



Lyndon Johnson inauguró Medicare en 1965

#### NOTICIAS RELACIONADAS

- » La salud pública española en el banquillo
- » Indra diseñará el modelo de gestión de la sanidad pública de Túnez
- » Sanidad firma un plan para la mejora de la salud en América Latina

EL DEBATE POR UNA POLÍTICA SANITARIA ADECUADA Y UNA GESTIÓN EFICAZ

## Sanidad pública: una organización extremadamente costosa

El creciente gasto sanitario y la dificultad de su cobertura, así como el elevado déficit generado en este campo, no son problemas exclusivos de un país concreto o de un modelo sanitario. Desde España a Estados Unidos se comparte una evolución creciente de los gastos sanitarios, derivada de un aumento espectacular en la demanda de dichos servicios. Varios expertos en sanidad analizan el sistema norteamericano diagnosticándole una severa enfermedad terminal.

DiarioExterior.com

10 de septiembre de 2005

Los bienes sanitarios demandados (tratamientos, intervenciones, prevención...) son cada vez más, y también de mayor complejidad y cualificación. De ahí la importancia de adecuar la oferta del servicio a una demanda de un bien que tiene una elasticidad-renta creciente. Una política sanitaria adecuada y una gestión eficaz de la sanidad son requisitos imprescindibles para que no se produzcan déficit, no sólo financieros sino también de atención.

No parece que la provisión pública de la sanidad pública tanto en EEUU y España sea eficiente y mucho menos que el mejor sistema organizativo del sector sanitario sea otorgar naturaleza, directa o de hecho, de funcionario a sus empleados. Pero tampoco resulta bueno para la calidad sanitaria el agobio a que se ven sometidos en muchas ocasiones esos profesionales.

### Debate en Estados Unidos

El debate sobre la sanidad pública en EEUU está servido. Demócratas como Hillary Clinton, John Kerry, o Howard Dean han impulsado una "cobertura universal", en la que el seguro sanitario de todos los ciudadanos estaría administrado y sufragado por el gobierno federal. Para no quedar atrás en lo que se refiere al gasto federal, la administración Bush expandió *Medicare* para cubrir los costes de las medicaciones geriátricas, y ha hecho poco por cumplir sus promesas de campaña de hacer reformas

de libre mercado en política sanitaria.

El papel federal en la industria sanitaria ha crecido marcadamente, hasta un punto en el que se estima que el 45% de todos los costes sanitarios están sufragados hoy por el gobierno norteamericano. Estas políticas han llevado previsiblemente a una demanda inflada y a crecientes precios de los cuidados médicos. Aún así, a pesar del hecho de que la medicina americana está casi a mitad de camino de la socialización, los partidarios del sistema de salud público continúan echando la culpa de estos costes disparados al libre mercado.

Los críticos de la sanidad pública postulan que socializar los precios de la salud cultiva una mentalidad de "todos pagan, yo me beneficio", y anima a los participantes a exigir el cuidado más caro (y más frívolo en muchos casos) disponible. El cuidado sanitario no es distinto de cualquier otro servicio, excepto que requiere tanta inversión - en educación, tecnología y tiempo - que tiene que hacerse bien. Ninguna cantidad de asesoría legal o de intervención gubernamental puede cambiar eso. El cuidado sanitario es demasiado necesario e importante para confiarse a una única institución, especialmente una tan orgullosa, llena de sí misma e ineficaz como el gobierno federal. Esto puede verse en las listas de espera, que no son sólo un problema de los españoles sino que forma parte de todo sistema de medicina gratuito.

### Listas de espera

El gobierno británico dice que, en cualquier momento dado, hay alrededor de un millón de personas esperando entrar a los hospitales. De acuerdo al Fraser Institute, casi 900,000 pacientes canadienses están en lista de espera en cualquier momento dado. Y, de acuerdo al gobierno de Nueva Zelanda, 90,000 personas están en lista de espera allí.

John Goodman, fundador y presidente del Centro Nacional para el Análisis de Políticas en Dallas, cuenta que "esas personas constituyen solo entre el 1 y el 2 por ciento de la población de esos países, pero acuérdesese que solo cerca del 15 por ciento de la población en realidad entra a un hospital cada año. Muchas de las personas que están esperando lo están haciendo con mucho dolor. Muchos están arriesgando sus vidas mientras esperan. Y no hay un mecanismo de mercado en estos países para obtener atención antes para las personas que la necesitan antes".

Goodman pinta con cinismo un sistema de salud muy inequitativo. "¿Por qué es tan ineficiente el sector de hospitales? Porque está en el interés propio de los administradores de hospitales ser ineficientes. Los pacientes de cuidados crónicos y las camas vacías

son las camas baratas. Son los pacientes que requieren de cuidados críticos que cuestan dinero. ¿Por qué los ricos y poderosos pueden saltarse las líneas de espera? Porque esas son las personas que controlan el sistema. Ellos pueden cambiar el sistema. Si los miembros del parlamento, los ricos, y los poderosos tuviesen que esperar por atención médica la misma cantidad de tiempo que cualquier otra persona, estos sistemas no durarían más de un minuto", sentencia.

### Un sector en crisis

¿Por qué los costos de los sistemas de salud están fuera de control? El catedrático en medicina Robert D. Helmholdt sostiene que es porque durante décadas un desafortunado gobierno paternalista ha estado alimentando a la fuerza a los ciudadanos de Estados Unidos con bienes y servicios recibidos por Juan Pérez pero no pagados por él sino por el propio gobierno. "El dinero utilizado con estos fines es dinero "gratis" ... dinero que no es ni ganado ni ahorrado por Juan Pérez pero que es gastado en su nombre. Dicho de otra manera, el dinero "gratis" es dinero que el gobierno le saca a alguien para gastarlo en otra persona como mejor le parece. La multiplicación rampante del gasto del sistema de salud es causada principalmente por este dinero "gratis". La demanda trepa desmesuradamente cuando los pacientes no pueden hacer un balance entre los beneficios que reciben del sistema y los costos que esos beneficios demandan".

Más aún, cuando los pagos del sistema se hacen a los proveedores y no a los pacientes, millones de consumidores terminan siendo inmunes a cualquier evaluación de precios.

Cuando un servicio de salud se transforma en un servicio de gobierno –con los costos que demanda la maquinaria burocrática; salarios, pensiones, licencias anuales o por enfermedad y protecciones que impiden despedir a los incompetentes- tenemos como resultado una organización extremadamente costosa. No sorprende entonces que todo termine en un servicio de baja calidad asistencial a un precio altísimo.

Carlos Ball, analista político residente desde hace varios años en EEUU, sostiene que la principal víctima del sistema farmacéutico americano son los pobres. "Con la excusa de garantizar que el medicamento sea efectivo, que el médico considere todas las posibles ramificaciones y complicaciones de la enfermedad, que nadie vaya a auto-recetarse y que los pobres y los ancianos reciban atención médica pagada por el resto de los contribuyentes de impuestos, se ha creado un verdadero monstruo, de una complejidad infernal, diseñado por burócratas empeñados en obligarnos a actuar a su manera, junto con políticos interesados primordialmente en

ganarse el apoyo electoral de los grupos de presión".

Ball continúa explicando lo que cuesta introducir un medicamento al mercado. "Desde 1964, el tiempo que tienen que dedicar los laboratorios farmacéuticos a las investigaciones y al desarrollo de un nuevo medicamento aumentó de seis a 15 años. ¿Por qué? En 1964 la Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA) requería que los nuevos fármacos no fueran a hacer daño. Ahora los laboratorios tienen que probarles a los burócratas que la medicina sí va a ser efectiva en un alto porcentaje de enfermos. Eso significa que esos laboratorios gastan un promedio de 15 mil millones de dólares al año en hacer todas las pruebas requeridas por la FDA. Introducir cada medicamento nuevo cuesta un promedio de 800 millones de dólares".

Regulaciones absurdas y demasiada el costo de los medicamentos con regulaciones absurdas, pero se espantan ante el costo de los nuevos fármacos, buscando entonces maneras para que no sea el enfermo quien tenga que pagar por estos, sino un tercero como una empresa de seguro o las llamadas Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO).

#### **Facilitar el acceso, pero ¿de qué modo?**

Los defensores del sistema de sanidad pública americana hablan de "facilitar el acceso a los medicamentos". Para Sheldon Richman, directo de la revista *The Freeman*, "Facilitar el acceso sólo puede querer decir que el dinero le será sacado a un grupo de personas para pagarles los remedios a otro grupo de personas. ¿De qué otro modo puede el gobierno "facilitar el acceso"? No se trata de que los políticos saquen el dinero de sus bolsillos. Me pregunto cuántos son los que ayudan personalmente a la gente mayor a comprar sus remedios. Los laboratorios medicinales, en cambio, ofrecen remedios gratis o con grandes descuentos a gente de bajos ingresos, realidad no difundida por quienes se dedican a hablar mal de los laboratorios.

Independientemente del "saqueo legal", como lo llamaría Bastiat, de esta medida compulsiva, Richman se pregunta: "¿Qué pasaría si el precio a pagar para mantener el sistema Medicare fuese la supresión de la libertad de cada individuo a ejercer su derecho a la salud así como la destrucción de la industria farmacéutica que provee infinidad de medicamentos que en muchos casos evitan costosas intervenciones quirúrgicas e internaciones hospitalarias? Esto es precisamente lo que está en juego".

#### **La falta de elección personal**

Este sistema niega un papel al individuo. Bajo estos

acuerdos, el cuidado sanitario personalizado no existe. En detrimento del paciente, este sistema de tres partes ha llevado una ruptura de la relación médico-paciente. Dado que tanto los médicos como los pacientes tienen que acudir a una tercera parte para determinar lo que se les va a pagar, ninguno se implica completamente en determinar qué es lo apropiado médicamente. Los americanos tienen necesidades médicas distintas, y esas necesidades cambian a lo largo del tiempo. Los individuos exigen tratamientos distintos y procedimientos médicos diferentes, y tienen creencias distintas acerca de lo que está bien y lo que está mal en la provisión del cuidado sanitario.

Tristemente, es improbable que el actual sistema de salud norteamericano llegue a reflejar esas diferencias en las necesidades y creencias. Eso es por lo que es hora de proporcionar una amplia elección en los planes de salud - para cumplir las necesidades individuales y garantizar que no se violan las necesidades individuales y las creencias éticas y morales individuales a propósito de la provisión de cuidado y tratamiento médicos.

Christina Sochacki, residente en materia de política sanitaria del Centro de Estudios de Política Sanitaria de la *Heritage Foundation* lo explica así: "La elección personal ayuda a eliminar decisiones médicas a tomar por empleados impersonales y gobiernos. Da al individuo poder para elegir los planes que son apropiados y evitar el conflicto cultural o ético. La reforma sanitaria eficaz debería también permitir a los individuos y familias ser los propietarios de sus planes.

La propiedad permite mayor control personal de cómo se gasta el dinero, que es mucho mejor que el presente sistema en el que los jefes y los gobiernos toman esas decisiones. Esta elección y propiedad también permitiría que los planes fueran portátiles de empleo a empleo y a través de cambios en la carrera. Un modo de lograr esto es pasar del modelo en el que el jefe proporciona beneficios a los empleados hacia el modelo en el que los contratantes proporcionan una contribución definida en dólares al plan sanitario de su elección".

### **El sector privado abre el juego**

De todas maneras, ante el pésimo suministro de la sanidad pública se están abriendo variantes desde el sector privado. Un ejemplo es el Programa de Beneficios Sanitarios de los Empleados Federales (FEHBP) donde millones de empleados federales, armados con guías completas y herramientas online, eligieron de entre 240 planes sanitarios a nivel nacional que competían entre sí. En un área dada del país, los empleados federales pueden elegir de entre hasta dos docenas de planes.

Aunque no es tan amplio, algunas firmas del sector privado permiten también elecciones de planes. *Vivius*, una compañía sanitaria de elección del consumidor radicada en Minneapolis, ha desarrollado una aplicación web "construya su propio plan de salud". A través este programa, los patronos pueden ofrecer elecciones, impulsando así la implicación del empleado al elegir su nivel de cobertura, su aseguradora, y sus pagos de entrada y mensualidades. De igual manera, *Hewitt Associates*, una importante firma consultora, tiene un plan de salud "Hágalo usted mismo" que da más opciones a los empleados que lo suscriben.

Con ventajas en la ciencia médica y las opciones de tratamiento, la demanda de planes de elección personal sólo puede crecer. En respuesta, los legisladores deberían ajustar las políticas federales y estatales que gestionan el sistema sanitario para animar la elección personal y la competitividad. Eso incluye los créditos fiscales en materia de salud individuales y los cambios en las normas que gobiernan el sistema sanitario de salud, incluyendo el derecho a comprar planes mejores en estados distintos.

Los créditos fiscales sanitarios individuales deberían permitir a los particulares adquirir planes de salud que sean de su elección.

