



Cómo curar la sanidad

How to Cure Health Care

■ Milton Friedman

Resumen

El autor hace una interesante y original reflexión, apoyada en abundantes datos y estadísticas, para explicar por qué el gasto sanitario en EE.UU. ha alcanzado un nivel tan alto en comparación con otros países de la OCDE. Analiza, entre otras cosas, cuáles fueron los determinantes de dicho gasto desde la Segunda Guerra Mundial, las características del aseguramiento sanitario estadounidense, la influencia de la burocratización, la figura en el mercado sanitario de un tercer pagador, el descontento de los médicos con el sistema y en qué manera la inversión en sanidad se relaciona con la esperanza de vida. Todos los razonamientos recogidos en este artículo, aunque en su gran mayoría están referidos a la sanidad estadounidense, pueden extrapolarse sin ningún esfuerzo a nuestra realidad.

Palabras clave

Teoría del desplazamiento burocrático. Efecto de un tercer pagador sobre el coste sanitario. Seguros médicos. Cuentas de ahorro médicas. Esperanza de vida. Gasto sanitario.

Abstract

The author makes an interesting and original reflection, based on abundant data and statistics, to explain why the health care cost in the U.S.A. has reached such a high level in comparison with other countries of the OECD. It analyzes, among other things, what the determinants of this cost were since the Second World War, the characteristics of the health care insurances, the influence of bureaucratization, the figure of a third party payer in the health care market, and how spending on medical care affect expected length of life. All the reasons gathered in this article, although they mostly refer to the health care in USA, can be extrapolated easily to our reality.

Key words

Theory of bureaucratic displacement. Effect of third-party payment on medical costs. Medical insurances. Medical savings accounts. Expected length of life. Spending on medical care.

El autor es *Senior Research Fellow* en la Hoover Institution y ha escrito (con Rose D. Friedman) *Two Lucky People* (University of Chicago Press, 1998). Recibió el Premio Nobel en Economía en 1976.

El artículo se ha traducido y publicado con el permiso del autor y de *The Public Interest*, n.º 142 (Winter 2001), pp. 3-30, ©2001 by National Affairs, Inc. La traducción es de José Luis Puerta.

■ Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la provisión de los servicios sanitarios en EE.UU. y otros países avanzados se ha caracterizado por tres hechos fundamentales. Primero, el rápido avance de la ciencia médica. Segundo, el gran aumento del gasto dedicado a atender la sanidad tanto en dólares ajustados a la inflación por persona como en lo referido al porcentaje de la renta nacional. Y, tercero, la insatisfacción creciente con la prestación de los servicios sanitarios por parte de sus usuarios, así como de los médicos y otros proveedores de los mismos.

Desde la revolución industrial hemos asistido en repetidas ocasiones a rápidos avances tecnológicos en la agricultura, máquinas de vapor, ferrocarril, teléfono, electricidad, automóvil, radio, televisión y, más recientemente, informática y telecomunicación. Las otras dos características que hemos mencionado parecen ser propias de la medicina. Es cierto que el gasto, inicialmente, aumentó después de producirse los avances técnicos no médicos, si bien el porcentaje de la renta nacional gastada no aumentó drásticamente superada la fase de aceptación generalizada. Por el contrario, el desarrollo tecnológico aminoró el coste, por tanto, el porcentaje de la renta nacional gastada en comida, transporte, comunicación y otros tantos bienes ha disminuido, lo que a su vez ha liberado recursos para producir nuevos productos o servicios. De igual forma, tampoco parece que exista en estos ámbitos una insatisfacción como la que se percibe en el campo sanitario.

Comparación internacional

El desarrollo en medicina ha tenido lugar en todo el mundo. Por su propia naturaleza, los avances científicos no conocen barreras geográficas. Los datos sobre el gasto sanitario de los 29 países que integran la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) están disponibles. En todos estos países, el gasto sanitario ha aumentado tanto en dólares ajustados a la inflación por persona como en función del porcentaje de la renta nacional. Los datos referentes a 21 países están disponibles para 1960 y 1997. En trece, el gasto como porcentaje del producto interior bruto (PIB) se vio multiplicado por dos. El aumento más pequeño fue del 67% y el mayor del 378%. En 1997, 16 de los 29 países de la OCDE gastaron entre el 7% y el 9% del PIB en sanidad. EE.UU. gastó el 14%, el mayor porcentaje de los países de la OCDE. Aunque a distancia, Alemania fue el segundo con un 11%; y Turquía fue el que menos gastó (4%).

Una diferencia fundamental entre la sanidad y las otras revoluciones tecnológicas reside en el papel que juega la Administración. En otras revoluciones tecnológicas, la iniciativa, financiación, producción y distribución son principalmente privadas, aunque en algunas ocasiones la Administración pueda intervenir regulando o colaborando. En la sanidad, la Administración tiene el papel de líder en lo que se refiere a financiación, producción y distribución de servicios médicos. El gasto directo de las administraciones estatales supera el 75% del gasto total

dedicado a sanidad en 15 países de la OCDE. Dentro de este concepto, EE.UU. es el segundo país que menos porcentaje dedica: solo el 46%. Además, algunos gobiernos subsidian indirectamente la sanidad dando un tratamiento fiscal favorable a los gastos sanitarios. En EE.UU., tal subsidio eleva por encima del 50% el porcentaje del gasto sanitario financiado directa o indirectamente por la Administración.

¿Qué están obteniendo los países a cambio del dinero que gastan en sanidad? ¿Cuál es la relación entre lo invertido y el resultado? El gasto sanitario es una buena medida de la inversión, pero, por desgracia, no existe ni remotamente una medida objetiva y satisfactoria para medir el resultado. Para el segmento hospitalario, el número de camas ocupadas puede ser, a primera vista, una medida objetiva. Sin embargo, las mejoras en medicina han supuesto una reducción de la estancia en los hospitales que ocasionan las distintas intervenciones médicas o enfermedades. Por tanto, un menor número de días de hospitalización por paciente puede significar un buen resultado y no un mal resultado. La sanidad tiene como fin la "buena salud". Pero ¿cómo podemos cuantificar la "buena salud"? E, igualmente importante, ¿cómo podemos conocer el papel que juegan otros factores no médicos (por ejemplo, la disponibilidad de comida, agua potable y una vestimenta adecuada) en la producción de la "buena salud"?

El parámetro menos discutible que puedo encontrar es la esperanza de vida al nacer o a distintas edades, aunque también está lejos de ser una medida precisa de los resultados que se derivan de lo gastado en sanidad. El notable aumento de la esperanza de vida en los países avanzados durante el último siglo refleja muchas más cosas que un adecuado gasto sanitario. Además, no permite conocer los cambios en la calidad de vida, cuya mensurabilidad es todavía incipiente.

La figura 1, confeccionada con datos de 1996 procedentes de 29 países de la OCDE, muestra la relación entre el porcentaje del PIB dedicado a sanidad y la esperanza de vida de las mujeres en el momento de nacer (1). La relación es positiva, aunque muy imprecisa (2). EE.UU. y Alemania son claramente los más alejados del grupo, siendo, respectivamente, el primer y segundo país que más gastan en sanidad, pero, a la vez, el vigésimo y decimoséptimo en esperanza de vida. Otra prueba más de la falta de precisión la hallamos en el hecho de que nueve países de la OCDE gastan en sanidad entre el 7% y el 8% de su PIB, y la esperanza de vida fluctúa desde la más alta (Japón con 83,6 años) a la cuarta esperanza de vida más baja del grupo (República Checa con 77,3 años). Claramente, otros factores diferentes del gasto sanitario influyen sobre la esperanza de vida.

Aunque investigar esta relación con detalle es algo que vale la pena, no es el propósito de este escrito; lo que pretendo es revisar la situación en EE.UU. Se han presentado los datos de la OCDE, sobre todo, para documentar dos aspectos (¿relacionados?) en los que EE.UU. se encuentra aparte del resto. Este país gasta en sanidad un porcentaje del PIB (y per cápita) mayor que ningún otro país de la OCDE y, además, su Administración financia la menor fracción de tal gasto, si exceptuamos Corea.

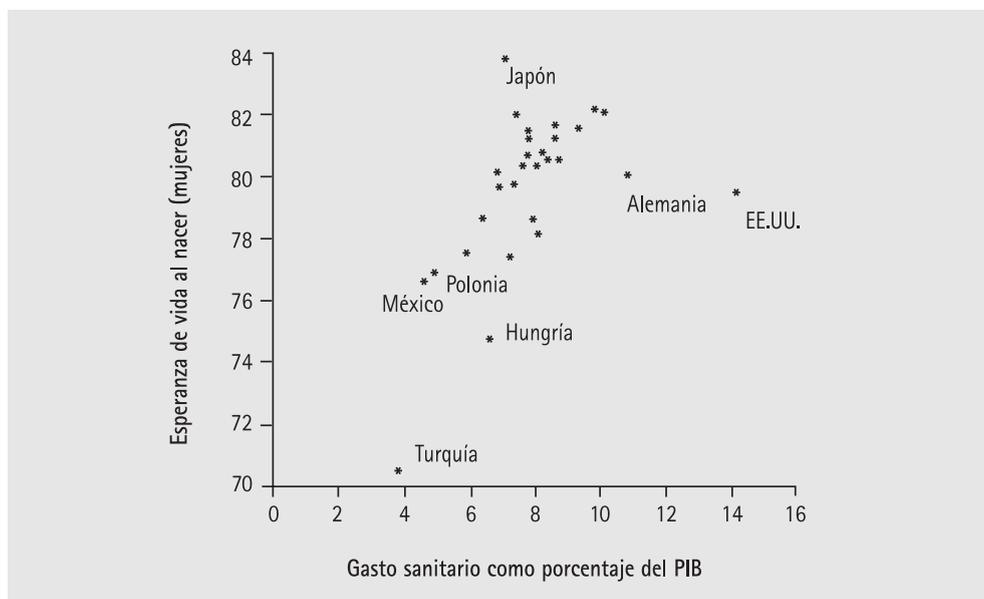


Figura 1. Gasto en sanidad como porcentaje del PIB y esperanza de vida al nacer para las mujeres (29 países de la OCDE, 1996).

¿Por qué los pagos tienen que ser satisfechos por un tercer pagador?

Dos simples hechos son claves para entender el alto nivel de gasto en sanidad y la insatisfacción que provoca tal gasto. Primero, la mayor parte de los pagos hechos a médicos, hospitales u otros proveedores de servicios sanitarios no son realizados por el paciente sino por un tercer pagador, es decir, compañías de seguros, empleadores y organismos estatales. Y, segundo, nadie gasta el dinero de otros con el acierto y la frugalidad con que usa el propio. Estas realidades no son ajenas a otros países de la OCDE, por tanto, no explican por sí solas por qué EE.UU. gasta más que otros países.

Cuando vamos a comprar a un supermercado no existe un tercer pagador que participe en nuestro proceso de compra. Pagamos directamente al empleado. Lo mismo ocurre cuando precisamos gasolina para nuestro coche, ropa para vestirnos, etcétera. Entonces ¿por qué la mayoría de los pagos por prestaciones sanitarias se hacen a través de un tercer pagador? Para EE.UU. la respuesta se halla, en primer lugar, en el hecho de que los gastos sanitarios solo están exentos de impuestos cuando la prestación es provista a través del empleador. Si un empleado paga directamente los servicios sanitarios, no se los puede deducir. Sin embargo, si los paga su empresa, el gasto es deducible de los impuestos de ésta y no forma parte de los ingresos sujetos a tributación del empleado. Esto constituye un fuerte incentivo para que las

cosas sigan como están, y explica por qué la mayoría de los consumidores se proveen de prestaciones sanitarias a través de su empleador o del de su cónyuge o del de sus padres. En segundo lugar, tenemos que recordar que la instauración de Medicare y Medicaid, en 1965, erigió a la Administración estadounidense en el tercer pagador de las prestaciones cubiertas por estos programas.

Estamos tan acostumbrados a que el empleador provea de servicios médicos que lo consideramos como algo natural. Esto es de todo punto ilógico. ¿Por qué precisamente los servicios sanitarios? La comida es más necesaria para la vida que la sanidad. ¿Por qué no deducir el coste de la comida de los impuestos si la provee el empleador? ¿Por qué no volver al denostado economato de empresa cuando los empleados eran pagados más en especie que con dinero?

El resurgimiento del economato de empresa para la sanidad tiene menos que ver con la lógica que con el puro azar. Es un excelente ejemplo para explicar cómo una mala política del Gobierno conduce a otra. Durante la Segunda Guerra Mundial, la Administración financió gran parte del gasto de la contienda imprimiendo más moneda, a la par que impuso controles sobre los precios y los salarios. La represión de la inflación que resultó de tal política provocó escasez de muchos bienes y servicios, incluida la mano de obra. Las compañías, que competían por conseguir mano de obra sin saltarse los salarios controlados por la Administración, empezaron a ofrecer servicios médicos como un beneficio social (*fringe benefit*) para los empleados. Aquellos resultaron ser muy atractivos para los trabajadores, y rápidamente se difundieron.

Al principio, los trabajadores no declaraban al Internal Revenue Service¹(IRS), como parte de su salario, el valor del beneficio social percibido. Al IRS le llevó algún tiempo darse cuenta de qué estaba ocurriendo. Cuando entendió la situación, trató de regularla exigiendo a los empresarios que declarasen el valor de los servicios médicos como parte de del salario percibido. Pero, los empleados ya se habían acostumbrado a la exención tributaria de este beneficio social, lo que creó un gran desconcierto. El Congreso respondió legislando que la asistencia médica provista por las empresas estaba exenta de tributación.

El efecto sobre el coste sanitario de los pagos hechos por un tercer pagador

La exención tributaria de las prestaciones médicas provistas por el empleador se acompaña de dos efectos y ambos elevan los costes de la sanidad. Primero, los trabajadores dependen de

¹*Nota de la redacción (N. de la R.).* El Internal Revenue Service, que depende del Departamento del Tesoro, es el equivalente a nuestra Agencia Tributaria. Fue creado por el Presidente Lincoln y el Congreso estadounidense en 1862, durante la Guerra Civil, con el objeto de recaudar impuestos para hacer frente a los gastos ocasionados por la guerra.

sus empleadores, más que de sí mismos, para resolver su atención sanitaria. Muy probablemente, los trabajadores —por su propio interés— son capaces de controlar mejor a los proveedores de servicios médicos que el empleador, la compañía de seguros o los intermediarios designados por el empresario. Y, segundo, los empleados reciben en forma de asistencia sanitaria una porción mayor de su remuneración que la que ésta representaría si los gastos médicos tuvieran el mismo régimen fiscal que otros desembolsos.

Si se eliminara la exención tributaria, los empleados podrían negociar con sus empresas un mayor sueldo para llevar a casa en lugar de una cobertura médica, que podrían proporcionársela ellos mismos negociando directamente con los proveedores de servicios sanitarios o con las aseguradoras sanitarias. La extinción de dicha exención podría permitir a los gobiernos bajar los impuestos sobre los rendimientos personales, mientras los ingresos públicos aumentan en la misma cantidad. Este subsidio oculto para la sanidad, que en la actualidad representa más de cien mil millones de dólares americanos, no consta como dinero público gastado en tal fin.

Ampliando la exención tributaria a toda la asistencia sanitaria —como ocurre actualmente con las Cuentas de ahorro médico y la tendencia a hacerlas más accesibles (el último apartado del artículo está dedicado a estas cuestiones)— podría reducirse la supeditación a un tercer pagador. Pero, si se extiende el subsidio oculto a todos los gastos médicos, podría incentivarse la tendencia de los empleados a recibir una parte importante de su remuneración en forma de servicios sanitarios.

La instauración de Medicare y Medicaid supuso un subsidio directo a la asistencia sanitaria. El costo creció mucho más rápido que lo estimado originalmente, tal como ocurre de manera invariable con las prestaciones de cualquier tipo. La legislación no puede anular la (no legislada) ley de la oferta y la demanda. Cuanto más bajo sea el precio, mayor será la demanda; a precio cero la demanda se hace infinita. Algunas medidas encaminadas a la racionalización pueden ser sustituidas por el precio, pero esto invariablemente se convierte en una racionalización de tipo administrativo.

En la figura 2 se recoge una estimación del efecto de la exención de impuestos sobre los costes médicos, y la subsiguiente entrada en vigor de los programas Medicare y Medicaid. En dicha figura, la línea de arriba representa el gasto per cápita en sanidad real expresado en precios constantes de 1992, para tener en cuenta el efecto de la inflación. El gasto se multiplicó por más de 23 veces entre 1919 y 1997, pasó de 155 dólares a 3.625 dólares. En la línea inferior se recoge el comportamiento del gasto per cápita si dicho gasto hubiese continuado aumentando al mismo ritmo que lo hizo entre 1919 y 1940 (3,1% por año). En tal caso, el gasto per cápita habría sido de 1.751 dólares en el año 1997, en vez de en 3.625 dólares, es decir, menos de la mitad de lo que es actualmente (3,4).

Para estimar de manera separada el efecto de la exención de impuestos del inducido por Medicare y Medicaid, la segunda línea de la figura muestra qué podía haberle ocurrido al gasto si, después de la instauración de Medicare y Medicaid, dicho gasto hubiese continuado

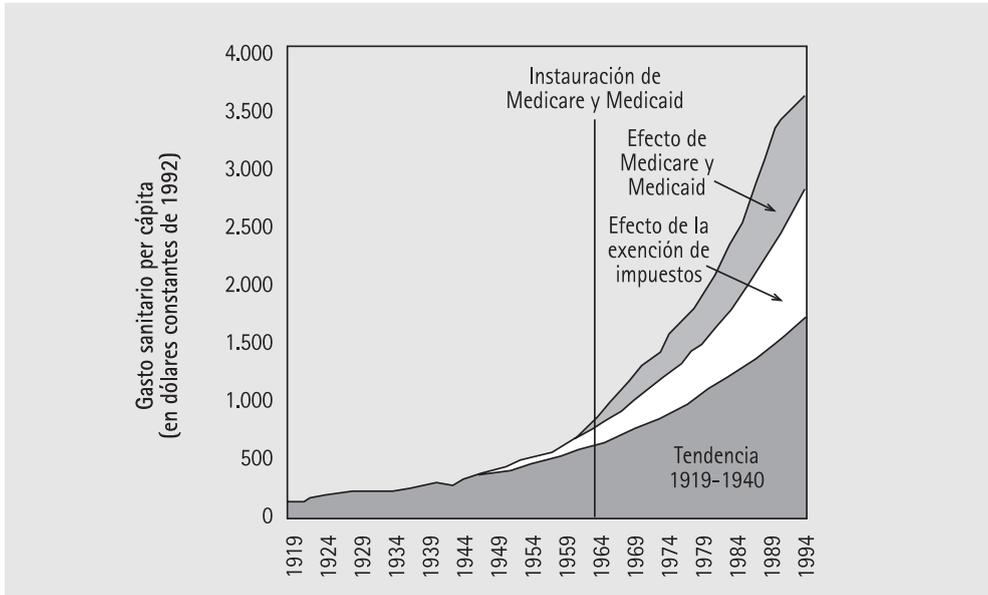


Figura 2. Gasto sanitario per cápita, EE.UU. 1919-1997 (en dólares constantes de 1992).

aumentando al mismo ritmo que registró entre 1946 y 1965 (4% anual). El espacio (en color blanco) que aparece entre las dos líneas inferiores representa el efecto de la exención de impuestos; y el espacio que dibujan las dos líneas superiores refleja el efecto de la instauración de Medicare y Medicaid. De acuerdo con estas estimaciones, la exención de impuestos explica el 57% del aumento del coste, y los programas Medicare y Medicaid el 43% restante.

En la figura 3 se recogen las diferentes partes del coste sanitario: la pagada directamente por el estado y la pagada privadamente. Como se muestra en la figura, la parte pública ha estado creciendo durante todo el período. Así, ha pasado de ser en 1919 una octava parte del total, a representar casi una cuarta parte en 1946; y de ser una cuarta parte en 1965 a ser casi la mitad en 1997. El aumento de la parte pública se ha acompañado de una centralización del gasto, esto es, ha pasado de ser un gasto que fundamentalmente corría por cuenta de las administraciones locales y de los estados, a ser un gasto primordialmente federal. EE.UU. se está dirigiendo hacia la medicina socializada, y ha llegado ya a la mitad del camino, si sumamos a los costes directos los subsidios indirectos que representa la exención de impuestos.

Expresado como porcentaje de la renta nacional, el gasto sanitario pasó de ser el 3% en 1919 al 4,5% en 1947; y del 7% en 1965 a la increíble cifra del 17% en 1997 (5). Con independencia de cómo esté organizada la sanidad, ningún país en el mundo se acerca a un porcentaje parecido a éste. El peso del gasto sanitario en la economía estadounidense ha experimentado un cambio verdaderamente impresionante. Ilustra bien dicho cambio, el hecho de

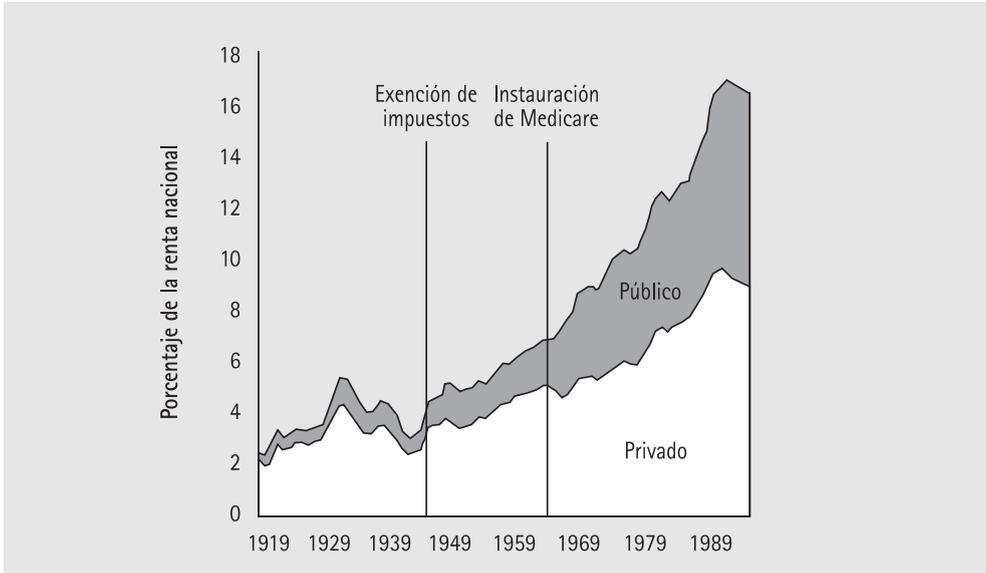


Figura 3. Gasto sanitario privado y público como porcentaje de la renta nacional (1919-1997).

que en 1946 los estadounidenses gastaron siete veces más en comida, bebidas y tabaco que en sanidad; 50 años más tarde, en 1996, se gastó más en sanidad que en comida, bebidas y tabaco. En 1946, se gastó dos veces más en transporte que en sanidad; por el contrario, en 1996, el gasto en este último concepto representó una vez y media lo dedicado al transporte.

El concepto cambiante de seguro

El hecho de que el empleador financie la atención médica ha provocado que el término "seguro" adquiera en medicina un significado diferente al que tiene en otros contextos. En general, los individuos se apoyan en un seguro para protegerse frente a contingencias que son muy improbables que ocurran, pero que suponen unas pérdidas muy estimables en caso de producirse; me estoy refiriendo a grandes catástrofes y no a gastos menores que se producen de manera recurrente. Aseguramos nuestra casa contra incendios, no contra los gastos derivados de cortar el césped. Igualmente, aseguramos nuestros coches para cubrir nuestra responsabilidad frente a terceros o en caso de que tengamos un accidente importante, y no para cubrir el coste de la gasolina. Actualmente, en el sector sanitario se ha hecho común contar con un seguro para pagar las exploraciones médicas rutinarias y, con frecuencia, las prescripciones farmacéuticas.

En parte, esto es un tema que afecta al tamaño de la franquicia y del copago, pero va más allá. "Sin seguro médico" y "sin acceso a la sanidad"² se ha convertido casi en un sinónimo. Por otra parte y de manera creciente, los estados de la Unión y el gobierno federal están especificando las coberturas de las pólizas médicas hasta un nivel de detalle que no es común en otras áreas. El efecto ha sido el aumento de los costes del seguro y la limitación de las opciones abiertas para los asegurados. Bastantes, si no la mayoría, de los "sin seguro" son personas que por una u otra razón no pueden acceder a los servicios médicos provistos a través de los empleadores, o no pueden pagar los distintos tipos de seguro que hay disponibles para ellos.

Si nunca se hubiera promulgado una exención de impuestos para la cobertura sanitaria provista por los empleadores y para los planes de Medicare y Medicaid, el mercado de seguros médicos probablemente habría evolucionado como lo han hecho otros seguros. La típica póliza médica habría consistido en un seguro para hacer frente a las situaciones catastróficas, esto es, un seguro con una alta franquicia.

La burocratización y la Ley de Gammon

Los pagos hechos a través de un tercer pagador han requerido la burocratización de la asistencia médica, y ello ha producido un cambio en la relación existente entre los médicos u otros profesionales sanitarios y los pacientes. La transacción médica ya no tiene lugar entre el profesional sanitario y su paciente: tiene que ser aprobada por un burócrata tras comprobar las "coberturas" de la póliza suscrita y autorizar el pago del servicio. El paciente, receptor del servicio médico, tiene poco o ningún interés en el coste, pues éste se atiende con el dinero de un tercero. El prestador de servicios sanitarios se ha convertido en un empleado de la aseguradora o, como ocurre en el caso del Medicare y Medicaid, de la Administración pública. Así, el paciente ya no es el único, y solo el único, al que tiene que servir el profesional sanitario. Resulta, pues, inevitable que el interés del paciente y el del que emplea al profesional sanitario entren en conflicto directo. Situación que refleja la insatisfacción pública que hay —y que va en aumento— por el carácter tan impersonal que rodea a la asistencia sanitaria.

Hace algunos años, el médico inglés Max Gammon, después de realizar un amplio estudio sobre el sistema británico de medicina socializada, formuló la "Teoría del desplazamiento burocrático" (*Theory of bureaucratic displacement*)³. Con relación a la sanidad y a la defensa, observó que "en los sistemas burocráticos... el aumento de los gastos se acompañará de una caída en la producción... Tales sistemas actúan como 'agujeros negros' dentro del univer-

² *N. de la R.* Puede consultarse Health insurance coverage: 2000. U.S. Census Bureau, September 20, 2001, que está disponible en el portal: <http://www.census.gov/hhes/hlthins/hlthin00/hlt00asc.html>.

³ *N. de la R.* Al respecto véase: Gammon M. Health and Security: Report on Public Provision for Medical Care in Great Britain. Londres: St. Michael's Organization, 1976; y Friedman M. Gammon's Law Points to Health-Care Solution. The Wall Street Journal, 12-XI-1991.

so de la economía, absorben recursos a la vez que se contraen como 'emisores de producción'. Las observaciones de Gammon para el sistema inglés tienen un exacto paralelismo con el sistema sanitario estadounidense parcialmente socializado, en el que demasiados medios han dado como resultado una disminución relativamente abrupta de la producción. Esta tendencia puede documentarse con bastante claridad en los hospitales, gracias a la alta calidad de los datos recogidos durante un largo período.

Después de 1940, la producción, medida por el número de pacientes/día por 1.000 habitantes (igual al número de camas ocupadas por 1.000 habitantes) y la inversión, medida por el coste de 1.000 habitantes, crecieron (la inversión más que la producción, presumiblemente por la introducción de tratamientos más complejos y caros). El número de camas ocupadas por habitante en EE.UU. aumentó, entre 1929 y 1940, a razón de un 2,4% anual; el coste del hospital por habitante, ajustado a la inflación, creció un 5% anual, y el coste por paciente/día, ajustado a la inflación, el 2% cada año.

La situación cambió radicalmente después de la Segunda Guerra Mundial, como puede verse en la figura 4 y en la parte superior de la tabla 1. De 1946 a 1996, el número de camas por 1.000 habitantes cayó más del 60%; y la proporción de camas ocupadas también disminuyó más de un 20%. En abrupto contraste, los recursos subieron desmesuradamente. El personal por cama ocupada se multiplicó por nueve y el coste por paciente/día, ajustada la infla-

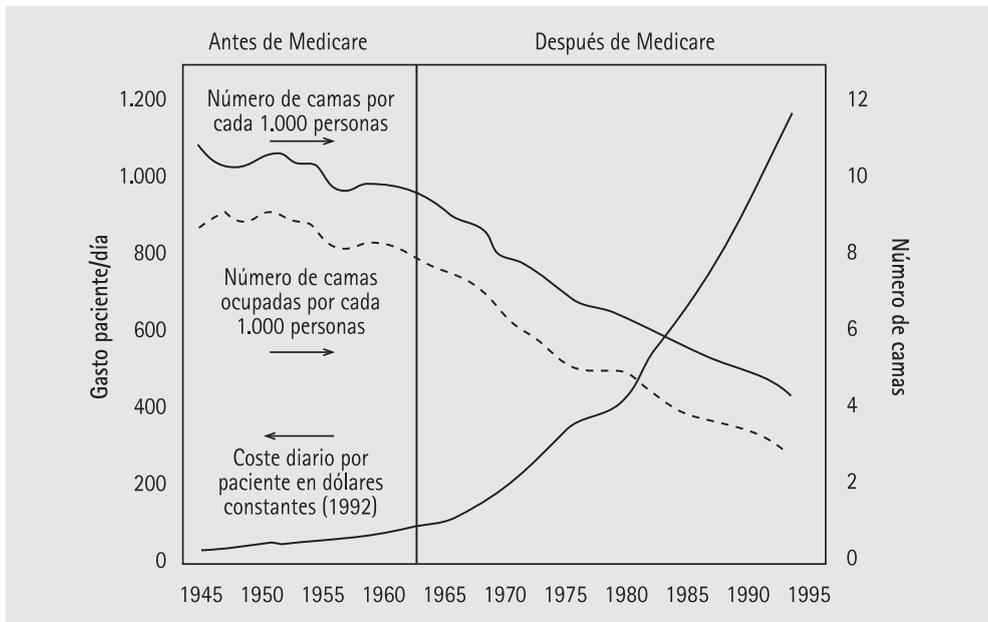


Figura 4. Hospitales estadounidenses: costes frente a producción (1946-1996).

Tabla 1. Resumen de los datos sobre el gasto y la producción médica
Años: 1946, 1965, 1996 o 1997.

Hospitales	1946	1965	1996	1996/1946
Camas por 1.000 habitantes	10,2	8,8	4	0,4
Porcentaje de camas ocupadas	80	82	65	0,8
Personal por 100 camas	73	139	624	9
Coste por paciente/día	30\$	101\$	1.200\$	40
Coste del hospital per cápita	89\$	267\$	1.129\$	13
Otros costes médicos per cápita	280\$	583\$	2.434\$	9
Total coste médico per cápita	369\$	850\$	3.563\$	10
Coste hospital, porcentaje del total	24	31	32	
Días de hospital/persona/año	3,0	2,7	0,9	0,3
Gastos en sanidad	1946	1965	1997	1997/1946
Privado per cápita	286\$	637\$	1.943\$	7
Público per cápita	83\$	212\$	1.683\$	20
Total per cápita	369\$	850\$	3.626\$	10
Investigación per cápita	3\$	30\$	58\$	19
Médicos*	1946	1965	1996	1996/1946
Coste per cápita de los servicios prestados por los médicos	110\$	128\$	415\$	4
Número por 100.000 habitantes	134	153	250	2
Ingresos netos medios	65.495\$	132.168\$	181.422\$	3
Mortalidad, total de la población	1946	1965	1997	1997/1946
Esperanza de vida al nacer	68,2	70,8	76,4	1,12
Esperanza de vida a los 65 años	13,83	15,00	17,70	1,28

* Estos números, todos provenientes de la Administración estadounidense, carecen de consistencia interna. Para 1965 y 1996, el resultado de multiplicar el número de médicos por el ingreso neto medio del médico da un coste per cápita que es mayor que el coste registrado de los servicios médicos, ya que se han excluido del coste de los servicios médicos aquellos que no son los ingresos de los médicos.

[Nota: Todas las cantidades en dólares (\$) se han representado en dólares de 1992 para corregir la inflación. La columna de la derecha muestra por cuantas veces se ha multiplicado el valor a lo largo del período señalado; por ejemplo, en la cuarta fila puede verse que el "coste por paciente/día", entre 1946 y 1996, se multiplicó por 40.]

ción, increíblemente, llegó a ser 40 veces más: de 30 dólares en 1946 pasó a 1.200 dólares en 1966 (a precios de 1992). El mayor propulsor de estos cambios fue la instauración, en 1965, de Medicare y Medicaid. El aumento moderado de los recursos se tornó en un crecimiento meteórico; y una caída moderada de la producción se transformó en un rápido declive. Como consecuencia de la drástica disminución de la producción, el aumento en 40 veces del coste por paciente/día se tradujo en que el coste hospitalario por habitante en EE.UU. se multiplicó por 13. Los días de estancia hospitalaria por persona se redujeron a dos terceras partes, pasando de una media de tres días en 1946, a menos de un día en 1996.

En sí, el acortamiento de los días de estancia hospitalaria es reflejo del progreso de la medicina. Una población más sana precisa menos hospitalización, y a la vez, los avances de la ciencia y la tecnología médica han reducido el tiempo de estancia en los hospitales y aumentado el número de pacientes quirúrgicos ambulatorios. El progreso médico puede explicar en gran medida el declive de la producción; pero poco nos dice, si es que dice algo, acerca del aumento de los costes por unidad de producción. Verdaderamente, la instrumentación médica se ha hecho más compleja. Sin embargo, en otras áreas donde ha habido un gran progreso —da igual que hablemos de agricultura, telefonía, acero, automóviles, aviación o, más recientemente, informática e Internet—, éste se ha acompañado de una disminución, no de un aumento, del coste por unidad de producción. ¿Por qué la medicina es una excepción? Claramente, fue la ley de Gammon, no los milagros de la medicina, la que actuó. La provisión de servicios sanitarios, como un beneficio social de los empleados no sujeto a gravamen fiscal, a la que se sumó más tarde la responsabilidad que asumió la Administración federal con la hospitalización y cuidado médicos de los pobres y ancianos, proporcionó una masa de dinero fresco. Para la que no escasearon los captadores de esos fondos. El aumento de los costes resultó en una mayor regulación de los hospitales y la sanidad, lo que a su vez provocó un aumento del coste administrativo y condujo a la burocratización, una de las características más prominentes de la sanidad de hoy.

La medicina no es la única área donde esto ha tenido lugar. Junto a la medicina y la defensa, la educación es el otro gran ámbito de nuestra sociedad que es ampliamente financiado y administrado por la Administración, y en ella también opera la ley de Gammon. Los recursos empleados por unidad de producción, se midan como se midan, han crecido claramente; la producción —especialmente, si la medimos en términos de calidad— ha disminuido y la insatisfacción, como ocurre en la medicina, va en aumento. Esto mismo es igualmente aplicable a la defensa. Sin embargo, la medida de la producción, independientemente de los recursos, es más desconcertante para la defensa que para la medicina.

Pero volviendo a la medicina, los costes hospitalarios han aumentado como porcentaje del coste médico total: del 24% en 1946, al 32% medio siglo después. En la actualidad, el coste de los servicios prestados por los médicos es el segundo componente más importante del gasto sanitario total. También ha aumentado de forma muy abrupta, aunque menos que el coste hospitalario. De acuerdo con los datos presentados en la tabla 1, el coste de los servi-

cios médicos se ha multiplicado por cuatro desde 1946, teniendo lugar el mayor aumento después de la puesta en marcha de Medicare y Medicaid en 1965.

La figura 5 muestra qué ha ocurrido con el número de médicos y sus ingresos. Desde 1946 hasta 1996, el número de ellos casi se ha doblado y sus ingresos casi se multiplicaron por tres a lo largo de medio siglo. Ambos datos reflejan el aumento de los fondos disponibles para financiar la sanidad y el efecto de un tercer pagador. Aumentó la demanda de servicios médicos y también los ingresos de los médicos para atraerlos. Paradójicamente, el intento de una tercera parte pagadora –sobre todo, la Administración– por mantener bajos los costes ha sido una derrota autoinfligida, ya que se tradujo en una imposición de reglas y regulaciones a los médicos que ha resultado muy onerosa. La burocratización impuesta a la práctica médica ha hecho el ejercicio de la profesión poco atractivo para los médicos actuales y los potenciales, lo que incrementa sus deseos de mayores salarios y reduce su productividad.

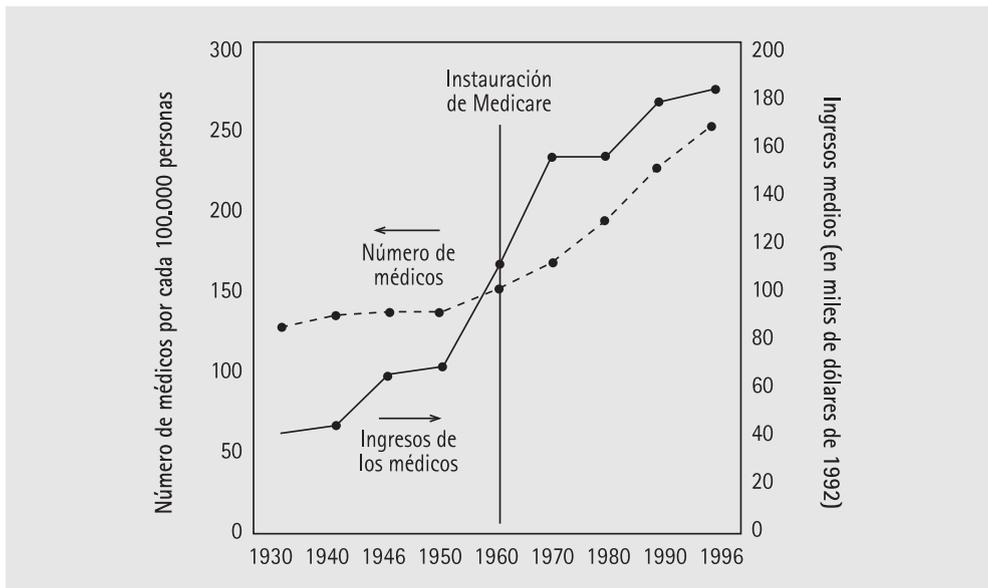


Figura 5. Número de médicos por cada 100.000 personas e ingresos medios de los médicos, corregidos por la inflación (dólares de 1992), décadas de 1930 a 1990 y 1996.

La producción de servicios sanitarios

Se ha comentado mucho acerca del uso de los recursos, pero ¿qué se puede decir de la producción? ¿Qué retorno se ha obtenido de cuadruplicar el porcentaje de la renta nacional dedicado a la sanidad?

Me he referido a uno de los componentes de la producción: los días de hospitalización por persona y año, que pasó de ser tres días en 1946 a menos de un día en 1996. En la medida que esto es un reflejo de los avances médicos es, sin duda, una buena cosa. Sin embargo, también es el reflejo de la presión por hacer las estancias hospitalarias lo más cortas posibles, con el objeto de aminorar costes. Esto último no puede considerarse una buena cosa, ya que levantó la protesta del público hasta tal punto que el Congreso tuvo que ordenar estancias mínimas para ciertos procesos.

La producción del sector sanitario en la que estamos interesados es aquella que contribuye a mejorar la salud. ¿Cómo se puede medir la salud de una forma razonablemente objetiva, esto es, sin que esté muy influida por otros factores? Por ejemplo, si la sanidad posibilita que la gente viva más y de manera más salutaria, podría esperarse que aumentara el grupo de personas que continúa trabajando con edades comprendidas entre 65 y 70 años. De hecho, como no puede ser de otra forma, dicho grupo ha disminuido drásticamente: gracias a unos ingresos más altos reforzados por los incentivos fiscales provenientes de la Seguridad Social. Manteniendo la misma condición (si la sanidad posibilita que la gente viva más y de manera más saludable), podría esperarse que la proporción de discapacitados dentro de ese grupo hubiera disminuido; pero no ha ocurrido así, lo que, otra vez, no se debe a razones de salud sino a los programas gubernamentales de la Seguridad Social. Y así sucesivamente me ha ocurrido con cualquier parámetro de medida inicialmente plausible para este propósito: todos ellos están contaminados por otros factores como para reflejar la producción del sector sanitario.

Como se señaló más arriba, la medida menos mala que he sido capaz de encontrar es la duración de la vida, aunque también esté seriamente contaminada por las mejoras en la dieta, vivienda, vestimenta, nivel de riqueza, tratamiento de residuos, acceso al agua potable y otras medidas en el ámbito de la salud pública. Las guerras, epidemias y desastres naturales y provocados por el hombre han influido. Incluso, la calidad de vida tiene más significado que la duración de la misma. Quizá, lo mucho que se está investigando en la actualidad sobre el envejecimiento conduzca a descubrir mejores parámetros que la duración de la vida.

Las figuras 6 y 7 representan dos conjuntos de datos sobre la esperanza de vida. La figura 6 recoge la esperanza de vida al nacer y la figura 7 la esperanza de vida a los 65 años. Ambas figuras abarcan todo el siglo pasado, desde 1900 a 1997; último año del que he podido tener datos. En la figura 6 la información tiene carácter anual, mientras que en la figura 7 los datos se agrupan por décadas. Las dos figuras nos cuentan historias muy notables, aunque diferentes.

La esperanza de vida pasó de 47 años en 1900, a 68 años en 1950, un aumento muy estimable que dio lugar a una etapa de crecimiento verdadero y constante: se ganaban cuatro décimas partes de año cada año. Las actividades sanitarias conducentes a mantener limpios el aire y el agua, y a controlar mejor las epidemias, sin duda, también contribuyeron de manera importante al alargamiento de la vida. Igualmente, han ayudado a este fin las mejoras en la práctica médica y el cuidado de los enfermos hospitalizados, en particular, aquellas medidas que han conducido a una reducción drástica de la mortalidad materno-infantil. El aumen-

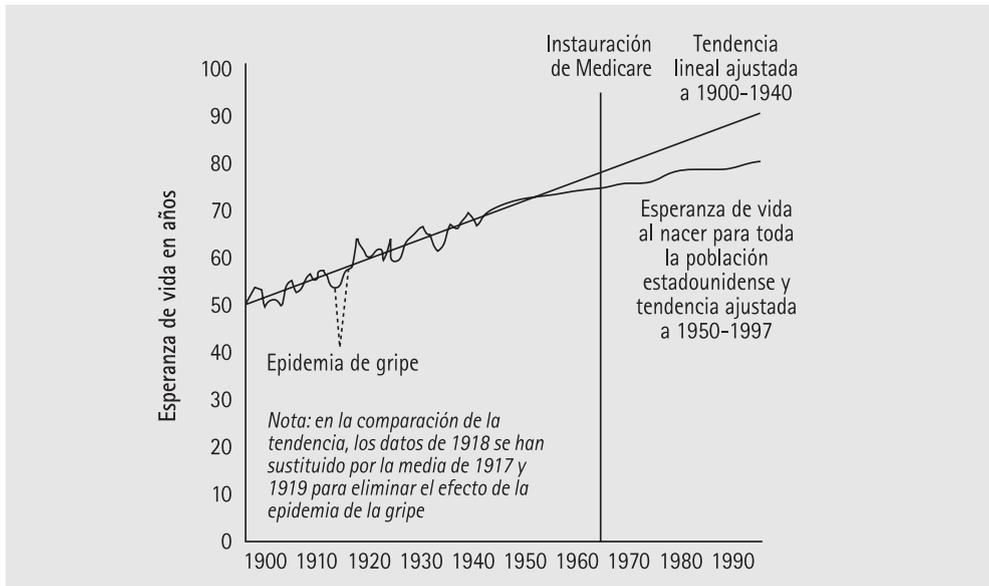


Figura 6. Esperanza de vida al nacer en EE.UU. (1990-1997), y tendencias lineales ajustadas a 1900-1940 y 1950-1997.

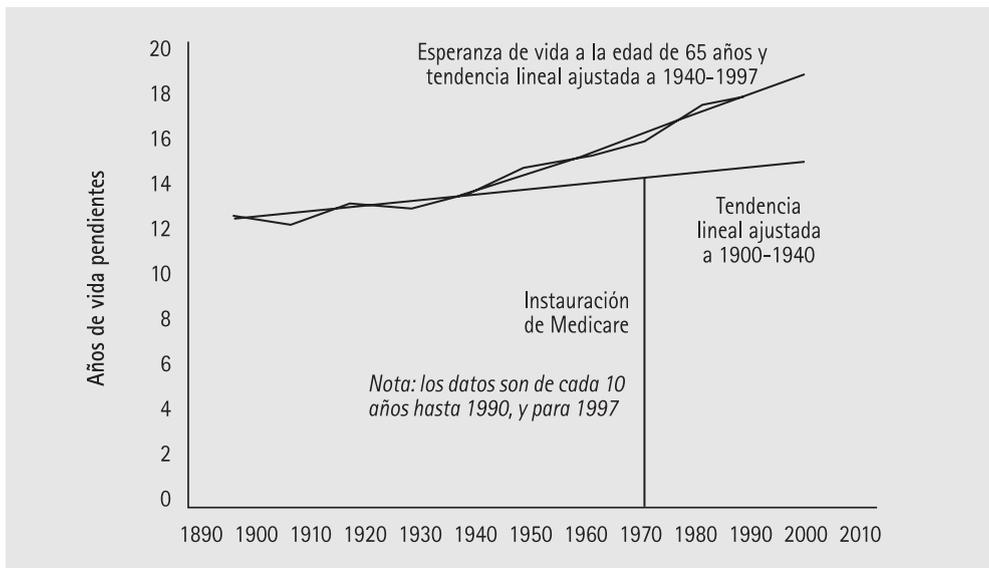


Figura 7. Esperanza de vida a la edad de 65 años, para toda la población estadounidense entre 1907-1997, y tendencias lineales ajustadas a 1900-1940 y 1940-1997.

to de la longevidad no ha guardado ninguna relación sistemática con el porcentaje de la renta nacional dedicada a sanidad, independientemente de su procedencia. Solo poseemos unos datos sobre el gasto sanitario aceptablemente exactos desde 1929; y datos en crudo desde 1919. Excepto en los años de la gran depresión (1932 y 1933), el gasto sanitario nacional nunca representó más del 5% de la renta nacional, y entre 1919 y 1948 varió entre el 3% y el 5%, lo que obedeció más a las grandes fluctuaciones de la renta nacional que al gasto sanitario en sí mismo.

El hallazgo más llamativo de la figura 6 es la brusca desaceleración del incremento de la longevidad después de 1950. Desde ese año, la longevidad creció menos de la mitad de lo que lo hizo entre 1900 y 1950, es decir, creció una media de dos décimas partes de año cada año, frente al aumento de cuatro décimas partes de año cada año registradas anteriormente (6). En los 50 primeros años del siglo pasado la duración de la vida aumentó en 21 años, y en los siguientes 47 en ocho años. Como se ha señalado, en los 50 primeros años, la duración de la vida creció sorprendentemente a un ritmo constante, y no encuentro una buena razón para explicar el cambio de una a otra tendencia. Supongo que esta situación refleja el agotamiento de la salud pública a finales de la Segunda Guerra Mundial y, por tanto, su incapacidad para producir más mejoras. Este punto puede quedar para académicos que conozcan la medicina mejor que yo y puedan dar una opinión más satisfactoria.

A diferencia de la primera, la segunda tendencia se acompañó de un gran incremento del gasto sanitario como porcentaje de la renta nacional. Se podría atribuir este aumento del gasto al cambio que tuvo lugar en la organización económica de la sanidad, sobre lo que ya se ha comentado antes. Sin embargo, es dudoso que esto tenga relación como causa o efecto de la desaceleración del crecimiento de la longevidad.

Los datos sobre longevidad a partir de los 65 años son más difíciles de conseguir que los que hacen referencia al nacimiento, por lo que se ha recurrido a utilizar estimaciones por décadas excepto para los últimos años. La figura 7 es casi la imagen en espejo de la figura 6. La longevidad a los 65 años en vez de aumentar rápidamente y luego hacerse más lenta, primero creció lentamente y luego se hizo más rápida. Hasta 1940 la longevidad subió a un ritmo medio de 0,025 años cada año. En 1900 los años de vida que quedaban una vez cumplidos los 65 eran 12 años (hasta los 77), en 1940 subieron a 13 años (hasta los 78). A partir de este momento, se produjo una rápida aceleración y 57 años más tarde los años de vida que quedaban después de los 65 se incrementaron en cinco años más, es decir, llegaron a 18 años (hasta los 83), aumentando a un ritmo medio de 0,085 años cada año. Como se puede comprender, tanto las primeras como las segundas tasas de crecimiento de la longevidad, a partir de los 65 años, son mucho menores que las de la longevidad al nacer. El fenómeno más llamativo es la inflexión que se observa en 1940 y la continuidad de las tendencias antes y después de ese año.

Los datos sobre los últimos años de la vida sugieren que esa tendencia a partir de 65 años es muy probable que no continúe. Aproximadamente desde 1980, los incrementos de la lon-

gevidad a esas tardías edades se han frenado. A los 85 años, los años que quedan de vida no han cambiado en los últimos 17 años (de 1980 a 1997); eran 6,4 años tanto en 1980 como en 1997 (7).

¿Qué fue lo que modificó el cambio de tendencia a los 65 años? ¿Por qué dicho cambio fue en dirección opuesta al que se había producido con relación a la esperanza de vida al nacer? ¿Por qué ocurrió diez años antes? ¿Podría explicar la aparición de la penicilina y las sulfamidas, alrededor de 1940, el momento en el que se produjo el cambio? Sin duda, otros avances en la medicina que van desde el tratamiento de la hipertensión arterial a las técnicas de cirugía a corazón abierto, pasando por los modernos tratamientos antineoplásicos y una mejor comprensión de la dieta han contribuido a prevenir la muerte en edades avanzadas. No me siento facultado para juzgar estos temas y su importancia relativa. Sin embargo, no tengo dudas de que el cambio económico también jugó su papel. Se produjo una brusca mejoría en la economía de las personas mayores gracias a los programas de transferencia de la Administración, sobre todo, la Seguridad Social. Los ancianos han pasado de estar entre los grupos sociales más pobres, antes de la Segunda Guerra Mundial, a estar entre los más ricos.

Aunque estas especulaciones tienen su interés, están lejos de proporcionarnos una respuesta a la pregunta con la que empezamos este epígrafe: ¿Qué retorno se ha obtenido de cuadruplicar el porcentaje de la renta nacional dedicado a la sanidad? La reducción del incremento de la esperanza de vida al nacer ocurrió antes de que la exención de impuestos y Medicare tuvieran cualquier efecto sobre el gasto. De igual manera, el mayor aumento de la longevidad a los 65 años comenzó 25 años antes de la instauración de Medicare y no se aceleró después de que dicho programa entrara en vigor. Tal vez, unos parámetros más precisos para medir la salud de la población y de ciertos subgrupos nos muestren una relación con el gasto total. Pero con las pruebas que tenemos hasta la fecha, es difícil ver algo más que burocratización e insatisfacción en la organización económica de la sanidad.

Estados Unidos de América comparado con otros países

La tendencia continua a consolidar el pago mediante la figura de un tercer pagador, sin duda, explica el extraordinario aumento del gasto sanitario en EE.UU. Sin embargo, en otros países avanzados, el pago también depende de un tercer pagador, en muchos o en la mayoría de ellos de manera más cuantiosa que EE.UU. Entonces ¿cómo explicar el alto nivel de gasto que tenemos?

Debo confesar que después de pensar y leer mucho al respecto, no encuentro una respuesta satisfactoria. Una pista puede estar en la estimación que hago de lo que hubiera ocurrido si el sistema que había antes de la Segunda Guerra Mundial hubiese continuado, es decir, si la exención tributaria y la instauración de Medicare y Medicaid nunca se hubiese producido. En este caso, los gastos en sanidad podrían representar menos de la mitad de lo que son

actualmente, lo que nos hubiera puesto casi al final de la lista de los países de la OCDE, en vez de estar al principio.

Desde el punto de vista del mantenimiento de los costes, un único pagador que administre directamente los sistemas públicos, como ocurre en Canadá y Reino Unido, tiene una gran ventaja sobre el sistema mixto estadounidense. Como compradores directos de todos o casi todos los servicios médicos, están en una situación de monopolio a la hora de contratar médicos y poder contener sus salarios. En consecuencia, los médicos en esos países ganan mucho menos que en EE.UU. Además, pueden racionalizar los servicios sanitarios de una manera más directa, aun con el coste que suponen las listas de espera y una mayor insatisfacción de los usuarios (8).

Además, una vez que toda la población está asegurada, apenas hay incentivo para que los políticos aumenten el gasto sanitario. En un profundo análisis sobre el espíritu emprendedor de los políticos, W. Allen Wallis observó que una de las formas en las que los políticos compiten por los votos es ofrecer a su electorado nuevos servicios. Pero para que el servicio ofertado tenga suficiente impacto electoral, en general, los votantes deben estar familiarizados con él, es decir, tienen que estar acostumbrados a su uso. Así, lo más eficaz para atraer los votos de los ciudadanos es ofrecerles que la Administración costee un servicio que ellos pagan, más que modificar de forma cuantitativa dicho servicio (9).

Medicare, Medicaid (ambos programas representan el esfuerzo político por atender médicamente a los ciudadanos "no asegurados") y la presión política que hay en la actualidad para que se financien las prescripciones farmacéuticas ejemplarizan este fenómeno. Una vez que el grueso del coste ha sido asumido por la Administración, como sucede en la mayoría de los países de la OCDE, los políticos no tienen grupos adicionales a los que atraer y la atención se fija en la reducción de costes.

Un factor adicional es el tratamiento que se da a los gastos privados en sanidad. En la mayoría de los países, cualquier gasto privado sale de los ingresos después de impuestos. En EE.UU. esto solo ocurre en el caso de que la asistencia médica sea proveída por el empleador. Por esta razón, son las empresas las que se hacen cargo del grueso del gasto sanitario, y los gastos privados en servicios médicos son mayores que lo que podrían ser si la asistencia sanitaria —al igual que la comida, ropa y otros bienes de consumo— fuera financiada con los ingresos antes de impuestos. Está en línea con esta visión de la cosas, el hecho de que Alemania —país que sigue a EE.UU. en el porcentaje del producto nacional dedicado a la sanidad— tenga un sistema en el que el empleador juega un papel principal en la provisión de servicios médicos, de suerte que, hasta donde he podido saber, la mitad del coste sale de los ingresos después de impuestos y la otra mitad de los ingresos antes de impuestos.

El sistema mixto estadounidense proporciona muchas ventajas en términos de accesibilidad y calidad, pero se acompaña de un nivel de costes más elevado que el que cabría esperar de un sistema tanto en el caso de que fuese totalmente de elección individual como en el caso de que fuese en su totalidad de elección colectiva.

Las Cuentas de ahorro médico (MSA) y lo que se avecina

El alto coste y la inequidad que caracterizan el sistema sanitario estadounidense son el resultado directo de una confianza creciente en terceros pagadores. Su cura requiere seguir el camino opuesto, reprivatizar la sanidad eliminando la mayoría de los pagos efectuados a través un tercer pagador, y restaurar el papel del seguro como una protección ante situaciones médicas catastróficas.

La forma ideal de hacerlo podría consistir en revertir las acciones pasadas: derogar la exención de impuestos sobre los gastos generados por la cobertura sanitaria provista por el empleador; acabar con los programas de Medicare y Medicaid; liberalizar la mayoría de los seguros médicos, y restringir el papel de la Administración en la financiación de los casos médicos serios, a la par que se da más protagonismo a la actividad estatal y local que a la federal. Sin embargo, la trama de intereses creados alrededor del sistema actual y la tiranía que impone el actual *statu quo*, evidentemente, no hace políticamente posible esta solución. Con todo, merece la pena señalar el ideal para que nos sirva de guía a la hora de valorar si los cambios propuestos van en la dirección correcta o son más de lo mismo.

La mayoría de los cambios que han ocurrido en la última década del siglo xx han seguido la dirección equivocada. A pesar de haberse rechazado la dogmática socialización de la medicina propuesta por Hillary Clinton, los subsiguientes cambios han agrandado el papel de la Administración. Y, además, han aumentado la regulación sobre la práctica médica y constreñido las condiciones de los seguros médicos, lo que ha elevado su coste e incrementado el porcentaje de individuos que han elegido o se han visto forzados a seguir sin seguro.

Hay una excepción a todo esto que, aunque modesta en la actual situación, está llena de posibilidades en el futuro. El proyecto de ley de Kassebaum-Kennedy aprobado en 1996, después de un lento y agrio debate, permitió la puesta en marcha de un pequeño proyecto piloto de cuatro años de duración sobre las llamadas "Cuentas de ahorro médicas" (*Medical savings accounts*, MSA). Éstas permiten a los individuos depositar cantidades en cuentas que no gravan fiscalmente, que solo pueden usarse para hacer frente a gastos sanitarios y proveen a sus usuarios de una póliza de seguro con una "alta franquicia" (*high-deductible insurance policy*)⁴, lo que pone un tope máximo a los gastos médicos en los que puede incurrir el

⁴ N. de la R. Este tipo de póliza de seguro médico está regulado al amparo de la *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), aprobada en 1996. El seguro se hace cargo de todos los gastos médicos cuando éstos superan la "alta franquicia" (*high-deductible*) que ha sido establecida por ley. Para una familia asegurada bajo esta modalidad la "alta franquicia" no puede ser inferior a 3.000 dólares ni superior a 4.500 dólares al año. Así, en el peor de los casos, a partir del momento en el que una familia gastase de su bolsillo 4.500 dólares en servicios médicos, el seguro se haría cargo sin límite de todos los costes médicos que acontecieran una vez que se ha llegado a ese tope. Debido a que la franquicia es alta, las primas de los seguros que operan bajo esta modalidad son, como mínimo, un 50% más baratas. Este obligado "abaratamiento" de la prima ha hecho que muchas aseguradoras sean renuentes a incluirlas en sus carteras de servicios.

asegurado. Como se ha señalado antes, ello permite prescindir de un tercer pagador, excepto en los casos donde los gastos médicos son cuantiosos; por tanto, esta concepción marcha en la dirección correcta. Ampliando la exención tributaria a todos los gastos médicos, tanto si son pagados por el empleador como si no, se elimina la actual propensión a que el aseguramiento médico sea provisto por la empresa. Esto también es un movimiento en la dirección acertada. Sin embargo, la ampliación de la exención tributaria aumenta el trato especial que tienen los gastos sanitarios frente a otros gastos domésticos. Este efecto podría favorecer el subsidio implícito de la Administración a los cuidados sanitarios, lo que puede representar un paso en la dirección equivocada (10). A pesar de ello, considerada en su conjunto y teniendo en cuenta la parte tan importante de los gastos sanitarios que están exonerados de impuestos, parece probable que el efecto neto de unas Cuentas de ahorro médico ampliamente accesibles y flexibles pueda ir en la dirección correcta.

Sin embargo el plan piloto actual ni es accesible ni es flexible. La ley⁵ limita el número de MSA a no más de 750.000 pólizas, a las que solo pueden acceder los autónomos y los empleados de aquellas firmas con 50 o menos empleados. Además, la ley especifica perfectamente las condiciones de las MSA y de la póliza asociada a ellas. Por último, al final de los cuatro años (el año 2000) el Congreso tendrá que votar para decidir si se continúa o se cambia el programa⁶. (Aquellos que abrieron una MSA podrán seguir con ella independientemente de la decisión del Congreso.) Algunos senadores y congresistas han expresado su intención de introducir decretos para extender y hacer más accesibles las MSA.

Una vez que se abre la MSA, el empleador o el propietario de la cuenta pueden hacer depósitos libres de impuestos hasta un 65% o 75% del tope máximo de la franquicia, según se trate, respectivamente, de un seguro individual o familiar. Si se necesitan cuidados médicos y su coste no supera el límite de la franquicia, se pagan a través de la MSA. Si la MSA se queda sin capital antes de alcanzar el tope de la franquicia, los gastos médicos son pagados del bolsillo del beneficiario del servicio. Los fondos de la MSA que no se usen durante un año se acumulan a los ahorros del año siguiente. El lector perspicaz rápidamente habrá caído en la cuenta de que esta modalidad de seguro está en línea con lo que el autor viene defendiendo en este artículo: los seguros médicos deben estar para cubrir las enfermedades catastróficas y no los problemas menores de salud. Es probable que hasta la fecha, tal como apuntan algunos estudiosos, la combinación de las Cuentas de ahorro médico con una "alta franquicia" constituya la mejor propuesta para achicar el hiato que existe, dentro del sistema sanitario de EE.UU., entre justicia social y responsabilidad individual.

⁵ *N. de la R.* El autor se refiere a la Ley Pública 104-191, de 21 de agosto de 1996, que se conoce como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), y que tiene dos títulos principales: uno que hace referencia al aseguramiento sanitario (en él se encuadrarían las MSA) y otro que, entre otras cosas, autoriza al Secretary of Health and Human Services (el equivalente a nuestro ministro de Sanidad) a promulgar normas sobre la privacidad de los datos médicos de los pacientes; las primeras de tales normas entraron en vigor el día 14 de abril de 2003 (véase: Annas GJ. HIPAA Regulations- A new era of Medical-Record Privacy? *N Engl J Med* 2003; 348: 1486-1490).

⁶ *N. de la R.* El Congreso extendió el período de prueba hasta el 31 de diciembre de 2002 y, posteriormente, aprobó su uso y quitó la limitación al número de pólizas que había impuesto. No es difícil adivinar la cantidad de literatura, a favor y en contra, que está levantado esta modalidad de seguro.

Antes de este proyecto piloto un grupo de grandes compañías (por ejemplo, Quaker Oats, Forbes, Golden Rule Insurance Co.) habían ofrecido a sus empleados la posibilidad de elegir una MSA en lugar de la típica póliza con una pequeña franquicia provista por las empresas. En todos los casos, el empleador suscribió para el empleado una póliza médica con una "franquicia alta" y depositó una suma convenida, generalmente la mitad de la franquicia, en la MSA del empleado, que podía ser utilizada por él para cubrir los gastos médicos. La parte de ese dinero que no utilizara durante el año pasaba a ser propiedad del empleado y, por tanto, sujeta a gravamen fiscal. A pesar de la pérdida de la exención tributaria, esta alternativa ha sido, en general, muy popular entre los empresarios y los empleados. Ha reducido los costes del empresario y ha dado protagonismo al empleado al eliminar en gran medida al tercer pagador.

Las MSA abren una vía para resolver los crecientes problemas financieros y administrativos de Medicare y Medicaid. A cada uno de los beneficiarios actuales se les puede brindar la oportunidad de continuar en la situación actual o ser beneficiarios de un seguro médico con una "franquicia alta" y un depósito establecido en su Cuenta de ahorros médicos. A los nuevos beneficiarios se les podría pedir que aceptaran la alternativa. Algunos aspectos tendrían que trabajarse con más detalle: el tamaño de la franquicia y el depósito en las cuentas de ahorro, la cuantía de los copagos y si cualquier gasto adicional podría estar exento de fiscalidad. Parece claro, a partir de la experiencia con las empresas privadas, que un programa con este alineamiento podría ser menos oneroso y burocrático que el sistema actual, y más satisfactorio para los beneficiarios. En efecto, eso podría significar dar carta de naturaleza al "cheque sanitario" Medicare y Medicaid. De esta forma se capacitaría a los beneficiarios de estos programas para gastar su dinero en ellos mismos cuando necesiten intervenciones médicas rutinarias o tengan algún problema de salud, en vez de tenerlo que hacer a través de las compañías de seguros y las HMO⁷, a la par que estarían protegidos frente a enfermedades catastróficas.

Recientemente, se ha llevado a cabo una interesante e instructiva experiencia con las MSA en Sudáfrica sobre la que Shaun Matisonn⁸ del National Center for Policy Analysis comenta lo siguiente:

⁷ *N. de la R.* Las llamadas "organizaciones para el mantenimiento de la salud" (HMO, *Health Maintenance Organizations*) son seguros que se rigen por los principios de la medicina gestionada y tienen carácter privado. Proveen de servicios sanitarios -normalmente, dentro de un área geográfica- con los que "mantienen" la salud de un colectivo de individuos, que pagan una cantidad fija previamente pactada. Un gran número de ciudadanos estadounidenses utiliza esta modalidad de seguro sanitario.

⁸ *N. de la R.* El lector que quiera profundizar en el desarrollo de las MSA en Sudáfrica puede consultar los siguientes trabajos: Matisonn S. *Medical Savings Accounts in South Africa*. National Center for Policy Analysis, Policy Report No. 234, June 2000 (disponible en: <http://www.ncpa.org/studies/s234/s234.html>), que es de donde ha obtenido el autor de este artículo la cita literal; y Matisonn S. *Medical Savings Accounts and Prescription Drugs: Evidence from South Africa*. National Center for Policy Analysis, Policy Report No. 254, August, 2002 (disponible en: <http://www.ncpa.org/pub/st/st254/>).

"A lo largo de casi toda la década pasada —durante el Gobierno de Nelson Mandela— Sudáfrica ha disfrutado de lo que probablemente ha sido el mercado más flamante de seguros médicos en el mundo... Las regulaciones sobre seguros en Sudáfrica eran y son suficientemente flexibles como para permitir el tipo de innovación y experimentación que las leyes estadounidenses ahogan... El resultado ha sido sobresaliente... En solo cinco años, las MSA se hicieron con la mitad del mercado, lo que habla de su popularidad y de que satisfacen las necesidades del consumidor tan bien o mejor que los servicios rivales. La experiencia sudafricana con las MSA demuestra que sus titulares ahorran dinero, ya que gastan menos en prestaciones discrecionales de suerte que el coste de los pacientes ingresados no se ve aumentado. Contrariamente a lo que han señalado algunos críticos, la experiencia sudafricana también demuestra que las MSA atraen individuos de todas las edades y con diferentes estados de salud".

Una reforma más radical debería, en primer lugar, acabar con los programas de Medicare y Medicaid, al menos, para los nuevos beneficiarios, y proveer a cada familia en EE.UU. de un seguro contra catástrofes médicas, esto es, una póliza de seguros con una "franquicia alta". En segundo lugar, debería terminar con la exención fiscal de los servicios sanitarios provistos por el empleador. Y, en tercer lugar, debería eliminar las restricciones legales que pesan ahora sobre los seguros médicos, difícilmente justificables con un seguro universal contra catástrofes médicas.

Esta reforma podría resolver el problema de los ciudadanos que en la actualidad no tienen seguro, eliminar gran parte de la estructura burocrática, liberar a los médicos de la creciente y pesada carga que supone tanto papeleo y restricciones, y conducir a muchos empresarios y empleados a convertir el seguro médico provisto por los primeros en un aumento de la parte líquida de su salario. Los ciudadanos gastarían menos en impuestos porque los gastos de la Administración podrían disminuir drásticamente. Las familias se podrían sentir aliviadas de una de sus mayores preocupaciones —la posibilidad de empobrecerse por una enfermedad catastrófica— y muchas de ellas serían capaces de hacer frente a los otros gastos médicos. Las familias podrían, otra vez, tener interés en buscar profesionales que les resuelvan los problemas y establecer con ellos el tipo de relación que antes era costumbre. La demostrada eficacia de la empresa privada podría tener la oportunidad de mejorar la calidad y abaratar los costes de la medicina. Así, la primera pregunta que se le haría a un paciente cuando entrara por la puerta del hospital sería: ¿qué le ocurre?, en vez de: ¿qué seguro tiene?

Aunque una reforma tan radical como ésta, seguramente no sería posible desde el punto de vista político, puede llegar a ser muy insatisfactorio dejar crecer el estado actual de las cosas. Una vez más, ello nos da un patrón —aunque inferior al ideal— frente al que poder comparar los cada vez mayores cambios.

Notas

1. Solo se incluyen las mujeres con el objeto de eliminar una fuente de diferencia irrelevante entre los países. En general, las mujeres tienden a tener una mayor esperanza de vida que los hombres, por lo que los países difieren en la relación entre hombres y mujeres. La correlación entre la esperanza de vida con relación al gasto per cápita (medido en dólares) en sanidad es casi la misma que la que existe cuando se compara con el porcentaje del PIB utilizado en sanidad.
2. La correlación es en parte engañosa porque el porcentaje gastado tiende a correlacionarse positivamente con el PIB real, y éste se correlaciona positivamente con la duración de la vida para un porcentaje de gasto dado. Sin embargo, la correlación parcial del porcentaje de gasto con la duración de la vida tiene significación estadística, que es mayor que la correlación parcial del PIB real con la duración de la vida.
3. En un amplio estudio, la empresa Rand Corporation comparó el efecto de los diferentes planes de seguro médico: desde uno sin franquicia ni copagos —es decir, asistencia sanitaria gratis— hasta otro con un 95% de copago, casi medicina privada. En el resumen de los resultados, Joseph Newhouse concluyó que “no habiendo existido una franquicia máxima (*maximum deductible expense*), la demanda entre los usuarios del seguro que pagaban el 95% de los costes médicos de su bolsillo fue algo más de la mitad que la registrada entre los que habían suscrito un seguro que se hacía cargo de todos los gastos”. La gráfica que acompañaba el trabajo fijaba un 55% como porcentaje real. El valor de 1997 que sale de extrapolar la tendencia de 1919-1940 es el 48% de un conjunto de datos completamente independiente. Véase: Joseph P. Newhouse, *Free for All? Lessons from Rand Health Insurance Experiment* (Harvard University Press, 1993), p. 458.
4. Habiendo sido este (1.751 dólares) el gasto total en 1996, EE.UU. podría haber ocupado el puesto 21, en vez del primero, entre los 29 países de la OCDE por la fracción de sus ingresos destinados a gasto sanitario.
5. La cifra del 14% apuntada antes se tomó de la OCDE, y se refería a 1996 en vez de 1997 como porcentaje del producto interior bruto y no de la renta.
6. Se han usado datos de la población total, aunque también están diferenciados por sexo y raza. Existen pequeñas diferencias entre los sexos y las razas, si bien el cuadro general es esencialmente el mismo para todos, por lo que no parece que tenga mayor interés presentar los datos por separado, como ya hice en *Input and Output in Medical Care* (Stanford: Hoover Institution Press, 1992).
7. Estoy en deuda con James Fries, una autoridad en envejecimiento, por llamar mi atención acerca de este fenómeno. Los datos citados provienen del *Metropolitan Life Insurance Statistical Bulletin*, Oct.-Dec., 1998.
8. Véase al respecto: Cynthia Ramsay and Michael Walker, *Critical Issues Bulletin: Waiting Your Turn*, 7th edition. Vancouver, B.C., Canada: Fraser Institute, 1997.
9. Wallis AW. *An Overgoverned Society*. Free Press, 1976, p. 256.
10. Si las Cuentas de ahorro médicas contribuirán a aumentar o disminuir el subsidio de la Administración a la sanidad, incluyendo el subsidio oculto que representa la exención fiscal, dependerá de lo que aquellas contribuyan a elevar o aminorar el total de gastos médicos exentos de impuestos. Los pagos hechos directamente por los usuarios tienden a reducir tales gastos ya que tienen un incentivo para economizar y, además, se reducen los costes administrativos. La disponibilidad de la exención fiscal para un amplio elenco de gastos médicos tiene el efecto contrario. Una experiencia como la que se lleva a cabo con las Cuentas de ahorro médicas o sus equivalentes sugiere que el primer efecto es muy poderoso y es probable que ensombrezca el segundo. Sin embargo, este asunto merece ser investigado de una forma más sistemática.