

# SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXVIII

EPOCA V

Núms. 115-116

ENERO - ABRIL

1979

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS  
DE SEGURIDAD SOCIAL

EPOCA V

SEGURIDAD SOCIAL Núms. 115-116

AÑO XXVIII

## 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.

# CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL

Reuniones en  
San José, Costa Rica 6 a 10 Noviembre 1978



**XXIII REUNION  
COMITE PERMANENTE  
INTERAMERICANO  
DE SEGURIDAD  
SOCIAL**

**VI CONGRESO  
AMERICANO  
DE MEDICINA  
DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL**



**COMISIONES REGIONALES  
AMERICANAS DE SEGURIDAD SOCIAL:**

**VI JURIDICO SOCIAL**

**IX MEDICO SOCIAL**

**VII DE ORGANIZACION Y SISTEMAS ADMINISTRATIVOS**

**GRUPO DE TRABAJO DE ACTUARIOS Y ESTADISTICOS**



# I N D I C E

	Pág.
COMISION ORGANIZADORA . . . . .	7
INTRODUCCION . . . . .	9
VI CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA DE LA SEGURIDAD SOCIAL . . . . .	11
ORGANISMOS INTERNACIONALES E INSTITUCIONES PARTICIPANTES . . . . .	19
PROGRAMA DE ACTIVIDADES REALIZADAS . . . . .	21
INFORME FINAL . . . . .	29
LISTA DE PARTICIPANTES . . . . .	42
PONENCIAS . . . . .	55
— LA INVESTIGACION BIOMEDICA Y SU IMPACTO EN LA MEDICINA SOCIAL.	
Ponente: Instituto Mexicano del Seguro Social . . . . .	57
— AVANCES EN LA INVESTIGACION BIOMEDICA Y SU APLICACION EN LA MEDICINA SOCIAL.	
Ponente: Organización Iberoamericana de Seguridad Social.	69
— EL COSTO DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. PANORAMA INTERNACIONAL.	
Ponente: Oficina Internacional del Trabajo . . . . .	97
— ESTUDIOS PARA RACIONALIZAR EL USO DE ALGUNOS RECURSOS PARA LA ATENCION MEDICA DE LOS SEGUROS SOCIALES.	
Ponentes: Comité Permanente Interamericano de Seguridad Social, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, Instituto Mexicano del Seguro Social . . . . .	153

**VI CONGRESO AMERICANO DE MEDICINA  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**PONENCIAS**

**EL COSTO DE LA ASISTENCIA MEDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL**  
**— PANORAMA INTERNACIONAL —**

Ponente:

**OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO**  
Ginebra, septiembre de 1978

## CONTENIDO

- I. INTRODUCCION
  - II. ENFOQUE GLOBAL DEL PROBLEMA
    - Tendencias del costo de la asistencia médica en la seguridad social
    - Causas del encarecimiento y futuras repercusiones.
  - III. RESUMEN DE EXPERIENCIAS NACIONALES
    - Bélgica
    - República Federal de Alemania
    - Canadá
    - Japón
    - España
    - Noruega
    - Finlandia
    - Países Bajos
    - Francia
    - Polonia
    - Reino Unido
  - IV. RECOMENDACIONES PARA UNA POLITICA FUTURA
  - V. CONSIDERACIONES SOBRE LA SITUACION EN AMERICA LATINA.
- Anexos:
- A. Gastos de la seguridad social en prestaciones. Tendencias en porcentaje del producto interno bruto y per cápita en ciertos países.
  - B. Evolución demográfica de Europa para los grupos de edad de 60 a 74 años, de 75 o más, de 60 o más entre 1970 y el año 2000, por región y por país.

Documento presentado por: Alfredo Mallet.

## I. Introducción

1. El problema del costo creciente de la asistencia médica de la seguridad social suscita constante interés en el ámbito internacional ya que ha causado, posiblemente, los más difíciles problemas en varios países industrializados con sistemas de asistencia médica muy desarrollados que amparan a extensas categorías de población en los regímenes de seguridad social por lo que puede pensarse que los planteará también en los países en desarrollo, con mayor importancia a medida que éstos amplíen o instituyan nuevos programas de este tipo.

2. Cuanto más desarrollado está el sistema de seguridad social, mayores son los gastos. Es un hecho por demás evidente, pero en los años setenta ha subido la inquietud tanto de los gobiernos, como de las organizaciones de empleadores y trabajadores, ante el crecimiento desproporcionado de los costos, tanto en términos absolutos como en relación con los indicadores económicos, sus proyecciones futuras, así como lo imprevisible de las posibilidades de contenerlos.

3. En estas circunstancias, se han realizado ya numerosos estudios con perspectivas y contenidos diversos sobre el costo creciente de la asistencia médica tanto por autoridades nacionales, facultades de medicina y los organismos internacionales y regionales.

4. Sería ocioso repetir aquí los interesantes trabajos de anteriores Congresos Americanos de Medicina, de la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la misma OIT \* pero sí conviene puntualizar que la profundidad y preocupación puesta en los mismos permite a los responsables de la salud adoptar distintas decisiones que habitualmente son trascendentales, difíciles y entrañan un verdadero compromiso ante los usuarios.

5. Sensible a esas preocupaciones, el Consejo de Administración de la OIT, convocó en Ginebra en el mes de mayo de 1977 una reunión de expertos para realizar un examen general de los problemas fundamentales del costo creciente de la asistencia médica en los programas de seguridad social y para la discusión abierta sobre las políticas destinadas a aplicar posibles medidas para contenerlo.

6. El propósito de este documento es difundir, para su posible utilización en la región americana, los datos, experiencia y proposiciones que se tuvo oportunidad de recopilar con motivo de dicha reunión <sup>1</sup> que continúan siendo de inmediata actualidad y fueron respaldados por expertos de reco-

---

\* La OIT, además de las actividades normativas, como parte de su programa de estudios e investigación, ha efectuado en los últimos años tres estudios sobre la asistencia médica de la seguridad social. *El costo de la asistencia médica* estudios y documentos, nueva serie, núm. 51 (Ginebra, 1959). Milton I. Roemer: *Organización de la asistencia médica en los regímenes de seguridad social*, estudios y documentos, nueva serie, núm. 73 (Ginebra, 1969) y Derick Fulcher: *Sistemas de asistencia médica* (Ginebra, 1974).

<sup>1</sup> Los documentos de trabajo fueron los siguientes (los nombres de los autores figuran entre paréntesis):

D 1. Propósito y orden del día (Departamento de la Seguridad Social, OIT).

nocida jerarquía internacional, así como por organizaciones internacionales y regionales que se ocupan de este tema.<sup>2</sup>

## II. Enfoque global del problema

### TENDENCIAS DEL COSTO DE LA ASISTENCIA MÉDICA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

7. La historia del fenómeno que se estudia es relativamente corta. Con el final de la Segunda Guerra Mundial y el período de reconstrucción de la postguerra se vio en muchos países un movimiento considerable de introducción y extensión de los programas de seguridad social, cuyo propósito era garantizar el mantenimiento de los ingresos gracias a sistemas financieros y, sobre todo, ofrecer asistencia médica. En esa época de innovaciones dinámicas estaba corrientemente aceptado que uno de los principales resultados de un programa completo de asistencia médica sería que haría bajar la morbilidad, de modo que el "consumo" de asistencia médica, si de hecho no se reducía, permanecería suficientemente constante y, por tanto, los gastos de asistencia médica, en total, corresponderían a una proporción del producto nacional bruto que no variaría mayormente a lo largo de los años. En realidad se llegó a pensar que al mejorar el estado de salud con los programas de asistencia médica aumentaría la productividad de la mano de obra y, consiguientemente, el propio producto nacional

- 
- D 2. Tendencias del costo, sus causas y las posibles medidas para contener los gastos (Departamento de la Seguridad Social, OIT).
  - D 3. Resúmenes de estudios nacionales correspondientes a determinados países —Bélgica, España, Francia, Japón y Países Bajos— (Departamento de la Seguridad Social, OIT).
  - D 4. El costo de la asistencia médica en Finlandia de 1965 a 1975 y su relación con la política sanitaria (AISS).
  - D 5. Observaciones sobre las causas y posibles medidas para contener los costos (OMS).
  - D 6. El costo creciente de la asistencia médica de la seguridad social en el Reino Unido (Sr. W. Scott-Moncrieff).
  - D 7. Costo de la asistencia sanitaria a cargo de la seguridad social en el Canadá (Sr. W.A. Mennie).
  - D 8. Informe sobre el aumento de los gastos de asistencia médica costeados por la Seguridad Social francesa (Sr. P. Schöpflin).
  - D 9. Análisis del costo de la asistencia médica y de los gastos sanitarios en Polonia de 1971 a 1975 y en años anteriores (Dr. M. Miskiewicz).
  - D 10. Evolución del sistema sanitario en la República Federal de Alemania, con especial referencia al aumento de los costos (Sr. A. Holler).
  - D 11. Experiencia y política nacionales en Noruega (Sr. A. Kvalheim).
  - D 12. Informe final de la reunión (Secretaría).

<sup>2</sup> Dieciocho expertos habían sido invitados a participar en esta Reunión, de los cuales seis escogidos entre altos funcionarios gubernamentales, seis designados previa consulta con el Grupo de los Empleadores y seis, previa consulta con el Grupo de los Trabajadores del Consejo de Administración.

Asistieron a la Reunión observadores de las siguientes organizaciones internacionales: Organización Mundial de la Salud; Consejo de Europa; Comunidad Económica Europea; Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Destacaron asimismo observadores las siguientes organizaciones internacionales no gubernamentales: Asociación Internacional de la Seguridad Social; Organización Internacional de Empleadores; Confederación Internacional de Organizaciones Sindicales Libres; Confederación Mundial del Trabajo.

bruto. El acierto de estas hipótesis suscitó crecientes manifestaciones de incredulidad. En muchos países industrializados, durante los últimos diez o quince años, el costo de la asistencia médica otorgada por la seguridad social, como se verá más adelante, no sólo ha aumentado, sino que lo ha hecho más rápidamente que los indicadores económicos y, asimismo, que los gastos en prestaciones monetarias.

8. Probablemente sea justo decir que si la reunión de expertos del año 1977 se hubiese celebrado, digamos, en los años cincuenta, la discusión de todos modos se habría concentrado en el costo, pero por su aspecto de obstáculo personal para hacerse atender más bien que por el volumen por total de gastos. Claro está que el hecho de que el costo de la asistencia médica de la seguridad social haya sido el tema de la reunión, no significa que se hayan resuelto todos los problemas de suministro de una asistencia médica satisfactoria a los individuos. Es verdad que en la mayor parte de los países industrializados, aunque sus sistemas difieran, mucho se ha hecho para extender progresivamente los programas a casi toda la población, si no a toda, al tiempo que se extendían los servicios médicos ofrecidos por tales programas. Pero subsisten problemas, y uno de los más insolubles es la falta de equidad creada por la distribución geográfica dispareja de los servicios, que a su vez plantea cuestiones de costo.

9. Al estudiar el costo creciente de la asistencia médica hay que reconocer que toda comparación internacional entre los gastos de los respectivos países, incluso cuando se los reduce a denominadores comunes como el costo por habitante, debe sujetarse a prudentes reservas. Cada país clasifica conjuntamente rúbricas distintas bajo títulos genéricos tales como "servicios sanitarios", haciendo surgir desde el principio problemas de comparabilidad de los datos. A veces es difícil desglosar los gastos del sector público y del privado. La cobertura puede variar. Las comparaciones de valores monetarios convertidos según determinado tipo de cambio pueden ser artificiales y de efímera validez. Más sentido pueden tener los datos que muestran las tendencias de los gastos de la seguridad social en asistencia médica en relación con indicadores de los recursos nacionales.

10. Con esta perspectiva general, uno de los primeros pronósticos serios de las futuras tendencias es el que aparece en el ya citado estudio internacional de la OMS<sup>1</sup> sobre los gastos de sanidad, realizado en los años sesenta. En efecto, después de recalcar que una proporción creciente del total de esos gastos correspondía a los hospitales, predecía que, en general, dada su tasa de aumento global, irían absorbiendo cada diez años 1 por ciento más del producto nacional bruto (PNB) y que antes de acabar el siglo, si persistía la tendencia actual, habría países que dedicarían al cuidado de la salud más del 10 por ciento del PNB.

11. Diez años después, con los hechos a la vista, algunos países considerarían que ese pronóstico resultó por demás moderado. En realidad, se acepta aparentemente en forma casi general la afirmación siguiente, hecha

---

<sup>1</sup> Abel-Smith, *Estudio Internacional de los gastos de sanidad y su incidencia en la planificación de servicios de asistencia médica y salud pública*. Cuadernos de Salud Pública, núm. 32 (Ginebra, OMS, 1969, pág. 99).

en una conferencia internacional celebrada en los Estados Unidos en 1975: <sup>2</sup> “Mientras que en los años cincuenta la mayoría de los países aumentaron sus gastos médicos en alrededor de 1 por ciento del PNB, en los años sesenta fue más común una elevación de 1,5 por ciento. Para el decenio de 1970, según los indicios actuales, la cifra podría ser de 2 por ciento, pese a que bajó la tasa de crecimiento del PNB”.

12. La OIT, para esa reunión, además de examinar y clasificar a grandes rasgos una cantidad apreciable de la voluminosa documentación nacional e internacional que trata del costo creciente de la asistencia médica, hizo enfocar el aspecto que atañe a la seguridad social de dos maneras distintas. En primer lugar, efectuó o mandó hacer cinco monografías referentes a países con regímenes distintos de asistencia médica dependientes de la seguridad social, a saber: Bélgica, España, Francia, Japón y Países Bajos. Para reducir los informes a dimensiones que resultaran cómodas para los participantes a la reunión, la Oficina los resumió y los presentó en un documento de trabajo aparte (RCM/1977/D.3). En segundo lugar, compiló y puso al día en la mayor medida posible los datos relativos a ciertos países obtenidos en el curso de las *encuestas internacionales sobre el costo de la seguridad social* que realiza con carácter permanente desde la Segunda Guerra Mundial. El resultado es el cuadro del anexo A, que presenta, de 1960 en adelante, los gastos de la seguridad social por concepto de prestaciones de enfermedad, tanto en su forma de asistencia médica como de sumas en efectivo. Las cantidades se expresan en porcentaje del PIB y en gastos por habitante a precios constantes. La tendencia ascendente de las estadísticas presentadas en el anexo A se puede apreciar más fácilmente en el cuadro I, que muestra, yuxtapuestos, los datos de 1960 y las cifras más recientes de que se disponía.

13. Se verá en el cuadro que hay países como la República Federal de Alemania, Canadá, Países Bajos y Suecia que ya dedican más del 5 por ciento del PIB a la asistencia médica prestada por conducto de la seguridad social, mientras que en 1960 esos países no habían llegado todavía al nivel de 3 por ciento. En cuanto a los demás países del cuadro, las cifras son más bajas, pero ello no quita que el ritmo de aumento desde 1960 sea impresionante. Tal vez el Reino Unido sea una excepción, puesto que la relación con el PIB entre los ejercicios fiscales 1959-60 y 1973-74 se elevó únicamente de 3,3 a 3,8, o sea un aumento de 15,2 por ciento. Una de las razones quizás sea que en el Reino Unido el régimen amparaba a toda la población desde antes del período examinado, mientras que los demás países han extendido en su transcurso, en mayor o menor grado, la cobertura de la población o la gama de prestaciones. Algunos autores también podrían sostener que la evolución de las cifras británicas durante esos años estaba determinada bastante directamente por el hecho de que el régimen del país es un servicio nacional de salud unificado y sujeto a un control central, en que no existe casi la modalidad de los honorarios por servicio prestado: en efecto, en ese tipo de sistema *es más fácil frenar* el alza de los costos que en otros seguros de enfermedad europeos o norteamericanos

---

<sup>2</sup> Conferencia Internacional sobre Costos y Gastos de Sanidad, junio de 1975, Fogarty International Center, National Institutes of Health, Maryland, Estados Unidos. Ponencia de Robert Maxwell, autor de *Health care: the growing dilemma* (New York, McKinsey and Company, 1975).

CUADRO I

INDICADORES DE LOS GASTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ASISTENCIA MEDICA) EN CIERTOS PAISES, EN 1960 Y EN OTRA FECHA MAS RECIENTE

País	Año	Gastos de asistencia médica en relación con el PIB <sup>1</sup>		Gastos de asistencia médica por habi- tante (precios cons- tantes) 1960 = 100
		Porcentaje del PIB	Indice 1960 = 100	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Alemania	1960	2.7	100.0	100.0
Rep. Fed.)	1974	5.7	211.1	368.3
Austria	1960	2.3	100.0	100.0
	1974	3.8	165.2	305.1
Bélgica	1960	2.2	100.0	100.0
	1971	4.2	190.9	318.8
Canadá	1959-60	2.3	100.0	100.0
	1970-71	7.1	308.7	455.4
Estados Unidos	1959-60	1.1	100.0	100.0
	1973-74	2.6	236.4	346.9
Francia	1960	2.4	100.0	100.0
	1974	4.6	191.7	356.5
Italia	1960	2.2	100.0	100.0
	1971	4.4	200.0	336.4
Países Bajos	1960	1.7	100.0	100.0
	1974	5.1	300.0	542.1
Reino Unido	1959-60	3.3	100.0	100.0
	1973-74	3.8	115.2	168.8
Suecia	1960	2.9	100.0	100.0
	1974	7.3	251.7	395.0
Suiza	1960	2.2	100.0	100.0
	1974	4.0	181.8	298.6

<sup>1</sup> PIB = Producto interno bruto a precios de comprador.

donde ocupan un lugar importante los honorarios médicos o afines por servicios prestados, el reembolso de los gastos efectuados libremente por el asegurado y, más generalmente, la multiplicidad de cajas, planes o programas que conforman el régimen del seguro de enfermedad.

14. Los estudios nacionales y las comunicaciones adicionales presentadas durante la Reunión proporcionaron una imagen amplia y detallada de la evolución de la asistencia médica a cargo de la seguridad social en los diversos países. Aunque la información disponible no permite efectuar actualmente comparaciones rigurosas entre países, al parecer puede lle-

garse a la conclusión de que existen diferencias considerables en cualquier momento dado, pero que en cambio se observan similitudes evidentes con respecto a las tendencias generales de desarrollo. En vista de que las labores de la Reunión estaban orientadas hacia el futuro, o sea, el desarrollo futuro, se sintetizaron los factores que influyen en él, bajo sus aspectos demográficos, económicos y sociológicos:

- a) El gasto total en asistencia médica aumenta generalmente, en término medio, más rápidamente que el producto nacional bruto; esta tendencia se acentúa aún más en período de recesión, cuando el PNB aumenta menos rápidamente.
- b) El incremento de los gastos en asistencia médica está relacionado, por un lado, con el aumento de la demanda de dicha asistencia y con el aumento de las categorías de servicios prestados a cada enfermo —lo cual se traduce en un incremento del volumen de la asistencia— y, por otro lado, con la mejora de la calidad de los servicios prestados y con el aumento de sus precios. Estos parámetros —volumen, calidad y precios— no son independientes unos de otros, ya que tienen como factor común el desarrollo y la difusión de las técnicas de la asistencia médica, lo cual amplía la gama de servicios puestos a la disposición de los enfermos e implica el empleo de equipos más costosos, así como un personal más calificado y, por ende, mejor remunerado. Todo esto puede originar un aumento de las desigualdades existentes en el tratamiento dispensado a diferentes grupos de personas. Los servicios de asistencia médica requieren, en todo caso, un personal numeroso, lo que limita las posibilidades de racionalización.
- c) La medida del incremento del volumen y de los precios debe tener en cuenta, principalmente, el cambio de significado de las unidades de medida consideradas: un día de hospitalización significa dos a tres veces más cuidados, hoy en día, que hace 10 o 15 años, debido, en parte, a la reducción de la duración de la hospitalización, lo cual resulta en la concentración del diagnóstico y del tratamiento dentro de un período más corto. Numerosos países constataron así que los precios reales aumentaron menos rápidamente que lo que reflejan las estadísticas, mientras que, inversamente, el volumen aumentó más rápidamente.
- d) La estructura económica global de gastos en atención médica fue modificada en el pasado en favor de la hospitalización como parte del sistema general de asistencia sanitaria, y este hecho se refleja en los gastos de la seguridad social. Esta tendencia general provoca una reacción no menos generalizada y suscita la adopción de medidas destinadas a reducir el recurso a la hospitalización y a desarrollar, en cambio, la práctica de asistencia ambulatoria. Algunos participantes indicaron que, en ciertos países, el papel de los médicos como suministradores de la asistencia médica general tendía a disminuir, ya que concedían mayor importancia a diversos exámenes de laboratorio y procedimientos tecnológicos, con las consiguientes repercusiones económicas.
- e) La gama y el alcance de los servicios prestados por la seguridad social se han desarrollado, en mayor o menor grado, en los diversos

países. La medida en que continuará esta tendencia hacia la expansión, allí donde existe todavía un margen de desarrollo, es un asunto aun discutible. Lo que sí no deja lugar a duda es el hecho de que la expansión de los programas de asistencia médica otorgada por la seguridad social requiere mayores recursos financieros, lo que implica, a su vez, un incremento de los gastos globales en asistencia sanitaria.

15. Estas similitudes, a pesar de las diferencias en las bases legislativas, demuestran que existe una lógica en el desarrollo de la asistencia médica a la cual resulta difícil escapar.

#### CAUSAS DEL ENCARECIMIENTO Y FUTURAS REPERCUSIONES

16. Se oye decir a veces que los servicios de asistencia médica de muchos países se destacan por la dudosa distinción de sufrir de una inflación aparentemente irreductible desde hace años, desde mucho antes de que la padeciera el resto de la economía. Pero es injusto afirmarlo. Los principales factores de encarecimiento son bastante fáciles de localizar, aunque sí pueden ser notablemente difíciles de cuantificar, o siquiera de clasificar siempre a ciencia cierta entre los atribuibles a un mayor "consumo" y los debidos al alza de precios. Aunque las opiniones autorizadas puedan divergir en cuanto a las razones subsidiarias, por lo general se aceptará que entre las principales causas está el hecho de que el público de hoy conoce mejor las posibilidades de hacerse atender y se interesa más por ellas, que los sucesivos descubrimientos permiten aplicar terapéuticas enteramente nuevas y muy costosas y que se gasta cada vez más en medicamentos. Sigue a estas causas la demanda de una población en expansión —que por lo demás va cambiando de estructura de edades con el constante aumento de la proporción de ancianos—, así como la elevación de los costos de personal y su fuerte impacto en los gastos de hospitalización. El tema, pues, empieza ahora a dar lugar a expresiones llamativas, como "la explosión de los gastos de asistencia médica" o "el precio prohibitivo de los tratamientos".

17. La trivialidad de estas muletillas no quita que el problema exista. No es igualmente grave en todos los países, y habrá quienes digan que el ritmo de elevación de los gastos médicos de la seguridad social no puede considerarse demasiado rápido si no se tiene en cuenta al mismo tiempo la cadencia de elevación del total de egresos de la seguridad social. Según otras opiniones, hay que aceptar que crezca la proporción del producto nacional bruto dedicado a asistencia médica si en esa forma la población dispone de un volumen mayor de servicios sanitarios, mejor aprovechados y beneficiosos. Pero estas calificaciones son difíciles de interpretar. Es más fácil apreciar si se justifican examinando las causas del creciente costo de la asistencia médica. Surge entonces inmediatamente un problema, propio de tal examen, porque las obras sobre el tema son abundantes y complejas: en realidad parecen crecer a mayor velocidad que el costo en sí. No es que se quiera denigrar el valioso trabajo de investigación realizado y en vías de realización. Pero en el presente documento parece preferible evitar una multitud de cifras y tratar más bien de hacer resaltar las principales causas, porque en ellas debieran concentrarse las medidas fundamentales para contener los gastos. Los factores estudiados en los párrafos siguientes no se presentan por orden de importancia, aunque más no sea porque ese orden cambia según el momento y el país.

## *Los efectos de la seguridad social misma*

18. La expansión de los sistemas de asistencia médica que ha caracterizado muchos programas de seguridad social en los últimos quince o veinte años —ya se tratara de la cobertura, de los servicios ofrecidos o de ambas cosas— por fuerza hizo aumentar los gastos de la rama en cuestión, aunque, dentro de los límites en que provocó así un traspaso de los gastos del sector privado al público, no hizo aumentar el total nacional gastado en sanidad. Pero uno de los principales problemas en este campo es el hecho, generalmente reconocido, de que al correr los gastos por cuenta del seguro, o sea en la práctica de un tercero, ni los hospitales y los médicos, ni los pacientes tienen por qué preocuparse mayormente por el costo. Este argumento vale también para los seguros de enfermedad privados. Pero en la medida en que la seguridad social es la que ofrece servicios médicos que antes se habrían sufragado sin ayuda de ningún seguro o no se habrían prestado en absoluto, es razonable suponer que esa nueva ausencia relativa de imperativos económicos bien puede conducir a hacerse prestar servicios más completos (y más onerosos). Así pues, la ampliación del programa de asistencia médica de la seguridad social puede originar un encarecimiento apreciable e incluso desproporcionado; por ejemplo, en los Países Bajos existe desde 1968, un seguro contra las enfermedades catastróficas que ampara a todos los residentes del país y otorga, en esencia, tratamiento sin límite de tiempo en hospitales y hogares para enfermos crónicos y convalecientes; ahora bien, este seguro es una nueva rama del programa general de seguro de enfermedad, que sólo ampara a tres cuartas partes de la población y que, entre otras características, limita el tratamiento hospitalario a un año.

19. Otro efecto de la existencia de la seguridad social es que, si es cierto que en la demanda de asistencia médica influye la posibilidad de tomar licencia de enfermedad, en la ausencia del trabajo pueden a su vez influir las prestaciones monetarias cobrables en caso de enfermedad o accidente.<sup>3</sup> Los hechos muestran que, desde la Segunda Guerra Mundial, el monto, la duración y las condiciones de pago de las prestaciones han mejorado progresivamente, a menudo con la adición de planes más generosos de subsidios de enfermedad negociados con los empleadores. Por lo tanto, ahora es más fácil desde el punto de vista financiero ausentarse del trabajo, lo que probablemente contribuya a hacer bajar el umbral de tolerancia a la enfermedad, cosa que se observa cada vez más. Evidentemente, como ocurre tan a menudo con los factores que determinan los gastos médicos, es difícil discernir y medir el efecto de unos regímenes muy mejorados de prestaciones (y subsidios) de enfermedad, pero poca duda cabe de que tienen efectos.

20. Más adelante se trata el problema del número creciente de personas de edad en los países industrializados en general. Los sistemas de asistencia médica de la seguridad social suelen proteger a los beneficiarios de pensiones de vejez sin cobrarles cotización ni, por cierto, ninguna de las otras formas de participación en los gastos que pueden existir en el régimen.

---

<sup>3</sup> No se ha querido aquí criticar en modo alguno el comportamiento de los obreros y empleados, ya que el propósito esencial en todo programa de seguridad social es garantizar ingresos suficientes cuando desaparecen las ganancias por materializarse una contingencia asegurada. La observación sólo atañe a los costos de asistencia médica.

Algunos administradores de la seguridad social están empezando a preocuparse ante el costo creciente de esas prestaciones incondicionales y no selectivas concedidas a los ancianos.

21. Por último, en varios países los desempleados siguen recibiendo las prestaciones médicas de la seguridad social sin tener que cotizar tampoco. Cuando el índice de desempleo es elevado, los ingresos del régimen se reducen de manera apreciable, aunque hay que reconocer que, en comparación con otras dificultades, ésta no es financieramente de gran monta, y es de esperar que sea pasajera.

### *Modificaciones demográficas*

22. Las personas de edad son grandes “consumidoras” de servicios médicos. Se observa que si, por ejemplo, constituyen la décima parte de la población, les corresponde algo así como un tercio de los gastos de asistencia médica. Esto no muestra de por sí que el uso de la asistencia por los ancianos sea una de las principales causas del aumento de costo, por oposición a que sea uno de los grandes elementos del propio costo. Pero hay dos factores más. En primer lugar, esas personas necesitan más frecuentemente hospitalización, o sea la modalidad más gravosa de tratamiento y un sector capital en el aumento de los costos: por ejemplo, en Inglaterra, en 1972, los ancianos (menos del 15 por ciento de la población) representaron el 37 por ciento de los casos agudos hospitalizados.<sup>4</sup> Más generalmente, se reconoce que muchos de ellos —si no la mayoría a juicio de numerosos expertos— están hospitalizados para tener quien los cuide, más bien que para recibir un tratamiento, y a menudo sencillamente porque no tienen otro lugar donde estar, lo que pone de manifiesto la necesidad de fomentar, a favor de los ancianos, otras formas de instituciones donde se les cuide con igual eficacia pero a mucho menor costo, y de financiar servicios a domicilio que permitan evitar al máximo posible la asistencia de tipo hospitalario. En segundo lugar, los países industrializados están envejeciendo. Las personas de edad no constituyen, por supuesto, un grupo homogéneo, y son las mayores de setenta y cinco años las que más necesitan servicios médicos (y de otras índoles). Si se hacen proyecciones del costo, resultan más bien deprimentes, como lo indica el cuadro del anexo B, que se basa en el caso de Europa. Lo más importante es la expansión del grupo de edad muy avanzada, que en varios países aumentará en 50 por ciento o más entre 1970 y el año 2000, o sea en treinta años. Es cierto que las modificaciones demográficas se producen con relativa lentitud, pero por lo general se piensa que sus efectos sobre los costos a lo largo de períodos prolongados se van acentuando progresivamente.

### *Gastos de hospitalización*

23. La hospitalización es una rama de primera importancia, porque en la mayor parte de los países industrializados los gastos que ocasiona

---

<sup>4</sup> Department of Health and Social Security: *Priorities for health and personal social services in England* (Londres, 1976).

representan más de la mitad del presupuesto total de asistencia médica. Y es una rama en que los costos han subido vertiginosamente. En Suiza, por ejemplo, la tarifa por día-paciente para los casos agudos en los hospitales generales se elevó en 138 por ciento entre octubre de 1970 y abril de 1976,<sup>5</sup> mientras que el índice del costo de vida sólo lo hizo en 45 por ciento. El costo por día en los hospitales generales franceses ascendió a un ritmo medio anual de 11 por ciento durante el período 1960-1973, o en 6 por ciento cuando se corrige aplicándole el índice de los precios de consumo.<sup>6</sup> Podrían citarse cifras de un orden de magnitud prácticamente igual para varios países más.

24. Además del alza de los precios del material, tanto médico como de otras clases, utilizado en los hospitales, descuellan dos causas principales:

- i) La inflación de los costos atribuible a los gastos más elevados por concepto de personal de enfermería y auxiliar, lo cual se explica en parte por unos aumentos de salarios superiores al promedio nacional, ya que esas categorías, según se admite generalmente, estaban mal pagadas desde hacía muchos años,<sup>7</sup> además, como comprenden una alta proporción de mujeres, se han beneficiado con el movimiento a favor de la igualdad de salario. Pero el alza de los costos también es atribuible a las jornadas de menos horas, a la ampliación de personal y a las calificaciones más altas y diversificadas que se le exige. La proporción de personal por cama (contando a todos los hospitales juntos) llegaba a 1.8 en 1973 en los Estados Unidos, después de un período, de 1960 a 1973, en que la tasa anual media de aumento había sido ligeramente inferior a 5 por ciento.<sup>8</sup> En muchos países, los costos de personal representan hoy por hoy los dos tercios o más de los gastos de hospitalización.
- ii) Mayores inversiones de capital y trabajo exigidas por las transformaciones tecnológicas; a este respecto cabe observar que, a diferencia de la industria, donde las inversiones de capital tienden a reducir las necesidades en mano de obra, en los hospitales las inversiones en nuevos adelantos requieren más personal, para ocuparse de las instalaciones más complicadas. El hospital de hoy es muy diferente del de hace veinticinco años, al producir servicios de una naturaleza y cantidad que nadie habría podido imaginar entonces. Se han difundido, por ejemplo, los servicios de asistencia intensiva, que al principio eran generales y ahora se dividen en una multitud de salas especializadas, en las que han proliferado las instalaciones diversificadas de vigilancia, exámenes y asistencia vital. Semejantes "unidades" pueden costar el triple o el cuádruple por día de hospitalización que una cama en una sala general. Algunos equipos muy

---

<sup>5</sup> Département fédéral de l'économie publique: *La Vie économique* (Berna), octubre de 1976 págs. 521-523.

<sup>6</sup> Georges Rösch y Simone Sandier: *A comparison of the health care system in France and the United States* (París, CREDOC, 1975).

<sup>7</sup> Se ha dicho que, en el Canadá, los trabajadores manuales de los hospitales no sólo han alcanzado a los demás, sino que ahora están entre los que señalan la pauta del nivel de salarios.

<sup>8</sup> Rösch y Sandier, *op cit.*

modernos se usan con poca frecuencia. Las opiniones empiezan a discordar en cuanto a la utilidad real de todos esos adelantos, por lo menos si se la mide por la relación costo/beneficios.<sup>9</sup>

25. Pero a pesar de que es evidente que la hospitalización representa una parte creciente de los gastos de sanidad en los países industrializados en general, sigue siendo difícil distinguir todos los factores coadyuvantes. La duración media de la estancia ha ido disminuyendo lentamente en casi todas partes; por ejemplo, para los casos no psiquiátricos, en los hospitales ingleses, el promedio de días bajó de 16 en 1966 a 13.5 en 1973.<sup>10</sup> Sin embargo, aparte un ligero descenso del número de camas por habitante en muchos países, la ocupación de las camas tiende a permanecer bastante constante, de modo que las estancias más breves quedan compensadas por un mayor número de admisiones.<sup>11</sup> Esta evolución hace subir el costo total de la hospitalización, porque cada día-paciente exige un uso mayor de recursos. Hasta cierto punto, naturalmente, la forma en que se distribuyen los exámenes y el tratamiento a lo largo de la estancia en el hospital depende mucho de la tradición del país y del lugar (pues llega a haber tantas variaciones entre zonas de un mismo país como entre países), y sigue siendo sorprendente que no se hayan hecho más investigaciones sobre la estancia óptima para un diagnóstico dado. Incluso así, los elementos no son todos de orden médico: las disposiciones financieras tomadas con el régimen de seguridad social pueden influir también: cuando el hospital recibe por el paciente una suma fija por día, cada día más de estancia ayuda a amortizar los gastos generales, lo que reduce el incentivo para dar de alta al enfermo cuanto antes.

26. Es más: el efecto de los costos de hospitalización sobre los gastos de asistencia médica de la seguridad social puede variar apreciablemente entre países, según la medida en que el Estado asuma el costo de las inversiones de capital, que pueden ser cuantiosas en lo referente a las instalaciones, los edificios y las modernizaciones. En realidad, no es en modo alguno inusitado que la seguridad social sólo sufrague los gastos de funcionamiento pagando una suma por día y por paciente que corresponda exactamente a ese monto: es lo que ocurre en la República Federal de Alemania, por ejemplo; en algunos países, como Suecia, el seguro de enfermedad virtualmente sólo paga la asistencia fuera del hospital, exceptuando una suma diaria simbólica por los pacientes internados en los hospitales del

---

<sup>9</sup> Por ejemplo, entre los objetivos de la Oficina de Sistemas de Sanidad de la ciudad de Nueva York figura la eliminación de algunos de los veintitantos servicios para operaciones a corazón abierto; se dice que algunos son innecesarios y, además, que puede ser peligroso proceder a operaciones tan complejas sin ejercitarse frecuentemente. En su obra *Value for money in health services* (Londres, Heinemann, 1976), el profesor Brian Abel-Smith observa que "con lo que cuesta en Bogotá el funcionamiento de los tres servicios existentes para operaciones a corazón abierto se podría dar a los niños de la ciudad medio litro de leche por día. Entre los problemas capitales de Bogotá se halla la malnutrición, y no las enfermedades del corazón".

<sup>10</sup> Department of Health and Social Security: *Health and personal social services statistics for England, 1974* (Londres, Her Majesty's Statistical Office, 1974), cuadro 4.9.

<sup>11</sup> La tesis de que las camas disponibles no quedan sin utilizar se atribuyó por primera vez al Dr. Milton I. Roemer, que la presentó, por ejemplo, en "Hospital costs relate to the supply of beds", en *Modern Hospital*, abril de 1959.

Estado. No cabe duda de que en toda comparación internacional de los gastos en asistencia médica efectuados por la seguridad social hay que tener muy en cuenta las modalidades del régimen, sus prestaciones y la medida en que de hecho está subvencionado por el Estado cuando éste toma a su cargo ciertos servicios.

### *Los médicos*

27. En muchos países ha aumentado apreciablemente el número de médicos en estos años. En la República Federal de Alemania creció en 54 por ciento entre 1955 y 1973 (y hasta en 83 por ciento tratándose de los médicos de hospital). En el Canadá había en 1968 un médico por cada 740 habitantes, y en 1975 uno por cada 595. En Bélgica, la relación era de 1 a 640 en 1970 y probablemente llegue a ser de 1 a 430 para 1980, con las promociones salidas de nada menos que siete facultades en un país con 10 millones de habitantes. Por lo demás, en muchos países han crecido apreciablemente las matrículas de las facultades de medicina durante el decenio pasado. Paralelamente se ha observado una corriente muy acusada desde la medicina general hacia las especialidades.

28. Aparte el problema de lo que van a hacer estos contingentes cada vez más nutridos de médicos, su abundancia seguramente tendrá efectos considerables sobre el costo. El recurso a la asistencia médica depende por supuesto en primer lugar del paciente, que pone en marcha el proceso, pero después es el médico quien toma las decisiones que determinarán el orden de magnitud de los gastos, según los medicamentos, exámenes, radiografías, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones que juzgue necesarios.

29. La remuneración de los médicos, en sí, representa una proporción relativamente pequeña del total de gastos de sanidad. Más importante, en lo que respecta al costo global, es el *sistema de pago*, que puede ser: o bien el de honorarios por servicio prestado, o bien la capitación o el sueldo. Es cierto que los honorarios por servicio prestado pueden ser un método oneroso de remuneración, y se afirma que inducen a prestar el máximo de servicios, a veces hasta sin motivo de orden médico. En cambio, el sistema de capitación o de sueldo, se dice a menudo, hace aumentar el número de hospitalizaciones y consultas a especialistas, o incluso lleva a tratar al paciente más superficialmente, lo que tal vez origine más tarde la necesidad de una terapéutica de elevado costo. Es probable, pues, que el debate gire alrededor de la cuestión de saber si el total de gastos por concepto de servicios prestados en el consultorio del médico —lo cual supone servicios decididos por el propio médico y en cuyo costo está comprendido el de un equipo importante y poco aprovechado, pero que pueden ser más eficaces para evitar la hospitalización de los pacientes— es necesariamente superior al que arrojaría el método de la capitación o el pago de un sueldo.

### *Productos farmacéuticos*

30. “Los medicamentos son la clave de la medicina moderna, la cirugía, la radioterapia y los exámenes previos al diagnóstico son importantísimos, pero la posibilidad de los terapeutas de modificar el desenlace de

la enfermedad depende ante todo de los medicamentos.”<sup>12</sup> Todas las opiniones concordarían seguramente con esta afirmación. En realidad, en algunos países, como el Reino Unido, “los servicios farmacéuticos representan el rubro más voluminoso del presupuesto de asistencia básica”.<sup>13</sup> En estas circunstancias, no es sorprendente que hayan aumentado rápidamente los gastos de la seguridad social en medicamentos, como lo muestra el cuadro II.

CUADRO II  
GASTOS EN MEDICAMENTOS, POR ASEGURADO, EN UN GRUPO DE PAISES  
(En unidades monetarias nacionales)

	1960	1965	1970
Alemania (República Federal)	21.5 (100)	35.2 (163.7)	69.0 (321.1)
Austria	123.0 (100)	167.0 (135.8)	253.0 (205.7)
Bélgica	320.0 (100)	680.9 (212.8)	977.6 (305.5)
Francia	39.0 (100)	68.1 (174.8)	154.8 (397.4)
Italia	3 951 (100)	8 867 (224.4)	13 680 (346.2)
Portugal	27.0 (100)	62.0 (229.6)	102.8 (380.7)
Reino Unido	1.7 (100)	2.6 (152.9)	3.6 (211.8)
Suecia	12.4 (100)	22.7 (183.1)	64.0 (516.1)
Suiza	16.8 (100)	24.1 (143.5)	51.9 (308.9)

FUENTE: Asociación Internacional de la Seguridad Social: *Volumen y costo del suministro de medicamentos*, Informe XIII a la XVIIIª Asamblea de la AISS, Abidján, octubre-noviembre de 1973 (Ginebra, 1974).

31. Los apreciables aumentos presentados en el cuadro no requieren comentarios. También es interesante el porcentaje del total de gastos de la seguridad social en asistencia médica que se dedica a productos farmacéu-

<sup>12</sup> Victor R. Fuchs: *Who shall live?* (Nueva York, Basic Books, Inc., 1974).

<sup>13</sup> Los gastos corrientes por asistencia básica en Inglaterra durante el ejercicio fiscal 1975-76 se calculaban en 720 millones de libras, de las cuales 310 millones (43 por ciento) eran imputables a los servicios farmacéuticos. *Priorities for healths...*, *op. cit.*

ticos. En esta esfera igualmente hay variaciones de cierta monta, como lo indican las cifras siguientes:

---

*Alemania (República Federal)*

(aparatos de prótesis inclusive) 26.0 por ciento (1973)

*Francia (régimen general)*

con participación en el costo 24.9 por ciento (1973)

sin participación en el costo 11.8 por ciento (1973)

Total 21.9 por ciento (1973)

*Italia (INAM: Instituto Nacional de Seguro de Enfermedad)*

25.9 por ciento (1971)

*Reino Unido (Servicio Nacional de Sanidad)*

9.7 por ciento (1972)

---

FUENTE: Alan Maynard: *Health care in the European Community* (Londres, Croom Helm, 1975).

El porcentaje más elevado probablemente sea el del Japón, donde el seguro de enfermedad de los trabajadores gastó más de 40 por ciento de su presupuesto total para asistencia médica en medicamentos e inyecciones durante el período 1969-1973. Hay que añadir, sin embargo, que esa proporción se debió a razones especiales expuestas en el estudio sobre el Japón reproducido en el documento RCMC/1977/D.3.

32. Las cifras del tipo citado en los párrafos anteriores, a pesar de su interés, son prácticamente imposibles de analizar según sus causas, o siquiera según el grado exacto en que han influido respectivamente los aumentos del volumen consumido o los de los precios. No se sabe, por ejemplo, si cada receta médica corresponde siempre a un solo medicamento o si varios productos indicados en la misma hoja se cuentan como una sola receta. Tampoco se sabe si las estadísticas pueden tener en cuenta la diferencia entre las cantidades prescritas, ni si los medicamentos entregados por los hospitales se cargan invariablemente a los gastos de hospital, o bien qué efecto tiene el empeoramiento del estado sanitario —o su modificación—, y así sucesivamente.

33. Incluso en esas condiciones se pueden hacer algunas observaciones. Conforme al estudio de la AISS para 1960-1970 mencionado en el párrafo 26 (efectuado, por lo demás, con perfecta conciencia de las dificultades aludidas), una vez que se elimina en lo posible el efecto de una creciente morbilidad, se observa “un aumento de la frecuencia de las recetas por persona de alrededor de 2.5 a 5 por ciento al año para los países industrializados de Europa central”. Un análisis <sup>14</sup> del número y del costo de las recetas en Gran

---

<sup>14</sup> *Health and personal social services statistics...*, *op. cit.*

Bretaña muestra que el promedio de recetas por persona era de 4.96 en 1959 y de 5.89 en 1973 (aunque en el movimiento de un año a otro había disminuciones, y no sólo aumentos). El costo total medio por receta fue de 0.345 libra en 1959 y de 0.891 en 1973.

34. Por los datos de que se dispone se ve, en realidad, que si en muchos países los medicamentos son el rubro que, después de la hospitalización, más ha contribuido al encarecimiento de la asistencia médica, ello se debe al aumento de su precio más que al del volumen consumido. Es lógico que el alza de los precios corresponda a un mejoramiento de la calidad, y es evidente que en los medicamentos se deben incorporar los adelantos terapéuticos, pero ello no quitá que la industria farmacéutica tenga aspectos económicos muy complejos. Está de por sí orientada hacia la investigación; a tal punto que, en la generalidad de los países desarrollados, más de 90 por ciento del volumen total de medicamentos recetados está constituido hoy por productos descubiertos hace menos de veinte años.<sup>15</sup> Gasta mucho en documentación publicitaria, que es una forma indudablemente importante de informar a los médicos sobre la existencia de nuevas fórmulas, pero que da lugar a muchas críticas, porque se juzga excesiva la consiguiente promoción de las ventas, destinada casi enteramente a los médicos. Se sostiene con frecuencia que, incluso si se reconocen el costo elevado y los grandes riesgos de la investigación, las ganancias de algunas empresas pasan de límites razonables y que, dado el carácter multinacional de las principales firmas farmacéuticas, a los respectivos países les es quizás difícil influir por su lado sobre los precios y las utilidades.

35. Pero los regímenes de seguridad social no carecen en modo alguno de medios para intervenir. Muchos, apoyándose por ejemplo en comisiones consultivas, establecen listas de los medicamentos que aceptan costear. Según el estudio ya mencionado de la AISS, sólo una quinta parte, más o menos, de los 36 000 productos de marca vendidos en Suiza figuran en la "lista de la seguridad social"; en el otro extremo está la República Federal de Alemania, que no impone tales limitaciones, salvo para excluir los preparados higiénicos y cosméticos, los tónicos y productos semejantes. Los regímenes de seguridad social tratan por lo común de imponer algún control de precios, que puede oscilar entre la reglamentación voluntaria (pero en modo alguno inoperante) del Reino Unido y el control de los márgenes de ganancias de los minoristas en la República Federal de Alemania hasta el control oficial de los precios, como en Dinamarca, Hungría, Noruega y Polonia. Además, casi siempre hay procedimientos de vigilancia, de tipos diversos, para descubrir los casos de abuso en las recetas. Pese a todo, sigue habiendo enormes variaciones nacionales e internacionales: los médicos conservan grandes facultades discrecionales para elegir no sólo los medicamentos, sino la terapéutica en general. Este problema es más amplio, y exige el estudio del rendimiento de los gastos, que se expone más a fondo en la parte III.

36. Las causas descritas en los párrafos precedentes fueron analizadas en términos análogos por expertos procedentes de diversos países, con bases

---

<sup>15</sup> L.H. Wortzel: *Technology transfer in the pharmaceutical industry*, UNITAR. Research Report, Núm. 14, 1971.

legales muy diferentes, tanto con respecto al acceso a la asistencia (gratuita o con participación en los gastos por parte del enfermo) o a la forma de suministrar la asistencia (médicos asalariados o médicos con independencia profesional, hospitalización pública o privada, suministro de productos farmacéuticos, etc.). Las mismas se sintetizaron como sigue:

- a) Los representantes del Grupo de los Trabajadores señalaron que, en numerosos países, ciertas categorías socio-profesionales disponen de menos posibilidades de atención médica que otras y tienen, de hecho, menos oportunidades de libre acceso a tales servicios. Además, se observan diferencias considerables de una región a otra en ciertos países. La disminución de diferencias de este tipo puede resultar costosa, pero debe constituir un objetivo esencial de la sociedad.
- b) Es un hecho generalmente reconocido hoy en día que los riesgos para la salud originados por las condiciones de trabajo y de vida en las sociedades modernas suscitan una mayor demanda de asistencia médica, la cual se convierte así en un medio para compensar los efectos dañinos de esos factores sociales.
- c) Las condiciones que rigen el suministro de la asistencia médica dieron lugar a diversas observaciones. Los expertos insistieron particularmente en el papel y la responsabilidad de los médicos: esto es de importancia vital, por el hecho de que los médicos son los que toman las decisiones fundamentales que determinan los gastos a ser sufragados por la seguridad social. Se observó que el estatuto económico de los médicos es más elevado en diversos países que el de miembros de otras profesiones liberales, o que el de los asalariados mejor remunerados. Se presenta esta situación especialmente cuando los médicos están remunerados según el sistema de honorarios por servicio; éste es un sistema que al parecer ejerce una influencia apreciable sobre el incremento del volumen y el precio de los servicios. Los expertos subrayaron la necesidad de efectuar controles administrativos, incluso sobre la base de perfiles médicos, que pueden llevarse a cabo al nivel de la "producción" de la asistencia. Insistieron en la importancia de despertar más la conciencia de los médicos con respecto a los factores económicos y, en particular, con respecto al costo de los medicamentos recetados.
- d) Los expertos señalaron que, en diversos países, se prevé la continuación del aumento del número de médicos. Es obvio que el número de médicos disponibles ejercerá una influencia substancial en los gastos de asistencia médica.
- e) En lo que se refiere a la hospitalización, algunos expertos subrayaron el efecto inflacionista de los nuevos proyectos de construcciones y la tecnología avanzada que estos proyectos incorporaban habitualmente, junto con la instalación, a veces fortuita, de equipos "sofisticados" y costosos. Realizaciones de esta naturaleza no solamente exigen una inversión substancial de capital, sino que conducen inevitablemente a un aumento de los gastos de funcionamiento. La importancia de tomar en consideración la relación costo-efectividad antes de incurrir en gastos de esa naturaleza es bien evidente.

- f) Se puso de manifiesto la preocupación general con respecto a la calidad de la gestión en el campo de la asistencia médica. Los expertos subrayaron especialmente que no se había conferido suficiente atención en numerosos países a la gestión financiera. En efecto, una gestión inadecuada o ineficaz da lugar a despilfarro y, por consiguiente, al aumento de los gastos de la seguridad social. Se señaló que la tarifa por día de hospitalización podría incluir partidas, como ocurre en Francia, que sería más adecuado cargarlas al Estado.
- g) Un número considerable de expertos opinó que el desarrollo progresivo de las legislaciones de seguridad social, con miras a garantizar atención sanitaria a nuevos sectores de la población, permitió satisfacer una demanda de servicios latente, y había sido, por ende, una de las causas principales del incremento de los gastos, debido al consiguiente aumento del volumen de la asistencia prestada. Sin embargo, no debe suponerse que lo contrario se produciría si la protección fuese reducida. El representante del Consejo de Europa hizo notar que la extensión de la cobertura a grupos tales como los trabajadores independientes ha elevado el alcance de la protección a cerca del 100 por ciento en un número considerable de países. Esta causa de aumento del costo tendrá, por consiguiente, menor repercusión en el futuro.

### III. Resumen de experiencias nacionales

#### *Bélgica*

37. El seguro de enfermedad obligatorio para los trabajadores, que funciona a través de asociaciones de socorros mutuos, prevé una extensa gama de prestaciones médicas, a reserva del pago por los pacientes del 25 por ciento aproximadamente del costo de los servicios más importantes. Gracias a la extensión progresiva de la protección médica —la medida más importante en este sentido ha sido la introducción en 1963 de un régimen de seguros contra los gastos médicos de cierta cuantía en favor de los trabajadores por cuenta propia —en la actualidad, al hallarse incluidos los miembros de la familia, está amparado prácticamente el 100 por ciento de la población.

38. De 1960 a 1972, el costo total de la asistencia médica sufragada por la seguridad social (seguro de enfermedad; todo tipo de personas aseguradas) pasó de 6 345 millones de francos a 49 705 millones,<sup>16</sup> lo que representa un incremento de 684 por ciento en doce años o de 18.8 por ciento anual (cabe señalar que la cifra para 1972 era igual a la proyectada en el presupuesto para ese año). Este aumento no es extraordinario si se compara con el de las demás ramas de la seguridad social; así, en el período 1965-1970, la parte de la asistencia médica en el costo global de la seguridad social, algo superior al 20 por ciento, permaneció prácticamente cons-

---

<sup>16</sup> Spitaels: *Réflexion sur la politique de sécurité sociale*, Bruselas, Editions de l'Université de Bruxelles, Institut de Sociologie Solvay, Etudes d'Economie Social, 1973, p. 237.

tante. Su tasa de aumento (68.3 por ciento) era superior a la de las prestaciones (94.2 por ciento).<sup>17</sup> La elevación del costo de la asistencia médica tampoco es extraordinaria, si se compara con la de los países circundantes. De 1958 a 1968, los gastos por persona asegurada aumentaron en Bélgica en 151.6 por ciento; en Francia ese incremento fue de 162 por ciento, en los Países Bajos de 162.7 por ciento, en la República Federal de Alemania de 123.6 por ciento, y sólo en Gran Bretaña fue bastante inferior, a saber, de 77.2 por ciento.<sup>18</sup>

39. En cuanto a los distintos tipos de asistencia durante el período 1966-1971, el aumento fue de 64 por ciento en las consultas médicas, 75 por ciento en los productos farmacéuticos, 77 por ciento en la asistencia hospitalaria y 113 por ciento en los servicios de especialistas (excluidas las consultas, pero con inclusión de los servicios de rayos X y análisis de laboratorio). Estas cifras se refieren al costo por asegurado, con respecto a la totalidad de los afiliados al seguro de enfermedad en Bélgica. Durante el mismo período, la asistencia hospitalaria y los productos farmacéuticos sólo aumentaron, en relación con el costo global, de 15.71 a 15.78 por ciento y de 23.86 a 24.77 por ciento, respectivamente. La proporción correspondiente a los honorarios médicos por concepto de consulta bajó de 27.71 a 26.20 por ciento, pero la de los servicios de especialistas (incluidos los rayos X y los análisis de laboratorio) pasó de 13.56 a 16.29 por ciento. Por otra parte, el modesto 5.45 por ciento correspondiente al costo de los servicios paramédicos auxiliares descendió al 4.63 por ciento.<sup>19</sup>

40. En el país se han realizado importantes estudios<sup>20</sup> que permitieron, entre otros fines, tratar de establecer los factores que influyen en el costo y volumen de la asistencia médica prestada.

41. La labor más importante en materia de pronósticos ha sido la realizada en el Centro de Estudios Económicos de la Universidad Católica de Lovaina.<sup>21</sup>

42. Se calcula que, a reserva de que no se introduzcan cambios en la legislación, los gastos de asistencia médica en 1980 oscilarán entre 111 400

---

<sup>17</sup> J. van Langendonck y R. van den Heuven; "Rapport Belge", en *L'évolution et le financement du coût des soins médicaux*, Lovaina, Instituto Europeo de Seguridad Social, 1971.

<sup>18</sup> A. Sacrez: "De evolutie van de uitgaven van ziekte en invaliditeit-versedering in België", en *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1970, 7, pp. 838-852.

<sup>19</sup> M. Smout: "De evolutie van de uitgaven van de ziekteverzekering in België", en *Leiding*, 1973, 3, 107.

<sup>20</sup> — A. Prims y P. Quaethoven: "Kosten van medische en paramedische verzorging" (Costo de la asistencia médica y paramédica), en *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1974, 8, pp. 721-836.

— *Reflexion sur la politique de sécurité sociales*, op. cit.

— "De evolutie van de uitgaven van de ziekteverzekering in België", op. cit.

— Delière-Rott. *Le médecin face au Marché Commun*, Librairie Maloine, S.A., París, 1967, pp. 418.

<sup>21</sup> R. Boelaert, *Ontvangsten en uitgaven van de Belgische Sociale Zekerheid (Sector loon-en werktrekkenden) gedurende de periode 1976-1980*, Lovaina, Centrum voor Economische Studiën, 1974.

y 157 000 millones de francos, lo que representa un aumento anual de 9.8 a 14.6 por ciento.

43. Se prevé un *déficit* en la rama de la seguridad social correspondiente a la asistencia médica no inferior a 24 000 ni superior a 38 000 millones de francos, o sea, de 21 a 24 por ciento de los gastos totales. Se calcula que para eliminar ese déficit habría que reducir en 10 por ciento las prestaciones médicas, limitar considerablemente el reembolso del costo de los medicamentos y aumentar las cotizaciones a la seguridad social en 1 por ciento por lo menos de los salarios. Es de esperar, sin embargo, que se opte por cambios más radicales en el sistema de prestaciones y en la organización de la asistencia.

44. Tomando como base los datos estadísticos disponibles, los diversos estudios analíticos coinciden en sus principales conclusiones, que son las siguientes:

- el aumento de los gastos correspondientes a la asistencia médica no es extraordinario si se compara con el de otras ramas de la seguridad social belga, con otros sectores de la economía y con los países circundantes;
- existe una diferencia específica entre los médicos generalistas, los hospitales y los medicamentos fabricados con patentes, por un lado, y los servicios de especialistas, la cirugía, la kinesiterapia y los medicamentos preparados en la farmacia, por otro; en el primer caso, el mayor costo es sobre todo imputable al aumento en el precio del servicio, mientras que en el segundo se debe a una utilización mayor de los servicios;
- resulta evidente que en algunos sectores el aumento es consecuencia de un factor diferente, a saber, la introducción de métodos y productos más caros (cirugía, maternidad, medicamentos);
- las causas principales del incremento de los gastos provienen del progreso técnico de la medicina y del envejecimiento de la población, con el consiguiente aumento de la morbilidad;
- otros factores que, aunque en menor medida, contribuyen también a aumentar los gastos son la urbanización de la población, la evolución cultural (especialmente la educación y una información mejor) y el desarrollo de los servicios de asistencia médica disponibles (especialmente médicos y hospitales);
- ciertos factores, como los ingresos, la protección por el seguro de enfermedad, la participación en los gastos y el sexo, parecen ejercer poca o ninguna influencia en el aumento de los costos.

45. Según las conclusiones de un cuidadoso estudio realizado sobre esta materia, el régimen de seguro de enfermedad tiene tendencia al déficit, que en 1980 representará entre el 21 y el 24 por ciento de su presupuesto total.

46. El seguro nacional de salud de ese país comprende dos sistemas universales públicos diferentes —uno para la asistencia hospitalaria y otro, para la asistencia por facultativos. El primero se había implantado ya en la totalidad de las diez provincias desde el año 1961; el seguro de asistencia por facultativos se introdujo diez años después, o sea, que se aplica en todas las provincias solamente desde el año 1971.

47. Los recursos financieros de ambos regímenes provienen de las provincias con subvenciones federales, que dependen de la conformidad de los regímenes provinciales con ciertas normas nacionales de servicios establecidas por la legislación federal. Con la excepción de pocas provincias donde los recursos del seguro provienen de cotizaciones, que cubren sólo parte de la contribución provincial en los costos, los regímenes son financiados mediante impuestos, sistema que se considera es el que ofrece incentivos más eficaces para contener los costos, con motivo de la competencia originada por la concurrencia de peticiones de crédito del presupuesto nacional.

48. Sin duda, podría defenderse el argumento de que hubiese sido preferible que los dos sistemas comenzasen a funcionar al mismo tiempo, si esto hubiese sido posible. En efecto, el hecho de que los pacientes tienen interés financiero en escoger tipos de asistencia cubiertos por el seguro, originó gran demanda de camas de hospitales; esto promovió la multiplicación del número de camas puestas a disposición de los asegurados provocando así el incremento de los costos de los sistemas de protección en forma desproporcionada. La experiencia del Canadá con el seguro de salud demostró que los cambios en la utilización general de los servicios de salud guardan proporción, más o menos, con los cambios en el volumen de servicios de salud disponibles —la oferta tendiendo a incitar la propia demanda—. Durante el período 1961-1974, el número de camas de hospital y el de días de hospitalización aumentó en alrededor de 25 pacientes; la población total aumentó en igual proporción. Lo que experimentó un impulso dramático como resultado del seguro hospitalario fue la demanda de todo tipo de servicios especializados dentro de los hospitales. Este aumento de la demanda originó un incremento considerable del volumen de cuidados intensivos por día de hospitalización, aumentando la proporción personal-enfermo y la variedad de los servicios hospitalarios disponibles. Esto, unido al aumento muy substancial de los salarios del personal hospitalario ha sido la causa principal del incremento de los costos: los gastos del seguro de asistencia hospitalaria, expresados en porcentaje del PNB, se duplicaron de 1961 a 1975.

49. Debido a estas circunstancias, las provincias han comenzado a tomar medidas para reducir el número de camas de hospitales, estimulando al mismo tiempo la adopción de soluciones menos onerosas en reemplazo de la hospitalización —tales como los servicios ambulatorios y atención a domicilio— y para eliminar el doble empleo, racionalizar de una manera general los servicios, y promover la planificación regional y local. El control del presupuesto de los hospitales ha sido acentuado durante los últimos años, mediante el establecimiento de límites estrictos con respecto a todo incre-

mento de gastos destinados a servicios ya existentes o por crear. Pero el aumento de los salarios continúa siendo un problema importante en los esfuerzos encaminados hacia la contención de los costos.

50. En contraste con el sector hospitalario, la proporción del PNB destinada al seguro de asistencia por facultativos sufrió una ligera reducción de 1971 a 1975. Los médicos son remunerados según el sistema de honorarios por servicio y se están acostumbrando a la idea de tarifas de honorarios fijos, al control por otros médicos, y a procedimientos administrativos para fines de comparación. Sin embargo, debido a la expansión de las posibilidades de formación médica y a la intensa inmigración de médicos, el Canadá tuvo que hacer frente al peligro de encontrarse con un exceso de profesionales médicos: la proporción entre los médicos y la población (con exclusión de los médicos internos y residentes) aumentó de 1 por 909 personas en 1968 a 1 por 690 en 1976. Actualmente se aplican restricciones para la inmigración y se han iniciado discusiones con las provincias sobre el nivel adecuado de matrículas en las escuelas de medicina y de formación especializada.

51. En 1977 se aplicaría un nuevo sistema de subvenciones federales a las provincias. Este sistema consistiría en relacionar las subvenciones al aumento del PNB, lo cual consistía en asignar igual cantidad de dólares federales que los gastados por las provincias.

### *España*

52. Las prestaciones de asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común y profesional y de accidentes, sean o no de trabajo, así como servicios sociales se facilitan a la población protegida a través del Régimen General de la Seguridad Social —que comprende el sector de la industria, comercio y servicios— y de los distintos regímenes especiales.

53. Las prestaciones sanitarias comprenden la médica, la farmacéutica y el otorgamiento de prótesis quirúrgicas y ortopédicas.

54. La asistencia médica adopta las formas de asistencia a domicilio, en régimen ambulatorio, en régimen de internamiento y con carácter de urgencia. La asistencia en régimen ambulatorio es la que se presta en las policlínicas, propias de la seguridad social o concertadas por ella, y en los consultorios propios y de los facultativos habilitados para ello. La asistencia en régimen de internamiento se presta en las instituciones sanitarias de la seguridad social, así como en las clínicas, sanatorios y establecimientos de análoga naturaleza, públicos o privados, con los que se haya establecido el oportuno concierto.

55. La dispensación de medicamentos es gratuita en los tratamientos que se lleven a cabo en las instituciones propias o concertadas de la seguridad social, en los que tengan su origen en accidente de trabajo o enfermedad profesional, y en la asistencia sanitaria que se presta a los pensionistas. En los demás casos, los beneficiarios participan en el precio del medicamento.

56. Desde la entrada en vigor de la nueva ley de seguridad social, las cifras totales de la asistencia sanitaria son: <sup>1</sup>

Años	Millones de pesetas corrientes	Indice
1967	24 088.3	100
1968	29 444.6	122
1969	34 261.0	142
1970	42 591.7	177
1971	55 056.3	229
1972	74 144.2	308
1973	100 814.2	418
1974	133 206.5	553

57. La importancia relativa de cada concepto cifrada en porcentaje del gasto total del año, durante los mencionados años, es el siguiente, tomado de la misma fuente:

<sup>1</sup> Fuente: Datos facilitados por el Servicio de Intervención y Contabilidad y por el Ministerio de Trabajo.

Años	Farmacia		Honorarios		Instituciones sanitarias		Otras prestaciones	
	Importe	%	Importe	%	Importe	%	Importe	%
1967	9 733.9	40.41	6 877.2	28.55	7 166.1	29.75	311.1	1.29
1968	12 795.0	43.45	7 643.4	25.96	8 689.4	29.51	316.8	1.08
1969	16 622.0	48.52	7 329.8	21.39	9 749.7	28.46	559.5	1.63
1970	20 859.6	48.98	8 685.0	20.39	12 242.4	28.74	804.7	1.89
1971	27 565.4	50.07	9 635.7	17.50	16 756.2	30.43	1 099.0	2.00
1972	35 073.1	47.30	11 223.2	15.14	26 374.9	35.57	1 473.0	1.99
1973	48 163.9	47.77	14 043.4	13.93	36 390.9	36.10	2 216.0	2.20
1974	51 693.5	38.80	21 243.7	15.95	56 128.5	42.14	4 140.8	3.11

58. Los tres conceptos principales de costos generales (farmacia, honorarios del personal sanitario e instituciones sanitarias), deben ser interpretados en el sentido de que el costo por honorarios de personal sanitario se refiere a los que no perciben sus emolumentos con cargo a los centros y lo mismo sucede con la farmacia, que contiene la que se suministra por receta y se excluye la que se otorga en los centros médicos, la cual forma parte también de los planes económicos de dichos centros. Los costos de instituciones sanitarias reflejan no sólo los que ocasiona la atención en los centros propios, sino en todos los centros concertados por la seguridad social en los sectores públicos y privados.

59. De los centros utilizados por la seguridad social, más de la mitad corresponde a los centros médicos propios. Ello permite efectuar sobre éstos un análisis de costos que tengan una alta significación.

Los costos de sostenimiento en los últimos años son los siguientes:

Años	Instituciones cerradas	Instituciones abiertas	Total	
			Miles de pesetas	Indice
1967	3 082 662	1 137 113	4 219 775	100
1968	3 638 530	1 284 893	4 923 423	117
1969	5 419 687	1 610 517	7 030 204	167
1970	6 856 653	1 842 982	8 699 635	206
1971	9 703 589	2 272 835	11 976 424	284
1972	13 732 019	2 780 687	16 512 706	391
1973	18 677 470	3 609 534	22 287 004	528
1974	29 309 024	5 320 400	34 629 424	821

FUENTE: Memoria del Servicio de Instituciones Sanitarias del INP.

60. Se ha producido un incremento del 721 por ciento del costo total en ocho años. Las causas hay que buscarlas en aumentos de precios en todos los capítulos del gasto y en la construcción y puesta en marcha de nuevos centros y ampliación de los existentes.

61. Este hecho tiene que seguirse produciendo para garantizar la atención sanitaria que el volumen de beneficiarios requiere y, en efecto, los años 1969 a 1974 han contemplado el desarrollo de un plan extraordinario de ampliación de centros existentes y creación de nuevos centros, con especial significación de ultimar los centros y servicios que eran precisos para acometer en toda su amplitud la función de rehabilitación física que la nueva ley de seguridad social se ha fijado como uno de sus objetivos esenciales.

## *Finlandia*

62. Convendría considerar la situación en Finlandia, en términos de los recursos y los gastos de los servicios públicos de salud, debido a que el seguro de enfermedad implantado en 1964 se limita al otorgamiento de prestaciones monetarias y al reembolso de los gastos de asistencia ambulatoria. El régimen finlandés de servicios sanitarios, que protege a todos los residentes, funciona bajo el control general del Ministerio de Asuntos Sociales y de la Salud y su Consejo Nacional de la Salud: casi todos los hospitales son propiedad de las comunas y sus gastos son reembolsados parcialmente por los fondos centrales en una proporción variable, de acuerdo con la situación económica de la comuna.

63. En Finlandia, al igual que en diversos otros países, los gastos en servicios sanitarios experimentaron un continuo aumento, expresado en porcentaje del PNB de 1.7 por ciento en 1950 a 4.8 por ciento en 1975. La aceleración de los costos de hospitalización fue una de las causas principales. Como resultado de la política sanitaria orientada hacia la hospitalización que prevalecía en los años 1950 y 1960, los servicios hospitalarios alcanzaron virtualmente el punto de saturación, mientras que, a la vez, existía una situación de demanda no satisfecha de asistencia ambulatoria.

64. La Ley de Salud Pública de 1975 dio lugar a una reorganización sumamente importante de los servicios públicos de asistencia ambulatoria y a una transferencia de los recursos del sector hospitalario hacia este sector. Los servicios ambulatorios fueron, pues, desarrollados, mientras que los servicios hospitalarios que sufrían de penuria de personal de enfermería, fueron mantenidos a un nivel constante. La ley instituyó un sistema centralizado de planificación y de evaluación, de modo que los dos sectores de atención sanitaria pueden ser considerados como un solo sistema nacional de asistencia sanitaria. Uno de los objetivos principales es el de lograr mayor equidad entre los diferentes grupos de la población en la utilización de los servicios sanitarios, y especialmente entre la población rural y urbana.

65. Existen cuatro fuentes de financiamiento: el presupuesto nacional, los presupuestos comunales, el régimen de seguro de enfermedad y los usuarios (cuya participación en los gastos, que es actualmente de 20 por ciento, disminuye continuamente). Los médicos de los hospitales son remunerados mediante salarios; los médicos generales son remunerados según el sistema de honorarios por servicios. Los gastos hospitalarios son objeto de un control riguroso mediante un presupuesto anual detallado para cada hospital, el cual, no obstante, comprende un margen suficiente para evitar situaciones críticas.

66. Se podría llegar razonablemente a la conclusión de que la administración de la salud pública en Finlandia ha logrado poner bajo control el costo creciente de los gastos de la asistencia médica —mediante una planificación y un presupuesto centralizado principalmente— y alcanzar una distribución más adecuada de los servicios. No obstante, un control constante de la utilización de los servicios y de su influencia sobre la salud pública continúa siendo esencial.

## *Francia*

67. La magnitud de los gastos de asistencia médica a cargo de la seguridad social debería ser considerada en función de la proporción del producto doméstico bruto asignado a la seguridad social, lo cual sitúa a Francia en un término medio en relación con los demás países miembros de la Comunidad Económica Europea. El seguro de enfermedad protege alrededor del 98 por ciento de la población. Las tres cuartas partes de los gastos sanitarios están a cargo de la seguridad social. Esta institución aplica el sistema de libre elección de médico por el enfermo y libre elección del establecimiento hospitalario, público o privado; el médico tiene libertad para recetar conforme a su criterio. El incremento de los gastos de asistencia médica a cargo de la seguridad social es elevado: los tratamientos hospitalarios, especialmente, que representan el 54 por ciento de estos gastos, acusan una tasa anual de aumento de cerca de 20 por ciento en promedio, y han alcanzado incluso el 35 por ciento en 1976 (se esperaba para 1977 una ligera estabilización de la tasa de aumento, aún no bien determinada). (Mayo de 1977.)

68. Las causas generales de este fenómeno son bien conocidas: tecnológicas (terapéuticas cada vez más costosas, multiplicación a veces abusiva de equipos costosos); estructurales (división de las responsabilidades entre los que otorgan asistencia médica y, por tanto, deciden normalmente la oportunidad de efectuar gastos y el sistema de seguridad social, que se limita con frecuencia a una función de pagador de cuentas); psicológicas (reconocimiento de la importancia que tiene la salud). La gravedad de la situación fue encubierta durante cierto tiempo por la inflación que provocaba un excedente de ingresos antes de que sus efectos sobre los gastos se hiciesen sentir. Pero fue puesta en evidencia debido a la recesión, ya que los recursos de la seguridad social provenientes de cotizaciones, basadas en los ingresos profesionales, son muy sensibles a cambios en la coyuntura económica.

69. La tasa de cotización de la seguridad social no es demasiado elevada en Francia. Las cotizaciones destinadas al seguro de enfermedad fueron elevadas ligeramente en el otoño del año 1976. Pero al recurrir en mayor grado a esta solución corre el peligro de tropezar con cierta resistencia. Además, conforme al sistema de contabilidad unificado se han efectuado ya transferencias al sector de la asistencia médica —dentro de los límites de la cotización global para la seguridad social en detrimento de las asignaciones familiares y pensiones de vejez. Aparentemente, las posibilidades que ofrecen transferencias de esta naturaleza así como las subvenciones gubernamentales para mantener el equilibrio del presupuesto se encuentran actualmente agotadas.

70. Parece difícil, igualmente, disminuir las prestaciones puesto que la seguridad social es considerada como una conquista obrera y toda reducción de las prestaciones sería juzgada como una regresión. Procede, por consiguiente, limitarse a tratar de racionalizar los gastos.

71. El margen de reducción de los gastos hospitalarios es reducido, ya que las dos terceras partes correspondían a gastos de personal. Los presu-

puestos de los hospitales son actualmente sólo indicativos y pueden ser completados por reajustes presupuestarios. Sería preferible supervisar la aplicación de los presupuestos de mes en mes y aumentar los poderes de la seguridad social en la fijación y el control de los mismos. Deberían aplicarse las siguientes medidas de racionalización de los servicios hospitalarios: evitar la duplicación de servicios de diagnóstico cuando se transfieren los pacientes de un servicio a otro; elevar la tasa de ocupación de las camas de hospitales, ya que el costo de una cama vacía es de 80 a 85 por ciento del de una cama ocupada; reforzar el control médico de la seguridad social sobre los tratamientos hospitalarios; reformar las tarifas del costo por día de hospitalización.

72. En lo que se refiere al tratamiento a pacientes no hospitalizados, la duplicación del número de médicos prevista de aquí al año 1985 resolverá ciertos problemas en las zonas afectadas actualmente por la escasez de médicos, pero creará en cambio otras dificultades debido a la multiplicación de servicios médicos que corre el peligro de engendrar; esto preocupa tanto a la seguridad social como a la profesión médica. La medicina liberal está actualmente desplegando sus últimos intentos de sobrevivencia en Francia: si no se encuentra remedio a los problemas financieros actuales, será necesario buscar otras soluciones que podrían implicar un cambio de tipo de sociedad.

73. Hasta ahora se ha hecho referencia únicamente a medidas para influenciar la oferta. En cuanto a medidas para influenciar la demanda, las perspectivas de lograr economías son limitadas, ya que el derecho a la salud es considerado inviolable. No obstante, debería ser posible despertar la conciencia de los asegurados sobre los costos, informándoles adecuadamente sobre el monto total de las cotizaciones de la seguridad social y el monto de los gastos pagados a los hospitales conforme al sistema directo de organización. Convendría hacer esfuerzos más amplios para educar tanto a los médicos —cuya formación universitaria dedica actualmente sólo una atención muy limitada a la economía de la salud— como al público en general.

### *Japón*<sup>22</sup>

74. Durante el período comprendido entre 1955 y 1973<sup>23</sup> el costo *total* estimado de la asistencia médica en el Japón ascendió de 238 800 millones a 3 949 600 millones de yens, es decir, 16.5 veces más. Este factor se convierte en 3.5 si se compara el costo en 1965, 1 122 400 millones de yens, y en 1973. El aumento experimenta una subida muy acusada en 1972 (y tam-

---

<sup>22</sup> El material y los datos empleados en este documento se obtuvieron principalmente entre agosto de 1975 y finales de 1976 por diversos conductos, pero gracias, en particular, al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, al Instituto de Investigación del Desarrollo Social y a la Federación Nacional de Sociedades del Seguro de Enfermedad, que facilitaron con verdadera prodigalidad materiales de referencia, datos estadísticos y resultados de sus propios estudios y trabajos de investigación.

<sup>23</sup> A menos que se especifique otra cosa, en todo el presente informe se entenderá por año el período de 12 meses que finaliza el 31 de marzo del año civil siguiente al indicado (año fiscal en el Japón).

bién a partir de entonces), ya que asciende en un 25 por ciento con respecto al del año anterior; es la tasa de incremento anual más elevada de todo el período.

75. La comparación entre los índices del costo de la asistencia médica y del producto nacional bruto al principio y al final del período 1955-1973 muestra que el primero se ha multiplicado aproximadamente por 16 y el segundo aproximadamente por 14. En cambio, durante el período de ocho años 1965-1973 los incrementos de ambos índices fueron casi idénticos; sólo en el curso de los dos últimos años experimentaron los costos de la asistencia médica unas tasas de aumento ligeramente superiores. La relación entre costo de la asistencia médica y producto nacional bruto no sufrió ciertamente ninguna variación sensible a lo largo del período 1965-1973, ya que se mantuvo siempre entre el 3.3 y el 3.6 por ciento. Estos porcentajes son mucho más bajos para los años anteriores, por ejemplo 2.69 en 1955 y 2.53 en 1960. Por el contrario, se afirmó que dicha relación sería superior al 4 por ciento en 1974 como consecuencia del cambio de orientación de la política nacional de desarrollo —o sea, de un ritmo de crecimiento rápidamente acelerado a uno lento y estabilizado<sup>24</sup>— y del más elevado incremento anual en el costo de la asistencia médica.

76. Los regímenes de seguro social han contribuido en proporción siempre creciente al costo total de la asistencia médica. En efecto, durante el período 1965-1973 la proporción de los gastos sufragados por los fondos públicos se mantuvo aproximadamente en un 10 por ciento del total y la proporción sufragada por los fondos privados descendió del 38.7 al 15.8 por ciento, mientras que, por el contrario, la proporción a cargo de los regímenes de seguro social ascendía del 49.6 al 70.3 por ciento del total. La seguridad social cubría, pues, en forma de seguros sociales y de dispendio de fondos públicos, el 84 por ciento del costo de la asistencia médica, reflejando con ello la ampliación de su esfera de protección y el más alto nivel de la asistencia prestada, así como la consiguiente transferencia de costos desde el sector privado.

77. Esta transferencia ha sido observada en muchos países a medida que mejoran sus respectivos regímenes de seguridad social. El Japón se distingue, sin embargo, porque, por lo menos hasta 1974, el costo de la asistencia médica se mantuvo dentro de límites aceptables con respecto a la tasa de crecimiento de la economía nacional, que aumentaba con la misma rapidez. Es evidente, en cambio, que con el actual crecimiento económico nacional, mucho más lento, y el aumento continuo del costo de la asistencia médica al ritmo presente o incluso más acelerado, este estado de equilibrio no subsistirá. Hay que tener en cuenta este contexto para comprender la considerable importancia que se concede actualmente en el Japón al costo de la asistencia médica.

78. El sistema nacional de seguridad social que dispensa asistencia médica en el Japón se compone de varios regímenes diferentes. Como ya

---

<sup>24</sup> Este cambio ha sido firmemente propugnado, y de hecho puesto en práctica, a raíz de los cambios estructurales efectuados en el comercio internacional, de la crisis de la energía y de la necesidad de intensificar los esfuerzos contra la inflación.

se explicó, existen dos grupos principales de regímenes. El primero incluye los regímenes no contributivos de asistencia médica, financiados directamente con el ingreso general del gobierno central o de los gobiernos locales, o de ambos. Entre ellos figuran la asistencia pública, el tratamiento anti-tuberculoso, la protección de subnormales, los servicios sociales para personas ancianas, etc. En el segundo figuran diversos regímenes de seguro social que dispensan asistencia médica. Existe el régimen de seguro de enfermedad de los trabajadores, que cubre a los obreros y empleados en establecimientos privados con un mínimo de cinco trabajadores. Este régimen está a su vez dividido en dos ramas distintas: una para los asalariados de empresas de cierta envergadura que tienen autorización para organizar dentro de las mismas sociedades de seguro de enfermedad,<sup>25</sup> y otra para los asalariados cubiertos por el régimen administrado por el Estado, o sea, los de empresas más pequeñas. Existen además regímenes especiales instituidos por ley para los marinos, los jornaleros, asalariados del gobierno central y de los gobiernos locales, de empresas públicas y profesores y otros asalariados de escuelas privadas. Existe finalmente un régimen de seguro nacional de enfermedad al cual deben acogerse obligatoriamente todas las personas que no están cubiertas por ninguno de los regímenes anteriormente indicados. En el Japón, por consiguiente, todo ciudadano debe estar cubierto por un régimen de seguro social que dispense asistencia médica.<sup>26</sup>

79. Debido al rápido crecimiento económico del país, el costo total de la asistencia médica permaneció a un nivel más o menos constante (aproximadamente el 3.4 por ciento) con respecto al producto nacional bruto hasta la primera mitad de la década de 1970. Y se mantuvo a un nivel ligeramente superior al 4 por ciento de la renta nacional durante el período 1965-1973. Sin embargo, habida cuenta de la reciente crisis económica mundial no cabía esperar que el crecimiento económico actual del país pudiera mantenerse al mismo ritmo que antes, mientras por otra parte no hay indicios de que la tendencia del costo de la asistencia médica a aumentar sufra también una aminoración. En el Japón, por consiguiente, el problema es cada vez más serio y con perspectivas de continuar sin resolverse.

80. Durante el período examinado, el costo de la asistencia médica a cargo de la seguridad social, y en particular a cargo de regímenes de seguros sociales, siguió aumentando y constituyó una parte muy notable del costo total nacional en materia de asistencia médica. Ello es debido indudablemente a la ampliación del ámbito de aplicación (todos los nacionales tienen derecho ahora a asistencia médica por cuenta de los seguros sociales) y a la mejora del régimen de prestaciones (incluida la reducción de la participación en los costos). El costo de la asistencia médica a cargo de

---

<sup>25</sup> Según la ley de 1922, toda empresa que cuente con un número de empleados no inferior a 300 puede solicitar permiso al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social para organizar una sociedad de esta índole, siempre y cuando haya obtenido el consentimiento de más de la mitad de sus empleados.

<sup>26</sup> Para detalles y evolución de los diversos regímenes de seguro de asistencia médica, véanse *Revista Internacional del Trabajo*, diciembre de 1926, pp. 861-871 (sólo en inglés); abril de 1950, pp. 351-382; octubre de 1961, pp. 339-342; enero de 1964, pp. 100; marzo de 1974, pp. 279-305, así como *Informaciones Sociales*, 1º de marzo de 1960, pp. 189.

la seguridad social ha ascendido hasta ahora a casi el 50 por ciento del costo total de la seguridad social. Esta situación cambiará pronto, ya que los gastos de la seguridad social en prestaciones en metálico, particularmente en pensiones de vejez, aumenta a medida que los regímenes de pensiones venen y la población envejece. Por consiguiente, el problema del costo creciente de la asistencia médica tendrá que volverse a examinar tanto a la luz del costo total de la seguridad social como del futuro desarrollo económico y social del país.

81. Los regímenes japoneses de seguros sociales que proporcionan asistencia médica han sufrido serias dificultades financieras durante mucho tiempo. Por ejemplo, el régimen de seguro de enfermedad de los trabajadores (administrado por el Estado) registró en 1974 un déficit de 46 500 millones de yens; el déficit registrado el mismo año por el seguro nacional de enfermedad fue de 13 600 millones de yens. Ante estas circunstancias, se han formulado numerosas sugerencias de procedencia diversa con miras a reestructurar financieramente los sistemas de seguros sociales que proporcionan asistencia médica. Estas sugerencias abarcan una gama muy amplia de propuestas, como por ejemplo la reorganización completa de los diferentes regímenes actuales de seguros sociales, la sustitución del sistema de seguros sociales por un servicio nacional de salud, etc. En los siguientes párrafos, no obstante, sólo se facilitará un breve resumen de las sugerencias que prevén una posible contención de costos conservando la estructura actual de la seguridad social en el país.

82. Ciertos expertos sugieren que el sistema actual de "honorarios por servicios", que consideran responsable del exagerado aumento del costo de la asistencia médica, debería ser revisado o substituido: a su juicio, el sistema actual de pago por cada servicio prestado centra toda la importancia en el "volumen" de asistencia médica dispensada y no tiene en cuenta los diferentes niveles de calificación y experiencia del personal que la dispensa. Dichos expertos consideran que si se remunerase adecuadamente la calidad de los servicios médicos prestados sería posible contener el uso excesivo de medicamentos. Según otros expertos, los ahorros que se realizarían sometiendo el suministro de medicamentos a un control estricto podrían invertirse en aumentar la remuneración de los profesionales de la medicina por medios más justificables que ahora.

83. Muchos expertos consideran que habría que reestructurar el sistema actual de una limitada participación en los costos. Para enfermedades de poca importancia que no dan lugar a cargas financieras elevadas, el costo de la asistencia debería ser sufragado básicamente por el paciente, mientras que en caso de enfermedades graves o económicamente ruinosas, la carga debería ser asumida por el seguro social.

84. En la actualidad, parte del costo de la asistencia médica dispensada a personas de edad es sufragado con los fondos de la seguridad social. Se propugna ahora que este gasto sea cubierto a expensas de los fondos públicos. Además, en caso de ciertas enfermedades graves o económicamente ruinosas, el costo de la asistencia médica debería estar íntegramente a cargo de los fondos públicos, y no de la seguridad social.

85. Los ejemplos expuestos son algunas de las propuestas formuladas por diversas partes interesadas en la contención del costo de la asistencia médica con miras a superar las actuales dificultades financieras con que se enfrentan los regímenes japoneses de seguro de enfermedad. Algunos investigadores estiman, no obstante, que si bien tales medidas pueden contribuir a aliviar un poco la situación financiera de los actuales regímenes de seguridad social, no atacarán necesariamente la raíz del problema fundamental, que es contener la tendencia del costo de la asistencia médica a aumentar o mantener dicho costo a un nivel razonable. Creen que el problema debe ser debatido dentro del contexto global de la política nacional en materia de seguridad social. Esta política debería, entre otras cosas, perseguir la racionalización y la reorganización de los regímenes de seguro de enfermedad existentes, que han sido establecidos por separado según la clase de empleo de las personas protegidas, y cubren a sectores diferentes de la población.

### *Noruega*

86. La asistencia médica es proporcionada a todos los residentes en virtud de un sistema de seguro nacional de salud. El suministro de la atención sanitaria en centros tales como hospitales y casas de convalecencia es responsabilidad de los 19 condados. El régimen de seguro cubría, en el período 1970-1976, el 75 por ciento de los gastos corrientes de los centros sanitarios de los condados, proporción que viene de reducirse al 50 por ciento. La hospitalización es gratuita; los enfermos participan en los gastos de asistencia médica ambulatoria en una proporción de 20 por ciento; el reembolso del costo de los medicamentos, cuya venta al por mayor es objeto de monopolio por parte de una institución del Estado, se limita generalmente a los productos farmacéuticos más costosos.

87. Durante los últimos cuatro años, el total de gastos públicos por concepto de asistencia sanitaria se ha duplicado y representa actualmente el 6 por ciento del PNB. El experto señaló que la opinión pública no parecía estar, por ahora, excesivamente alarmada por este aumento de los gastos: la demanda de asistencia médica continúa en aumento, debido sin duda a las continuas noticias sobre los nuevos métodos de tratamiento y sobre lo que a veces resultan ser anuncios prematuros por parte de aquellos dedicados a las investigaciones médicas. A pesar de que los costos de personal representan actualmente casi las tres cuartas partes de los gastos totales —debido a los aumentos de los propios salarios, a la reducción de las horas de trabajo que origina un aumento de más personal, y a la necesidad de un personal en conjunto más calificado— el Gobierno contempla en su programa a largo plazo, para el período 1978-1981, un aumento anual de 4,3 por ciento, en años-hombre, para los servicios públicos de salud, mientras que la tasa anual de crecimiento prevista para el conjunto de la fuerza de trabajo es solamente de 0,8 por ciento.

88. El problema principal en Noruega es el de saber si los recursos gastados en el sector de la salud han alcanzado un volumen que pueda considerarse a la vez óptimo y razonable o, en otras palabras, si el rendimiento justifica los gastos especialmente cuando se le compara a los resul-

tados obtenidos en otros sectores públicos. Se trata de cuestiones difíciles que encierran numerosos factores que no pueden expresarse en forma cuantitativa. No obstante, calculado en términos económicos, el potencial es enorme cuando se ha registrado un aumento marcado en ausencia por enfermedad y en el número de personas incapacitadas para el trabajo debido a invalidez. Procede anotar que la mejora del nivel de las prestaciones de la seguridad social ha permitido tomar más fácilmente licencias por enfermedad.

89. El orador subrayó que el objetivo primordial era el de obtener un rendimiento mayor de los recursos invertidos con, en caso necesario, modificaciones de su asignación. Análisis comparados de los costos y de los beneficios pueden constituir un instrumento muy útil. Las medidas de prevención son importantes aunque algunas pueden ocasionar un aumento de los costos. Resulta indispensable mejorar los programas de información pública, a fin de convencer a los habitantes de la importancia de cuidar en forma más adecuada su salud. Es esencial que los que prestan la asistencia médica estén más conscientes del factor costo.

90. La doctrina oficial es la de consagrar a la asistencia de los enfermos los recursos mínimos compatibles con la eficacia de los tratamientos. La capacidad de las casas de convalecencia ha sido aumentada y los servicios de medicina general han sido reforzados. En consecuencia, se espera poder reducir el número de camas de hospital para casos agudos de 5,4 a 4,5 por mil habitantes —siendo un sector este que representa alrededor del 40 por ciento del total de gastos en salud pública.

91. Por último, el experto declaró que el Gobierno se propone introducir un nuevo sistema de planificación y de financiamiento que incite a las autoridades locales a sacar el mejor rendimiento posible a los recursos que le son asignados. El sistema de reembolso del 50 por ciento de los gastos corrientes de los centros sanitarios será reemplazado por subvenciones globales calculadas probablemente en función del número de habitantes, de su estructura por edades, del número de inválidos y de las distancias en el interior de cada condado. Se incitará igualmente a los condados a preparar planes a largo plazo que deberán ser presentados a las autoridades nacionales, a fin de que puedan en esta forma disponer de medios para ejercer un control sobre los principales desarrollos en el sector de la asistencia sanitaria.

#### *Países Bajos*

92. El principal régimen de seguro de enfermedad abarca tres categorías de personas:

- a) los asegurados obligatorios (menores de 65 años), es decir, asalariados con ganancias no superiores a una cantidad determinada, beneficiarios de pensiones de invalidez o de prestaciones de desempleo, así como las esposas, hijos, viudas y huérfanos de dichos asegurados;
- b) los asegurados voluntarios (mayores de 65 años) con ingresos no superiores a un tope determinado;

- c) los asegurados voluntarios (menores de 65 años), no sujetos en otra forma a un seguro obligatorio y con ingresos inferiores a un tope determinado.

93. Además, desde 1968 todos los residentes están amparados por un seguro contra los gastos médicos especialmente gravosos.

94. Se tienen noticias de que está actualmente en vías de preparación un régimen general de seguro de enfermedad destinado a todos los residentes.

95. Según datos de la Oficina Central de Estadística (Centraal Bureau voor de Statistiek, publicación de 1974), la suma total gastada en 1970 por el país en asistencia médica equivalía a 10 veces la gastada en 1953 (si se incluyen los hogares y establecimientos para enfermos mentales, que antes no estaban incluidos).

96. Expresadas en porcentaje del ingreso nacional bruto (a precios del mercado), las respectivas cantidades representan 3,3 por ciento en 1953; 3,9 por ciento en 1958; 4,5 por ciento en 1963; 5,4 por ciento en 1968 y 5,8 por ciento en 1970. Con la inclusión de los hogares y establecimientos para enfermos mentales se llega a 6,5 por ciento en 1970.

97. El Consejo Central de Asistencia Médica (Centrale Raad voor de Gezondheidszorg), en su segundo informe sobre la evolución del costo de la asistencia médica, recalca la aceleración del ritmo a que aumenta la parte del ingreso nacional dedicada a ese rubro.

El aumento se presenta de la manera siguiente:

1953-1958: 0,6 por ciento en 5 años (o sea 0,12 por año);

1958-1963: 0,6 por ciento en 5 años (o sea 0,12 por año);

1963-1968: 1,2 por ciento en 5 años (o sea 0,24 por año);

1968-1970: 0,7 por ciento en 2 años (o sea 0,35 por año);

1970-1972: 0,8 por ciento en 2 años (o sea 0,4 por año).

98. Estas cifras comprenden las medidas profilácticas generales (control de alimentos, agua y medicamentos, reconocimientos, vacunaciones, medicina escolar y del trabajo, etc.), del mismo modo que la enseñanza médica y paramédica y las investigaciones relacionadas con la salud; pero la asistencia curativa representa una altísima proporción del total de los gastos citados: alrededor de 90 por ciento en 1970.

99. La *parte* de este total que corresponde a la *seguridad social* (las cajas generales de enfermedad) ha permanecido bastante estable. En valores relativos fue de 41,6 por ciento en 1953, de 42 por ciento en 1958, de 41 por ciento en 1963, de 47 por ciento en 1968 y de 44 por ciento en 1970 (sin contar los hogares y establecimientos para enfermos mentales). Estas cifras deben apreciarse teniendo en cuenta la disminución relativa del nú-

mero de afiliados a las cajas: de 75.2 por ciento de la población en 1953 a 73.3 por ciento en 1958, 71.9 por ciento en 1963, 70.0 por ciento en 1968 y 69.3 por ciento en 1970. Son más importantes, pues, las cifras *por asegurado*. El gran aumento de los gastos per cápita (cerca de 20 por ciento al año) se expone en el cuadro siguiente.

TOTAL DE GASTOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
EN ASISTENCIA MEDICA, POR BENEFICIARIO,  
EN FLORINES (1950-1971)<sup>27</sup>

1950	34
1955	56
1960	84
1961	90
1962	101
1963	114
1964	138
1965	161
1966	189
1967	224
1968	256
1969	295
1970	349
1971	408

100. Estas cifras están confirmadas por el informe anual del Consejo de Cajas de Enfermedad (Ziekenfondsraad) para 1973, publicado en 1975, que da exactamente esas mismas cifras para el período 1957 a 1969 (cuadro 10, pág. 197). Para 1970, en cambio, reemplaza la estimación por la suma de 345 florines; para 1971 confirma la estimación de 408 florines, y para 1972 añade una suma de 493 florines, que representa un aumento realmente considerable.

101. Se han realizado, además, otros importantes estudios<sup>28</sup> con el objeto de analizar las causas del incremento de los costos y realizar pronósticos sobre su posible evolución.

<sup>27</sup> H. Feslen: "Een beschouwing over de relatie tussen de financiering en de ontwikkeling van de gezondheidszorg" (Estudio de la relación entre el financiamiento y el desarrollo de la asistencia médica), en *Unie*, 1971, 1, 8.

<sup>28</sup> Van Praag: *Het ziekenhuis in de gezondheidszorg* (El hospital de la asistencia médica) (Leiden, Stenfert Kroese, 1975), págs. 8 y 9.

Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ: Sistema Nacional de Información de las Cajas de Enfermedad).

*Resultaten van een onderzoek naar de oorzaken van de kostenstijging bij de*

102. En razón, sobre todo, de que era más fácil obtener datos al respecto, la investigación del costo de la asistencia médica en los Países Bajos se concentró principalmente en los hospitales. Otro motivo fue que la hospitalización ha sido, con mucho, el sector en que los gastos han subido más rápidamente desde los años cincuenta. Al efectuar proyecciones de las tendencias actuales se llega a cifras alarmantes, que exigen medidas urgentes.

103. Los resultados de los estudios ya realizados indican que el mejor método de estabilizar los costos de hospitalización consiste en limitar el número de camas; esa política es viable si se refuerza el "primer frente" de la asistencia médica (médicos generales, dispensarios, medicina de barrio, etc.) y si se reemplazan las camas de hospital para casos agudos, más onerosas, por posibilidades de internamiento, menos costosas, en residencias para enfermos.

104. El Gobierno ya ha anunciado su decisión de limitar a 4 por mil la relación camas/población en los hospitales generales, y el estudio económico del recurso a la hospitalización ha mostrado que ese objetivo es en realidad alcanzable.

105. El Gobierno también desea fiscalizar el aspecto "precios" del costo de la hospitalización. Ya existe a ese efecto un órgano competente (la Oficina Central de Tarifas Hospitalarias (Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven), regulada por su respectiva ley orgánica), pero no se dispone de elementos fidedignos de juicio para evaluar los datos presentados por los hospitales como base de sus precios. Esos elementos de juicio se están determinando mediante una investigación de los costos básicos de los hospitales (a cargo del profesor Groot); el Gobierno podrá entonces comparar los precios proyectados con el costo "normal" de un hospital conforme a las variables pertinentes.

106. Es evidente que las medidas para influir en el costo de la asistencia médica no se pueden limitar únicamente a la hospitalización. El Gobierno también piensa tomar iniciativas en otros sectores, de los cuales el primero será la atención por especialistas. Todavía no ha anunciado proyectos precisos para controlar los respectivos costos. En otros sectores (asistencia odontológica y paramédica, productos farmacéuticos) subsisten grandes dificultades para obtener datos en que basarse. Una vez que se consigan,

---

*verplichte ziekenfondsverzekering in de periode 1948-60* (Resultados de un estudio sobre las causas del aumento de los costos en el seguro obligatorio de enfermedad, 1948-1960).

J.C. van Es y H.R. Pijlman: "Het verwijzen van ziekenfondspatiënten 122 Nederlandse ziekenfondspraktijken" (El envío a especialistas de los afiliados a la seguridad social por 122 médicos generales neerlandeses), en *Huisarts en Wetenschap*, 1970, vol. 13, págs. 443-449.

*Benadering van de ontwikkeling van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in de periode 1950-80* (Previsión de la evolución de los costos de asistencia médica en los Países Bajos de 1950 a 1980), serie "Verslagen, Adviezen, Rapporten", del Ministerio de Sanidad y Medio Ambiente, 1974.

Structuur nota Gezondheidszorg (Memorandum sobre la estructura de la asistencia médica, publicado en agosto de 1974 y con el mismo título se publicó en marzo de 1975 el segundo informe del Consejo Central de Salud Pública).

la metodología a que han dado ya origen los estudios sobre los hospitales permitirá alcanzar rápidos resultados.

### *Polonia*

107. La asistencia médica es otorgada por intermedio de un vasto sistema de seguro de enfermedad que, a raíz de su extensión en 1972 a ciertos grupos que se encontraban aún excluidos, cubre actualmente a toda la población. El sistema funciona bajo el control general del Ministerio de la Salud y de Asuntos Sociales, que es también responsable de la planificación; a nivel inferior, el sistema es administrado por las 49 provincias y por los 400 distritos donde existen centros sanitarios comunitarios. El sistema es financiado principalmente por los presupuestos provinciales, pero con cierta ayuda del presupuesto central, destinada principalmente a sufragar el costo de la formación de médicos. El sistema está organizado en forma uniforme y está totalmente integrado, en el sentido de que con respecto a todos los niveles, la medicina curativa funciona en estrecha relación con la medicina preventiva, la readaptación y los servicios sociales en general.

108. De 1971 a 1975 los gastos totales del régimen en asistencia sanitaria han aumentado en un 75 por ciento, o sea, en 68 por ciento por persona. Estas cifras son similares a las del aumento de los costos de salarios en estos servicios sanitarios —que requieren fuerte intensidad de mano de obra— que ha sido de 73 por ciento en el curso del mismo período, lo cual refleja a la vez los aumentos de salarios y el incremento del número de personas empleadas. El análisis de ciertas funciones médicas y de ciertos servicios revela evidentemente grandes variaciones en los costos. Por ejemplo, el costo de cuidados intensivos por cada enfermo hospitalizado ha aumentado en 128 por ciento de 1970 a 1975; en cambio, el costo de una prótesis dental ha variado muy poco en el curso del mismo período. Los gastos de medicamentos y de material terapéutico —los precios de los medicamentos son fijados por el Ministerio de la Salud y de Asuntos Sociales y la industria farmacéutica— se están convirtiendo en un problema de gran importancia: en 1975 alcanzaron tanto como el 37 por ciento del total de los gastos de asistencia sanitaria.

109. Los créditos del presupuesto nacional general, asignados a gastos de atención sanitaria, son determinados a nivel central. Como en 1975 el ingreso nacional distribuido fue alrededor de 73 por ciento más elevado que en 1971, se deduce que el incremento de los gastos de asistencia sanitaria fue similar al del ingreso nacional. En efecto, la proporción media de gastos en asistencia sanitaria en el ingreso nacional fue de 3.29 por ciento durante el período 1971-1975 y las variaciones anuales se sitúan entre el 3.26 al 3.36 por ciento.

110. Polonia debe hacer frente a muchos de los problemas que preocupan a otros países. La modernización constante de la red de servicios médicos y el desarrollo inevitable de una tecnología nueva y onerosa contribuye al incremento de los costos, así como la tendencia creciente hacia una mayor especialización. Un nuevo factor de preocupación y gasto lo

constituye la morbilidad originada por el medio ambiente de trabajo. Se hace sentir, además, la necesidad de mejorar los servicios de asistencia médica en las zonas rurales.

111. Por consiguiente, deberían preverse diversas medidas. La prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la readaptación son los problemas claves. Si todo contacto con el sistema de asistencia sanitaria significa un contacto con un médico, el resultado es un exceso de trabajo para los médicos y un incremento de los costos. Una limitación razonable de los contactos con los médicos parece necesaria, lo cual podría lograrse utilizando en forma juiciosa los servicios de personal sanitario auxiliar. La concentración de grupos especializados de profesionales sanitarios, de material y de equipos —para el diagnóstico por ejemplo— puede permitir no sólo hacer economías, sino también mejorar la calidad de la atención otorgada. Por consiguiente, se están haciendo esfuerzos por alcanzar objetivos de esta naturaleza.

### *Reino Unido*

112. La asistencia médica es suministrada a todos los residentes a través del Servicio Nacional de Salud principalmente; el Gobierno es responsable de la dirección y el financiamiento.<sup>29</sup> Este servicio sustituyó en 1948 a un régimen de seguro nacional de enfermedad, basado en un sistema de cajas de seguro de enfermedad que cubrían a sólo la mitad, más o menos, de la población, y con servicios fragmentarios para el otorgamiento de la atención médica; el sector hospitalario era entonces particularmente diverso. Actualmente, el Servicio Nacional de Salud emplea alrededor de un millón de personas, lo que representa un costo de personal que corresponde a más del 60 por ciento de los gastos totales. Existe, además, un sector privado de asistencia sanitaria de poca importancia.

113. En 1974 se introdujo un cambio de estructura fundamental. En efecto, la anterior organización por funciones y dividida en departamentos, fue reemplazada por un sistema basado en dos niveles de administración: 14 regiones sanitarias y 90 zonas sanitarias; éstas están subdivididas a su vez en distritos y a cada nivel existe una administración unificada que abarca todos los sectores del Servicio Nacional de Salud. El Ministerio de Salud y de Seguridad Social es responsable de la planificación general, de la asesoría, del presupuesto y de la administración general.

114. Los gastos públicos, debiendo mantenerse dentro de ciertos límites, su total fue distribuido entre los diferentes sectores: durante el ejercicio financiero 1975-1976, por ejemplo, 5 500 millones de libras esterlinas fueron asignadas a gastos sanitarios en Inglaterra. En virtud de un sistema introducido recientemente, el límite anual —en términos de dinero y no de volumen— es fijado a principios de cada año, incluyendo un coeficiente para la inflación; se hace, no obstante, una excepción para los servicios de

<sup>29</sup> Con excepción de cierta participación en los gastos, relativamente limitada, a cargo de los pacientes.

medicina general (médicos de familia), en consideración del hecho de que estos servicios se desarrollaron esencialmente para satisfacer una demanda incontrolable. El límite fijado es distribuido entre las diversas circunscripciones sanitarias, las cuales presentan entonces un plan de gastos estimados del año y después, durante el mismo, establecen balances mensuales de los gastos, para fines de comparación con el plan. Este sistema permite ahora restringir eficazmente los gastos; durante el último ejercicio financiero, la diferencia entre los gastos totales y los créditos asignados fue de 0.25 por ciento solamente. La proporción creciente del PNB absorbida por el Servicio Nacional de Salud refleja el incremento de los gastos públicos en su conjunto. Durante los años examinados, la proporción de los gastos públicos absorbidos por el Servicio Nacional de Salud permaneció más o menos constante.

115. El sistema de límite de crédito no impide en forma alguna la aplicación de medidas para corregir la distribución geográfica inadecuada de los servicios —equilibrando progresivamente las asignaciones de créditos— y la introducción de cambios en las prioridades en función de las modificaciones en las necesidades de la población.

116. Aunque los servicios de medicina general (médicos de familia), están excluidos del sistema de límite de crédito, están sujetos a otras restricciones. En el Servicio Nacional de Salud, los médicos generales están remunerados por el sistema de capitación, mas reciben reembolso de ciertos gastos; el método de remuneración por salario se aplica a los médicos de hospitales; el sistema de honorarios por servicio se aplica a los dentistas y a los oftalmólogos, pero se trata de un sector donde se practica el sistema de participación de los pacientes en los gastos; los precios de los medicamentos son negociados con la industria farmacéutica; el número de nuevos médicos está controlado mediante la limitación del número de matrículas autorizado en las escuelas de medicina. Pero los residentes en el Reino Unido gozan de libre elección de médico, y los médicos, a su vez, tienen libertad en el ejercicio de la profesión.

117. Podría considerarse que el Servicio Nacional de Salud logra contener los costos mediante el sistema de control de la oferta. Pero existen también otros medios de contención, tales como diversos órganos de consulta y asesoría que proporcionan a la autoridad central valiosa información que le permite reexaminar la situación en forma adecuada. Por último, la medicina preventiva sigue siendo reconocida como el medio más eficaz para efectuar economías.

#### *República Federal de Alemania*

118. La asistencia médica es dispensada según diversas modalidades: médicos y dentistas independientes y hospitales públicos y privados (con fines lucrativos o no). Alrededor del 92 por ciento de la población está protegida por el seguro de enfermedad establecido por ley que origina alrededor del 55 por ciento de los gastos totales de salud; la mayor parte de la población restante está asegurada en compañías privadas.

119. El seguro de enfermedad está financiado en igual proporción por los empleadores y los trabajadores. El monto de las cotizaciones varía según las Cajas: en promedio, representaba en 1976 alrededor del 11 por ciento de los ingresos brutos. Esta tasa de cotización tiende a suscitar entre los asegurados una actitud de crítica con respecto a la tendencia de los costos de la asistencia médica. Los gastos totales del seguro de enfermedad aumentaron en alrededor de un 10 por ciento al año de 1965 a 1970; la tasa media de incremento anual casi se duplicó de 1970 a 1975, o sea, 19.4 por ciento. De manera más general, los servicios de asistencia sanitaria y social representaron casi la tercera parte del PNB en 1975; los gastos de asistencia sanitaria solamente representaron una décima parte.

120. A pesar de la heterogeneidad de las instituciones y de los métodos de financiamiento, la población en su conjunto está bien atendida. No obstante, existe actualmente un debate animado sobre lo que se considera generalmente como el costo desproporcionado de los servicios de asistencia médica en relación con su rendimiento. Esto explica las discusiones que tienen lugar actualmente en el Parlamento sobre reformas del sistema de asistencia sanitaria. El objetivo no es solamente la reducción de los costos, sino también el mejoramiento y la eficacia de los servicios que se otorgan.

121. Las causas del incremento de los gastos son similares a las que existen en diversos países industrializados. Los cambios en el sistema de vida han influenciado considerablemente la demanda de servicios. Los servicios solicitados son mucho más importantes que en el pasado. La automatización, las tecnologías modernas, el incremento de la demanda, la reducción de la mortalidad infantil que ha conducido a un número más elevado de personas con malformaciones congénitas, etcétera, son todos factores que han provocado un incremento rápido de los gastos y de los costos. Tal como se presenta actualmente, el sistema de asistencia sanitaria no funciona conforme a una perspectiva costo-beneficios. Los "consumidores" no han sido aún capaces de ejercer suficiente presión a fin de modificar los servicios en un sentido que responda más a sus necesidades.

122. Se observa una falta de comunicación entre los diferentes subsistemas y una falta de continuidad en los tratamientos, lo cual origina doble empleo y desperdicio de los recursos. Existe un exceso de ciertas categorías de servicios y facilidades. Al mismo tiempo, se observa un excedente en el número de camas de hospital disponibles en comparación con las necesidades reales. La administración de numerosas instituciones médicas es deficiente y el control de los gastos inadecuado. No se ha concedido atención suficiente a la conveniencia de introducir medidas diferentes en materia de asistencia sanitaria. No se ha logrado probar en forma verdaderamente determinante las economías que pudiesen resultar de las medidas de prevención. Desde el año 1971, todas las mujeres mayores de 35 años y todos los hombres mayores de 40 tienen acceso a un control médico anual. Pero solamente el 46 por ciento de las mujeres y el 17 por ciento de los hombres han realmente aprovechado esta posibilidad. En relación con los productos farmacéuticos, los costos han ido aumentando cada año. Numerosos médicos tienen solamente conocimientos limitados con respecto al valor relativo de los medicamentos y, por consiguiente, no tienen una base eco-

nómica de comparación que les permita prescribir medicamentos menos costosos que tengan el mismo efecto terapéutico que los productos más onerosos.

123. Los médicos —de los cuales la mitad de los que ejercen en consultorio privado son especialistas— son los que tienen los ingresos más elevados entre los miembros de las profesiones liberales: sus ingresos han aumentado más rápidamente que los de los trabajadores. La independencia de que gozan en el ejercicio de su profesión ha provocado un desequilibrio en la distribución del personal médico. El aumento de los costos en el sector de la asistencia ambulatoria se atribuye más bien al incremento del número de servicios médicos prestados que al aumento de los honorarios. Mientras más “sofisticados” son los servicios técnicos, más elevados son los honorarios.

124. La opinión pública, la prensa y el Parlamento están cada día más conscientes del aumento de los costos. Actualmente (mayo, 1977) el Parlamento de la República Federal de Alemania está discutiendo un proyecto de ley que debe entrar en vigor el 1º de julio de 1977. El propósito de esta legislación es el de frenar el incremento del costo de la asistencia médica y las cargas que ello representa para los empleados y la economía, garantizando así un financiamiento más estable del sistema de asistencia sanitaria. Se conservará el nivel de las prestaciones y no se impedirá el progreso de la medicina. La intervención del Estado será evitada en la mayor medida posible. La autonomía de las 1,500 cajas, más o menos, de seguro de enfermedad, que disponen cada una de sus propios órganos de dirección y de administración, no será afectada. Sin embargo, la nueva legislación dispone un mejor equilibrio entre las cajas y sus asociaciones regionales y federales. La autonomía de la profesión médica será preservada, pero los ingresos de los médicos se verán más estrechamente ligados a la evolución de los ingresos de los empleados. Se estimulará la competencia en la industria farmacéutica y se establecerá una estructura de precios más clara. Se inducirá a los médicos —mediante la inspección de los precios y la posibilidad de ejercer un mayor control— a recetar productos menos costosos. A fin de reducir los gastos de hospitalización, se ampliarán los servicios de asistencia ambulatoria y las cajas de seguro de enfermedad participarán más estrechamente en las labores de planificación y financiamiento de futuros proyectos de expansión de los hospitales. Se espera igualmente lograr la contención de los costos promoviendo una mayor actividad de los médicos de los hospitales en asistencia ambulatoria y, viceversa, de los médicos generales y especialistas independientes en asistencia hospitalaria.

125. Hasta una fecha reciente no existían datos suficientes respecto del sistema de asistencia sanitaria. Por consiguiente, el Gobierno puso en marcha en 1976 un programa de investigación, cuyo objetivo es el de coordinar las investigaciones emprendidas por una multitud de instituciones y asociaciones. La investigación comprenderá las causas de las enfermedades, los factores de riesgos, las enfermedades de mayor importancia desde el punto de vista de la política sanitaria, las mejoras estructurales del sistema de asistencia sanitaria y el mejoramiento general de los conocimientos y de las técnicas en el campo de la salud.

#### IV. Consideraciones y recomendaciones para una política futura

126. En la mencionada reunión, los expertos estimaron que la cuestión de determinar las orientaciones que deberían ser recomendadas con miras a contener el costo creciente de la asistencia médica en la seguridad social iba mucho más allá que una tentativa de establecer una lista de medidas susceptibles de lograr economías. Debido a la dificultad de emprender análisis significativos de la relación costo-beneficio en este campo, algunos participantes se inclinaban a pensar que una cuestión prealable era la de saber por qué, o más bien hasta qué punto podrían y deberían tomarse medidas destinadas a contener los costos. En todo caso, la necesidad de adoptar tales medidas variaría según los países y no existen soluciones de aplicación y de valor universal. Sin lugar a duda, todos los países reconocen que uno de los objetivos principales es el de proporcionar asistencia médica adecuada a un costo razonable —la dificultad reside en expresar con cifras tales propósitos.

127. Hubo un consenso general sobre la conveniencia de no limitar los gastos, sino de racionalizarlos. Evidentemente, la contención del incremento de los gastos no significa la disminución del nivel actual de los gastos de la seguridad social en asistencia médica. Pero resulta necesario eliminar los gastos superfluos o excesivos, recurriendo a una política que garantice una mejor asignación de los recursos de la asistencia sanitaria, teniendo cuidado, especialmente, de que se aplique el nivel adecuado de tratamiento, y no más.

128. Teniendo en cuenta estas consideraciones generales, debería emprenderse el examen de políticas destinadas a lograr una utilización más racional y, por tanto, más económica de los recursos sanitarios —que debería conducir a un equilibrio razonable entre la demanda y la oferta de servicios— estudiando ante todo el contexto más amplio dentro del cual operan actualmente los programas de seguridad social e incluso los sistemas de asistencia médica en general. Debe admitirse en primer lugar que los gastos sanitarios están relacionados e influenciados por cierto número de factores que dependen del modo de vida, las condiciones de trabajo, el desarrollo económico, el nivel cultural, etc. Por consiguiente, las medidas correctivas destinadas a influenciar las tendencias de los costos sanitarios y a mejorar el nivel de la salud no pueden limitarse al sector sanitario, sino que deben coordinarse, además, con otras políticas, tales como las relacionadas con servicios de alojamiento, de transporte, de recreo, y programas de urbanismo y de educación, etc.

129. Diversos expertos subrayaron que en un contexto tan amplio, la cuestión del mejoramiento de las condiciones de trabajo y de vida reviste una importancia primordial. El problema, no obstante, comprende dos aspectos diferentes. Por un lado, el mejoramiento de las condiciones de trabajo conduciría a una mayor seguridad, una reducción de los riesgos de origen profesional, de las tensiones, del cansancio y de las frustraciones, factores todos que provocan trastornos de la salud. Por otro lado, el aumento de la prosperidad y la elevación del nivel de vida, incluyendo más tiempo libre para recreo —con sus efectos sobre la estructura del consumo individual de bienes y de servicios especialmente—, están creando nue-

vos tipos de trastornos y nuevas enfermedades, cuyo tratamiento no es menos oneroso. Se reconoció que ciertos trastornos no deberían ser considerados necesariamente como el resultado directo de una acción personal voluntaria —por ejemplo, el alcoholismo entre los jóvenes desempleados es un producto de la sociedad actual—. Aunque resulta difícil hacer un cálculo exacto —en términos de gastos sanitarios— de una evolución de esta naturaleza en los países industrializados, se reconoció que, cualquiera que fuese su costo, el mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo constituye un objetivo prioritario, y en particular para las categorías más desfavorecidas de la población.

130. La educación constituye otro ejemplo de la importancia que tienen otras políticas para los programas sanitarios y de seguridad social. Si la formación universitaria, e incluso post-universitaria, de los médicos y de otros profesionales sanitarios no incluye los aspectos económicos y sociales de la salud, tal como parece ser el caso actualmente en numerosos países, los interesados están expuestos a entrar y prestar servicios en el régimen de asistencia médica sin tener la formación general necesaria que les permita desempeñar plenamente sus funciones sociales; además, no estando suficientemente conscientes del gasto que origina su actividad profesional, pueden ocasionar, y de hecho ocasionan, gastos sanitarios que podrían evitarse. Es evidente que existe un margen considerable de progreso en la formación de miembros de profesiones sanitarias, y también la necesidad de informar en forma más objetiva a los que toman las decisiones y al público en general sobre las ventajas y los inconvenientes de diversos actos médicos —todo lo cual debería contribuir a disminuir lo que parecía ser un entusiasmo creciente por la tecnología de alto nivel.

131. Con respecto a las medidas consideradas deseables, los expertos convinieron en que la racionalización debería ser general, o sea, que debería comprender la utilización de los recursos financieros, el personal sanitario, el equipo y los conocimientos. Tendría que lograrse una distribución y utilización óptima de los recursos disponibles, ya que conviene otorgar el tipo de asistencia más adecuado a las necesidades individuales. Se estableció una distinción entre la asistencia médica y la asistencia sanitaria. Esta última expresión comprende un concepto más amplio, que refleja las opiniones expresadas durante la discusión del orden del día de la Reunión; en efecto, los sistemas de seguridad social en este campo se han limitado tradicionalmente al otorgamiento de asistencia médica en el sentido restringido del término, mientras que su función futura debe ser más amplia.

132. Se puso claramente de manifiesto, por ejemplo, que la prevención debería desempeñar un papel cada vez más importante en los programas de seguridad social, quedando entendido que las medidas requeridas podrían ser diferentes en los países industrializados y en los países en vías de desarrollo. Este enfoque, que guarda conformidad con las normas de la OIT, y con los programas conexos, como el Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones y del Medio Ambiente de Trabajo (PIACT), lanzado en 1976, debe ser adecuadamente matizado en función del objeto y del costo de la prevención. Pueden preverse varios tipos de prevención. Algunos de ellos, como medidas de sanidad pública, campañas de inmunización y los servicios colectivos conexos, son práctica co-

rriente y acarrear, a fin de cuentas, economías evidentes para el presupuesto sanitario. Ciertos aspectos de la medicina preventiva individual, tales como los exámenes radiológicos sistemáticos y los controles médicos, basados en técnicas sofisticadas y costosas, constituyen prioridades menos evidentes y han dado lugar a inconvenientes en numerosos países. No obstante, para los niños de edad escolar y para ciertos grupos sociales desfavorecidos, incluyendo de manera general a ciertos grupos de la población sujetos a altos riesgos, se necesita un movimiento más coordinado en materia de prevención que cuente, en la medida de lo posible, con la colaboración de la propia población. A este fin, dicha población debería recibir información y consejos adecuados, función de asesoría que los médicos no han cumplido hasta el presente suficientemente. Conveniría adjudicar recursos más importantes para la detección e identificación de los riesgos que engendran para la salud las condiciones de trabajo y de vida. Esta manera de orientar científicamente la prevención podría dar mejores resultados que los exámenes sistemáticos destinados a descubrir las enfermedades eventuales de los individuos.

133. Medidas tales como el establecimiento de un presupuesto y de un control general de servicios sanitarios —y más particularmente el efecto indirecto del “racionamiento mediante la oferta”— fueron objeto de un extenso examen, ya que están directamente relacionadas con la organización de la asistencia médica en el ámbito de la seguridad social. Los expertos observaron que en numerosos países se logra alcanzar los objetivos de la seguridad social mediante la institución de un servicio nacional de salud que proteja a toda la población, y en virtud del cual se le garantice el derecho a asistencia sanitaria dentro de límites impuestos por determinados recursos. Este derecho es reconocido también, naturalmente, en otros tipos de regímenes, pero los expertos observaron que cierto número de países se orientan hacia la solución de un servicio nacional de salud.

134. El sistema de asistencia sanitaria del Reino Unido constituye un ejemplo de servicio nacional de salud de este tipo —el nivel de los costos es el resultado de la aplicación de líneas de conducta prescritas, ya que el sistema vigente para la distribución de la asistencia obliga a los médicos de hospitales a ejercer sujetos a una serie de restricciones financieras bastante rígidas, lo cual contribuye igualmente a evitar el doble empleo. Se consideró que el inconveniente de un sistema de esta naturaleza era el de no poder garantizar siempre un nivel aceptable de asistencia médica a todas las categorías de la población. Además, criterios de evaluación del nivel “aceptable” son inexistentes o tienden a ser subjetivos. No obstante, podrían lograrse progresos considerables en el camino hacia la racionalización deseable e incluso hacia la disminución de gastos innecesarios, adaptando el sistema de seguridad social a modelos de esa índole, donde los servicios sanitarios están determinados en parte por la demanda y en parte por la oferta. Los expertos provenientes, en cambio, de países donde la seguridad social está basada sobre otros criterios (a saber, el reembolso por la seguridad social a las personas aseguradas de los gastos incurridos en el sector privado, remuneración de los médicos mediante el sistema de honorarios por servicio, de acuerdo con una tarifa convenida, independencia total o casi total de la profesión médica, etc.) señalaron los costos elevados que implica el funcionamiento de la seguridad social según estos criterios.

No obstante, expresaron algunas dudas —tanto por motivos históricos como políticos— acerca de la factibilidad de pasar a un sistema del tipo servicio nacional de salud como medio de hacer frente más adecuadamente a los problemas planteados por la economía sanitaria. Fuera de preconizar una reforma de esa magnitud, dichos expertos se declararon favorables a la aplicación de medidas correctivas —tales como las recomendadas más abajo— y a dar mayores poderes a las autoridades responsables a fin de permitirles controlar y orientar adecuadamente la llamada “industria de la salud”.

135. Se consideró que cualquiera que fuese el tipo de legislación de seguridad social, los servicios sanitarios podrían hacerse más eficientes y más económicos mediante la integración de sus diferentes componentes y confiando a una autoridad única la responsabilidad de distribuir los recursos, establecer el programa y administrar los servicios. El punto débil de algunos sistemas nacionales reside en el hecho de que no existe una relación suficiente entre los diferentes niveles de asistencia, que incluso funcionan a veces en forma virtualmente independiente. Como resultado, los gastos totales de la seguridad social aumentan exageradamente, debido a la escasa coordinación, el doble empleo de actos médicos, las duplicaciones de atribución, etc. Resulta indispensable poner fin a inconvenientes de esta naturaleza e incumbe cada vez más a la seguridad social el mejorar la efectividad y eficacia del sistema de asistencia sanitaria del cual es responsable, haciéndolo más compatible con la política sanitaria nacional y con todo otro subsistema o régimen que esté en funcionamiento en el sector público.

136. Al examinar el tema relativo al costo y la eficacia, los expertos subrayaron unánimemente la importancia de la asistencia de medicina general, en oposición a los tratamientos hospitalarios, costosos y “sofisticados”. Son muchos los argumentos en favor de una orientación hacia la aplicación de los tratamientos que requieran los más bajos recursos, o, en otras palabras, el más bajo nivel técnico de asistencia médica eficaz. La función del médico general debería ser revalorizada a fin de restituirle el papel fundamental que merece desempeñar; con el propósito de alcanzar este objetivo, los regímenes de seguridad social deberían ofrecer incentivos financieros adecuados al negociar los honorarios de los diversos profesionales sanitarios y eliminar toda incitación en sentido opuesto. La formación universitaria no debería penalizar a los estudiantes que no desean especializarse. Al contrario, la educación y la formación profesional de los médicos generales deberían ampliarse a fin de permitirles cumplir en forma competente sus múltiples funciones y alcanzar un estatuto profesional y perspectivas de ingresos no inferiores a los de ciertos especialistas. De acuerdo con numerosos expertos, un objetivo de alta prioridad debería ser el incremento de los recursos asignados a centros sanitarios comunitarios —reconocidos y apoyados por la seguridad social—. En estos centros la asistencia de medicina general, la prevención, los servicios de asesoría y sociales podrían ser combinados en unidades dotadas de personal idóneo, pero no especializado, que sirva de primer punto de contacto con los enfermos potenciales o con las personas que sufran de afecciones menores, las cuales actualmente son dirigidas con excesiva frecuencia hacia unidades hospitalarias costosas.

137. Algunos expertos subrayaron la importancia de adaptar juiciosamente el número de estudiantes en medicina a la necesidad de nuevos médicos, según sea determinada por las autoridades sanitarias nacionales. Esta evaluación debería tomar en consideración la conveniencia de recurrir con más frecuencia a los servicios de personal auxiliar —de conformidad con lo sugerido por los representantes de la OMS, entre otros expertos— con motivo del derroche evidente que implica el recurrir a un personal altamente calificado (y altamente remunerado) para ejecutar labores que un personal menos calificado (y menos remunerado) podría desempeñar fácilmente y con la competencia requerida. Un personal de esta naturaleza podría ser utilizado, sin duda, ventajosamente para prolongar el contacto médico-enfermo y asegurar la continuidad del tratamiento. Se admitió, no obstante, que el recurrir a un personal auxiliar no sería necesariamente una solución económica, ni incluso una solución satisfactoria al nivel de la salud, en razón de que el rápido desarrollo y la diversidad de las técnicas requieren la más pronta orientación posible de los enfermos hacia los cuidados más adecuados a su estado. Por este motivo la delegación de ciertas funciones médicas a un personal auxiliar menos calificado exige decisiones cuidadosamente ponderadas. Hubo consenso general de los expertos sobre la necesidad de incitar a los enfermos (y a sus familias) a desempeñar un papel más activo, especialmente en caso de tratamientos de larga duración.

138. Se reconoció unánimemente que cualesquiera que fuesen las medidas adoptadas para contener los costos de la hospitalización, el sector hospitalario continuaría ocupando un lugar preponderante y siendo responsable de gran parte de los gastos por concepto de asistencia médica. Además de la necesidad de una administración y de una gestión hospitalaria más eficaces y conscientes de los costos, los expertos subrayaron la importancia de racionalizar las funciones hospitalarias, considerando los hospitales como lugares donde convergen diversas tecnologías (más bien que en términos de número de camas), lo cual requiere una coordinación y una planificación a nivel regional a fin de eliminar el exceso de instalaciones médicas complejas y muy costosas.

139. Los expertos señalaron que numerosos regímenes de seguro de enfermedad aplican —en función de criterios que con frecuencia parecen poco racionales— el sistema de participación de los pacientes en los costos, al menos para ciertos tipos de servicios y según tasas diversas. Este punto suscitó argumentos divergentes. Algunos expertos, opuestos a todo sistema de participación en los costos, lo consideran como un medio ineficaz para limitar el consumo, alegando que la utilización de los servicios está casi enteramente determinada por aquellos que los suministran y que toda solicitud de tratamiento a la cual ha renunciado el paciente puede resultar en definitiva que ha sido en realidad solamente una solicitud diferida. Además, la participación en los costos aumenta la desigualdad de trato y disminuye, implícitamente, el alcance de la protección. En cambio, si fuese un sistema selectivo aplicable, por ejemplo, a la asistencia de medicina general dispensada en la consulta del médico y no a los tratamientos hospitalarios ambulatorios o a pacientes hospitalizados, la configuración del sistema de suministro de asistencia médica podría verse alterada considerablemente, originando importantes repercusiones financieras debido a que

se incitaría a los pacientes a recurrir excesivamente a los tipos de asistencia gratuitos o relativamente menos costosos para ellos. Otros expertos no rechazaron la participación en los costos como un mecanismo susceptible de contener el consumo. En todo caso, este sistema podría ser una fuente de ingresos y convendría despertar la conciencia de la población, mediante dicha participación —con excepciones en favor de personas con bajos recursos y otras excepciones justificadas— con respecto al valor de la asistencia médica que recibe, y al hecho de que el costo de estas prestaciones médicas es cada vez mayor y significa una carga considerable para la comunidad.

140. Los presupuestos de la seguridad social consagran sumas considerables a la compra de productos farmacéuticos consumidos por las personas protegidas. Esto plantea el problema inherente de la preferencia de los médicos al recetar los medicamentos. De un modo general, los expertos se manifestaron favorables al control de los precios y de la gama de productos farmacéuticos, y notaron con satisfacción los resultados positivos logrados por ciertos países. Los métodos pueden variar de un sistema a otro. Ciertos sistemas de seguridad social negocian los precios con los productores, mientras que otros han establecido listas limitadas de los productos farmacéuticos reembolsables. Un informe reciente de la Asociación Internacional de la Seguridad Social recomienda medidas que los expertos, en general, consideran adecuadas, a saber:

- un control más seguro de la eficacia terapéutica;
- una evaluación más clara de la excesiva variedad de medicamentos actualmente en el mercado conducente a cierta limitación;
- una influencia más marcada sobre la estructura de los precios, y
- una publicidad y una información más objetivas.

Ciertos expertos estimaron conveniente agregar a esta lista la necesidad de exonerar a las instituciones de seguridad social de todo impuesto sobre los productos farmacéuticos que distribuyen o reembolsan.

141. Se puso de relieve la preocupación de los expertos por la gravedad de la situación en que se encuentran numerosos países en vías de desarrollo en relación con el costo de los productos farmacéuticos. La inexistencia de una industria farmacéutica nacional obliga a estos países a importar todos los medicamentos que necesitan —e incluso los productos relativamente sencillos— y a pagar los precios fijados por los laboratorios extranjeros, que con frecuencia son poderosas sociedades multinacionales. Los niveles de consumo son determinados por la estructura de la morbilidad que caracteriza a estos países, pero el nivel de ingresos de las familias no les permite, generalmente, soportar el costo de los medicamentos necesarios. Se plantea el problema adicional de que las poblaciones de estos países se dejan influenciar y engañar fácilmente por la publicidad. En relación con este problema, los representantes de la OMS señalaron la preparación por esa Organización de una lista de productos esenciales destinada a los países en vías de desarrollo. Reconociendo el valor de los programas desplegados por la OMS en favor de los países en vías de desarrollo que se encuentran en esta situación, el experto de la República Federal de Alemania

—contando con el apoyo unánime de los demás expertos— solicitó que en las conclusiones de la presente Reunión se invite a la OMS y a la OIT a lanzar, conjuntamente y sin demora, un llamamiento solemne a la industria farmacéutica incitándola a suministrar a los países menos desarrollados, a un costo mínimo, cantidades suficientes de los 20 o 30 medicamentos básicos que requieren para satisfacer las necesidades esenciales de salud de la mayor parte de la población.

## V. Consideraciones sobre la situación en América Latina

142. Hasta aquí se han resumido y transcrito los elementos de juicio y consideraciones realizados por los expertos reunidos hace algo más de un año con el objeto de analizar el aumento de los costos de la asistencia médica de la seguridad social, con énfasis en la situación de algunos países desarrollados de los que provenían.

Es conveniente aprovechar la oportunidad para efectuar breves consideraciones que permitan reflexionar sobre la situación en América Latina, teniendo en cuenta lo expresado en esta reunión y los trabajos realizados en distintas oportunidades, en especial en el seno de la Comisión Regional Americana Médico Social y en los anteriores Congresos de Medicina de la Seguridad Social.

Revisando los trabajos adelantados en la Región puede llegar a afirmarse que se han discutido en las distintas oportunidades prácticamente todos los aspectos de esta problemática en el nivel teórico. Por ello, si se conviene que no existen soluciones teóricas de valor general, parece interesante centrar la atención en el análisis de experiencias prácticas que puedan mostrar resultados para su adaptación a la solución de casos similares.

En el terreno de las cuestiones de fondo relativas a la salud, también pueden anotarse sutiles cambios en los últimos años que merecen considerarse.

Parece haber ganado un consenso general la prédica de quienes, dedicados al problema sanitario, clamaban por una mayor coordinación con las otras políticas relativas a las condiciones de vida en general, y hoy este aspecto, prácticamente no se discute.

Es a este tema con su correspondiente asignación de prioridades que hoy se vuelcan los esfuerzos, dejando de lado estériles polémicas anteriores sobre el problema de la estructura de los servicios donde se mezclaron “palabras” como “coordinación”, “integración”, etc., que sólo son aspectos instrumentales y en definitiva no permitían sumar recursos para la salud sino más bien obstruir su desarrollo.

Hoy se habla en general de racionalización en la utilización de los recursos financieros, humanos y tecnológicos, con miras a cubrir un campo más amplio que la tradicional atención médica, que preocupó a la seguridad social.

Se analiza para ello la posibilidad de potenciar la asistencia de medicina general para evitar la costosa utilización de los servicios hospitalarios para casos que pueden tener solución en esa instancia y no se discute la necesidad de preparar al personal médico y auxiliar para estos enfoques con cursos post-universitarios o ad hoc que completen su capacitación aca-

démica o básica y que les permita tomar conciencia del gasto que origina su actuación profesional.

También se sugiere firmemente encarar programas de atención ambulatoria o como alternativa, los cuidados en el hogar para casos relativamente simples, combinados con campañas de prevención y promoción de la salud haciendo uso en lo posible de personal auxiliar, como forma positiva de rebajar los costos.

Si bien estos aspectos mencionados son preocupación de los estudios de la medicina social desde hace tiempo, se estima que es el momento de insistir en los mismos para lograr que dejen de ser tema de estudio y se pase a la etapa de aplicación en el menor tiempo posible.

Dentro de este contexto que tiende a equilibrar la demanda con la oferta de servicios, cabe mencionar los criterios que a menudo se sustentan en el sentido de abandonar la "carrera" de proporcionar servicios de la más avanzada tecnología para dedicarse a poner énfasis en las necesidades de atención básica, comenzando por las personas más necesitadas, con programas mínimos que cubran amplios sectores de población.

Este enfoque, que presenta un cambio fundamental, puede ser aplicable en muchos países, si no a nivel nacional por lo menos para ciertas regiones de menos desarrollo económico social.

Finalmente, conviene repetir que la situación actual de los problemas de la salud es de gravedad con tendencias que deben revertirse de inmediato por medio de cambios radicales a lo que se puede contribuir eficazmente con los trabajos de este VI Congreso.

Departamento de la Seguridad Social, septiembre de 1978.

## ANEXOS

Anexo A. Gastos de la seguridad social en prestaciones <sup>1</sup>  
Tendencias en porcentaje del producto interno bruto y per cápita en ciertos países

País	Año	Asistencia médica <sup>2</sup>			Prestaciones monetarias <sup>3</sup>		
		Indices: 1960 = 100			Indices: 1960 = 100		
		En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>	En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Alemania (Rep. Fed.)	1960	2.7	100.0	100.0	11.9	100.0	100.0
	1965	3.2	118.5	146.1	12.4	104.2	129.6
	1966	3.5	129.6	160.5	12.7	106.7	134.4
	1967	3.9	144.4	176.4	13.5	113.4	141.6
	1968	3.8	140.7	186.0	13.3	111.8	148.3
	1969	3.8	140.7	197.5	12.8	107.6	154.9
	1970	3.9	144.4	224.5	11.9	100.0	158.3
	1971	4.4	163.0	261.9	11.8	99.2	164.1
	1972	4.8	177.8	294.2	12.7	106.7	181.0
	1973	5.1	188.9	325.4	12.7	106.7	186.8
	1974	5.7	211.1	368.3	13.6	114.3	201.2
Austria	1960	2.3	100.0	100.0	12.2	100.0	100.0
	1965	2.7	117.4	141.4	13.9	113.9	137.9
	1966	2.8	121.7	152.7	14.1	115.6	148.0
	1967	3.0	130.4	168.4	14.9	122.1	158.6
	1968	3.1	134.8	182.3	15.4	126.2	169.5
	1969	3.2	139.1	198.8	15.4	126.2	179.5
	1970	3.2	139.1	208.2	14.8	121.3	184.0
	1971	3.2	139.1	218.7	15.0	123.0	196.6
	1972 *	3.4	147.8	251.5	14.5	118.9	203.2
	1973 *	3.5	152.2	272.5	14.1	115.6	207.5
	1974 *	3.8	165.2	305.1	14.1	115.6	217.2

\* Estimaciones.

País	Año	Asistencia médica <sup>2</sup>			Prestaciones monetarias <sup>3</sup>		
		Indices: 1960 = 100			Indices: 1960 = 100		
		En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>	En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Bélgica	1960	2.2	100.0	100.0	11.5	100.0	100.0
	1965	3.4	154.5	191.6	11.2	97.4	123.9
	1966	3.4	154.5	198.8	11.6	100.9	132.4
	1967	3.6	163.6	215.6	12.2	106.1	143.8
	1968	3.8	172.7	238.3	13.1	113.9	159.6
	1969	3.7	168.2	251.4	12.6	109.6	164.9
	1970	4.0	181.8	288.9	12.6	109.6	175.6
	1971	4.2	190.9	318.8	12.8	111.3	186.5
	Canadá	1959-60	2.3	100.0	100.0	6.6	100.0
1964-65		3.0	130.4	157.2	6.0	90.9	110.5
1965-66		3.0	130.4	164.3	5.7	86.4	110.8
1966-67		4.7	204.3	268.6	5.8	87.9	119.1
1967-68		5.2	226.1	307.1	6.8	103.0	141.6
1968-69		5.6	243.5	337.8	6.9	104.5	149.1
1969-70		6.4	278.3	399.8	6.9	104.5	153.4
1970-71		7.1	308.7	455.4	7.4	112.1	168.2
Estados Unidos		1959-60	1.1	100.0	100.0	5.2	100.0
	1964-65	1.1	100.0	123.9	5.4	103.8	123.0
	1965-66	1.1	100.0	133.0	5.5	105.8	133.1
	1966-67	1.6	145.5	197.4	5.6	107.7	138.2
	1967-68	2.0	181.8	243.7	5.8	111.5	146.2
	1968-69	2.1	190.9	264.5	6.1	117.3	155.7
	1969-70	2.2	200.0	273.2	6.5	125.0	166.3
	1970-71	2.3	209.1	293.3	7.5	144.2	194.5
	1971-72	2.5	227.3	329.2	7.8	150.0	212.7
	1972-73	2.5	227.3	341.6	7.9	151.9	224.5
	1973-74	2.6	236.4	346.9	8.3	159.6	226.6

Francia	1960	2.4	100.0	100.0	10.1	100.0	100.0	
	1965	3.5	145.8	184.8	11.3	111.9	140.6	
	1966	3.5	145.8	198.3	11.2	110.9	146.6	
	1967	—	—	—	—	—	—	
	1968	—	—	—	—	—	—	
	1969	3.6	150.0	238.3	9.8	97.0	150.9	
	1970	3.8	158.3	265.9	9.7	96.0	157.3	
	1971	4.0	166.7	291.4	9.9	98.0	165.8	
	1972	4.4	183.3	322.2	12.8	126.7	218.4	
	1973	4.5	187.5	344.5	13.2	130.7	235.2	
	1974	4.6	191.7	356.5	13.6	134.7	244.1	
	1975	—	—	409.9	—	—	272.6	
	Italia	1960	2.2	100.0	100.0	8.8	100.0	100.0
		1965	3.0	136.4	170.7	10.8	122.7	155.9
1966		3.3	150.0	196.5	11.3	128.4	171.2	
1967		3.5	159.1	218.6	10.7	121.6	170.8	
1968		3.5	159.1	233.6	11.4	129.5	192.7	
1969		3.6	163.6	257.3	11.5	130.7	206.8	
1970		4.0	181.8	299.9	11.1	126.1	211.4	
1971		4.4	200.0	336.4	12.5	142.0	245.2	
Países Bajos		1960	1.7	100.0	100.0	8.7	100.0	100.0
	1965	2.0	117.6	153.9	12.7	146.0	184.0	
	1966	2.3	135.3	173.9	13.6	156.3	200.9	
	1967	2.8	164.7	224.0	14.5	166.7	224.7	
	1968	3.4	200.0	291.8	14.4	165.5	236.4	
	1969	3.7	217.6	324.7	14.8	170.1	253.4	
	1970	3.9	229.4	368.2	15.2	174.7	275.5	
	1971	4.4	258.8	428.0	15.8	181.6	296.2	
	1972	4.6	270.6	465.6	16.7	192.0	325.9	
	1973	4.7	276.5	501.3	17.2	197.7	351.2	
	1974	5.1	300.0	542.1	18.7	236.4	383.4	
	Polonia	1960	3.2	100.0	100.0	5.7	100.0	100.0
1965		3.6	112.5	140.5	5.7	100.0	124.9	
1966		3.7	115.6	153.3	5.6	98.2	129.2	
1967		3.6	112.5	157.0	5.7	100.0	135.6	
1968		3.5	109.4	164.6	6.3	110.5	162.7	
1969		3.6	112.5	170.8	6.9	121.1	181.3	
1970		3.6	112.5	180.8	7.1	124.6	197.5	
1971		3.2	100.0	183.0	7.1	124.6	225.5	
1972		3.4	106.3	212.8	7.1	124.6	248.2	
1973		3.6	117.5	241.2	7.0	122.8	264.0	
1974		3.6	112.5	257.9	7.0	122.8	277.9	

País	Año	Asistencia médica <sup>2</sup>			Prestaciones monetarias <sup>3</sup>		
		En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Índices: 1960 = 100		En porcentaje del PIB <sup>4</sup>	Índices: 1960 = 100	
			Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>		Gastos en porcentaje del PIB	Gastos per cápita a precios constantes <sup>5</sup>
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Reino Unido	1959-60	3.3	100.0	100.0	7.0	100.0	100.0
	1964-65	3.3	100.0	119.3	7.7	110.0	123.8
	1965-66	3.4	103.0	125.6	8.3	118.6	136.9
	1966-67	3.4	103.0	127.8	8.5	121.4	142.1
	1967-68	3.5	106.1	135.2	9.1	130.0	156.4
	1968-69	3.5	106.1	138.1	9.5	135.7	167.0
	1969-70	3.5	106.1	137.7	9.5	135.7	169.4
	1970-71	3.7	112.1	151.8	9.3	132.9	171.0
	1971-72	3.8	115.2	155.8	9.5	135.7	178.4
	1972-73	3.8	115.2	164.2	9.8	140.0	189.7
	1973-74	3.8	115.2	168.8	9.7	138.6	196.7
Suecia	1960	2.9	100.0	100.0	7.8	100.0	100.0
	1965	3.7	127.6	159.8	9.6	123.1	156.9
	1966	4.1	141.4	181.8	10.1	129.5	166.6
	1967	4.6	158.6	206.5	10.9	139.7	184.5
	1968	5.1	175.9	239.8	11.6	148.7	205.0
	1969	5.5	189.7	269.5	12.0	153.8	220.7
	1970	6.2	213.8	315.8	12.1	155.1	231.5
	1971	6.4	220.7	320.6	13.7	175.6	258.9
	1972	6.5	224.1	336.5	13.7	175.6	265.2
	1973	6.8	234.5	357.2	14.3	183.3	283.5
	1974	7.3	251.7	395.0	16.7	214.1	341.4
Suiza	1960	2.2	100.0	100.0	4.9	100.0	100.0
	1965	2.4	109.1	139.5	5.8	118.4	149.6
	1966	2.5	113.6	147.7	5.9	120.4	154.6
	1967	2.9	131.8	170.5	6.4	130.6	168.6
	1968	2.9	131.8	181.4	6.1	124.5	167.1
	1969	2.9	131.8	189.9	7.0	142.9	201.6
	1970	3.1	140.9	209.9	6.8	138.8	205.0
	1971	3.3	150.0	234.3	6.9	140.8	217.9
	1972	3.4	154.5	254.0	6.6	135.7	220.8
	1973	3.6	163.6	277.3	8.5	173.5	290.0
	1974	4.0	181.8	298.6	9.1	185.7	298.2

URSS	1960	3.6	100.0	100.0	6.6	100.0	100.0
	1965	4.1	113.9	139.9	7.5	113.6	139.6
	1966	4.0	111.1	148.3	7.6	115.2	151.8
	1967	4.1	113.9	162.8	7.5	113.6	160.3
	1968	4.2	116.7	188.6	7.8	118.2	178.9
	1969	4.2	116.7	188.7	7.9	119.7	192.4
	1970	4.1	113.9	200.0	7.9	119.7	209.7
	1971	4.1	113.9	209.3	8.1	122.7	226.7
	1972	4.1	113.9	216.3	8.6	130.3	244.0
	1973	3.9	108.3	220.5	8.4	127.3	256.0
1974	3.9	108.3	224.0	8.6	130.3	269.1	
Yugoslavia.	1960	4.0	100.0	100.0	6.7	100.0	100.0
	1965	4.3	107.5	149.5	7.3	109.0	150.4
	1966	4.2	105.0	146.7	7.8	116.4	160.1
	1967	4.0	100.0	135.6	7.3	109.0	146.1
	1968	3.9	97.5	134.3	7.6	113.4	154.9
	1969	4.0	100.0	148.6	7.6	113.4	167.2
	1970	4.3	107.5	169.1	8.1	120.9	190.7
	1971	4.3	107.5	189.2	7.8	116.4	205.1

<sup>1</sup> Las cifras de este cuadro se basan principalmente en datos extraídos de las encuestas de la OIT sobre el costo de la seguridad social. La definición de la seguridad social utilizada corresponde a la del Convenio (Núm. 102) de la OIT sobre la seguridad social (norma mínima), 1952. Abarca los regímenes y servicios instituidos por ley: sistemas de seguro social y prestaciones familiares, regímenes especiales para los empleados públicos, servicios públicos de salud, asistencia pública y prestaciones para las víctimas de guerra.

<sup>2</sup> La asistencia médica comprende los gastos por concepto de servicios curativos y preventivos (v.g.: servicios de generalistas y especialistas; hospitalización, o sea tratamiento y pensión completa; servicios odontológicos; exámenes de laboratorio; readaptación funcional y suministro de prótesis, etc.). Comprende todos los gastos, tanto si la asistencia se presta directamente como si se reembolsa su costo al interesado. En cambio, no está incluida la participación en los costos a cargo del beneficiario.

<sup>3</sup> Como regla general, no siendo la asistencia médica, las prestaciones en especie se imputan a "prestaciones monetarias", excepto para la República Federal de Alemania y Austria, en que todas las prestaciones en especie se contabilizan como "Asistencia médica".

<sup>4</sup> PIB = Producto interno bruto a precios de comprador. Tratándose de economías planificadas centralmente, se utiliza el producto material neto total, que difiere fundamentalmente del PIB, de manera que los porcentajes no son comparables.

<sup>5</sup> Los gastos en prestaciones per cápita de la *población total*, ajustados para abajo por los índices de precios de consumo.

## ANEXO B

EVOLUCION DEMOGRAFICA DE EUROPA PARA LOS GRUPOS DE EDAD  
DE 60 A 74 AÑOS, DE 75 O MAS, DE 60 O MAS, ENTRE 1970  
Y EL AÑO 2000, POR REGION Y POR PAIS

	Indices (1970 = 100)		
	60-74 años	75 años o más	60 años o más
Bulgaria	138	215	153
Checoslovaquia	97	135	104
Hungría	108	143	115
Polonia	152	222	165
República Democrática Alemana	94	117	99
Rumanía	151	215	163
Dinamarca	102	150	114
Finlandia	112	173	124
Irlanda	104	146	115
Noruega	93	155	109
Reino Unido	95	140	105
Suecia	92	163	110
Alemania (Rep. Fed.)	103	120	107
Austria	85	113	91
Bélgica	100	133	108
Francia	113	147	121
Suiza	120	183	135
Albania	250	209	241
España	138	178	147
Grecia	134	270	166
Italia	139	172	147
Portugal	129	163	137
Yugoslavia	168	185	171
URSS	326	227	294

FUENTE: Naciones Unidas, Comisión Económica para Europa: *Etude sur la situation économique de l'Europe en 1974*, segunda parte: *L'évolution démographique de l'Europe depuis la guerre et les perspectives jusqu'en l'an 2000* (Nueva York, 1976).