

Reforma de los Servicios de Salud en los Estados Unidos: El Argumento a Favor de un Pagador Único

En agosto de 2006, la organización sin fines de lucro Public Citizen sometió la siguiente ponencia al Group de Trabajo creado por el gobierno para auscultar las opiniones sobre los servicios de salud en los Estados Unidos. A continuación presentamos una traducción de un resumen de la ponencia.

La creación de un seguro universal de salud ha sido tema de debate en los Estados Unidos desde 1912, cuando un grupo laboral estableció un comité sobre seguridad social. Aunque el concepto de servicios de salud para todos fue discutido, la idea no prosperó. Pero el tema ha suscitado interés esporádicamente desde entonces, y actualmente ha vuelto a surgir como tema de interés social y político.

El caso a favor de un pagador único ha cobrado vigencia en días recientes, cuando las empresas están sintiendo las presiones de un alza en el costo de los seguros de salud, el país está perdiendo su ventaja comparada en los mercados globales, los hospitales están buscando alivio contra la atención no remunerada, y los consumidores están confusos debido a la variedad de aseguradores que ofrecen confusión disfrazada como selección.

Actualmente la razón principal a favor de un reforma al sistema es el creciente número de personas ---unos 47 millones--- que no tienen seguro médico y los millones adicionales que tienen una cubierta tan escasa que no pueden contar con su seguro para protegerlos contra el riesgo de una condición grave. Pero también hay muchas razones prácticas a favor de un seguro universal con un pagador único. A continuación las resumimos.

El pagador único es conveniente para las empresas. Un seguro financiado por el sector público pero operado por el sector privado le costaría menos a los patronos en impuestos de lo que pagan actualmente para cubrir el seguro de salud. Con un seguro universal, los patronos no tendrían que ofrecer seguros médicos como parte de la compensación a sus empleados. Y, con el costo de servicios estimado a aumentar entre 14 a 18 por ciento entre ahora y el 2010, en ausencia de un seguro, los empleados no tendrían ningún alivio contra la situación intolerable en que se encuentran al presente. Una encuesta de ejecutivos llevada a cabo en Detroit reveló que un 75 por ciento considera que los costos de los seguros de salud que ofrecen los patronos son "no sufragables" y el 25 por ciento restante los considera "altamente intolerables."

Si ésta es la situación para los patronos individuales, el cuadro es aún peor para la economía en general. Los aumentos en los costos de los servicios de salud

tienden a rezagar el crecimiento económico: obstaculizan la creación de nuevos empleos, impiden los aumentos salariales, debilitan la viabilidad de los fondos de pensiones, y deprimen la calidad de los empleos. Los aumentos en los servicios de salud también tienen un impacto nocivo sobre los gobiernos federales y estatales, los cuales cubren la mitad del gasto nacional por concepto de servicios de salud.

Un seguro universal de salud también beneficiaría las relaciones obrero-patronales. Una gran parte de las huelgas que se han llevado a cabo en los últimos 5 años han concernido disputas sobre los beneficios de salud. La cobertura de toda la población eliminaría estas disputas, proveería beneficios independientemente del estado laboral del individuo, y el darían al patrono mayor flexibilidad en cuanto a quién emplear.

El pagador único fortalecería las ventajas comparadas de los Estados Unidos en el mercado mundial. El Presidente Bush ha indicado en repetidas ocasiones que los Estados Unidos no está renuente a competir en el mercado internacional siempre que sea en igualdad de condiciones. Al presente, la carencia de un seguro nacional pone al país en desventaja en comparación con otros países desarrollados. Compañías tales como General Motors que tienen fábricas tanto en los Estados Unidos como en otros países han aprendido bien esta lección. Por ejemplo, en 2003 el costo de manufacturar un carro mediano en Canadá era \$1400 menor que el costo de fabricar el mismo carro en los Estados Unidos; la diferencia se debía principalmente a lo que gasta la compañía por concepto de servicios de salud.

El pagador único se basa en la experiencia ya vivida. Hay quienes alegan que el pagador único es algo nuevo y foráneo, y por lo tanto representa un concepto experimental. A éstos, hay que recordarles que el programa Medicare funciona como pagador único. Para las personas cubiertas por este programa en su forma original, Medicare es universal y uniforme, y no depende de la capacidad de pago de cada cual. El programa es administrado por el gobierno, y éste funciona como pagador único para los servicios médicos y de hospital. Debido a que el gobierno cubrió a toda la población mayor de 65 y no tuvo que clasificar a la población por nivel de riesgos ni lidiar con una multiplicidad de aseguradores, la inauguración del programa fue increíblemente sencilla y libre de escollos. Prácticamente de la noche a la mañana --- y sin el uso de computadoras--- el programa cubrió los servicios provistos por 6,600 hospitales, 250,000 médicos, 1,300 agencias de salud en el hogar, y cientos de casas de salud. Para fines del primer año de operaciones, Medicare había inscrito a un 90 por ciento de la población elegible, un logro que afianzó la popularidad del programa y vindicó la confianza del Presidente Johnson en el gobierno.

En contraste, la parte D de Medicare, que adoptó un modelo diferente e introdujo a las compañías aseguradoras en la administración del programa, tuvo un despegue difícil, incurriendo así la ira de muchos consumidores que tuvieron dificultad en descifrar los beneficios de los productos farmacéuticos a los cuales tendrían derecho.

El pagador único acarrea gastos administrativos mucho menores. Los estudios llevados a cabo tanto por la Oficina de Presupuesto del Congreso como por la Oficina de Contabilidad Gubernamental (GAO, por sus siglas en inglés) concluyen que la utilización de un pagador único bajo un seguro universal ahorraría mucho dinero en gastos administrativos. En 1991, el GAO calculó que, si Estados Unidos hubiese adoptado la cubierta ofrecida por el sistema de salud de Canadá junto con un pagador único ese año, el ahorro total (estimado en ese momento en \$66.9 billones) “hubiese sido más que suficiente para financiar la cobertura de los millones de americanos que no tenían seguro de salud” en ese momento. Más recientemente, estimados publicados en el *International Journal of Health Services* demuestran que, extrapolando los gastos administrativos de Canadá a los Estados Unidos hubiese ahorrado unos \$286 billones en 2002, suma que alcanzaría a \$6,940 por cada uno de los 41.2 millones de personas que no tenían seguro médico para esa fecha. Al presente, los gastos administrativos de los Estados Unidos son entre 50 y 100 por ciento más altos de lo que son en los países que usan un pagador único.

El pagador único facilita el control de calidad. Teniendo un pagador único, los Estados Unidos tendría un banco de datos abarcador, confiable y al día sobre la utilización de los servicios de salud y la eficacia de los mismos. Esto proveería datos sobre lagunas o duplicación en los servicios y disparidades en el acceso, suministrando así información útil en la toma de decisiones y en la asignación de recursos.

El pagador único le da al gobierno mayor poder de regateo en el control de costos. Un pagador único podría beneficiarse de las economías de escala que conlleva un mayor volumen de servicios. Además, aumentaría el poder de regateo que tendría el gobierno al negociar con proveedores, abaratando así los costos. Experiencias recientes con el Departamento de Veteranos y la Parte D de Medicare indican la diferencia que puede hacer el poder de regateo. El Departamento de Veteranos utiliza su poder adquisitivo como comprador para negociar mejores precios cuando compra drogas y medicamentos. Pero cuando el Congreso pasó la ley que autorizó el Plan de Drogas (mejor conocido como Medicare, Parte D), el Congreso explícitamente prohibió la negociación de precios con los manufactureros de productos farmacéuticos. Los resultados de esto son obvios: al presente, el Depto. de Veteranos paga un 46 por ciento menos por las marcas más populares de medicinas de lo que paga Medicare por las mismas drogas.

El pagador único promueve una mayor responsabilidad de los servicios hacia el público. Una de las características claves del sistema de salud estadounidense es su fragmentación. Cuando cada parte es responsable de sólo parte del problema de parte de la población parte del tiempo, no hay nadie responsable por el funcionamiento del sistema en su totalidad. Los consumidores terminan confusos, y no saben a quién apelar cuando carecen de información o los servicios son deficientes.

La creación de un pagador único proveería una oportunidad para crear un sistema operado por un fideicomiso público. Los beneficios y los pagos los decidiría una entidad que operaría bajo el liderato de una junta diversa con representación de consumidores, proveedores, empresarios, y el gobierno.

El pagador único promueve la transparencia en las decisiones de qué cubrir. Dado que los recursos no son infinitos, puede que no sea posible cubrir todo la gama de servicios y tratamientos que un paciente requiera o desee. Habrá que establecer prioridades, y los criterios para éstas deben de ser explícitos y consistentemente aplicados. Las decisiones sobre qué servicios o terapias cubrir deberán basarse en criterios de seguridad, eficacia, y economía. Los consumidores necesitan saber qué juicios imperaron en el momento de seleccionar entre distintas terapias o servicios.

Resumiendo, las razones para seleccionar un pagador único se basan en consideraciones prácticas así como morales y éticas, basadas en valores de información compartida y responsabilidad social.