

Las enseñanzas del plan Obama para el sistema de salud argentino



■ Por **Jorge Colina.**
IDESIA

El Presidente Obama puso en la agenda de su gobierno un desafío extremadamente complejo para la sociedad americana. Controlar el gasto en salud, dar cobertura a la gente que no la tiene y, fundamentalmente, que las soluciones respeten las decisiones individuales. A diferencia de lo que ocurre en la Argentina, en donde la tendencia es buscar en el facilismo de dictar leyes que luego no son cumplibles o en la noción de que lo estatizante es siempre lo mejor para la gente, el presidente demócrata de EEUU busca las soluciones creando mercados para generar mayor valor agregado con lo que funciona en el sistema de salud existente. Una fórmula que puede brindar útiles enseñanzas a la Argentina

EL CRECIMIENTO NO CONTROLADO DEL GASTO EN SALUD

Un informe de la oficina del partido demócrata de la "cámara de diputados" de EEUU, con fecha 29 de octubre del 2009, señala que el gasto en salud de EEUU llegó en el 2007 a 2,2 trillones de dólares (algo así como 6 veces el PBI de la Argentina). Este monto representa el 16,2% del PBI de EEUU. Por lejos, el porcentaje de gasto en salud sobre el PBI más alto del mundo. Dice el reporte del partido demócrata que este nivel de gasto como porcentaje del PBI casi duplica al de otros países desarrollados. Aunque no lo nombra seguramente hace alusión al sistema de Inglaterra que gasta apenas el 8,2% del PBI con su famoso National Health Service.

Además del alto nivel, también preocupa a los norteamericanos el hecho de que el gasto crece de una manera que parece descontrolada. Según la Secretaría de Salud de EEUU en su anuario estadístico Health, United States, 2008 la evolución del gasto en salud desde 1960 hasta la actualidad es la que se presenta en el *Gráfico 1*.

La tendencia divergente del gasto que ocasiona el sistema de EEUU se aprecia a simple vista. En 1960, EEUU gastaba 5 puntos del PBI, un nivel muy similar al de Inglaterra, Canadá o Francia, tres sistemas reconocidos por su eficacia y relativa eficiencia para el uso de los recursos en salud. Hasta 1970, el crecimiento del gasto no parece haber merecido mayor atención dado que no se desalineaba de las tendencias observadas en los otros países. Es a par-

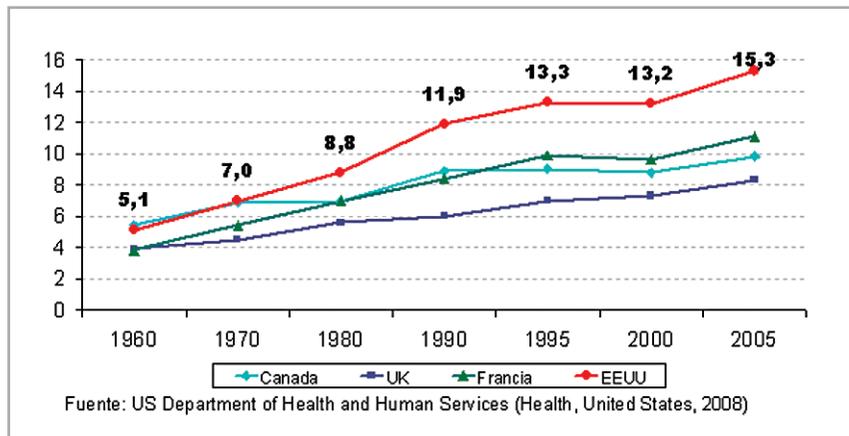


Gráfico 1. Gasto en salud como % del PBI

tir de la década del '70 que EEUU comienza a diverger, con especial intensidad en la década de los '80. En 1990, los EEUU se constituyen en el primer país del mundo que supera los dos dígitos del PBI en nivel de gasto en salud. Canadá y Francia, por aquellos momentos, tenían un nivel de gasto de 8 puntos e Inglaterra de 6 puntos del PBI. Es en esta instancia que Hillary Clinton en su rol de primera dama trató de abordar en 1992 un primer intento de reforma. Pero fue infructuosa.

En la primera mitad de los '90 el gasto se muestra más explosivo aún. En 1995 llega a ser de 13,3% del PBI, momento en que toma auge y protagonismo lo que se conoció como el managed care, las tecnologías de gestión para control del gasto y la calidad en los sistemas privados de salud, y las Health Maintenance Organization, conocidas también por su sigla HMO, que aplicaban estas técnicas. Esta época coincidió con el proceso de desregulación del sistema de obras sociales en Argentina y el del proyecto de reconversión de las obras sociales con financiamiento del Banco Mundial, proceso que vio el desembarco de muchas empresas, consultoras, sistemas de gestión e información y estudios sobre estas nuevas técnicas. Posiblemente fue el momento de mayor conexión entre los desarrollos que se hacían en EEUU en temas de tecnología de gestión y el sector salud argentino.

Al año 2000, el gasto en salud en EEUU había quebrado la tendencia. Parte del mérito se lo llevó el managed care. Pero el quiebre de tendencia fue transitorio. En la primera mitad de la presente década, entre el 2000 y el 2005, se puede observar con mucha facilidad en el gráfico que el gasto retoma su tendencia ascendente. Son varios los factores que explican el resurgimiento, pero uno de particular importancia fueron los inconvenientes y los niveles de insatisfacción que el managed care ocasionó entre los médicos y los usuarios debido a la severidad de sus criterios de control. Se produjeron muchas quejas por las restric-

ciones a la accesibilidad que estas técnicas tenían subyacente lo que exigió matizarlas con nuevas modalidades de organización que desembocaron en el retorno del gasto creciente.

El incremento no controlado del gasto en EEUU se explica por varios motivos. Algunos son entendibles, como es el caso de que puede responder a las particulares preferencias de gran parte de la población americana (esto se desarrollará en la siguiente sección) o bien al hecho de que EEUU es uno de los países que mayores descubrimientos científicos en medicina obtiene gracias a su inmensa industria de investigación y desarrollo, además de ser también el país que mayor tasa de incorporación de adelantos tecnológicos en medicina tiene en el mundo. No en vano las personas que quieren acceder a los máximos y más recientes adelantos de la tecnología médica acuden a EEUU. Pero también hay factores cuestionables. Uno de ellos es que en EEUU la medicina es un servicio particularmente caro. El encarecimiento responde en buena medida a la falta de regulación o las regulaciones inapropiadas en un mercado, como el de la salud, con muchas fallas de información. El gasto poco controlado con servicios médicos caros por falta de regulación o por regulación inapropiada es uno de los objetivos que motiva al Presidente Obama a enfrentar el desafío de llevar adelante una reforma profunda en el sistema de salud americano.

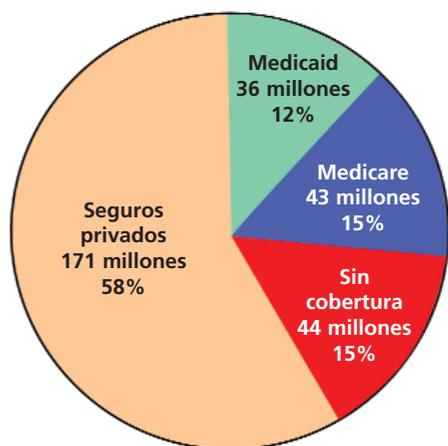
UNA PORCIÓN IMPORTANTE DE LA POBLACIÓN NO TIENE COBERTURA

Un segundo elemento distintivo que presenta el sistema de salud americano es que, según la Secretaría de Salud de ese país, hay aproximadamente 44 millones de personas sin cobertura. El número corresponde al 2006 pero la situación no ha cambiado sustancialmente. Representan el 15% de la población.

El resto tiene la cobertura de un seguro privado en

el 58% de los casos (171 millones de personas), de Medicaid, que es el programa para los discapacitados y los jubilados, en el 15% de los casos (43 millones de personas) y de Medicare, el programa para los pobres, en el 12% de los casos (36 millones de personas). En tanto que, como se dijo, el 15% no tiene cobertura de ningún tipo (Gráfico 2).

Para un país de desarrollo medio, como Argentina, que el 15% de la población no tenga cobertura sería casi un éxito. En Argentina, por ejemplo, según la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC, el 53% de la población tiene cobertura de una obra social (sindical, de personal de dirección, provincial o PAMI), un 7% tiene cobertura privada de una entidad de medicina prepaga y un 3% declara tener doble cobertura. La gente que no tiene cobertura alcanza al 37% de la población. El problema en EEUU es que el sistema de salud americano no tiene el sistema de hospitales públicos para que la gente sin cobertura pueda apelar a alguna forma de atención. Las personas sin cobertura en EEUU pueden acceder, sin tener que pagar, sólo a tratamientos de emergencias. Luego, por las prestaciones que se salgan del riesgo inminente de muerte -que es el criterio que en forma gruesa define el concepto de emergencia- las personas deben abonarlas con gasto directo de bolsillo. Esto, más el hecho de que en EEUU las prestaciones médicas son caras, hace que muchos hogares sin cobertura se tengan que endeudar forzosamente ante una enfermedad, llevando la situación, en no pocos casos, hasta la insolvencia de las familias. Este es el otro desafío importante que motiva al Presidente Obama a abordar la reforma de salud.



Fuente: Elaboración propia en base a US Department of Health and Human Services

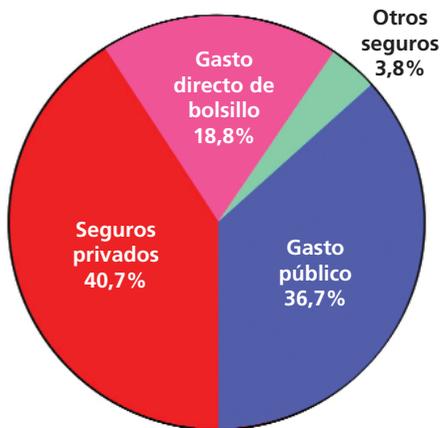
Gráfico 2. Cobertura de salud en EEUU

LA ALTA INCIDENCIA DEL GASTO PRIVADO EN EL GASTO TOTAL

Hay una particularidad del sistema de salud americano que se erige como un factor condicionante de cualquier intento de cambio. Es el rol protagónico que tiene el gasto privado en la composición del gasto total en salud. Según datos de la Secretaría de Salud de EEUU correspondientes al 2005 y basados en encuesta de hogares, prácticamente el 60% del gasto en salud proviene de decisiones privadas. Un 41% corresponde a la compra de planes de salud privados y un 19% es gasto directo de bolsillo -copagos y pago directo de prestaciones no cubiertas por los planes- (Gráfico 3).

La compra de seguros privados se hace mayoritariamente a través de planes corporativos que las empresas ofrecen a sus trabajadores. Se estima que más del 90% de las personas que tienen cobertura de seguros privados accede a través de esta modalidad. Muchas veces se señala que este gasto no es totalmente privado dado que las empresas gozan de exenciones fiscales por otorgar planes corporativos a sus trabajadores, por lo tanto, debería entenderse que su naturaleza tienen un carácter, como mínimo, de semi-público. Sin perjuicio de ello, lo relevante es que es un gasto derivado de una decisión privada lo que en EEUU tiene una importancia decisiva como factor político limitante de las decisiones gubernamentales. La alta tradición de respeto por las libertades individuales de aquel país, el principio de la preeminencia de las decisiones individuales por sobre las decisiones estatales, hace que el grueso de dicho gasto sea tomado por los propios ciudadanos como un derecho individual a la no interferencia del Estado en una decisión estrictamente personal que es el cuidado de la salud.

Lo que en Argentina muchas veces se toma como un recurso de última instancia ante la falencia estatal y de la seguridad social, como sería el gasto en el que incurren los hogares para poder acceder a una cobertura en una entidad de medicina prepaga, en EEUU se visualiza desde una perspectiva radicalmente diferente. En EEUU, el gasto privado en salud es asumido en muchos casos como un derecho y no como el resultado de una falencia del Estado. La falencia, para esta visión, es que el Estado incurra en mayores impuestos para pagar con recursos de los contribuyentes un servicio que pertenece a la órbita privada e individual de los hombres. En cierta forma, entienden que la salida es "hacia adelante", es decir, promoviendo un mejor funcionamiento de la economía para así brindar mayores empleos y mejores remuneraciones y de esta forma posibilitar que estas personas puedan comprar sus propios seguros de salud. Pero no encuentran justificativos para que el Estado use el dinero de los contribuyentes para pagar la atención médica de las personas que hoy no la tienen.



Fuente: US Department of Health and Human Services (Table 132)

Gráfico 3. Fuente de recursos para la atención médica

Esto, aunque en Argentina parezca ficticio, en EEUU fija márgenes de acción muy acotados para la acción pública. Esta posición filosófica no es compartida por toda la población americana, pero es muy frecuente encontrarla entre los votantes más tradicionales del partido opositor (los republicanos).

LOS ELEMENTOS MÁS INTERESANTES (O APLICABLES A LA ARGENTINA) DE LA REFORMA DEL PRESIDENTE OBAMA

Al momento en que se produce este nota (diciembre del 2009) no hay un proyecto, sino dos. Uno en la "cámara de diputados" ('Affordable Health Care for America Act') y otro en el "senado" ('Affordable Health Choices Act'). Ambos fueron aprobados y las cámaras deben articularlos para lograr un único proyecto a los fines de su sanción. Los dos proyectos son muy extensos. El 'Affordable Health Care for America Act' tiene 1.990 páginas y el 'Affordable Health Choices Act' tiene 615 páginas. Hay una innumerable cantidad de detalles y diferencias entre ambos, de diferentes grados de importancia. Va a ser ardua la tarea de concatenar ambos y probablemente se opte por ir haciendo la reforma por etapas. De hecho, en ambos proyectos se estipula que los cambios de fondo vayan tomando forma en alguna fecha después del 2012 de forma tal de que el mercado se vaya adaptando a las nuevas reglas de juego.

Los dos proyectos tienen básicamente en común que imponen regulaciones a los fines de que los planes sean más protectivos para los consumidores. A grandes rasgos, se impone que los planes deben tener la opción de poder incorporar los hijos hasta los 26 años, beneficios para niños con enfermedades congénitas, no deben tener tiempos límite de duración (es decir, se entienden indeterminados en la medida que no medie fraude o falta de pago por parte del consumidor), se estipula que puede haber un procedimiento por el cual los seguros de salud deben justificar los aumentos de precios antes de implementarlos, etc. Como las prescripciones regulatorias que se proponen son algunas comunes y otras diferentes entre ambos proyectos, lo relevante finalmente van a ser las prescripciones que se sancionen en el proyecto consensuado. Algunos aspectos son aconsejables que sean regulados, otros más controvertidos, pero de todas formas sirve observar por adelantado que la tendencia es hacia una mayor regulación de los planes tendiente a estandarizar ciertos aspectos que, si no son regulados, el mercado termina ajustando en forma asimétrica en perjuicio de los usuarios*.

Lo más innovativo es el diseño de política pública que están buscando crear para que ese 15% que no tiene cobertura, pueda tenerla, respetando el principio filosófico de la sociedad americana de que debe ser la persona la responsable de su propia salud y sin tender a la estatización sino creando nuevos mercados.

Básicamente se propone crear un nuevo mercado (exchange) en donde se regulan los planes de salud en base a un paquete mínimo de prestaciones esenciales, se prohibirán las carencias y las inclusiones, los ajuste de precio sólo podrán hacerse por edad y región con una relación de hasta 2:1 entre el segmento de mayor y menor precio, donde además el precio no podrá ser mayor al 125% de un plan comparable del mercado, no se podrá rechazar afiliados por razones de salud, no habrá plazo de terminación del plan, los deducibles anuales no podrán ser superiores a los U\$S 1.500 y los copagos anuales no podrán ser superiores a U\$S 5.000 para un individuo y U\$S 10.000 para una familia. Es decir, un mercado específico muy regulado. Podría decirse tan regulado como los diferentes proyectos de ley que en la Argentina se proponen para la medicina prepaga, con la diferencia de que en EEUU no se aspira a aplicar estas regulaciones a todos los planes existentes sino sólo a los que se transen en el exchange.

* Por ejemplo, la regulación que estipula que los planes no deben tener períodos de vencimiento. La teoría de la regulación en seguros de salud aconseja este tipo de medida para evitar que todos los contratos del mercado tiendan a tener una "cláusula de salvaguarda" para renovar el contrato en la medida que la persona esté sana y no renovarlo en los casos en que la persona contrae una enfermedad crónica muy costosa. Prohibir que un seguro lo haga es condenarlo a la quiebra si es que el resto lo puede seguir haciendo. En cambio, con una regulación prohibiendo a todos incluir este tipo de cláusulas, no se perjudica a ningún seguro en particular, se perfeccionan todos los contratos del mercado y se benefician los usuarios.

Luego se estipula que son elegibles para comprar estos planes regulados en el exchange los individuos sin cobertura y las personas con preexistencias que podrán comprar los planes en forma individual o través de las pequeñas empresas (las cuales en general hoy no dan cobertura a sus trabajadores). En el futuro se espera que puedan acceder a este mercado las empresas con hasta 100 trabajadores. El financiamiento de los planes en este mercado específico será por medio de las primas que paguen las familias o las pequeñas empresas más fondos públicos para subsidiar los planes. El proyecto de ley estipula que si hay insuficiencia de recursos la Secretaría de Salud debe reequilibrar el sistema a través de la reducción de beneficios de los planes (dado que son regulados), el incremento de las primas y/o el establecimiento de listas de espera. Es decir, ante la insuficiencia de recursos se estipula que debe haber racionamientos explícitos y ordenados de las prestaciones y los recursos disponibles.

Con este sistema en funcionamiento se estipula que es responsabilidad de las personas comprar un seguro de salud. Para las familias de más bajos ingresos, el sistema prevé subsidios explícitos. Si las familias no se aseguran, pagan una penalidad sobre el impuesto a las rentas. Para el caso de las empresas, las más pequeñas (hasta U\$S 500.000 de masa salarial) estarán exentas de dar la cobertura de salud, las que superen este umbral tiene la opción de comprar un plan en el exchange para sus trabajadores ó alternativamente aportar una alícuota sobre la masa salarial que va aumentando desde 2% para empresas por encima de U\$S 500.000 de masa salarial hasta 8% para empresas con más de U\$S 750.000 de masa salarial. De esta forma, con el exchange se conforma un esquema de responsabilidad compartida donde las familias pagan de su bolsillo en la medida de sus posibilidades, las empresas contribuyen también en la medida de sus posibilidades dada por el tamaño de su masa salarial y el Estado aporta fondos para subsidiar a las personas de menores ingresos.

Finalmente, en el exchange participan ofreciendo planes todos aquellos seguros privados que quieran hacerlo, ajustándose a sus regulaciones. Para promover la competencia se prevé la constitución de seguros públicos que ofrecerán planes en igualdad de condiciones con los privados. De esta forma, se garantiza también la puesta en funcionamiento del exchange ante la eventualidad o en aquellas regiones en donde ningún privado opte por participar.

LAS ENSEÑANZAS

Lo más interesante de la propuesta de Obama es el tipo de respuesta que da al objetivo de regular mejor los planes de salud del sistema privado, por un lado, y de dar cobertura a la gente que hoy no la tiene, por el otro. Para el primer caso, propone un conjunto de regulaciones que tomarán forma recién a partir del

2012 y cuya implementación se discutirá en el ínterin. Para abordar el problema de la falta de cobertura, crea un nuevo mercado (el exchange), mucho más regulado, con paquetes básicos de prestaciones, con responsabilidad compartida en el financiamiento, con exención de contribución a las empresas más chicas y alícuotas progresivas en función de la masa salarial, y criterios explícitos de racionalización del gasto en caso de desequilibrios financieros del sistema.

Con este tipo de solución, respeta la libertad de las personas de mayores ingresos de comprar planes más flexibles y adaptados a sus preferencias por fuera del exchange, de los seguros privados de participar o no del exchange y busca la solución de generar mayor cobertura a través de la generación de mayor valor agregado por parte de los seguros privados existentes, ofreciéndoles un nuevo mercado en donde aplicar sus conocimientos, sus tecnología de gestión y sus inversiones. Esto es lo que el Presidente Obama recalca, cuando dice que su reforma de salud tiene como propósito proveer cobertura accesible, de calidad para todos, construyendo sobre lo que funciona en el sistema de salud existente.

Para concluir, cabe señalar que en EEUU existen innumerables y justificadas críticas y dudas en torno a la reforma que están proponiendo los demócratas, que hasta inclusive ni ellos mismos terminan de ponerse de acuerdo. Las críticas más severas son respecto al futuro del gasto en salud. Básicamente, se cuestiona que se pone excesivo énfasis en la regulación de los planes existentes que, si bien tomarán forma después del 2013, generarán mayores costos porque imponen nuevas obligaciones a los planes (que pueden estar socialmente justificadas, pero que representarán mayores costos al fin), que se incrementarán incluso los beneficios en Medicare y Medicaid, que se crea un nuevo mercado muy regulado, con obligación de mayor gasto de las personas sin cobertura, las empresas pequeñas y el Estado, pero, a cambio, no se observaría con igual claridad y rigurosidad acciones tendientes a inducir un uso más racional del gasto. Entonces, habría una proliferación de ideas que tienden a incrementar los costos, pero no un similar nivel de creatividad para proponer medidas contenedoras del gasto.

Habrá que ver cuál es el resultado del texto final de la ley y los resultados que se vayan obteniendo. Más allá de esto, lo que no se quería dejar de señalar y valorar en estas notas -como una enseñanza útil para nuestro país- es el tipo de solución que el Presidente Obama busca para un problema social que en Argentina es mucho más grave que en EEUU (el de la gente sin cobertura). Esta enseñanza es que las soluciones no deben buscarse en el facilismo de dictar leyes que luego no son cumplibles o en la noción de que lo estatizante es siempre lo mejor para la gente, sino en crear nuevos mercados para generar mayor valor agregado con lo que actualmente funciona en el sistema de salud existente. ■■