Intervención de Tom Bossert en el Simposio Internacional: Sistemas de Salud en el Mundo: Exitos, fracasos y lecciones para Colombia.

Cali, 13 de septiembre de 2010

Me da un poco de miedo hablar de mi sistema de salud (Estados Unidos), porque soy algo como un experto, pero se más sobre el sistema de salud de Colombia y de Chile, que sobre mi propio sistema de salud.

Por supuesto, todos saben que las personas de Harvard lo saben todo... se supone que debo ser un experto en esto. No soy, como muchos de quienes están aquí, un economista, sino un politólogo, así que estoy mas interesado en el proceso político, he estado siguiendo lo que ha venido sucediendo, en nuestro actual esfuerzo por realizar una reforma de salud y de eso es que les voy a hablar.

El sistema de los Estados unidos, es muy diferente de otros sistemas, es un sistema que en Harvard, en un programa del Banco Mundial, cuando queremos enseñar acerca de sistemas de Salud y de fortalecer un sistema de salud o de reformas de salud, tratamos de utilizar a los Estados Unidos, como el ejemplo de como NO se deben hacer las cosas. Así que en lo que voy a decirles, debo dejarles claro cómo es que nuestro sistema funciona y después hablar acerca de la reforma. Espero que podamos sacar algunas lecciones, que serán útiles a la hora de pensar en reformar el sistema de salud actual, aquí en Colombia.

Empecemos primero con algunas cosas acerca del Sistema de Salud de los Estados Unidos: primero que todo, nunca pretendimos, hasta hace poco, intentar tener un Sistema de Salud Universal, a diferencia de muchos otros países y de los esfuerzos que ustedes han realizado aquí, hemos tenido un sistema, en el que hay un gran sector privado y un gran sistema de seguros privado y siempre lo hemos tenido por un largo tiempo, en nuestra historia.

Es una sorpresa para muchos, sin embargo, descubrir que nuestros gastos en Salud, son pagados casi en un 50%, por los sistemas de seguros públicos, los dos sistemas de seguros que pusimos en funcionamiento en los años 60: el sistema Medicare (para las personas de la tercera edad) y el sistema Medicaid (para los pobres), esto cubre alrededor del 50 % de los gastos. En gran parte, para las personas que somos mayores todo tiende a tener un costo mayor, así como para aquellos que son pobres. El resto del sistema es en su mayoría privado, generalmente quienes están en el sistema de seguros privados, es porque el empleador ofrece a su empleado un convenio al que ha llegado con un seguro privado y parte de ese costo de la prima de aseguramiento es pagada por el empleador. Cada vez más el empleador está requiriendo a sus empleados que paguen un porcentaje mas grande del costo de la prima.

Desilusiona ver que la mayoría de los objetivos de la administración de Obama son reducir el número de personas que no son pobres, ni viejos, pero que no están en capacidad de pagar un seguro privado, ya sea por medio de su empleador o de manera independiente. Yo pienso que ustedes tienen la misma situación con su "población sándwich" - estas son personas que no califican para el programa subsidiado por el

Estado, pero no son lo suficientemente ricos como para pagar su propio plan de salud, que estaría en el régimen contributivo. También hay jóvenes que piensan que no necesitan seguro porque tienen un bueno estado de salud.

Ahora, nosotros tenemos paquetes mínimos de beneficios básicos en ambos programas públicos de salud: Medicare, que es un programa federal y es uniforme en todo el país, tiene un paquete de beneficios básico y yo aun tengo la edad suficiente para saber qué contiene exactamente, pero se que cuando alcance la edad necesaria podré comprar planes complementarios, así que algunos tienen paquetes de beneficios básicos pagados por Medicare y también un plan complementario que contiene más beneficios. Medicaid, que es para los pobres, no es uniforme en todo el territorio de los Estados Unidos, porque es un programa en el que el gobierno federal paga una parte y cada estado paga otra parte del costo, hay una negociación entre el gobierno federal y los diferentes estados acerca de lo que será ofrecido. Así que hay diferencias de estado a estado acerca de los paquetes mínimos de beneficios básicos y es un poco complicado, aún en el sistema público, siendo al menos dos sistemas públicos.

El sistema privado, no tiene un plan mínimo a nivel nacional, no hay un paquete mínimo de beneficios, no hay nada como el POS en los seguros privados, pero en cada Estado hay generalmente algunos acuerdos con los sistemas de seguros privados, quienes ofrecen paquetes mínimos de beneficios básicos. De hecho, creo que todos lo hacen, pero varía en el contenido de los paquetes. Hay dos grandes problemas a los que nos tuvimos que enfrentar con la reforma de salud actual, con respecto al sistema de seguros privados: El primero fue que el seguro privado, a diferencia del de acá, puede negar la atención si la persona tiene una condición preexistente y esas condiciones son generalmente enfermedades crónicas que representan altos costos, enfermedades del corazón o enfermedades similares. Si una persona tiene este tipo de problemas, el seguro de salud privado puede negarle el servicio y además si es tomado en cuenta el grupo de alto riesgo, solo serán cubiertos aquellos problemas que no son preexistentes, por lo menos por cierto periodo de tiempo o hasta que la persona haya estado vinculada, un cierto lapso de tiempo, en ese programa de seguros. Pero algo más perjudicial es que, recientemente esto se ha convertido en un problema más grande, porque las compañías han estado tratando de reducir su riesgo financiero y es que ellos pueden rehusarse a cubrir algunos de los beneficios que están en su paquete básico, si encuentran alguna inconsistencia en el formulario que han llenado. Algunas de estas inconsistencias son por ejemplo ser fumador pero manifestar que no lo era, o que es un alcohólico y pretendió no serlo y ellos pueden usar esto como excusa para no cubrir cosas que pueden no tener nada que ver con el problema que usted tiene, así que este sea otro problema, porque muchas personas pensaron que estaban siendo cubiertos por su seguro y resulta que fueron negadas, haciendo que tengan que usar dinero de su bolsillo para pagar. Pueden ser errores que usted haya hecho, otras pueden ser que usted es un….

Otra cosa que hay que saber acerca del sistema de salud americano, es que es el sistema más costoso hasta ahora, en comparación con muchos otros países. Nosotros gastamos casi el doble per cápita que otros países en Europa, en parte la razón de esto, como lo mencionó Ramiro (es el constante énfasis del economista), el mecanismos como le pagamos a nuestros médicos, es un mecanismo de cuenta o pago por evento, lo cual es

un incentivo para que a la hora de atender al paciente se presten muchos más servicios de los necesarios. Así mismo los pleitos de "mala práctica" incentivan a que esto suceda: tenemos una sociedad bastante litigante, en donde se puede demandar a alguien por diferentes razones, los doctores temen a ser demandados, así que prestan más servicios, toman más exámenes y ese tipo de cosas que pueden ser necesarias, lo cual es otra razón que puede estar incrementando los costos. Por supuesto, como en cualquier otro sistema, el médico y el paciente, tienen un interés en utilizar lo más avanzado y generalmente lo más costoso para su tratamiento, en lugar de lo más efectivo. Esto ha llevado a realizar investigaciones y estudios acerca de sobremedicación y sobremedicalización de nuestro sistema, que está de hecho incrementando enfermedades y problemas de salud en lugar de reducirlos.

Algo mas que hay que saber acerca del sistema de salud americano, es que en realidad no tenemos muchos proveedores públicos. Ustedes tienen aquí y en la mayor parte de Latinoamérica y en otros países de Europa, proveedores sostenidos por el sector público, entidades públicas o médicos pagados por el sector público directamente. Nosotros no tenemos esto, excepto por algunos hospitales que son administrados por municipios y también tenemos a los militares jubilados, quienes están cubiertos por un sistema de salud pública, en cierta medida efectivo. Mucho de lo que debemos hacer tiene que ver con la regulación de los proveedores privados y de como se les paga. Esto es lo que debemos hacer para atender este problema.

Hemos tenido una historia de reformas. Perdimos una oportunidad en el año 1930, cuando fue aprobada nuestra Seguridad Social, la cual estaba enfocada en pensiones, a diferencia México y otros países, en donde este sistema combina pensiones y salud en un solo tipo de programa, en los Estados Unidos solo lo hicimos para pensiones, así que nuestra Seguridad Social solo cubre esto, y perdimos la oportunidad de tener un seguro social de salud en ese momento. En la segunda guerra mundial, tuvimos el mismo tipo de seguro privado que tenemos ahora, que fue creado sin ninguna intensión. Durante la guerra hubo una disminución en la mano de obra, puesto que muchos jóvenes estaban yéndose a pelear en la guerra y el gobierno congeló los salarios, para que no hubiera competencia entre las diferentes compañías. Así que las compañías, muy sabiamente, decidieron utilizar seguros como una manera de atraer a los empleados. Esta fue la base de un gran esfuerzo de crear un sistema de seguro privado para los empleados. No fue sino hasta los años 60 que pudimos hacer una reforma de salud muy bien pensada y cuidadosa, que fue negociada a traves del congreso. Esto nos trajo los programas de Medicare y Medicaid.

Esta fue la primera reforma de salud realizada a través de la legislación en los EEUU. Hace casi 15 años Clinton trata de hacer lo mismo en los años 90. El utiliza un modelo de administración por competencia y es un modelo similar a la ley 100 de ustedes aquí, pero comete dos grandes errores en el desarrollo de esta propuesta que lo llevaron al fracaso: Lo primero que hizo fue desarrollar el modelo, él y Hilary trabajaron juntos en este modelo desde la rama ejecutiva y después lo presentaron a la legislativa como algo que debían aprobar en su totalidad. Era tan complicado y complejo que fue difícil negociar ciertas partes por fuera de éste, así que el proceso legislativo, que es generalmente en el que se discuten las propuestas, no fue posible. Por ser tan complicado, todos los que estaban involucrados en la legislación podían atacar todo el

modelo e incluso atacarlo de manera irreal, porque era demasiado difícil de explicar. Como Antonio mencionó, uno de los problemas del AUGE en Chile, es que es difícil de explicar, porque es un sistema muy complicado.

Ahora, los resultados de este fracaso, los hemos tenido que vivir durante los pasados 15 años. Nadie había intentado presentar una gran reforma de salud hasta Obama, para los siguientes 15 años y les enseñó a las republicanos una lección muy difícil porque fue el fracaso de la reforma de Clinton lo que ayudó a que los republicanos ganaran de nuevo una mayoría en ambas cámaras del Congreso. Así que los republicanos aprendieron: si somos capaces de subir a un presidente reformista, entonces somos capaces de restablecer el control de nuevo sobre la legislatura. Durante la administración de Bush, hubo más cobertura para los niños, y hubo un incremento en el paquete básico de Medicare que ahora incluye algunos medicamentos. Ahora tiene dos grandes problemas: uno de ellos es que tenemos un problema llamado el "hueco de la dona¨, esto quiere decir que si usted, como una persona de la tercera edad, necesita medicina y está cubierto hasta por 3000 USD por año en medicamentos, usted debe pagar los 3000 USD hasta que... si sus gastos son mas de esto entonces, el seguro lo cubre, así que este hueco de alrededor de 3000 USD es para muchas personas de la tercera edad difícil de pagar de su bolsillo. La segunda es que este paquete fue realizado con mucho apoyo de la industria farmacéutica y ellos se niegan a permitirle al gobierno negociar precios de descuento para las drogas que serían pagadas por este sistema, a diferencia de Canadá y de muchos países Europeos, por esto se ha incrementado en gran parte el costo de esta reforma.

Ok, entonces qué hace Obama en su actual esfuerzo por realizar una reforma? Primero, habiendo aprendido del fracaso de la reforma de Clinton, él en lugar de llevar un paquete de propuestas, pone sobre la mesa una serie de principios, que le gustaría que la legislatura tratara de alcanzar, en lo que él llama su reforma de salud, el primer principio es hablar de cobertura universal o algo que se acerque a universal tanto como sea posible. Segundo, reducir algunos de los abusos de parte del sistema de seguros privados que acabo de discutir. Tercero, que el costo del programa, tendría que ser pagado por ahorros o por impuestos adicionales para que fuera un déficit neutro, el gobierno federal no tendría que incrementar su déficit para cubrir este tipo de reforma. Y por último, trataría de hacer renovaciones que podrían reducir el costo del sistema e incrementar la eficacia de éste a largo plazo.

Él propone estos principios y luego desarrolla una estrategia, "de nuevo aprendiendo de los errores de la reforma de Clinton", en vez de proponer un modelo, trabaja en conjunto con los demócratas del Congreso y deja que ellos sean quienes comiencen la negociación e intenta llegar a un acuerdo con los republicanos del Congreso, tratando de crear una legislación bipartita, luego hace algo que es único e importante: negocia con los más grandes grupos de interés, quienes se habían opuesto a la reforma de Clinton y trata de llegar a un acuerdo con todos ellos, en cuanto a qué encontrarían aceptable para que no pagaran por estar en desacuerdo con esta reforma. Con la American Medical Association, hospitales, las farmacéuticas e incluso con las compañías de seguros, trata de crear y lo logra, un paquete de negociación, con cada uno de ellos, para evitar que se opongan a esta reforma.

La situación parecía ser favorable porque tenía la mayoría en ambas Cámaras de demócratas, trata de tener un programa de manera bipartita, pero los republicanos lo rechazan. Ellos toman el ejemplo del plan de Clinton y son muy serios y disciplinados en esto, tratan de evitar de cualquier forma, que los republicanos se unan y acepten este tipo de reforma. Esto da pie a la posibilidad de una maniobra llamada filibuster, que es una situación inusual en el senado, que genera que los republicanos puedan hablar cuanto tiempo quieran y evitar que se llegue a un voto acerca de la reforma de salud, a menos que los demócratas lleguen a una supermayoría - estamos hablando del 60% de la legislatura - para parar la discusión y eso le da un gran poder a la rama más moderada en el partido demócrata, obligando a un considerable acuerdo de que podría haber sido la mejor reforma.

No voy a hablar de esto.

Qué gana el? Gana cobertura casi universal, pero a diferencia de aquí en donde tienen FOSYGA y en Chile FONASA, nosotros aun tenemos diferentes maneras de financiar esto. Extendieron la posibilidad de elegir personas que estaban en ese ¨sandwich¨, le permitieron a los jóvenes mantenerse en el plan de sus padres y requirieron a los empleadores, con incluso menos empleados, a tener planes para cubrir a sus empleados. También hay un mandato que obliga a todo el mundo a tener seguro, un programa estándar, como el que ustedes tienen y como el que tienen muchos otros países, ellos subsidiarán a quienes tengan menos ingresos para que compren planes de seguros que tienen un paquete mínimo dentro del seguro privado, que será subsidiado por el gobierno federal.

Hablando de algunos de los problemas de las compañías de seguros privadas, están previniendo que las condiciones preexistentes, sean una razón para excluir personas. Tendrán (especial pools) para personas con situaciones de alto riesgo, van a regular los incrementos de las primas en el sector privado y van a tener un paquete de beneficios básico para este mercado especial, para los planes básicos de la población subsidiada. Están haciendo un gran esfuerzo en tratar de controlar los costos y mejorar eficacia, un cambio en los pagos de medicare, a unos formatos que funcionen como un paquete de pagos que van con los DRGs (pago prosepctivo por grupo diagnóstic) que utilizan en los hospitales. Están tratando de además pagar por la continuidad de la atención - desde un paciente de afuera a uno de adentro, hasta la post atención, van a tratar de coordinar diferentes proveedores, van a exigirles respetar los estudios y el trabajo que los otros han hecho en lugar de volver a hacer lo mismo, como exámenes y estudios... (?) También van a incrementar el uso de tecnología y los sistemas de información y enfocarse en programas preventivos.

Así como Antonio lo mencionó, una de las mejores formas de reducir costos es hacer un mayor énfasis en servicios preventivos, especialmente para las enfermedades crónicas.

También van a intentar incrementar los ingresos a través de nuevos impuestos y algunos pagos adicionales en diferentes áreas. En esta combinación de ahorros y nuevos ingresos, la oficina de presupuesto en el congreso ha estimado que no solo será neutral en el déficit federal, sino que reducirá este déficit en alrededor de 140 billones de dólares en una década.

Cuáles son algunas de las implicaciones que tenemos y que tendremos para el momento que esté totalmente implantada? No es solo un arranque, sino que deberá tener al menos 4 años para que esté totalmente implementada, pero cubrirá casi el 95% de la población, reducirá los abusos que he mencionado, por parte del sistema de seguros privado y además habrá innovaciones, para mejorar el control del costo-beneficio.

Uno de los problemas, sin embargo, debo reconocer, es que ésto tomará tiempo para que se lleve a cabo, tiene implicaciones políticas, así como también, implicaciones para los individuos que están involucrados. Una gran parte de la efectividad de este programa, será incluir a la población sandwich en el sistema de medicaid. En cierto sentido no es una gran reforma, es más expandir la cobertura en un sistema que ya existe. Ya ha producido algunos déficit (escasez) el incluir 35 millones de personas al sistema, ha creado mucha presión en los médicos, que ya tienen una reducción en su tiempo de trabajo y tomará tiempo antes de que podamos cambiar los incentivos en las escuelas de medicina para crear un mayor número de especialistas y traerlos a este sistema.

A pesar de que ha habido bastante énfasis en controlar costos, no está claro si han hecho lo suficiente para realmente controlar costos, en un sistema similar que fue desarrollado en mi estado, Massachussetts, están en una crisis fiscal y es lo que pasará si no se tienen un énfasis en los ahorros, que debe haber, significativos. Las negociaciones con las compañías farmacéuticas no permitieron que se llegara a una reducción de costos en los fármacos, así que esta área es muy probable que se incremente.

En términos de implicaciones acerca de lo que podría suceder aquí, primero que todo tomó 15 años a Medicare y Medicaid, hacer un intento por realizar una reforma como la que hizo Clinton - después de su fracaso, fueron otros 15 años antes de que hubiera una oportunidad para cambiar y fue difícil-.

Han pasado 15 años desde que se aprobó la ley 100 y es ahora la oportunidad, si hay una crisis fiscal, para hacer un cambio, es además un momento en el que será complicado realizar esto. Lo que tenemos que tener en cuenta ahora, es qué hemos aprendido del éxito que ya tuvimos bajo la ley 100 o en lo que Obama hizo, al preguntarse cómo hacer esto y qué hizo muy bien. Sin embargo es muy importante tener un líder presidencial y Obama es muy insistente en este asunto, pone en riesgo su credibilidad y sigue insistiendo en lo que se debe hacer para seguir adelante.

Por último es muy importante tener que sacrificar algunos asuntos durante este proceso, muchos de nosotros podría pensar que esta reforma no es tan buena como pudo haber sido, pero todos entendemos que para poder ganar suficiente aprobación política, para que algo sea aprobado, hay que hacer cierto tipo de sacrificios y lo hicimos; perdimos la opción pública (darle a la gente la opción de un proveedor de servicios público) por un problema ideológico y los acuerdos que se hicieron con las compañías farmacéuticas y AMA, para que no se opusieran a la reforma.

Muchas gracias,