyen los interesados al consumo de asistencia médica, confirma esta transferencia de valor del plano económico al psicológico y ético.

Sin embargo, puede encontrarse aquí la influencia determinante del progreso médico. Huelga decir que los interesados reivindican el derecho a la asistencia o, como se suele decir, el derecho a la salud, sólo cuando la medicina les inspira confianza y esperanza. Si el arte médico suscitase aún hoy escepticismo e incluso desconfianza, la propensión a recurrir a la misma será indudablemente poco considerable.

El progreso de la ciencia médica transforma de la misma manera el comportamiento de los médicos. Al disponer ahora de medios de diagnóstico y de tratamiento múltiples, los facultativos de medicina general se ven inducidos a considerar que el deber que tienen para con los enfermos exige la aplicación de todos los exámenes y

tratamientos de utilidad para los pacientes, aunque las probabilidades de éxito sean escasas.

Así pues, cualquiera que sea el aspecto bajo el cual se enfoque la cuestión, se infiere que el progreso de la medicina aporta directa o indirectamente una explicación del alza de los costos y del aumento de los consumos.

Hay que señalar también que muchos autores han llegado a una conclusión idéntica sobre un punto fundamental: las reglas y las interacciones que regulan un mercado, en el sentido económico de la palabra, no tienen explicación moral en el sector de la salud.

El Dr. W. H. Stewart, médico general del Ministerio de Salud de los Estados Unidos, escribe: "¿Podemos reconocer que la asistencia médica sea fundamentalmente diferente de los demás productos y servicios, a la vez por su carácter y su importancia esencial y, encontrar luego una manera de pagarlos en que se tenga en cuenta esta diferencia? ¿Podemos llegar a un sistema nuevo de relaciones entre el proveedor y el consumidor?"

El Sr. Brooks estima que en Austria, las leyes del mercado no son aplicables en lo relativo a la farmacia. Esta es también la opinión expresada en el informe italiano.

Asimismo, el Sr. F. Kastner, respecto a la República Federal de Alemania, observa la falta de leyes del mercado en el sector de la salud.

En efecto, parece cierto que cuando la persona que decide sobre la elección del producto o del servicio no es quien "consume" ni quien paga; cuando la elección, salvo en determinados casos, no puede hacerse en función del precio sino de la indicación terapéutica propia de cada intervención médica; cuando el servicio prestado —restablecimiento de la salud y conservación de la vida— escapa a toda medida en unidades monetarias; cuando la competencia no desempeña un papel sino ocasionalmente y, a veces, de manera irracional, ...no es verosímil que intervenga una regulación automática entre la oferta y la demanda, entre los precios y los ingresos.

El descubrimiento de estas circunstancias presenta, por supuesto, verdadero interés tanto para la comprensión de la evolución de los costos como para la evolución de una política sanitaria.

Si los diversos análisis a que se ha procedido desde hace unos diez años posibilitan la comprensión de un fenómeno tan notable co-

mo inesperado, no menos cierto es que el problema económico de la salud queda ahora planteado. (13) Algunas cifras dan una idea de su amplitud:

- en Austria, los gastos del régimen general del seguro de enfermedad pasarán de 9,200 millones de chelines en 1970 a 25,900 millones en 1980;
- en Portugal, los gastos per cápita, en moneda constante, se han multiplicado por dos, de 1960 a 1970;
- en Venezuela, el seguro de enfermedad necesitaba 6,72 por ciento de los salarios sometidos a cotización en 1963 y 9,25 por ciento en 1970;
- el gasto por asegurado en Turquía, era en 1960 de 166,86 libras turcas y de 512,85 libras en 1970;
- la cotización por asistencia médica ha pasado, en España, de 10 por ciento de los salarios en 1967 a 15 por ciento en 1970;
- el costo per cápita, en Israel, en moneda constante, ha aumentado como promedio el 3,2 por ciento durante los diez últimos años;
- los gastos de hospitalización en Canadá han aumentado el 12,9 por ciento anual entre 1961 y 1968;
- en la República Federal Alemana, los gastos del seguro de enfermedad obligatorio que representaban 0,94 por ciento de la renta nacional en 1885 y 3,40 por ciento en 1950, han alcanzado en 1970 el 4,82 por ciento de este ingreso;
- el Servicio Nacional de Salud británico ha experimentado un aumento de sus gastos de 3,5 por ciento al año en el curso de los diez últimos años, en moneda constante;
- los gastos en asistencia médica per cápita han pasado para el conjunto de los regímenes de seguro italianos de 100 a 223,4 entre 1961 y 1969;
- en Suecia, los gastos anuales de salud, per cápita, han aumentado de 125 coronas en 1962 a 335 coronas en 1970;

---

(13) Como lo indicara el Dr. J. Dejardin (Bélgica), en su respuesta a la AISS, hay que tratar de eliminar los factores particulares de aumento de los gastos tales como los cambios legislativos que atañen al seguro de enfermedad, las variaciones demográficas, la depreciación fiduciaria, etc. Véase Dr. J. DEJARDIN: "Las causas generales del incremento de los gastos del seguro de enfermedad", *Revue internationale de sécurité sociale*, Núms. 1-2/1972, AISS.

- en Francia, los gastos de salud equivalían en 1960 a 4 por ciento del PNB y a 6,25 por ciento en 1969 y, sí en 1947 se necesitaba el 5,21 por ciento de los salarios para equilibrar las prestaciones de enfermedad, se ha necesitado alrededor de 15 por ciento en 1971;
- en los Estados Unidos, en 1970, los gastos sanitarios alcanzaban 67 miles de millones de dólares, o sea, dos veces y media más que en 1960 y cinco veces más que en 1950, pasando así de 4,6 por ciento del PNB a 7 por ciento.

Pues bien, ni las tendencias demográficas, ni la dinámica de la investigación médica hacen prever un detenimiento espontáneo de este movimiento en un futuro previsible, ni siquiera una disminución apreciable. Es verosímil, por lo tanto, que la parte de la renta nacional dedicada a la salud continúe aumentando.

Surgen entonces las interrogantes y las controversias. ¿Hasta dónde se puede llegar? ¿Qué podemos hacer para frenar esta evolución?

Parece imposible poder contestar a la primera pregunta, desde el punto de vista teórico. No hay regla ni norma con que se determine qué proporción de las riquezas disponibles ha de utilizarse en un consumo determinado. La evolución en la utilización del poder adquisitivo, tanto en el plano individual como en el colectivo, ha sido demasiado dispar, desde hace algunos decenios, para que se pueda prever objetivamente la estabilización de algunas de ellas a un nivel fijado a priori.

En realidad, el rápido aumento de los gastos de salud en el pasado reciente, considerado a veces con inquietud, no ha perjudicado en absoluto el crecimiento económico de los países industrializados.

Muchos son los que opinan hoy día que el movimiento ascendente de los gastos de salud constituye un fenómeno normal en las economías avanzadas y que es, incluso, una manifestación de las menos refutables del progreso económico. En definitiva, ninguna fatalidad económica nos obligaría a tratar los gastos de salud de diferente manera que cualquier otro capítulo del consumo; el único y verdadero problema se plantea en las elecciones que la sociedad y los ciudadanos piensan hacer entre todos los consumos posibles. Entre muchos otros, el profesor E. Lévy, dice esto al escribir: “con un consumo médico que llegaría a cuadruplicarse o quintuplicarse en 20 años y representaría en 1985 el 20 por ciento del consumo global de los franceses, toda la sociedad podría percatarse del hecho de que está escogiendo como



una de las finalidades esenciales del crecimiento económico la prolongación de la duración de la vida de los individuos y la atenuación de los handicaps y sufrimientos originados por la enfermedad” (14).

En el mismo sentido, el grupo de expertos de la OMS escribe en su informe sobre “La economía sanitaria”: “las consideraciones humanas y morales se oponen a menudo violentamente a las consideraciones económicas en materia de salud y de enfermedad”.

“Los participantes han convenido unánimemente en que no hay medio de reducir los gastos incurridos en las prestaciones de salud y que no existe justificación alguna para una reducción eventual”.

Agregan, además:

“El fin que ha de perseguirse es sacar el mejor partido posible de los recursos disponibles, desarrollar las prestaciones de salud existentes, mejorarlas y aumentar su eficacia dentro de los límites de los recursos disponibles”.

“La opinión general, bien fundamentada de los participantes, es que la economía de las prestaciones de salud está estrechamente ligada con sus formas de organización”.

De este modo llegamos a la última de las preguntas. Si bien el aumento del costo y del consumo de salud, debido principalmente al progreso médico, constituye una de las características fundamentales de las sociedades contemporáneas y si se admite que, en consecuencia, no es posible fijarle a priori un límite que sería forzosamente arbitrario y contradictorio con la noción misma del progreso social y humano, queda por determinar si las condiciones en que se han producido y distribuido las atenciones médicas permiten obtener la mejor calidad al menor costo.

Al leer todo lo que se escribe en el mundo sobre este particular, se comprueba que se está dedicando mucha atención actualmente a este problema.

En su mensaje al Congreso sobre la “construcción de una estrategia nacional de salud”, el 18 de febrero de 1971, el Presidente Nixon insiste en la idea de que lo esencial, ante el aumento de las cargas y la inevitable extensión de la protección social, reside en la “reorganización de la distribución de las atenciones”. Agrega que: “El problema más arduo que debemos resolver no estriba, por lo tanto, en

---

(14) E. LEVY: “L’avenir du système de santé” — “Vues d’un économiste”, Revue française des affaires sociales, Núm. 4/1972.

saber cuánto estamos dispuestos a pagar, sino cómo gastaremos lo que pagaremos”.

Asimismo, se sabe que el Parlamento italiano examina actualmente una ley básica relativa a la creación de un servicio nacional de salud.

Más modestamente, en Francia, se adoptó en 1970 una ley que reorganiza el sector de los hospitales. En la República Federal de Alemania y en Luxemburgo, se hallan en estudio proyectos legislativos del mismo carácter. Una ley holandesa de 1970 define un proceso de planificación de los hospitales.

En su informe a la AISS, la Institución del Seguro de Enfermedad Kupat-Holim, de Israel, estima que se impone un esfuerzo de organización racional de los servicios de salud.

El Dr. M. Kaziev, de la URSS, estima, por su parte, que, cuando el Estado administra la salud, incluyendo la seguridad social y la producción de medicamentos, no existe riesgo de que se produzca un incremento injustificado de los precios de los tratamientos preventivos y curativos. (15)

En Bélgica, en una declaración gubernamental a principios del año 1972, se enumera toda una serie de medidas que han de tomarse, desde la programación de las dotaciones en materia a la recopilación de estadísticas de consumo, pasando por el desarrollo de la medicina de grupo, la promoción de los métodos de remuneración a tanto alzado de los médicos, a la coordinación de las acciones preventivas y curativas, etc.

El Grupo de trabajo mixto Comité Europeo de Salud Pública —Comité de Expertos en Materia de Seguridad Social, reunido en 1969, a iniciativa del Consejo de Europa, en su resolución relativa a la “reducción del costo de la asistencia médica”, avanzó diversas medidas tales como la coordinación entre servicios de salud y seguros de enfermedad, prevención y atenciones, hospitales y médicos de familia, el análisis estadístico de los tratamientos, la eficacia de la administración de hospitales, etc.

Por una parte, si la participación de los enfermos en los gastos no parece ser un medio eficaz y equitativo para limitar lo que pu-

---

(15) Según una comunicación escrita transmitida a la AISS por el Dr. M. KAZIEV, jefe del Departamento de Seguridad Social en el Consejo Central de Sindicatos Soviéticos.

diera haber de inútil, e incluso excesivo, en ciertos consumos médicos y, por otra parte, cuando el interés de los productores y los distribuidores de atenciones de toda índole se confunda con la cantidad de bienes y servicios que ofrecen, puede parecer bastante inútil el buscar métodos de carácter reglamentario o administrativo susceptibles de eliminar las prestaciones médicas cuya necesidad y acción terapéutica se han establecido objetivamente.

El profesor G. Spitaels ha analizado muy claramente este problema en su informe de 1971 sobre "La influencia de las reglamentaciones sobre los gastos del seguro de asistencia médica". (16)

No es sorprendente, por lo tanto, que la búsqueda de una organización óptima de las estructuras sanitarias se halle, en cierto modo, en el orden del día en todas partes por constituir una de las mejores respuestas a las preguntas que suscite la evolución de la medicina y de su costo.

No obstante, muchos son los que estiman que, paralelamente a esta renovación de las estructuras, debería desplegarse un esfuerzo constante para lograr cierta modificación en la actitud de los médicos y de los enfermos ante el recurso a la asistencia como ante su costo. Se debería vencer cierta indiferencia del cuerpo médico a las consecuencias económicas de sus actos, como la excesiva evaluación de parte de los enfermos de las posibilidades reales de la medicina. Convendría, según una expresión que está de moda, disipar el mito que rodea a las nociones de enfermedad y medicina. Ahora bien, cabe preguntarse si este esfuerzo de educación no está subordinado en sí a la introducción previa de una mayor racionalización en los sectores de producción y de distribución de las atenciones médicas.

Al llegar al término de esta recapitulación esquemática de los resultados y tendencias generales que pueden observarse actualmente, los gestores del seguro de enfermedad tienen base para sacar la siguiente conclusión.

Hubo un tiempo en que la reacción corriente, frente al incremento de los gastos del seguro, y de lo que se llamaba tan impropriamente "déficit", consistía en atribuir la responsabilidad de la situación a la seguridad social y a la gestión que de la misma se hacía. Hoy día, cada vez con mayor frecuencia, el problema se plantea, donde se origina en realidad, es decir, en los aspectos económicos de la medicina misma. En tanto que, en otro tiempo, se acusaba con bastante facili-

---

(16) Instituto Europeo de Seguridad Social, op. cit.

dad a los gestores de la seguridad social, sucede hoy que se llegue a tenerles compasión. Se presencia, en cierto modo, lo que en derecho se llamaría una inversión de la carga de la prueba: no se pide al seguro de enfermedad que se justifique sino que concurra al establecimiento de una política sanitaria digna de este nombre, mientras que los poderes públicos que, durante tanto tiempo, creyeron poder abstenerse de intervenir plenamente en los asuntos sanitarios se ven obligados a asumir poco a poco responsabilidades capitales respecto a los mismos.

## **PROPUESTAS CON RESPECTO A LOS ESTUDIOS FUTUROS**

Durante el debate de que fue objeto el presente informe en la décimotercera reunión de la Comisión Permanente de las Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad (Ginebra, octubre de 1972), se señalaron cierto número de puntos considerados de especial interés para su estudio, al objeto de lograr un mejor conocimiento del tema y para abrir el camino a la búsqueda de soluciones nuevas.

Se trata de los siguientes puntos:

1. Correlaciones eventuales entre, por una parte, el nivel y la evolución de los gastos de salud y, por otra parte,
  - a) el tipo de organización de la producción y la distribución de la asistencia médica;
  - b) los sistemas de seguro de enfermedad (tipo de reembolso, pago por terceros o suministro directo —tasa de cobertura de los gastos— extensión de los derechos a los asegurados, etc.).
2. Lugar y función del seguro de enfermedad en la definición y puesta en aplicación de una política sanitaria.
3. Los indicadores de salud.
4. La protección de la salud en el proceso del desarrollo económico.
5. La instrucción de los que prescriben y de los que consumen en el sector de la economía sanitaria.

Corresponderá a la Comisión Permanente de las Prestaciones Médicas y del Seguro de Enfermedad, en su décimocuarta reunión, que se celebrará con motivo de la XVIII Asamblea General de la AISS (Abidján, octubre-noviembre de 1973) el escoger entre estos temas el que estime que debe ser inscrito en el orden del día de sus futuros trabajos.