

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXIII

EPOCA III

Num. 89

CUARTO CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

TOMO I

SEPTIEMBRE—OCTUBRE

1974

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
ORGANO DE DIFUSION 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.



ASUNCION - PARAGUAY

**IV CONGRESO AMERICANO
DE MEDICINA
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
CISS - AISS**

Auspiciado y Organizado por:

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL

22 al 30 de Septiembre de 1974

I N D I C E

	Página
COMISION ORGANIZADORA	17
AUTORIDADES DEL CONGRESO	19
TEMARIO	21
INTRODUCCION	22
PROGRAMA GENERAL	27
CRONICA DEL CONGRESO	33
LISTA DE DELEGADOS Y OBSERVADORES	43
PRIMERA SESION PLENARIA	61
INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD. Documento preparado por la Asociación Internacional de la Se- guridad Social.	63
ANALISIS DE LOS EFECTOS RELEVANTES QUE DETER- MINAN EL COSTO DE LA ATENCION MEDICA Y SU CON- TROL ADMINISTRATIVO. Documento preparado por el Comité Permanente Interamerica- no de Seguridad Social y la Comisión Regional Americana Médi- co Social	77
COSTOS E INVESTIGACION ECONOMICA APLICADOS A LOS SEGUROS DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD. CONSIDERACIONES PRELIMINARES. Documento preparado por la Organización de los Estados Ame- ricanos	95
PRIMERA SECCION. DISCUSION Y APORTACIONES SO- BRE EL TEMA	113
INFORME FINAL DE LA PRIMERA SECCION.....	115
SEGUNDA SESION PLENARIA.....	117
ESQUEMAS DE ORGANIZACION PARA OTORGAR PRES- TACIONES MEDICAS AL NUCLEO FAMILIAR URBANO,	

PRIMERA SESION PLENARIA

Presidente:

Dr. Edgar Osvaldo Oviedo Zaracho.
Presidente del Consejo Superior
y Director General del Instituto de
Previsión Social.
Presidente del IV Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social.

Presidentes Alternos:

Ing. Celestino Rodrigo.
Secretario de Estado de Seguridad Social de Argentina.
Presidente de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social.

Dr. Andre Moineau.
Director de Asistencia a Impedidos del Plan de Pensiones Canadiense.

Secretario Técnico:

Dr. Arsenio Cuenca Simón.
Instituto de Previsión Social Paraguay.

TEMA:

“PROGRAMAS DE INVESTIGACION DE ECONOMIA MEDICA Y SU INFLUENCIA EN LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD”

PONENCIAS OFICIALES:

**ASOCIACION INTERNACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL**

**“INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE
COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SA-
LUD”.**

Dr. Jérôme Dejardin

**COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL
Y COMISION REGIONAL AMERICANA MEDICO SOCIAL**

**“ANALISIS DE LOS FACTORES RELEVAN-
TES QUE DETERMINAN EL COSTO DE LA
ATENCION MEDICA Y SU CONTROL AD-
MINISTRATIVO”.**

**Dr. Edgar Osvaldo Oviedo Zaracho.
Dr. Rafael Senties Villalbazo.
Lic. Alfonso Murillo Guerrero.
Lic. Agustín Barbabosa Kubli.
C.P. Eduardo González y González.**

ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

**“COSTOS E INVESTIGACION ECONOMICA
APLICADOS A LOS SEGUROS DE ENFER-
MEDAD Y MATERNIDAD. CONSIDERA-
CIONES PRELIMINARES”.**

Sr. Jorge E. Brenes

“INVESTIGACION DE LAS CAUSAS DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD”*

Dr. Jérôme Dejardin**

La investigación de los elementos constitutivos del costo de las prestaciones de salud se inscribe, como todo estudio de consumo, en el marco de un análisis micro y macro económico. Pero este estudio debe de ser llevado, como cualquier otro que comprende aspectos de la organización de la Sociedad y de la Seguridad del Hombre: más allá de las implicaciones económicas evidentes, se deben de considerar dichas implicaciones en su contexto social y dominadas por un elemento fundamental del equilibrio socioeconómico, que exige que la *producción de Bienes responda a las Necesidades del Hombre* y no que la satisfacción de estas necesidades sea aleatoria y condicionada por la rentabilidad de la producción de un bien determinado.

1. *Necesidad, demanda, consumo.*

Para el economista, la “demanda” de un bien o de un servicio corresponde generalmente a un concepto muy preciso: está específicamente expresada en un mercado para el que elige y el que paga. Esta elección está en primer lugar orientada por un conjunto de gustos y preferencias; y finalmente limitada por una restricción presupuestaria.

En materia de salud, el proceso es más complejo y conviene distinguir:

La necesidad, que es resentida desde el momento en que la información y la educación abren la esperanza de encontrar, en los recursos de la medicina, la forma de mejorar un estado que no se estima satisfactorio: esta necesidad es por consiguiente subjetiva y con frecuencia no fundada;

* Documento preparado por la AISS,

** Presidente de la Asociación Internacional de la Seguridad Social.

La demanda, que corresponde al paso de la sensación a la acción y que va por consiguiente a depender esencialmente de los medios materiales de los cuales se dispone para actuar;

El consumo, que es la expresión de la demanda y que va a ser condicionado por la existencia o ausencia de fuentes de otorgamiento de atenciones médicas o, por lo menos, por la facilidad o la dificultad de llegar hasta ellas.

Este enfoque del problema nos permite de inmediato entender que la necesidad condiciona la demanda y a su vez el consumo, por ello la necesidad mide el costo de las prestaciones de salud sólo en la medida en la cual los obstáculos que surgen en el paso de uno a otro sean suprimidos.

La Necesidad depende esencialmente de la conciencia de un episodio esporádico o permanente entre lo que se percibe subjetivamente y una situación juzgada normal en relación a otras o en relación a lo que uno percibía anteriormente; esta sensación, legítima o no, va a modificarse según un cierto número de parámetros: la edad, el sexo, la categoría profesional.

La Demanda resultará de los medios de los cuales cada uno dispone, sea mediante sus ingresos personales, sea mediante la intervención de un tercero que aporta dichos recursos, este tercero siendo especialmente el seguro de enfermedad.

El Consumo que define el costo de las prestaciones de salud, agrupa la suma de las demandas sólo en la medida en que estas últimas han podido ser satisfechas mediante una organización adecuada y suficiente de la distribución de las atenciones médicas, es decir, en términos de Economía, *en la medida en la cual el mercado de la oferta haya sido suficiente*: equipos técnicos, distribución geográfica de los centros de atención médica, número y calificación de los médicos y del personal paramédico.

Este enfoque permite al mismo tiempo apreciar que la demanda y el consumo son los únicos dependientes de imperativos económicos: el consumo será tanto más débil como las necesidades sean mayores, en las regiones donde por el subdesarrollo económico existió una carencia de recursos para detener la morbilidad y la construcción de una infraestructura médico social.

Recordemos en esta oportunidad que este reporte tiende *al análisis* de los fenómenos que explican el costo de las prestaciones de salud: si el formalismo que impone esta investigación podría ser superado mediante una apertura hacia perspectivas nuevas, no dejaríamos de oponer al enfoque clásico que condiciona la Seguridad y el Bienestar del Hombre a la riqueza de la Economía, una reflexión mas optimista poniendo de manifiesto las riquezas

en “activos humanos” que las inversiones y los gastos para la salud ponen a la disposición del desarrollo económico: mientras se pretende aislar las consecuencias financieras de las cargas, de los efectos estimulantes de la organización sanitaria sobre el potencial económico de una nación, se corre el riesgo de dar vueltas en redondo en un círculo vicioso que propicia se mantenga la miseria material y la miseria fisiológica.

2. *Las leyes de la Economía.*

Si es cierto que importa, en el análisis de las causas del costo de las prestaciones médicas, reconocer en forma debida, la importancia de las nociones fundamentales de la Economía, tenemos que admitir que no solamente, estas últimas son suficientes para explicar este complejo fenómeno, pero que además, algunas de estas leyes tradicionales no se verifican en el mercado particular de la medicina.

Es así que el razonamiento clásico considera que mientras más alto es el costo de un servicio o producto, menos se recurre a él. ¿Cómo explicarse entonces el hecho que, el consumo de las prestaciones médicas aumenta al mismo tiempo que su costo?. Primero porque se trata de una necesidad percibida por parte de las poblaciones como una preocupación prioritaria que debe de ser inmediatamente satisfecha. En segundo lugar porque la economía del Mercado de las Atenciones médicas está falseada por la existencia misma de los regímenes de Seguridad Social que buscan precisamente reducir las restricciones y posponer los obstáculos financieros que encuentran los individuos para alcanzar los beneficios de la Medicina.

Diversas observaciones tienden sin embargo a demostrar que el volumen del consumo individual de atenciones médicas no crece en forma paralela al aumento de los recursos disponibles independientemente de que estos recursos provengan de los ingresos de los propios beneficiarios o de la intervención más o menos importante de los regímenes de seguro de enfermedad: la necesidad de atención médica es tal que está inmediatamente satisfecha —por lo menos en sus elementos esenciales— en el momento en que un mínimo de recursos individuales permite esta opción o, en el instante en que el seguro de enfermedad creado por una intervención aún incompleta ofrece la oportunidad de adquirir los beneficios de la medicina y de tomar conciencia de sus recursos. La economía de las Atenciones de salud comprende esta peculiaridad de que los bienes de consumo no son sustituibles al mismo nivel que los productos de opulencia o de lujo, cuya adquisición puede, en todo momento, ser, sin consecuencias negativas para el individuo, anulada, diferida o reemplazada por un bien o un servicio de otra naturaleza.

Pero, al mismo tiempo que la observación nos lleva a admitir que el

nivel de cobertura de los gastos de salud no tiene una incidencia sensible sobre el comportamiento de los individuos, ella autoriza también la conclusión de que la gratitud —es decir la ausencia de toda restrictiva financiera para el individuo— no es un factor esencial para un sobre consumo.

Por otra parte, la ley del Mercado es dominada tradicionalmente por la libertad del comprador en elegir a la vez el vendedor al cual se quiere dirigir y el tipo de producto que quiere adquirir: la operación se concluye cuando se alcanza el punto de equilibrio entre el interés del vendedor y el del comprador, este equilibrio es alcanzado eventualmente mediante negociaciones de precio, de las modificaciones en la cantidad y en la calidad de los bienes o de los servicios ofrecidos o demandados.

En el mercado de las atenciones médicas, el comprador no dispone, sino en forma excepcional, de la libertad de elegir al vendedor, el tipo y la calidad de las prestaciones: es la naturaleza de la necesidad que experimenta la que va a orientarlo hacia un servicio de atención pero, confrontado con el médico, es éste último quien va a decidir de la naturaleza de las prestaciones que son susceptibles de responder a la necesidad del individuo. Aún en los casos en los cuales el enfermo ha podido elegir al médico general al cual se confía, es este último el que va a prescribirle la terapéutica medicamentosa o va a orientarlo hacia el médico especialista que a su vez va a decidir, sin la intervención del enfermo, los exámenes de diagnóstico necesarios, la hospitalización, y el tratamiento quirúrgico eventual; el individuo no tiene más elección que rehusar la prescripción del médico o someterse a ella, pero jamás puede negociar su contenido. Por lo tanto, ¿cómo implicar su responsabilidad en el costo de las prestaciones de salud, sino es por el mismo hecho de haber tenido la necesidad de recurrir a los beneficios de la medicina, por sentirse enfermo, porque se siente angustiado o porque simplemente, desea estar seguro de que se encuentra en buen estado de salud?

¿Pero por otra parte, no es posible liberar al médico de su responsabilidad en el costo de la atención, ya que por ser el encargado de dar respuestas y soluciones concretas a la necesidad expresada por su enfermo?

Es en la calidad profesional del médico pero también en su valor moral y en su sentido ético donde residen los elementos esenciales de la Economía de los cuidados médicos: las instituciones de Seguridad Social tienen un interés evidente en rodearse de los médicos más calificados y de mantener constante su alto nivel de calificación o, si éstas se dirigen al conjunto del Cuerpo médico, en contribuir activamente en todas las medidas susceptibles de mejorar la formación universitaria o post universitaria de los médicos; deben también esforzarse para eliminar toda disposición funcional o reglamentaria que sea de naturaleza tal que dificulte el acceso a las prestaciones más adecuadas o que fomente prácticas contrarias al interés del enfermo.

Nada es más costoso en efecto que la mala medicina porque jamás esta carga se ve compensada por la eficacia sobre el plan económico y humano.

Nos encontramos ahora lejos del razonamiento económico clásico y el análisis de las causas del costo de las prestaciones de salud confirma la complejidad de los elementos que lo constituyen: elementos de ética, de moral, fenómenos sociológicos, reacciones psicológicas, consecuencias del progreso y de la educación.

3. *El Seguro de Enfermedad, factor de desarrollo de la demanda.*

Es para dar una respuesta a las Necesidades de atención médica cada vez mayores que los hombres se han organizado con el propósito de cubrir el costo de dichas atenciones: al principio mediante la caridad privada, después mediante sistemas de asistencia pública y al final mediante regímenes de contribución voluntaria a través de sociedades mutualistas que prepararon la llegada de la era de la Seguridad Social. Los principios de la organización mutualista son esencialmente los mismos que los de la Seguridad Social en que ambos sistemas buscan compartir la cobertura del riesgo; pero la debilidad de la mutualización voluntaria se ubicaba precisamente en su carácter facultativo que terminaba por proteger sólo a los estratos con mayor previsión de la población dejando sin protección a todos aquellos que, con frecuencia por falta de educación o de información, debían de vivir la triste experiencia de la enfermedad para comprender las consecuencias de la imprevisión.

Por otra parte, la organización mutualista, orientada esencialmente hacia la lucha contra la enfermedad, no contribuía en forma efectiva a la medicina preventiva.

El principio mismo de la *obligación de seguro* —que es la regla en los regímenes de Seguridad Social— dió durante mucho tiempo lugar a discusiones muy animadas enfrentándose esencialmente dos tesis: la primera que consideraba como una degradación moral el hecho de un seguro obligatorio y automático que inhibía todo esfuerzo individual: según esta doctrina, la intervención de la ley iba en contra de las condiciones de un desarrollo normal del hombre y amenazaba la educación natural del trabajador mediante su propia miseria. Implicaba incosteablemente no tomar en cuenta el hecho de que una buena parte de la población— y esto sigue vigente en la actualidad— no disponía ni de las condiciones materiales ni sociales, ni de la energía moral necesaria para lograr el ahorro.

La otra tendencia pretendía al contrario que era esta miseria la que generaba la imprevisión y que no se podía renunciar al derecho de un seguro obligatorio y dejar así que el dolor terminara su obra educativa en base a que "*la repartición de las riquezas estaba rigurosamente fundada en la justicia*".

Esta tendencia postulaba según Schäfte, que la obligación de seguro liberaba al individuo de la esclavitud y de la inercia, al mismo título que la obligación escolar lo liberaba de la ignorancia.

Por otra parte, mediante la extensión del seguro obligatorio al empleador, la Seguridad Social implica una concepción más amplia del contrato de trabajo y prolonga el lazo de solidaridad en el circuito económico, entre el patrón y el trabajador, más allá del período de actividad productiva y fuera de la empresa en sí: esta ampliación de los efectos de la participación en la actividad económica busca contribuir a la mejor redistribución de las riquezas que ha creado, ya que no sólo será el trabajador el protegido sino también los miembros de su familia y no sólo el trabajador activo sino también el trabajador incapacitado para trabajar como consecuencia de la enfermedad, hasta el trabajador una vez puesto al retiro.

Esta ampliación de la concepción del Derecho al Bienestar, nacida con la Seguridad Social se complementa por el reconocimiento de la triple función de la Medicina: prevención, tratamiento, reeducación; se trata aquí de tantos más elementos que abren la posibilidad de satisfacer nuevas Necesidades esenciales.

Tal desarrollo de los regímenes de seguro de enfermedad ha creado la necesidad de un desarrollo paralelo de los medios de producción de Atenciones de salud: crecimiento de la infraestructura sanitaria, aumento del número de médicos y auxiliares paramédicos, perfeccionamiento del equipo técnico.

A su vez, la producción de las Atenciones de salud ha permitido el funcionamiento y el desarrollo del seguro de enfermedad.

Estos dos elementos están íntimamente ligados por una estimulación recíproca. En un reporte establecido conjuntamente en 1971 por la OIT y la OMS se expresa que “... *las atenciones médicas individuales y la seguridad social están unidas en un matrimonio indisoluble cuyo contrato todavía no ha sido redactado*”.

Este matrimonio constituye sin embargo el punto de partida de un ciclo de reacciones que encierra los dos elementos en una interdependencia permanente y que explica entre otras cosas que los progresos de la medicina, la prolongación de la esperanza de vida y el mejoramiento del nivel sanitario de la población, no se expresan necesariamente por una disminución de los gastos de seguro de enfermedad, y que el costo de las atenciones médicas no se desarrolla en base a una relación inversa a los programas de la enfermedad sino más bien en relación directa a los programas del Bienestar del individuo de la Sociedad.

Porque es necesario insistir sobre el hecho de que, en la medida en la cual los regímenes de seguro de enfermedad se adaptan constantemente a las necesidades de los hombres, deben de responder, mediante una cobertura y a

una expresión del mercado de la oferta, al mercado de la demanda constantemente aumentado por la evolución demográfica, por los progresos de la educación y por la toma de conciencia, a través de los progresos de la información y de la existencia de fuentes de satisfacción de dichas Necesidades.

Queda sin embargo evidente que los tratamientos específicos de las afecciones contribuyen en reducir la duración, la gravedad y las secuelas de las enfermedades y traumatismos y a garantizar la sobrevivencia de los enfermos que, sin el auxilio de estas nuevas terapéuticas, serían condenados a morir: el costo de estos tratamientos está por una parte ampliamente compensado por la restauración y el enriquecimiento del activo humano de la economía y por otra parte, sólo constituye una parte de los costos de las prestaciones de salud

4. *La medicina preventiva, como factor de desarrollo de la demanda.*

Pero, el bienestar del hombre no puede consistir en el único hecho de esperar la curación, reside cada vez más y más en el hecho de sentirse en buen estado y mantenerse así; busca esta satisfacción en el uso cada vez más y más precoz de la Medicina por medio de la cual busca mantener su salud y no sólo el medio para luchar contra la enfermedad.

Esta medicina preventiva constituye otra parte del costo de las prestaciones de salud: es ella, más todavía que la medicina curativa que está capacitada para mantener constante la capacidad productiva de las poblaciones y por lo tanto representa un servicio deseable en la Economía; pero debemos de ser conscientes del hecho de que cuesta caro porque, contrariamente a la medicina curativa que sólo considera individuos durante el período de un evento accidental, la prevención constituye un enfoque permanente que se extiende durante toda la vida porque conoce las necesidades específicas de las distintas edades.

Por otra parte, en los resultados más positivos de la Prevención que son la detección y el diagnóstico precoz, resulta que al costo de la prevención en sí, se suma el costo del tratamiento de las afecciones así puestas en evidencia.

5. *Los progresos de la medicina, como factor de desarrollo de la oferta.*

Desde el fin de la segunda Guerra Mundial, los progresos de la Medicina se han acelerado y han introducido a la vez nuevos medios medicamentosos que permiten atacar a las enfermedades hasta ahora incurables, y técnicas que abren el camino a un enfoque más preciso del diagnóstico. Al mismo tiempo, los progresos de la anestesiología y de las técnicas de reanimación han abierto a la cirugía nuevos campos de actividad. Estos progresos de la medicina han ampliado considerablemente las posibilidades de su intervención eficaz: *la oferta potencial se ha incrementado.*

6. *Los progresos de la información, factor de desarrollo de la conciencia de la necesidad.*

Simultáneamente, los progresos de la educación y de la información, por una parte han divulgado estos descubrimientos y por otra parte, acercado las poblaciones a la medicina: han revelado a la vez las necesidades de salud y la existencia de medios para responder a dichas necesidades. Han creado la conciencia de un nuevo Progreso: automáticamente *la demanda también se ha incrementado*. Esta demanda — es decir esta necesidad — tendrá que crecer cada vez más. Pero la oferta no podrá desarrollarse sino es en la medida en que los regímenes de seguridad social proporcionen los medios.

Para responder a los progresos de la medicina, se han tenido que realizar inversiones y utilizarlas para acrecentar el capital de producción; en los países industrializados, la expansión del equipo hospitalario y técnico, así como la formación de un número cada vez creciente de especialistas — médicos, enfermeras, biólogos — han podido ser desarrolladas esencialmente mediante un esfuerzo combinado del sector público y de la iniciativa privada, la rentabilidad de estas inversiones ha sido garantizada por el poder de compra de los regímenes de seguro de enfermedad. Y así el ciclo está cerrado; la demanda de atenciones va estimulando a la oferta; la oferta a su vez, se desarrolla para satisfacer y así estimular el desarrollo de la demanda.

En los países en vías de desarrollo, los recursos limitados de la Economía han orientado y siguen polarizando las inversiones del Estado y de los particulares hacia otros capítulos de producción; es a partir de islotes industriales que sólo comprenden una parte reducida de la población que la Seguridad Social debe de captar los recursos necesarios para crear ella misma sus medios de producción y ofrecer prestaciones médicas. Pero existe el riesgo de que la demanda sea insatisfecha durante un cierto tiempo ya que la conciencia de la necesidad con frecuencia precede la posibilidad de responder a ella.

Pero, como en uno y otro caso, la perspectiva es positiva: o bien el progreso pasa a estimular el crecimiento y la expansión de las necesidades, o bien la conciencia de la necesidad va a estimular el progreso. El costo global de las prestaciones por lo tanto sólo puede ir en aumento.

7. *Costos globales y costos individuales.*

Tenemos que marcar, en este informe, un fenómeno propio del mercado de las atenciones médicas que consiste en una saturación rápida del consumo, poco influenciada — porque corresponde a una necesidad indispensable y prioritaria— por el crecimiento de los recursos individuales y por el nivel de cobertura de las prestaciones a través del régimen del seguro de enfermedad. Estas constataciones sucesivas podrían parecer contradictorias si, en este momento, no se llamara la atención sobre la distinción necesaria, en el análisis del costo de las prestaciones de salud, entre por una parte el consumo

y los costos individuales que resultan de los comportamientos de los asegurados, y por otra parte, el consumo y los costos globales, en un análisis macroeconómico, que resulta de otros factores además de la simple adición de los comportamientos individuales.

Si podemos confirmar la opinión de que el aumento del costo de las prestaciones de salud es relativamente pequeña para cada consumidor en un mismo grupo social que ya ha adquirido el medio y el uso del recurso de la medicina, pensamos en contra que el aumento de los costos globales resulta por una parte de la incidencia de la educación y de la información que, en una población dada de consumidores potenciales, crea un número cada vez mayor de nuevos consumidores efectivos, y por otra parte, de *la incidencia considerable de las modificaciones cualitativas de la población*; edad, sexo, tipo de actividad profesional.

La relativa estabilidad del costo de las prestaciones para un grupo de individuos sólo se verifica en la medida en que las características de los individuos de este grupo son estables y no sufren mutaciones que modifiquen esencialmente la naturaleza de las necesidades.

Este fenómeno corresponde a una noción fundamental del análisis microeconómico que deriva de una ley psicológica según la cual la intensidad de un placer que se prolonga o que se repite decrece y acaba por anularse, una vez alcanzado el *punto de saciedad*.

Los economistas han deducido la ley de la *estabilidad de las necesidades*: el incremento de utilidad o de satisfacción generado por cantidades crecientes de un bien o de un servicio va en disminución hasta detenerse cuando el punto de saciedad de la necesidad correspondiente está alcanzado. Se llama "utilidad marginal" a la utilidad producida por cada dosis suplementaria de un bien o de un servicio considerado: por este hecho esta ley económica es llamada "ley de la utilidad marginal decreciente" que permite al consumidor maximizar su satisfacción. Ella nos parece importante de invocar porque ella parece de naturaleza a garantizar una perspectiva de estabilidad en el crecimiento del consumo individual en los regímenes de seguros de enfermedad en expansión. Pero esta ley sólo es válida para una necesidad bien determinada y por lo tanto sólo se verifica para grupos de personas que tienen necesidades cualitativas constantes: sin embargo la naturaleza de las necesidades se modifica fundamentalmente con las variaciones cualitativas del efectivo de los asegurados, generando modificaciones de las demandas y de los consumos.

8. *Los factores de especificidad de la naturaleza de las necesidades.*

Formulemos las hipótesis siguientes:

- a) definimos en un momento dado el costo de las prestaciones de salud de una población A, constituida de individuos comprendidos todos entre 35 y 40 años, entre los cuales por una parte existe 50% de hombres y 50% de mujeres, y por otra parte, 60% de obreros de la industria, 30% de empleados de la administración y del comercio, y 10% de trabajadores agrícolas: supongamos que X sea el valor de este costo;
- b) diez años después, y suponiendo constante el precio de las prestaciones médicas, definimos el costo de las prestaciones de salud de una población B, ofreciendo en este mismo momento las mismas características que la población A: el valor de este costo será igual a X o se acercará a este último;
- c) en este mismo momento que bajo la letra b) y siempre suponiendo constante el precio de las prestaciones médicas, definimos el costo de las prestaciones de salud de la población A, cuyas características han permanecido iguales, salvo que ha envejecido diez años: el valor del costo será superior a X y la tasa de aumento será tanto más grande como el envejecimiento de la población;
- d) cada vez que una de las características de la población considerada se modifica, sea en la proporción de mujeres en relación a los hombres, sea en la proporción de trabajadores de actividades pesadas o de industrias insalubres, en relación a los trabajadores de trabajos ligeros o de medios de trabajo no contaminado, el costo X se modificará, independientemente de la evolución del precio de las prestaciones.

En realidad, si es exacto que a partir de un cierto nivel de consumo, interviene un punto de saciedad que lo estabiliza, este fenómeno sólo es cierto para un tipo de consumo determinado respondiendo a una necesidad específica.

Sin embargo la especificidad y el volumen de las necesidades varían con la *edad*, el *sexo* y la *naturaleza de la actividad profesional*.

La necesidad de salud y el “Bien de consumo” que responde a ella es distinta a los treinta años de la necesidad de salud y del bien de consumo correspondiente a los sesenta años, lo mismo que la elección de un automóvil es distinto de la elección de una máquina de lavar; la necesidad de salud de una mujer no es la misma que la de un hombre y su consumo por este mismo hecho, es distinto; el consumo de un trabajador de una industria insalubre está sobre todo orientado por una necesidad de luchar contra la enfermedad; el consumo de un empleado en una administración está sobre todo inspirado

por una necesidad de conservar su salud. Las necesidades de los individuos son condicionadas por las características psicológicas y patológicas de su edad y de su sexo.

Así, las estadísticas de morbilidad hacen aparecer que la frecuencia de las psiconeurosis y de las alteraciones mentales aumentan entre los veinte y treinta años y disminuyen después de treinta y cinco años hasta ser insignificantes después de los cincuenta y cinco años; en contrapartida las enfermedades del aparato cardiovascular, relativamente raras hasta los treinta, acusan una progresión constante de la frecuencia hasta constituir a los sesenta años, un tercio de las causas de todas las incapacidades de trabajo de larga duración; a estas diversas patologías corresponden necesidades específicas que modifican necesariamente la naturaleza y el costo del consumo.

Pero es el envejecimiento que incrementa en forma más sensible la frecuencia de las necesidades, modificando a su vez la especificidad: estadísticas detalladas establecen que entre los trabajadores de 20 a 25 años, 2.7 por mil son afectados de una enfermedad que los aleja de toda actividad profesional durante por lo menos un año; entre los trabajadores de 40 a 50 años, tenemos un 45 por mil; y entre los de 60 a 65 años, 200 trabajadores de cada mil son inválidos.

En lo que se refiere a *las categorías profesionales*, trabajos fundados en datos estadísticos alemanes, británicos, suizos y belgas, han establecido que para un riesgo de valor 100 atribuido a los trabajadores agrícolas y a los empleados del comercio y de la industria, se tenía que dar el valor 120 a los trabajadores de la construcción y de los muelles, el valor 140 a los trabajadores de las canteras, de la siderurgia y de la industria química, y el valor 175 a los trabajadores de las minas subterráneas.

En fin, las mujeres representaban un riesgo de gasto superior en un 30 % al de los hombres.

De estas constataciones, resulta que para poblaciones de una misma importancia numérica, el costo global de las prestaciones de salud será tanto más importante como la edad promedio sea más elevada, como que la proporción de mujeres sea más grande y que la importancia relativa de trabajadores de alto riesgo profesional sea más marcada.

9. *La oferta, factor de consumo.*

Tenemos que añadir que factores regionales pueden igualmente influenciar el consumo en la medida en que una mala repartición de la infraestructura sanitaria no permita a ciertos grupos de la población alcanzar las fuentes de distribución de atenciones médicas, o que no encuentren en el centro médico

existente, las calificaciones técnicas y profesionales suficientes para responder a necesidades específicas.

Esta reflexión nos lleva a insistir sobre la incidencia de la organización y del equipo material y humano sobre el volumen del consumo: es obvio que si la demanda estimula la oferta, esta última a su vez crea su propia demanda.

Es conveniente por lo tanto que esta oferta sea de naturaleza tal que responda no solamente al volumen de la demanda sino también a sus características, es decir a la naturaleza de las necesidades que resultan de la estructura de la población: la naturaleza de los servicios de especialización médica y su capacidad relativa deben necesariamente ser objeto de una planificación y ser adaptados a necesidades específicas: sin este esfuerzo de adaptación, el funcionamiento de un centro de salud puede inducir, *o el despilfarro* — que se traduce en un aumento de los costos de producción y en un aumento automático de los costos de consumo—, *o a la ineficiencia* porque la demanda no encuentra la oferta correspondiente a la necesidad y se traduce en un consumo inútil dejando la necesidad insatisfecha.

Esta preocupación de rentabilidad de los centros de producción de atenciones — que pueden ser dispensarios, de clínicas, de hospitales o de consultorios médicos aislados — debe ser permanente porque condiciona directamente el costo final: además, porque en las regiones con una economía débil, todo incremento de la productividad se traducirá en una ampliación cuantitativa de las posibilidades de acción del mismo centro, o en el ahorro de los medios necesarios para poder construir otro centro.

Es sin embargo razonable, hablando de productividad y de racionalización, destacar la distinción que hacen los economistas entre tres grandes tipos de actividad: *el sector primario*, en el cual la explotación directa de la naturaleza juega un papel primordial — minas, agricultura, bosques, pesca —; *el sector secundario* compuesto del conjunto de las industrias; y *el sector terciario* de servicios. La particularidad de la Economía de la salud consiste en incluir, al lado de actividades secundarias tradicionales, como la industria farmacéutica, una gran cantidad de actividades terciarias, como los servicios del personal médico y paramédico, como la hotelería y la restauración en medio hospitalario.

Sin embargo el progreso que se manifiesta por un aumento de la productividad del trabajo en todos los sectores de la economía, se expresa a ritmos muy diferentes según el sector considerado; el ritmo es rápido en los sectores primario y sobre todo en el secundario; es lento en el sector terciario. El número de horas de trabajo necesario para construir un automóvil disminuye con cierta velocidad pero el tiempo exigido para dar una consulta, acto esencial de la medicina, no se ha modificado.

Se tiene que admitir por lo tanto que la productividad global del sector salud sólo puede crecer más lentamente que la productividad en el conjunto de la economía: conviene por consiguiente reconocer *la legitimidad de su pretensión en querer disponer de una parte creciente de los recursos en humanos y en medios* de que dispone la sociedad, si se desea que su producción sea mantenida a un nivel suficiente.

La intención de este informe es mencionar diversos elementos susceptibles de influir en el costo de las prestaciones de salud: su pretensión no es establecer un inventario completo de los mismos ni por su simple evocación reducir sus efectos.

Pero su motivación reside en esto: en un momento en que los regímenes del seguro de enfermedad viven, en todas las regiones del mundo, dificultades financieras, independientemente de los modos de financiamiento, en un momento en que algunos plantean la cuestión de saber si no es conveniente fijar un límite al crecimiento de los gastos de salud, en un momento en que algunos otros encuentran en el nivel de los gastos para las prestaciones médicas, la expresión de un sobreconsumo abusivo o de una mala gestión de la seguridad social, o todavía más de una falta de ponderación y de criterio de los médicos, en este momento me parece indispensable destacar mediante una investigación analítica que debería de ser continuada, los elementos objetivos y concretos que justifican el incremento de los gastos: sólo el conocimiento de estos fenómenos creará las condiciones necesarias para un examen racional y unas decisiones válidas.

¿Por qué por otra parte querer artificialmente fijar un límite al crecimiento de los gastos de salud, cuando no existe un ejemplo donde este crecimiento haya sido perjudicial para el crecimiento económico en los países industrializados?

¿Por qué seguir sin querer enfrentarse al riesgo de este crecimiento en los países pobres encerrados en el círculo vicioso de la miseria y continuar constatando que la población está en mal estado de salud porque es pobre, sin arriesgarse a reconocer que esta pobreza resulta en gran parte de su falta de salud?

¿Por qué querer imponer al consumo de salud restricciones que no se aplican a otros tipos de consumo, mientras que los individuos expresan espontáneamente una elección prioritaria por las prestaciones médicas, que aseguran su seguridad y la de sus familias?

¿No parece entonces paradójico hablar de estancamiento mientras que cada día, nuevos progresos aumentan los límites de las posibilidades técnicas?

¿Cuál sería el sentido de estos progresos si no es incrementar el Bienestar del Hombre?

Es a este nivel que el Economista debe de ceder el paso al Sociólogo y que la toma en consideración de estos problemas humanos se debe de traducir en soluciones dignas de nuestro tiempo.