

# La Reforma de la Salud en los Estados Unidos: Acuerdos Imperfectos

Thomas Bossert, Ph.D.  
 tbossert@hsph.harvard.edu  
 Universidad de Harvard  
 Escuela de Salud Pública



Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

El sistema de salud en Estados Unidos no es de carácter universal. En efecto, coexisten en el país un sistema de aseguramiento privado y dos sistemas de aseguramiento públicos: *Medicare* y *Medicaid*.

*Medicare* es un programa enfocado en la atención de ancianos. Es de carácter federal y es uniforme en todo el país. Esto implica la existencia de un paquete básico de beneficios que es igual en todos los estados. Existe además un plan complementario de servicios que puede ser adquirido, dadas ciertas condiciones.

*Medicaid*, por su parte, es un programa enfocado en la atención de los pobres. Sus costos son asumidos conjuntamente por los gobiernos federal y estatal, de manera que los porcentajes de financiación y los paquetes básicos varían según los resultados de la negociación entre ambos niveles de la administración pública.

Las personas que no califican dentro de estas categorías recurren, en su mayoría, al aseguramiento privado. Éste es ofrecido comúnmente por sus empleadores, quienes han llegado a acuerdos con empresas particulares y pagan un porcentaje de los costos de las primas. La otra parte de la financiación del aseguramiento privado debe ser asumida por el empleado.

El sistema de aseguramiento privado cubre el 68% de la población. Paradójicamente, el sistema de salud, en general, es financiado aproximadamente en un 50% por el sector de aseguramiento público. Aún así, más de 40 millones de personas no están cubiertos por ningún tipo de aseguramiento. Principalmente, este dato corresponde a jóvenes o personas que no califican como pobres, pero cuyos ingresos son apenas superiores a los de la línea de pobreza oficial.

Este sistema de salud también comprende varios problemas e inconsistencias estructurales, tanto en el sector de aseguramiento privado como en el público. En el sector público de aseguramiento, el problema fundamental es la escasez de proveedores públicos. De hecho, los pocos que existen controlan algunos hospitales municipales o se encargan de la atención de militares en retiro.

En el sector privado se pueden identificar cuatro grandes problemas:

1. El sector no tiene establecido un paquete básico de carácter nacional. Cada Estado establece acuerdos con las compañías aseguradoras en los que se estipulan paquetes mínimos de beneficios.

2. Las compañías pueden negar la vinculación o atención de personas con condiciones preexistentes. Por ejemplo, con enfermedades crónicas.

3. Las compañías pueden rechazar la atención de personas vinculadas al sistema si hallan inconsistencias en su proceso de vinculación. Muchas compañías reducen su riesgo financiero usando esas inconsistencias como excusas para rechazar la atención de enfermedades de alto costo, aún si la información inexacta no está relacionada con el problema de salud.

Además, en términos generales, el sistema implica grandes complicaciones de financiación pues es, de hecho, el más costoso del mundo. Y lo es por varios motivos. Primero, los proveedores son pagados por evento, lo que genera incentivos para brindar servicios adicionales a los necesarios. Segundo, existe temor alrededor de las demandas por malas prácticas. Tales demandas también generan incentivos para realizar exámenes y brindar servicios innecesarios. Por último, existe la cuestión sobre solicitud de tecnologías más avanzadas por parte de pacientes y médicos. Esto impulsa la compra y el manejo de tecnologías más avanzadas que pueden no ser las más costo-efectivas.

Así pues, es posible concluir que el sistema de salud actual es ineficiente y necesita de una reforma estructural. Y, aunque tal conclusión parezca intuitiva, el país ha tenido una amplia historia de oportunidades por reformas al aseguramiento.

Un primer intento de reforma se realizó en 1930 cuando fue aprobada la seguridad social. Ésta reforma estuvo enfocada básicamente en pensiones y han perdido una oportunidad de incluir salud, como han hecho muchos otros países, especialmente en América Latina.

Posteriormente, en la época de la Segunda Guerra Mundial, la disminución de la mano de obra provocó la reacción del gobierno de congelar los salarios. Entonces, las compañías decidieron utilizar los seguros de salud como una manera de atraer más empleados, consolidando indirectamente un sistema de aseguramiento privado. Sólo hasta los años 60 se hizo una reforma más pensada que, tras el liderazgo del Presidente Lyndon Johnson en arduas negociaciones en el Congreso, dio como resultado el nacimiento de *Medicare* y *Medicaid*.

Después de 25 años sin nuevas reformas, en 1990, el presidente Clinton propuso una reforma basada en la teoría de la competencia administrada. La propuesta fue estipulada principalmente desde el ejecutivo sin amplia participación del Congreso, por lo cual se constituyó en él una fuerte oposición a ella. La propuesta, además, fue muy técnica y complicada, por lo que era difícil de explicar y, también, difíciles de entender sus implicaciones para los diferentes interesados. La propuesta fue blanco fácil para los

médicos y la industria aseguradora y, por supuesto, no fue aprobada, lo que minó el gobierno de Clinton y condujo a que los Republicanos controlaran el Congreso.

Durante la administración Bush, se amplió la cobertura para niños en familias no aseguradas, y hubo un incremento en el paquete básico de *Medicare* con cobertura de farmacéuticos. No obstante estos avances, se formularon dos grandes problemas más. La ampliación del plan básico de *Medicare* trajo consigo limitaciones significativas y diseños poco usuales, como por ejemplo, “el hueco de la donut”, que implica que el gobierno sólo se hace cargo de los gastos en medicamentos del usuario *Medicare* a partir de cierto monto. Y, por otro lado, dados los acuerdos celebrados entre el gobierno y las compañías farmacéuticas, los precios de los medicamentos en los planes básicos continuaron siendo elevados.

La administración de Obama propuso una reforma al sistema basada en una serie de principios. El primer principio es propender por la cobertura universal o por una cobertura tan amplia como sea posible. El segundo, corregir abusos del sistema de aseguramiento privado. Tercero, no adicionar costos que incrementen el déficit fiscal federal, sino buscar mecanismos que constituyan un déficit neutro. Por último, apoyar innovaciones que reduzcan el costo a largo plazo y, además, mejoren la eficiencia del sistema.

La estrategia de Obama para avanzar con la reforma fue de no caer en los errores de Clinton. En vez de proponer un modelo, trabajar en conjunto con los demócratas del Congreso, dejando que ellos lideraran la negociación y, en general, el proceso legislativo. Adicionalmente, negoció con los más grandes grupos de interés, con antecedentes de oposición a reformas previas, y acordó con ellos una serie de compromisos en recompensa por su apoyo. Entre los grupos de interés implicados estaban la American Medical Association, los hospitales, las farmacéuticas e incluso, algunas de las compañías de seguros.

Sin embargo, aunque Obama trató de negociar con los republicanos, los republicanos se unieron en una oposición fuerte e intransigente que rechazó el intento de reforma. A través de una maniobra obstruccionista llamada filibuster, el voto fue evitado y, con esto, se le dio poder a los demócratas moderados, limitando el rango de posibles reformas.

Finalmente, la reforma logró llegar a una propuesta que incluye cobertura de aproximadamente un 95% de la población; el establecimiento de un orden que obliga a todos los estadounidenses a la adquisición de un seguro; subsidios para la población de bajos ingresos, permitiendo la adquisición de seguros de bajo costo, con paquetes mínimos de beneficios; mayor regulación sobre las compañías aseguradoras; ahorros en costos y eficiencia, reducciones en el déficit federal.



Dov Chernichovski, profesor de la Universidad Ben Gurión, Israel; Fernando Montenegro, Economista Senior del Banco Mundial y Thomas Bossert, profesor de la Universidad de Harvard.

Fuente: Archivo POLIS - Universidad Icesi

### ¿Cómo lograr estos acuerdos?

La cobertura se logrará a través de extensiones en la elegibilidad a *Medicaid*, asegurando a los hijos de hasta 26 años en los planes de sus padres y exigiendo a los empleadores que proporcionen planes de aseguramiento.

El control sobre compañías aseguradoras privadas se ejercerá mediante la prohibición de negar aseguramiento a personas con condiciones preexistentes o negar servicios cuando se hallan inconsistencias en el formato de aplicación; la creación de nuevos grupos de alto riesgo que incluirán a las personas a las que previamente se les había negado el acceso al servicio de aseguramiento por condiciones preexistentes; la regulación de los incrementos en las primas; y, la creación de un paquete mínimo de servicios.

Para la optimización del uso de los recursos se realizará un cambio en los pagos de Medicare, desviando los pagos por evento por formatos que funcionen como un paquete de pagos que van con los DRGs (pago prospectivo por grupo diagnóstico). En segundo lugar, se crearán incentivos a los hospitales que llenen los criterios de ejecución combinando el cuidado de pacientes hospitalizados y ambulatorios, generando así pagos por la continuidad de la atención. En términos generales, se tratará de coordinar diferentes proveedores, exigiendo que éstos respeten los estudios y el trabajo que los otros han hecho, evitando la duplicación de esfuerzos. Finalmente, se enfatizará en la planeación y ejecución de programas preventivos, pues es claro que reducen los costos de la atención médica.

Se intentarán, también, la reducción del déficit y el aumento de los ingresos a través de nuevos impuestos y algunos pagos adicionales en diferentes áreas. La oficina de presupuesto en el Congreso ha estimado que no sólo será neutral el efecto en el déficit federal, sino que este déficit se reducirá en aproximadamente 140 billones de dólares en una década.

### ¿Qué conclusiones se obtienen de esta Reforma?

Es claro pues que la reforma permitirá el surgimiento de una cobertura casi universal, la reducción de ineficiencias y abusos en el sector privado, y la introducción de innovaciones tecnológicas. Sin embargo, la mayor parte de la reforma está basada en incrementar la elegibilidad al *Medicaid* para grupos de ingresos ligeramente superiores a los de la línea de pobreza oficial, lo que no es exactamente una reforma estructural. Además, es posible que, al implementarse, la reforma genere escasez, especialmente de médicos de atención primaria que cubran el incremento en la demanda.

Habría que preguntarse si es realmente suficiente reducir los costos y aumentar la cobertura como se ha planteado, o si hacen falta mayores cambios en la esencia del sistema.

### Lecciones para otros países

Aunque es difícil, una reforma de salud es posible si tiene una estrategia bien pensada. Es importante aprender de los intentos de reforma anteriores. En el caso de Obama, aprendió que era importante:

- Identificar los principios de los objetivos sin proponer un modelo fijo
- Dejar a los legisladores el rol de negociar la legislación entre ellos
- Negociar con los grupos de interés importantes antes de proponer legislación
- Ejercer liderazgo cuando sea necesario pero con los líderes del Congreso
- Hacer acuerdos cuando sea necesario. ■