

Servicios Médicos y su Financiamiento

La provisión de fondos para los Servicios Médicos en los países de Latinoamérica*

Dr. SALVADOR DIAZ P. **

Para estudiar el "financiamiento" de los Servicios Médicos debemos definir la extensión que se les quiere dar y sus proyecciones probables en base de las necesidades de la población y sus tendencias, y de las actitudes de la profesión médica organizada y la de los poderes constituidos.

Elaborado un modelo dinámico de un sistema teórico, se discutirá las fuentes de provisión de fondos y las limitaciones económicas y sociales para su logro.

EXTENSIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

1.—Si se observa el comportamiento histórico de las sociedades frente a la medicina se comprueba que se está produciendo a un ritmo acelerado la incorporación de grandes y mayores sectores humanos a los servicios médicos y simultáneamente el incremento progresivo de la demanda de prestaciones en una tal cuantía que constantemente rebasa las posibilidades de las organizaciones médicas.

El fenómeno es la resultante de la confluencia de dos tendencias, una social y otra tecnológica-médica.

El fenómeno social se traduce, en sus resultados*, en una mayor presión de demanda, consultas y hospitalizaciones, independientemente de los "niveles de salud" medidos por los indi-

El doctor Salvador Díaz, investigador permanente de los problemas económicos de la formación, organización y ejercicio profesionales de la medicina en nuestro país, nos entrega en esta oportunidad un documentado estudio sobre los servicios médicos públicos organizados y su financiamiento en los países latinoamericanos. En él se analizan detalladamente las fuentes de la provisión de fondos para el cuidado de la salud, haciéndose notar la falta de una política uniforme, en cuanto a países y estratos sociales: financiamiento a base de seguros sociales, de tributación en relación con los ingresos, etc. Encontrándose los países de América Latina en diferentes etapas de desarrollo, los recursos destinados a servicios médicos son siempre insuficientes; se plantean diversos caminos por los que ellos podrían ser incrementados, formulándose, finalmente, una hipótesis de servicios con características especiales que se definen al término del trabajo.

Como siempre, tratándose de un estudio que contiene planteamientos polémicos, CUADERNOS MEDICO-SOCIALES deja abiertas sus páginas a las opiniones de sus lectores.

cadore habituales. En los estratos familiares altos de una sociedad o en los países de mayor desarrollo social, la mayor demanda coexiste con un alto nivel de salud expresado por los indicadores tradicionales. En consecuencia, el hecho implica una modificación de la conducta, simultánea al progreso social, en el sentido de una mayor necesidad de servicios como otro factor de bienestar.

La tecnología médica a su vez, ha influido en forma importante en la acentuación del fenómeno de la demanda y en la intensificación de la necesidad de "servicios" médicos, a través de la ampliación de los campos de acción de la medicina y de una mejor educación e información de las poblaciones.

La meta primordial de la medicina es satisfacer esa demanda de servicios, y *no limitar sus objetivos a los problemas de la salud producidos por defectos del desarrollo*, en los que habitualmente fracasa si paralelamente no se conjuga con otras medidas que conduzcan a un proceso social armónico. Esta perspectiva *nos permite suponer, prever y estimar, un desarrollo acelerado de los Servicios Médicos y un in-*

* Trabajo presentado al Congreso Médico Social de la Federación Médica Venezolana. Caracas - VIII - 1965.

** El Dr. Díaz es fundador y colaborador habitual de Cuadernos Médico-Sociales. Entre otros ha publicado en nuestro número anterior el trabajo *Medicina Pública y Privada. Las críticas al S.N.S.*

* Más adelante se exponen algunas de sus causas.

crecimiento progresivo del gasto médico, en concordancia con la tasa de crecimiento económico social que las sociedades Latino Americanas están empeñadas en lograr.

2.—Los organismos internacionales preocupados de las condiciones sociales de las poblaciones y constituídos por representantes autorizados de los poderes nacionales, han postulado el Derecho a la Salud como una necesidad que debe ser resuelta. Esta postulación no es sino el reconocimiento de una presión social que se ha estado configurando desde hace más de un siglo, y que se ha hecho presente por la creación de una serie de instituciones médico-sociales de diversos grados de desarrollo. El derecho a la salud, en relación a la medicina, se puede expresar como la oportunidad para toda la población de solicitar y para la institución médica de acceder, a las acciones de fomento y protección de la salud así como a la atención médica y rehabilitación del enfermo. El postulado implica un concepto de integración de acciones y una necesidad de recursos suficientes.

3.—La Asamblea General de las Naciones Unidas, así como el Consejo Económico y Social y su Comisión Social han acordado un número de resoluciones que ponen acento en la importancia de un desarrollo económico y social simultáneos, integrados o equilibrados¹. Se ha configurado una conciencia creciente de que no se puede planificar el desarrollo económico de un país sin preocuparse a la vez de los aspectos sociales del desarrollo que normalmente se identifican con la salud, educación, vivienda, y otros, y que en síntesis constituyen parte importante del bienestar. Ya no se discute ahora la necesidad de establecer una relación estrecha y cuantificada o apropiada entre ambos desarrollos; sin embargo, la dificultad estriba en la definición de lo "apropiado"¹; la cual no puede tener una connotación internacional sino estrictamente regional y nacional, *pero que debe ser expresada por una política de inversiones y gastos del sector público bien definida y dirigida a metas precisas en lo económico y social.*

4.—Desde el punto de vista de los postulados de la profesión médica se considera que la medicina contemporánea debe reunir una serie de requisitos y entre ellos:

a) Ser universal, esto es, que pueda llegar a toda la comunidad, con un nivel mínimo, independiente de las condiciones económicas, religiosas y sociales de las personas.

b) Ser eficiente, o sea, proveerse en forma oportuna y suficiente en cantidad y calidad.

c) Ser continua, o ser proyectada a lo largo de la vida del individuo y en los diversos estados alternativos de salud y enfermedad.

d) Ser integral, es decir, incluir en proporciones adecuadas a las condiciones regionales, acciones de fomento, protección y recuperación de la salud y las de rehabilitación de los enfermos, en los aspectos psíquicos, físicos y sociales.

e) Ejercer su acción sobre el individuo, el núcleo familiar y la comunidad.

Esta concepción integralista de la función médica y universalista en sus proyecciones no deja de ser por ahora una abstracción idealista, pero que, sin embargo, constituye el marco en que se mueven los objetivos de las organizaciones médicas de numerosos países.

FINANCIAMIENTO DEL SERVICIO MEDICO; PREVISION O TRIBUTACION GENERAL

Paralelamente al sistema de la remuneración directa del médico por el paciente se han desarrollado procedimientos tendientes a satisfacer la necesidad de las clases económicamente débiles, u otros, basados en la teoría del riesgo compartido, en el cual la población comprometida en el sistema afronta los gastos de los que sufren el riesgo biológico. Un análisis de la situación actual en los países Latino Americanos demuestra la coexistencia de diferentes sistemas de organización y de provisión de fondos:

- La Asistencia Privada, financiada por los cancelaciones directas de las personas atendidas, a los servicios médicos particulares.
- La Beneficencia Privada y Pública para la atención de los indigentes*; esta última ha evolucionado hacia la Asistencia Social.
- Los Seguros Voluntarios, iniciados con las mutuales desde el siglo XVIII, que cubren riesgos y prestaciones parciales, para asociaciones definidas de personas.
- Los Seguros Compulsivos, para "determinados" grupos de la población con características económicas definidas y que generalmente cubren una fracción de la población.
- El Estado y los Gobiernos locales que comparten las responsabilidades de proveer recursos necesarios para las acciones de salud pública. En relación a la asistencia médica, protegen a grupos humanos específicos, como las Fuerzas Armadas o a los indigentes.
- La combinación de todos los sistemas en diferentes proporciones.

Este panorama evidencia la falta de una política para la provisión de fondos para el cuidado de la salud, hecho que no observa en otras funciones sociales como por ejemplo, la de Educación.

¹ The Interrelation of Social and Economic Development and the Problem of "Balance". Report on the World Social Situation. United Nations. New York, 1961 - Pág. 23.

* La indigencia debe ser considerada en relación a los costos actuales de las prestaciones médicas; no como indigencia real.

1.—*Financiamiento a través de los Seguros Sociales.*—Los sistemas de seguros están basados en el conocimiento de las probabilidades en que pueden acontecer los riesgos para un número de personas en un tiempo determinado, y el costo de las acciones médicas para prevenir los riesgos o superarlos si se han hecho presente; la ecuación da por resultado el monto del gasto probable y el monto del prorrato por persona asociada en forma voluntaria u obligada. Este aporte, para los Seguros Compulsivos es generalmente tripartito; del asegurado, del patrón y del Estado y habitualmente es una proporción fija de las remuneraciones y establecida por Ley para cada uno de los participantes.

Esta teoría de provisión de fondos tiene varios puntos débiles de acuerdo a lo observado en los últimos años.

a) El concepto de "riesgo" se ha modificado y ampliado simultáneamente con el concepto de enfermedad; ^{2, 3, 4 y 5.}

b) El lego, o individuo de la población, ha adquirido una serie de elementos nuevos que hacen que "perciba" con mayor frecuencia situaciones de salud alteradas y como consecuencia produce o genera más "episodios mórbidos" por período de tiempo; ^{6, 7 y 8, etc.}

c) Modificaciones de tipo social que están produciendo también un mayor número de consultas y egresos hospitalarios por número de habitantes⁹.

d) La tecnología médica, por acto médico, requiere con más frecuencia un mayor número de personas e instalaciones y equipos en el contexto de una organización, lo cual se expresa por un "costo" real creciente del "acto".

Todos estos factores han aumentado considerablemente la frecuencia de riesgos calculados, expresada en "contactos médicos" y "cos-

tos" los que alteran constantemente los cálculos de probabilidades por medio del cual se efectuaron las estimaciones de los aportes o imposiciones de los participantes. Por ello ha sido menester efectuar periódicos reajustes de cotizaciones o incorporar grupos de mayor nivel económico.

e) La experiencia nacional demuestra que los salarios y remuneraciones siguen un ritmo inferior al de los precios y por lo tanto hay una disminución de fondos, en moneda constante, en relación a los mayores precios que juegan en los costos del acto médico.

f) se debe mencionar como otras fuentes de errores de cálculos previsionales, los siguientes:

— Que existe una proporción de individuos que debiendo ingresar a la previsión no lo hicieron, produciendo una evasión de aportes que se agravan por el hecho de que cuando enferman, gravitan sobre el Servicio Médico¹⁰.

— Las imposiciones de los salarios que se destinan a la previsión, se calculan en la práctica, no sobre los salarios reales sino con frecuencia sobre los mínimos legales, hecho comprobado permanentemente¹¹.

g) El costo del servicio médico previsional es financiado por toda la población, a través de los consumos, en proporciones del 50 o más por ciento, porque las cotizaciones patronales y no con poca frecuencia la de los obreros también, recargan los costos de producción. Y si a esta proporción se agrega el aporte estatal, que se obtiene por tributación, frecuentemente regresiva, resulta en la práctica que toda la población "paga" el servicio médico para un sector determinado de la misma, el cual no es el substrato obrero o campesino más débil económicamente; en efecto quedan ausentes de la esfera protegida por la previsión gran parte de las poblaciones marginales, o de periferia urbana, lo que Myrdal citado por Aníbal Pinto¹², llama "la humanidad sumergida".

h) El servicio médico organizado sobre bases económicas previsionales no cumple con el requisito de universalidad de la población e integralidad de las acciones. Esta condición al-

² Freidson, Elliot — La Sociología de la Medicina.— Informe sobre las tendencias de la investigación — Cuadernos Médico-Sociales Vol. V N° 1 de III-1964, págs. 5-19.

³ Wolf, Stewart. Disease as way of life — Págs. 366-383 de "Life and disease". Editado por Single Basic Books. En el mismo libro, se pueden consultar los artículos de Dickinson, W. Richard; Selye Hans; Engel, L. George.

⁴ Wolf, Harold. Disease and Pattern of Behavior. Págs. 54-60 de "Patients, Physicians and Illness". E. Gartly Jaco Editor 1960.

⁵ Dubois, R. J. — Health and Disease — J.A.M.A. 174 — Págs. 505-507, Octubre 1960.

⁶ Mechanic, David and Wolkart, E. — J. of Health and Human Behavior Vol. VI-N° 2; 1960; págs. 86-94.

⁷ Scheff, Thomas J. Behavior and Science — Vol. 8; N° 2; Abril 1963 págs. 97-108.

⁸ Apple Dorrian — J. of Health and Human Behavior. Vol. 1 N° 3.

⁹ Díaz, S. — Las necesidades de Médicos en Chile — Bases para un proyecto de estudio — Cuadernos Médicos Sociales — Vol. III N° 1; III-1962; págs. 24-32.

¹⁰ Díaz, S. y Sepúlveda, G. Algunas consideraciones sobre la previsión social; un análisis sociológico en dos comunas de Santiago de Chile — Inédito. Entre los obreros y empleadas domésticas se encontró una evasión de 35% (Ñuñoa) y 25% (San Miguel); para los empleados fueron del 17 y 15% respectivamente.

¹¹ Servicio Nacional de Salud. 10 años de labor 1952-1962-Chile pág. 47: "Esta disminución de los aportes del Seguro Social, es debida por una parte a la enorme evasión de imposiciones del Servicio Seguro Social por escasez o fallas en sus estructuras de control e inspección...".

¹² Pinto, Aníbal — Chile, una economía difícil — Fondo de Cultura Económica — Págs. 53-1964.

canzaría si se concediere cobertura a todos los habitantes, a través de la participación de todas las personas activas en la provisión de fondos.

2.—*Financiamiento a través de la tributación.* Este procedimiento hace, solidarios a todos los habitantes con el sector que en determinados momentos y períodos de la vida está en estado de necesidad de servicios médicos. Además tiene como beneficiarios potenciales a todos los componentes de la población sin requisitos condicionantes, eliminando toda situación de incertidumbre en relación con la seguridad biológica. Permite cumplir con los propósitos ya mencionados de una medicina social.

Un mecanismo de tributación, teóricamente, podría llevarse a cabo por una imposición sobre los salarios, remuneraciones, asignaciones, bonificaciones y otros con participación de los asalariados y los empresarios. El procedimiento es de carácter inflacionario porque recarga los costos de producción y no tiende a corregir sino muy parcialmente la desigual distribución de rentas por sectores de la población. En esta eventualidad, la redistribución se efectúa en función de las diferencias de los consumos entre los diferentes estratos de la población.

Otro procedimiento de tributación, para la recolección de fondos para las funciones sociales del sector público y el financiamiento de los servicios médicos, sería el de imposiciones directas y progresivas sobre las rentas de las personas naturales y jurídicas. El sistema cumpliría con todos los preceptos de la seguridad social y permitiría beneficiar a toda la población haciendo a la vez una mayor justicia distributiva de rentas.

Las características de la distribución de los ingresos entre las personas del Continente Latino Americano hacen imperiosa la necesidad de buscar arbitrios para alcanzar una mejor redistribución de los mismos. Resulta menos objetable esta política si esta redistribución tiende a satisfacer necesidades sociales básicas, como el cuidado de la salud. Más aún existe consenso entre los planificadores de que el desarrollo debe lograrse simultánea y equilibradamente entre lo económico y lo social.

Una visión más objetiva de la tesis se obtiene revisando el análisis de los ingresos prevalecientes en países de América Latina efectuado por la Cepal¹³. El grupo I, constituido por el 50% de la población recibe el 16% de los ingresos totales de las personas; el grupo II que corres-

ponde al 45% de la población obtiene el 50%; el grupo III y IV se forma con el 5% de las personas y obtiene un 25 a un 30% de los ingresos.

En promedio, cada una de las personas integrantes de la Categoría I tiene un ingreso que es igual al 30% del promedio general y asciende a 120 dólares anuales. En esta categoría estarían incluidos una proporción muy alta de los obreros urbanos y rurales no calificados, servicio doméstico, pequeños artesanos, vendedores ambulantes, jubilados. El promedio del ingreso mensual familiar sería de 55 dólares.

La Categoría II incluiría a obreros especializados, empleados públicos y privados de nivel medio, pequeños propietarios y comerciantes, artesanos y jubilados. El ingreso mensual familiar se situaría entre 100 y 500 dólares mensuales como mínimo y máximo.

Las personas afectas a la previsión con cobertura del riesgo biológico provienen principalmente de la Categoría I y del sector bajo de la Categoría II, es decir se constituye con aquellas personas de menores ingresos, las que se gravan además con cotizaciones sobre el salario y el incremento de los precios de los artículos de consumo. Sin embargo, la situación es mas seria si se consideran los ingresos de las sub-categorías del grupo I. En efecto, en uno de los países estudiados el 70% de la Categoría I, equivalente al 35% de la población del país, percibe el 6% de los ingresos; evidentemente que este estrato no debería financiar servicios ni por vía directa de cotización ni por vía indirecta de mayores precios.

En el mismo estudio se hacen estimaciones de las cargas tributarias incluyendo los aportes previsionales, de las cuatro Categorías. El 18,4% del ingreso personal, como promedio, está destinado a la tributación y a los aportes previsionales. La Categoría I contribuye con el 12,8% de sus ingresos y las Categorías III y IV, de los más altos ingresos, participan con el 16,5 y el 20,5% respectivamente. En consecuencia los actuales sistemas de tributación y de financiamiento de los servicios previsionales no efectúan una redistribución de los ingresos, puesto que los aportes porcentuales difieren muy poco entre las Categorías y en cambio los ingresos son ostensiblemente distintos entre ellas. Considerando el monto total tributado, a la Categoría I le corresponde el 11,5%; a la II, el 55%, y a las III y IV, sólo el 33,5%.

Esta distribución de los ingresos de carácter regresivo tiende a acentuarse por lo menos en Chile.

En el sexenio 1953-1959, considerando como índice 100 el primer año de la serie, el sector obrero bajó 1,5% sus ingresos, el sector medio

¹³ Comisión Económica para América Latina — El desarrollo económico de América Latina en la Post-Guerra. Naciones Unidas — New York XI-1963 — Págs. 51-77. El estudio está basado fundamentalmente en informaciones relativas a Chile, Ecuador, México y Venezuela.

lo subió 1,6% y el sector patronal lo incrementó en 27,7%¹⁴.

En conclusión, se estima que la profesión médica debe propender a obtener el financiamiento de los servicios médicos por una tributación sobre el ingreso de las personas, en proporciones crecientes a sus montos, como medio de coadyuvar a una mejor justicia distributiva y poner al alcance de toda la población las oportunidades de satisfacer sus necesidades de servicios médicos. La provisión de fondos por el mecanismo previsional no permite alcanzar esos propósitos.

LIMITACIONES AL GASTO MÉDICO

Se ha considerado los propósitos de una organización médica contemporánea, las tendencias de la demanda de servicios por la población y se ha discutido las fuentes de financiamiento. Teóricamente parecería una buena metodología seguir el orden de las etapas mencionadas, sin embargo en la práctica hay una limitante de enorme importancia que modifica substancialmente el orden del proceso señalado y *ella consiste en el volumen de recursos que una comunidad puede destinar a esta función*. Este hecho implica revertir las etapas y comenzar por adquirir el conocimiento de las cantidades de bienes y servicios que la comunidad produce, la proporción destinada a la conservación e incremento de los bienes de producción o el activo nacional y las proporciones destinadas a los consumos, y secundariamente determinar los niveles de servicios médicos que pueden entregarse a la población. Este hecho no significa posponer el servicio médico sino armonizar la apropiación de recursos para ese fin con los recursos para las otras funciones sociales y todas éstas con las reservas de recursos para el incremento del capital activo nacional.

De ello se infiere que la planificación de la salud debe postular a alcanzar el óptimo que la técnica puede entregar, y *que sus objetivos admiten demora en el tiempo por la limitación de recursos que la comunidad puede destinar a esos propósitos sin detrimento de las demás funciones*. Este concepto sugeriría *que en la medida que aumenta el volumen de recursos de la comunidad, también se incrementaría el volumen destinado al gasto médico*, paralelamente a la disminución de los problemas de salud derivados de defectos del desarrollo.

¹⁴ Varela, Helio — Estratificación social de la población trabajadora de Chile y su participación en el ingreso nacional 1940-1954. Citado por el Instituto de Economía de la U. de Chile — La Economía de Chile en el período 1950-63 — Tomo I — Págs. 116 - 1963.

Las tendencias de los gastos médicos familiares en relación a los ingresos familiares^{15 y 16} confirman la sugerencia señalada. El mismo sentido señala la tendencia de los gastos médicos nacionales, aún cuando no tan definido, probablemente por falta de información de los gastos del sector privado.

En consecuencia el desenvolvimiento de los servicios médicos y el volumen del gasto médico están determinados por el grado de desarrollo económico y social alcanzado por las comunidades.

Los países de Latino América están en diferentes etapas del proceso de desarrollo y obviamente los recursos destinados a servicios médicos son insuficientes para las necesidades.

¿A QUÉ RITMO PUEDEN CRECER ESTOS RECURSOS?

1.—Por una mayor participación del gasto médico como por ciento del Producto Geográfico Nacional. Desgraciadamente no hay una información adecuada para los países Latino Americanos en este sentido; y por consiguiente es un tanto difícil saber si es o no factible esta posibilidad. Este conocimiento debe ser logrado a base de un estudio similar para todos los países de este continente. En Chile el gasto médico, comprendiendo los sectores público y privado es del 5,7 del Producto Geográfico Nacional y con tendencia al aumento en el decenio, a expensas del gasto del sector privado. Considerando el "valor agregado" del sector salud la relación es de 4,3% del Producto Geográfico Bruto. Se estima que un incremento de la participación del sector médico en el Producto Geográfico Nacional no sería aconsejable sin un estudio intersectorial.

2.—Por el incremento del Producto Geográfico Nacional. En efecto, si se mantiene constante la participación del sector salud en el Producto Geográfico Nacional y éste aumentara a una tasa superior al del crecimiento vegetativo, el sector médico estaría en condiciones de disponer progresivamente y en forma acumulativa de mayores recursos.

3.—Por una canalización del gasto médico del sector privado hacia el sector público, lo que permitiría una racionalización del recurso en beneficio de la comunidad. Los gastos médicos del sector privado constiuyen proporcio-

¹⁵ Díaz, Salvador; Montoya, Carlos y Vera, Mario. El Gasto Médico en Chile — presentado a las 1as. jornadas de la Asociación Médica Latino Americana — IV-1965. En prensa.

¹⁶ Progress in Health Services — Medical Care and Family Income-Health Information Foundation —The University of Chicago-Vol. XIII —Nº 5; XII — 1964.

nes distintas del gasto total en los diversos países. En Chile, es un 60% del gasto médico, para servir a un tercio o menos de la población derrochando los difíciles fondos del lento crecimiento económico. Esta hipótesis involucra un servicio único de salud financiado por una tributación general y que conduciría a un mayor rendimiento de los fondos de la comunidad.

4.—Por último, no se puede dejar de mencionar que un procedimiento de incremento relativo de los recursos y a corto plazo se obtendría por:

- La aplicación de procedimientos que produzcan una mayor eficiencia administrativa en el uso de los recursos y,
- Las posibilidades de mejorar lo que los economistas llaman las funciones de producción o la combinación más eficiente de los recursos disponibles.

RECOMENDACIONES

De acuerdo a los párrafos precedentes se puede postular un esquema teórico de servicio médico, que debiera cumplir con las condiciones de universalidad, eficiencia, oportunidad e integralidad de sus acciones, las que deben llevarse a cabo por estructuras, predominantemente funcionales, ubicadas en el medio en que el

hombre vive y trabaja, para que puedan proyectar sus acciones al individuo, a la familia y a la comunidad y que tenga la capacidad suficiente de expansión de sus recursos para satisfacer el mayor costo de las acciones y la mayor cantidad de prestaciones per cápita en relación a la demanda de servicios paralela al desarrollo social y a la modificación de la conducta de las poblaciones en relación con la medicina.

Si se aceptara la hipótesis, como esquema de trabajo, se destacan como consecuencias lógicas una serie de líneas de acción de las que se mencionan las más importantes.

- a) La existencia de un servicio médico único*.
- b) El planeamiento de su desarrollo en etapas progresivas.
- c) La interdependencia de su desenvolvimiento en relación con el desarrollo de los demás sectores.
- d) El financiamiento de carácter universal o por intermedio de una tributación general y proporcional a los ingresos.

* Debe entenderse la unicidad, como planeamiento, dirección y recolección de recursos; la ejecución de las acciones puede ser completamente descentralizada.