



Cómo enfrentar el costo de la atención médica

¿Cómo pagar por lo que necesitamos?



Las preguntas que debemos hacernos son: ¿Cómo podemos obtener la atención que necesitamos en medio del aumento de los precios? ¿Cómo podemos pagar por lo que necesitamos?



>> Más que un asunto de dinero

SEGÚN UNA ENCUESTA DE LA FUNDACIÓN KAISER FAMILY, casi tres de cada cuatro estadounidenses temen que su sueldo no alcance a pagar el continuo aumento de los precios. Específicamente, el 73 por ciento de los que participaron en la encuesta mostró su preocupación por tener que pagar más por los servicios de salud o el seguro médico. El 65 por ciento de los encuestados dijo que no sabía si podía pagar por el cuidado médico que necesitaran. Estas preocupaciones superan las angustias de perder el empleo, sufrir ataques terroristas o ser víctima de un asalto, o incluso perder los ahorros en la bolsa de valores.

Alrededor de 47 millones de estadounidenses no tienen ningún tipo de seguro médico. El costo de esto, tanto para la persona como para la sociedad en general, es asombroso. Los gastos en servicios médicos constituyen una de las principales causas de la bancarrota; y tres cuartas partes de los casos de bancarrota provienen de personas que tienen seguro médico. Cuando no pueden pagar los gastos médicos, la deuda pasa a los ciudadanos, lo cual equivale a casi \$35 billones de dólares al año.

Según la entidad gubernamental Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), más de 6 de cada 10 estadounidenses obtienen su seguro médico a través del empleo. Sin embargo, el precio de

esta cobertura médica aumenta cada día más, tanto para los negocios que proveen el seguro médico, como para los empleados que lo compran. De acuerdo a la Fundación Kaiser Family, el costo promedio para mantener a una familia en un plan de seguro médico subsidiado por una compañía se ha duplicado durante la última década. Las cuotas que pagan las personas en estos planes de seguro aumentaron de un promedio de \$122 por mes en 1996 hasta \$226 en 2005. Los dueños de empresas que proveen seguro médico a sus empleados pagaron aún más en el 2005 por mes, \$680 por empleado.

El aumento de los precios en los servicios médicos ejerce presión en el presupuesto del gobierno federal y contribuye al aumento de la deuda nacional. Por ejemplo, la cantidad que el gobierno tendrá que pagar por los beneficios del plan de Medicare incrementó en \$1.2 trillones de dólares solamente en el año 2007, según un informe del periódico *USA Today*.

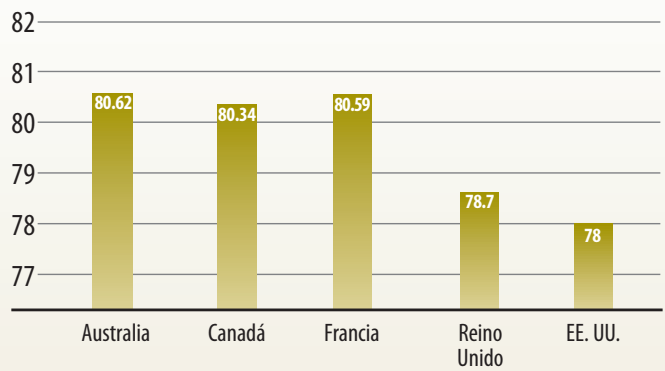
Mientras tanto, la calidad en los servicios de salud no es tan buena como debería ser. Los servicios médicos en muchas áreas de EE. UU. están por debajo de otros países desarrollados. En términos de longevidad y expectativa de vida, Estados Unidos ocupa el lugar número 29 en el mundo, detrás de casi toda Europa. En esta categoría, como en otras similares, EE. UU. ha

ido perdiendo terreno desde hace mucho tiempo. Además, según el *Dartmouth Atlas of Healthcare*, un vistazo general de la situación en el sector de la atención médica en todo el país indica que EE. UU. no hace un buen trabajo para proveer servicios médicos a las personas que lo necesitan, ni tampoco se asegura que los habitantes de las diferentes partes del país reciban una atención médica equitativa.

El problema de la atención médica en EE. UU., aunque es impulsado en muchos sentidos por el costo, no se trata sólo de un problema de dinero. En este asunto intervienen algunos valores arraigados que se ven amenazados por las tendencias del sistema actual. Por ejemplo, el aumento en el precio de la atención médica produce un sistema desigual que separa a “los que tienen” de “los que no tienen”, donde los pobres tienen poco acceso a la atención médica, lo cual es inaceptable para muchos estadounidenses. Muchos creen que el aumento en los precios se debe a la avaricia de las compañías farmacéuticas, o los fabricantes de equipos médicos, y tal motivación no tiene lugar en lo que debería ser el bienestar de todos los ciudadanos. Y, todo esto ocasiona que muchos estadounidenses vivan con el temor de que una enfermedad grave pueda dejarlos en la ruina económica.

Existen diferentes propuestas y planes para resolver el problema de los costos de la atención médica en EE. UU. Algunos son nuevos, mientras que otros han

Expectativa de vida al nacer, 2007



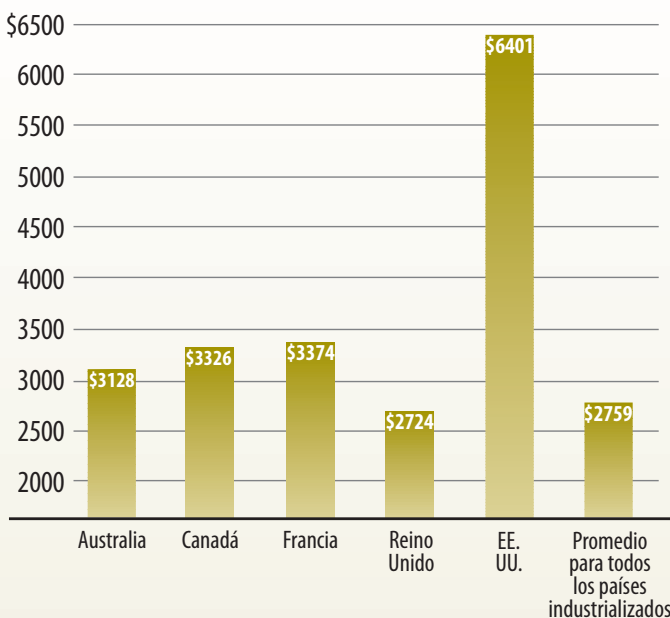
Fuente: CIA World Fact Book 2008

estado vigentes por un tiempo. Muchos de estos planes solucionan algunas, pero no todas, las preocupaciones de los estadounidenses acerca del pago de su cobertura de salud, y todos conllevan desventajas que el público rara vez toma en consideración. Es en este tipo de negociación que se deben enfrentar todos los aspectos como es debido.

Este breve informe tiene como propósito iniciar una deliberación sobre el tema de la atención médica en EE. UU. Exhorta a los ciudadanos a considerar los diferentes enfoques sobre el tema y compararlos con los valores que consideran importantes, con la finalidad de sopesarlos y determinar los términos que están dispuestos a aceptar. Las propuestas al problema surgen a raíz de las preocupaciones que tienen los estadounidenses sobre su bienestar personal y el deseo de recibir un trato equitativo y justo en lo que respecta a la atención médica. Por ejemplo,

- Se preocupan por verse arruinados económicamente como consecuencia de los gastos médicos;
- Se sienten que se han aprovechado de ellos por el aumento descontrolado en el costo de la atención médica; y
- Dicen que es incorrecto que algunos reciban atención médica mientras que otros no, simplemente porque no la pueden pagar.

Gasto promedio por persona en atención médica durante el año 2005



Fuente: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

Los costos por motivos de enfermedad hacen que las personas se sientan vulnerables y sin control de su futuro. Se preocupan que puedan verse arruinados económicamente debido a los gastos médicos.



>> Reduzca el riesgo de enfrentarse con una bancarrota

SUSAN SQUIRE, DE WARREN, MICHIGAN, es una contable cualificada. En un artículo reciente en *USA Today* ella dice: “Conozco bien el campo de las finanzas, sé cómo funciona y pago las cuentas a tiempo”. Cuando la despidieron de su trabajo en el 2000, pudo encontrar la manera de seguir pagando sus continuos gastos médicos a pesar de tener diabetes.

Luego, en el año 2005 la llevaron de emergencia al hospital. Ella cuenta en *USA Today*: “El médico me dijo, ‘Pues, Susan, estás sufriendo un infarto cardiaco... y fue cuando me di cuenta y dije ‘pero Dios mío, no puedo pasar por esto. No tengo seguro médico.’ La cuenta de los gastos del infarto ascendió a casi \$92,000, lo cual la dejó posteriormente en bancarrota. “Nunca tuve problemas en pagar mis cuentas médicas”, dice, “hasta que me mandaron de un golpe el cobro de \$92,000”.

Susan Squire no es la única. De acuerdo a una encuesta reciente de la Fundación Kaiser Family, el 65 por ciento de los estadounidenses dice sentir “algo” o “mucho” preocupación por no poder pagar sus gastos

médicos. Casi todo el mundo tiene una anécdota de alguien que se ha arruinado como consecuencia de los gastos médicos.

Los partidarios de esta propuesta dicen que lo que más les preocupa es la posibilidad de una bancarrota.

A pesar de que los empleadores proveen seguro médico a la mayoría de la fuerza laboral estadounidense, más de 160 millones de personas, según el Commonwealth Fund, grupo sin fines de lucro, no todas las personas tienen empleo, y no todas las que tienen empleo pueden pagar la cobertura. Un estudio de la Fundación Robert Wood Johnson descubrió que menos de la mitad de los padres de las familias que ganaban por debajo de \$40,000 al año podían obtener seguro médico a través de sus empleadores.

Lo que la gente necesita, según esta propuesta, es tranquilidad mental para que situaciones como la factura de \$92,000 del infarto cardiaco de Susan Squire, o situaciones menos dramáticas pero igual de costosas, los dejen en la ruina.

La respuesta, según la primera propuesta, es requerir que todos los ciudadanos tengan una cobertura mínima de salud que sea asequible y esté disponible para todos.

Los partidarios de esta propuesta abogan por ampliar la cobertura básica y ejercer presión para reducir los costos. Para tener una idea de cómo podría funcionar, debemos ver lo que está ocurriendo ya en muchos estados de EE. UU. Durante los últimos años, varios estados, frustrados por la lentitud de las reformas a nivel nacional, han implementado o propuesto sus propios programas de seguro.

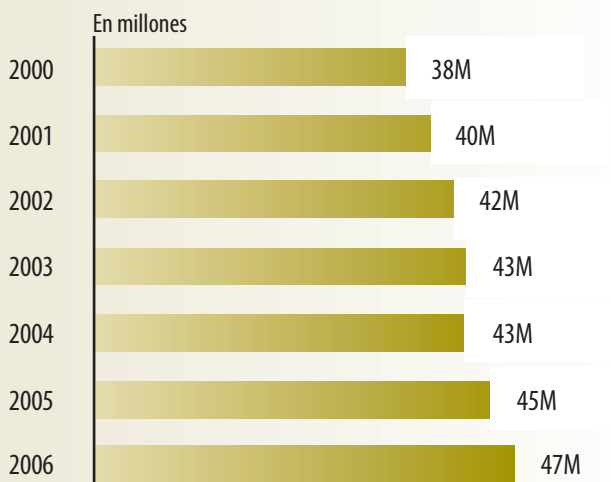
Massachusetts tal vez sea el mejor ejemplo conocido de un gobierno estatal que facilita a sus ciudadanos la adquisición de cobertura básica de salud. En el año 2006 se convirtió en el primer estado en requerir que los negocios ofrezcan seguro médico a sus empleados o paguen al estado por lo menos una tercera parte de la cobertura. Este dinero se destina para ayudar a aquellos que no tienen seguro médico a través de sus empleos. Esto es, de hecho, la esencia del esfuerzo de Massachusetts, crear una variedad de alternativas que permita a la gente obtener una cobertura que pueda pagar.

Massachusetts no es el único. Maine y Vermont también instituyeron nuevos planes de atención médica, aunque en menor escala. Se está observando de cerca a California, Pennsylvania, Michigan, Minnesota y Nueva York, que también están considerando reformas de salud.

La mayoría de estos esfuerzos tienen elementos clave en común: un requisito legal que obliga a los empleadores a ofrecer seguro médico a todos sus empleados, o como alternativa, deben contribuir una cantidad de dinero al fondo del estado; otro requisito legal obliga a todos los habitantes del estado a obtener seguro médico; una oficina gubernamental que sirva de enlace entre las personas que buscan seguro y las compañías que los ofrecen, con diferentes niveles de pago y beneficios; y finalmente subsidios para los que no pueden pagar.

Esta propuesta requerirá que todos los ciudadanos obtengan por lo menos uno de estos planes médicos, de la misma manera que los estados requieren que todos los dueños de automóviles obtengan seguro que por lo menos cubra la responsabilidad. Algunos conductores prefieren comprar pólizas de seguro baratas, con pagos de deducibles altos, que sólo entren en vigor en caso de accidentes muy graves. Este enfoque permitiría que los ciudadanos escojan el plan de su predilección sin que se les obligue a optar por uno que cubra todo tipo de enfermedad

Estadounidenses sin seguro médico



Fuente: U.S. Census Bureau, March Current Population Survey

o tratamiento médico. De esta forma, el individuo tendría la opción de pagar menos sin verse obligado a comprar una cobertura mayor de la que crea necesitar.

Esto no significa que todos obtengan un seguro médico completo. En algunos casos, el seguro médico sólo entraría en vigor cuando los gastos médicos aumenten a una cantidad predeterminada.

La primera propuesta además sugiere ampliar el uso de las cuentas de ahorros de salud. En estas cuentas de ahorros las personas pueden depositar dinero, libre de impuestos, hasta alcanzar cierta cantidad. Si este dinero se usa para pagar los servicios médicos, no hay que pagar impuestos y así se reduce indirectamente el costo de la atención médica. Esto permite que la gente pueda ahorrar dinero para los gastos de rutina que no están cubiertos por el seguro médico, y es una manera de prepararse para los gastos médicos que van más allá de ser gastos menores, pero que casi lo pueden dejar en la ruina.

Esta alternativa, no sólo ayuda a los individuos y a las familias al hacer que el seguro médico sea accesible a los menos afortunados, sino que conlleva un beneficio adicional para la sociedad al reducir el número de estadounidenses que no están asegurados y al mantener los costos bajos para todos. Cuando los que no tienen seguro médico se enferman de gravedad, los gastos se distribuyen indirectamente entre los demás a través del sistema de salud. Las primas y los gastos operativos de los hospitales aumentan para cubrir a aquellos que no pueden pagar. Durante el curso de un año, estos gastos ascienden a \$35 billones de dólares.

Si ponemos en práctica muchas de estas ideas a nivel nacional, aumentaría considerablemente el número de personas con una red de seguridad de salud. Esto los protegería y reduciría los gastos de todos nosotros.

¿Qué se debe hacer?

Los partidarios de esta propuesta dicen que necesitamos implementar un seguro médico que cubra los gastos médicos más importantes y que sea accesible para todos.

- **Exigir que todos los estadounidenses tengan alguna cobertura de salud.** Las personas no se verán obligadas a tener el mismo seguro que tienen ahora, pero necesitarán tener, por lo menos, una póliza que cubra gastos mayores.
- **Exigir que todos los empleadores ofrezcan seguro médico a sus empleados,** o contribuir a un fondo que subsidie la cobertura individual.
- **Crear planes nuevos con deducibles más altos** para aquellos que quieran optar por una póliza con

primas más bajas, que los cubriría sólo cuando los gastos médicos excedan cierta cantidad.

- **Ayudar a las personas, que no son elegibles a los planes actuales, a obtener seguro médico.** Ampliar la elegibilidad de los programas gubernamentales actuales, como Medicare, y crear un fondo para subsidiar el costo del seguro médico para las personas de bajos ingresos.

Desventajas

- Esta propuesta depende en parte del aumento de los subsidios para aquellos que no tienen seguro médico. Este dinero probablemente tenga que recaudarse mediante un aumento de impuestos.
- Aunque esta propuesta pretende asegurar que todos tengan algún tipo de seguro médico, no necesariamente podrá ayudar a aquellos cuyos gastos médicos continuos son más altos que la capacidad de cobertura del seguro. Estas personas seguirán sufriendo el continuo aumento de los gastos médicos.

>> Voces opositoras

- La experiencia nos dice que si se deja que la gente elija, siempre va a optar por el plan más barato y con menos cobertura, lo cual significa que podrían terminar en bancarrota y convertirse en una carga social.
- Este programa presupone enormes gastos para los negocios, sobre todo para los pequeños negocios que conforman el motor principal del crecimiento económico de EE. UU.
- Esta propuesta no hace nada para resolver el problema real: los precios excesivos que cobran las compañías de seguro y los proveedores de servicios médicos. Con esta propuesta, no hay ningún incentivo para controlar el aumento en los costos de los servicios médicos. Los costos seguirán disparándose hacia arriba.
- Las pólizas de seguro médico con deducibles altos desalentarán a las personas a obtener diagnósticos y tratamientos médicos de detección precoz, ya que los pagos tendrán que salir de sus bolsillos. Numerosos estudios han demostrado que la prevención y el tratamiento temprano representan la mejor manera de asegurar tener una buena salud y mantener los costos bajos.
- Esto va a costar mucho más de lo que dicen los partidarios de esta propuesta. Es demasiado caro proveer subsidios a las personas para que compren seguro médico.

Al enfrentar los precios de los medicamentos, seguro y servicios médicos, muchos dicen que se sienten estafados. Los precios están fuera de control.



>>Cómo frenar los costos descontrolados

DICEN LOS PARTIDARIOS DE LA SEGUNDA propuesta que a pesar de ser un objetivo estupendo proveer a todos una cobertura básica, esta propuesta no resuelve el problema principal que enfrentan los estadounidenses: los costos descontrolados que van al público.

E inclusive, tener seguro médico no es suficiente protección contra los precios altos y la inflación de los servicios. Según un estudio de Harvard, los gastos médicos causan más de la mitad de los casos de bancarrota, y entre los que se declaran en bancarrota por gastos médicos, tres de cada cuatro tiene algún tipo de seguro médico. Aún así, tienen que enfrentar “cuentas delincuentes, deducibles por las nubes y cuentas por cuestiones que no cubre su plan médico, como la terapia física, el tratamiento psicológico y los medicamentos con receta”, según escribe el Dr. David Himmelstein, autor del estudio.

Un buen ejemplo sobre el tema lo ofrece Jerry, un contribuyente en el sitio Web “It’s Our Health Care”, mantenido por el periódico *San José Mercury News*.

“Mi esposa tiene seguro médico pero no cubre los medicamentos con receta que ella necesita,” escribe. “Después de su infarto, se supone que tome varias medicinas que cuestan alrededor de \$600 mensuales. Nuestra familia no lo puede pagar, así que ella no toma los medicamentos que le pueden evitar otro infarto”.

Esta propuesta sostiene que los precios están fuera de control en todo el sistema de salud y que al final es el ciudadano el que queda con la responsabilidad. Según un artículo de Bankrate.com, “se calcula que los hospitales cobran hasta \$10 billones de dólares por encima del costo real, con un recargo promedio de \$1,300 por cada estancia en el hospital. Otros expertos afirman que los recargos constituyen aproximadamente un 5% de las cuentas del hospital”.

La facturación fraudulenta e inapropiada no es la única culpable de esta situación. Según los partidarios de esta propuesta, los precios simplemente son muy altos. Al revisar una de sus propias cuentas médicas, la activista de facturación médica, Nora Johnson, señala un cargo en su propia factura: “¿Qué les parece un

cargo de \$129 por un ‘sistema para recuperar sustancias mucosas?’ Eso es una caja de Kleenex”.

“Éste no es un sistema . . . que ningún paciente elegiría”, escribe Ezra Klein en *The American Prospect*. “Pagamos *muchísimo* y no recibimos nada a cambio. Pagamos porque la mayoría de los que forman el sistema de salud lo hace para obtener ganancias en vez de lograr el bienestar general, porque los médicos compran casas de lujo en base al número de exámenes que recetan; y las compañías farmacéuticas no nos dan descuentos porque han comprado al Congreso con donaciones a las campañas electorales; y las compañías de seguro médico hacen que les paguemos para que ellos encuentren maneras de negarnos más servicios médicos”.

El precio promedio de seguro médico para una familia subió más del doble entre 1996 y 2004, según lo informa la AHRQ (Agencia Estadounidense de Investigaciones y Calidad en los Servicios Médicos). Y no son las personas las únicas que sufren un fuerte golpe por estos costos. A los empleadores se les hace cada vez más difícil ofrecer seguro médico a sus empleados. En 2005, las primas de seguro para los empleados cubiertos subieron más del doble de la inflación general. Mientras tanto, sólo un año después, “en 2006, las seis compañías de seguro médico más grandes de EE. UU. recibieron en conjunto casi \$11 billones en ganancias,” según *Consumer Reports*. “Tales aumentos continuos del costo del seguro médico constituyen una gran carga para los negocios estadounidenses dentro de una competencia global”, escribe Mort Kondracke en el periódico *Roll Call*.

Según los partidarios de esta propuesta, tanto el precio de la atención médica y la cobertura, junto a las estrategias usadas por las compañías de seguro para negar la cobertura a sus clientes, son en efecto intolerables. Los medicamentos no deben costar \$600 por mes, es demasiado dicen ellos. Las personas no deben verse obligadas a sobrepasar el límite de sus tarjetas de crédito para poder subsistir.

Mientras tanto, las compañías de seguro son golpeadas con juicios por fraude que ascienden a millones de dólares. Además, algunos proveedores sin escrúpulos empeoran el problema. Según la Asociación Nacional contra el Fraude en los Servicios Médicos (National Healthcare Anti-fraud Association), las reclamaciones fraudulentas alcanzaron \$12.1 billones en 2001.

Los estadounidenses se dan cuenta de que algo no funciona bien.

La solución, según esta propuesta, es poner alto a estos precios injustos, a estas prácticas injustas, a esta escandalosa compensación monetaria. Aunque

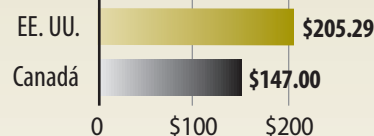
existen leyes contra el fraude, hay que llevarlas a la práctica con más firmeza y hace falta crear nuevos controles. “Tenemos precios altos porque la gente puede salirse con la suya sin que nadie les haga nada”, según el Dr. David Blumenthal, director del Instituto para la Política sobre Salud del Hospital General de Massachusetts, citado en un artículo de *Consumer Reports*. “En nuestro sistema descentralizado, pluralístico, ningún comprador tiene poder adquisitivo o autoridad gubernamental para imponer controles en los precios”. Como resultado, las compañías farmacéuticas, las compañías aseguradoras, los hospitales y otros proveedores de servicios médicos establecen sus propios precios sin cuestionamiento alguno.

El gobierno debe jugar un papel más protagonista para regular a los proveedores de toda la cadena de suministro del sistema de salud, para mantener los precios lo más bajo posible para el ciudadano común y corriente. Podría comenzar regularizando las primas del seguro médico, exigiendo que sean aprobadas por un cuerpo gubernamental antes que entren en vigencia, tal como se hace con las tarifas de los servicios públicos. Pero no se debe detener ahí. Ya que muchos

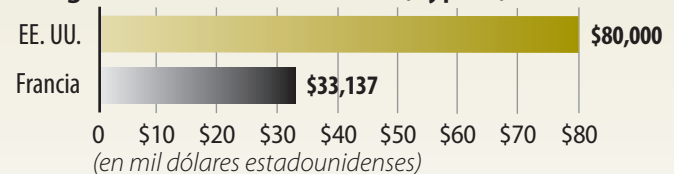
Los precios médicos son mucho más bajos en otras partes

Costos estimados de procedimientos y medicamentos: EE. UU. vs. otros países:

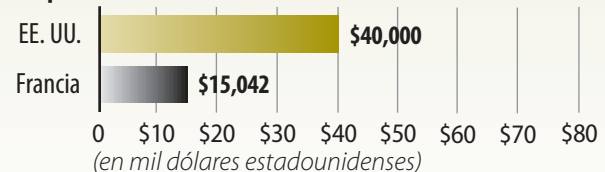
Lipitor (medicamento común que se usa para reducir el colesterol)



Cirugía de derivación cardíaca (bypass)



Implante de cadera



Nota: Canadá es la fuente más común para obtener medicamentos; Francia es el destino más común para la gente que busca procedimientos de alta calidad a menor costo.

Fuente: 2007 Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Health Plan Survey

sectores del sistema médico operan bajo algún tipo de regulación, existen muchas oportunidades para que las agencias gubernamentales ejerzan presión para disminuir los costos.

Otros sectores económicos tienen normas para proteger a los ciudadanos, por ejemplo, la energía, la televisión por cable y la banca. Fuera de EE. UU., muchas naciones reglamentan el sistema de salud mucho más que aquí. En Alemania, por ejemplo, el gobierno controla los precios de todos los servicios médicos.

Para los que sugieren esta propuesta, el propósito principal es ponerle un tope a los costos descontrolados en todo el sistema de salud, para que así los ciudadanos paguen precios justos por los medicamentos, el seguro, las estancias en hospital y las visitas al consultorio.

¿Qué se debe hacer?

Los costos de la atención médica son muy altos para muchas personas. Esta propuesta estipula que se deben reducir directamente a través de controles de precios y otros medios.

- **Limitar o especificar lo que se puede cobrar por seguro médico.** Por ejemplo, imponer un máximo en las primas del seguro basado en un porcentaje de los ingresos de la familia, o poner un límite a las compañías de seguro sobre las ganancias permisibles.
- **Requerir que las compañías de seguro acepten a todas las personas sin importar su estado de salud,** y limitar las primas que las aseguradoras tienen para las personas con problemas de salud.

No se debe penalizar a nadie por usar los servicios médicos que necesite.

- **Usar el poder gubernamental** para establecer los precios por los servicios médicos y los medicamentos con receta.
- **Permitir que las personas compren medicamentos, que cumplan con los criterios de seguridad,** en el extranjero a precios más baratos.
- **Limitar la cantidad que las cortes pueden otorgar por juicios por negligencia médica.** Los excesivos costos legales van a los consumidores en forma de costos médicos más altos.
- **Limitar las compensaciones ejecutivas.** Los ejecutivos de las compañías de seguro ganan literalmente millones, estos se pueden destinar para la reducción de los costos de aquellos que necesitan atención médica.

Desventajas

- El control de precios puede reducir la inflación, pero al mismo tiempo podría causar que algunos proveedores de servicios médicos prescindieran de ciertos procedimientos o tecnología de alto costo, aun cuando fueran necesarios para proteger la salud o incluso la vida de los pacientes.
- Limitar la cantidad por la cual se puede demandar por negligencia médica podría tener consecuencias negativas para las víctimas, quienes no recibirán toda la compensación que necesitan y merecen.

>> Voces opositoras

- Los controles gubernamentales en los precios distorsionarían las fuerzas de mercado que están en juego en el sistema de la atención médica, eliminando el elemento de la competencia, cuando la competencia es la mejor manera de mantener los precios bajos.
- Esta propuesta reduciría la innovación, los avances en la tecnología médica y el desarrollo de nuevos medicamentos. Con menos márgenes de ganancias, las compañías farmacéuticas reducirían el dinero que tienen disponible para la investigación y productos nuevos.
- Los proveedores de servicios médicos no ganan tanto. Cobran lo que cuesta proveer los servicios médicos que necesitamos. Se encuentran en una encrucijada entre unos costos que suben y nuestro deseo de reducirlos. Esta propuesta podría poner a médicos, enfermeros, clínicas y hospitales en la calle.
- Esta propuesta elimina un medio importante para controlar la negligencia en la práctica de la medicina porque disminuye la posibilidad de demandas y de acción judicial.

El alto precio de los servicios médicos significa que algunos estadounidenses deben elegir entre comer o tomar sus medicinas. En el país más rico del mundo, todos deberían tener acceso a los servicios médicos.



>> Ofrecer cobertura de seguro como un derecho

ESTADOS UNIDOS PAGA MÁS QUE cualquier otro país en el mundo por servicios médicos, aunque con resultados desiguales. Los afortunados, que son parte de una clase económica privilegiada, reciben un excelente cuidado médico, mientras que los de abajo reciben poco o nada. En lo que concierne al servicio médico, EE. UU. es un país dividido entre los que tienen y los que no tienen.

Según una encuesta reciente de Gallup, el 64 por ciento de los estadounidenses cree que todas las personas deberían recibir servicios médicos a través del gobierno, de la misma manera que tienen acceso a la educación y a la protección de la policía y los bomberos. Los partidarios de esta propuesta afirman que, como sociedad, debemos asegurarnos que todos tengan cobertura. “La educación es un derecho y se ofrece a todos sin importar las diferentes necesidades”, dice una editorial del periódico *New York Times*. “De la misma manera, nadie estaría sin seguro si reconociéramos que es una responsabilidad pública”.

Los partidarios de esta propuesta dicen que la solución es sencilla. Es hora de dejar de hablar sobre el “aumento” de la cobertura o la “reducción” en el

número de los que no tienen ningún tipo de seguro médico y, en cambio, hay que declarar que todo ciudadano debe tener la opción de elegir los médicos y los especialistas que quiera consultar, respaldado por una administración médica que cubra los gastos.

No se trata de la llamada ‘medicina socializada’, ni del modelo británico de atención médica donde el gobierno emplea a los médicos y administra las instalaciones médicas. Lo que se propone aquí es un sistema de pagos públicos, como el programa de Medicare, donde haya un “pagador único” que se ocupe de todos los gastos de los ciudadanos usando una lista de precios establecidos por el gobierno que provenga de un presupuesto anual respaldado por los impuestos federales.

Según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, un grupo formado por los treinta países más desarrollados del mundo, casi todos los países desarrollados pueden afirmar que sus ciudadanos tienen cobertura de salud. Estados Unidos se une sólo a Turquía y México en los últimos tres lugares en la escala de los ciudadanos con acceso a servicios médicos. Todos los demás países proveen

servicios médicos a un 97 por ciento, o más, de sus poblaciones.

En la actualidad no son sólo los pobres los que no tienen el seguro médico que necesitan. Con una frecuencia cada vez mayor, la clase media se ve obligada a tomar decisiones médicas difíciles y se endeuda para mantener cobertura médica. Un examen de las características de los 47 millones de personas sin seguro médico en este país demuestra que hasta un cuarto de estas familias sin seguro declaran ingresos anuales de más de \$50,000. Pero como el seguro médico para una familia puede llegar a costar hasta \$11,000 o más al año, no es sorprendente que muchas familias sigan sin seguro médico.

Con el tiempo, más y más países han optado por un sistema médico que cubra a toda su población. El sistema médico de Francia, catalogado por la Organización Mundial de la Salud como 'ejemplar', logró abarcar al 100 por ciento de la población en el año 2000.

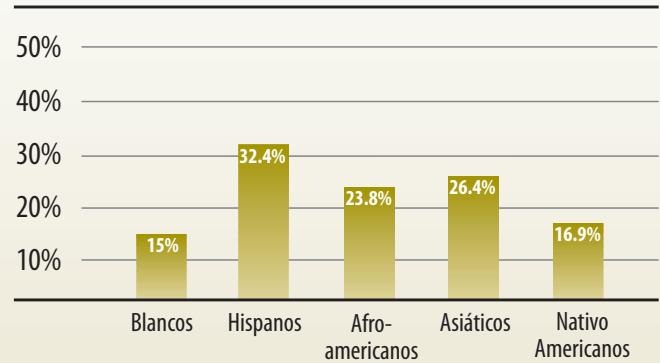
Proveer cobertura médica a todos los estadounidenses, según afirman los partidarios de esta propuesta, no es solamente la opción más correcta, sino que es también la opción que tiene más sentido en términos económicos, según lo ha demostrado la experiencia de otras naciones desarrolladas.

En total, los gastos médicos forman el 16 por ciento de la economía estadounidense, o \$2 trillones de dólares anuales. Gastamos \$6,401 al año por persona en servicios médicos. Ésta es una cifra mucho más elevada que la de otros países desarrollados, como Francia, Gran Bretaña y Australia. De acuerdo a un estudio reciente escrito por el Instituto Global McKinsey, "actualmente Estados Unidos gasta más en servicios médicos que en comida."

Mientras tanto, el número de estadounidenses sin seguro médico sigue aumentando. Los partidarios de la tercera propuesta dicen que un país líder a nivel mundial, como EE. UU., no debería encontrarse en una posición tan inferior comparado con otras naciones desarrolladas. Hay "más que suficiente dinero en nuestro sistema médico para suplir las necesidades de todos, siempre y cuando se gaste con sabiduría," según los Médicos para un Programa Nacional de Salud (PNHP).

Desde esta perspectiva, crear un sistema en que todos los pagos se centralicen produciría una eficiencia que nunca se podría alcanzar bajo las reglas actuales. El gobierno podría negociar el precio de los medicamentos directamente con las compañías que los producen, de la misma manera que lo hace ya la

Porcentaje de diferentes grupos étnicos y culturales que dicen no tener un proveedor primario de servicios de salud



Fuente: Agency for Healthcare Research and Quality (2005)

Administración de Veteranos. En un estudio del año 2003, PNHP concluyó que "las pérdidas por razones administrativas ascienden a 31 por ciento de los gastos en servicios médicos", comparado con solamente 16.7 por ciento en Canadá, donde el gobierno dirige este tipo de sistema basado en un "pagador único".

Otra de las motivaciones que impulsa esta propuesta es el sentido de equidad. "Asegurar que cada persona tenga acceso gratis a servicios médicos debe ser imperativo en una sociedad justa y equitativa", escribe Tyler Zimmer en *Orbis*. "Los servicios médicos... no son simplemente una mercancía más que se puede comprar y vender según el mercado, sino que deben ser una necesidad básica del ser humano. Como tal, no se debe limitar solamente a aquellos que pueden pagarlo".

Para muchos estadounidenses es moralmente incorrecto, y potencialmente desastroso, que existan 47 millones de personas sin seguro médico. De hecho, "de todas las formas de injusticia social, la desigualdad al acceso de los servicios médicos es la más chocante e inhumana", expresó el Dr. Martin Luther King Jr.

Los defensores de esta propuesta afirman que es urgente que se eliminen las injusticias en el sistema actual, lo que permite que los más desfavorecidos no tengan acceso mientras que los pudientes reciben los mejores servicios médicos. Por eso es imprescindible que se ofrezca seguro médico a *todos*, lo cual reducirá los costos generales de la atención médica de la nación.

¿Qué se debe hacer?

Los partidarios de esta propuesta insisten en que la cobertura de seguro es algo a lo que todos tienen derecho.

- **Proveer servicios médicos a todos como un beneficio público.** Una manera de llevarlo a cabo sería expandiendo el programa de Medicare de manera que cubra a todos los estadounidenses.
- **Usar el poder de negociación del gobierno** para reducir los precios de los medicamentos y otros materiales médicos.

Desventajas

- Los partidarios de esta propuesta afirman que todo sistema médico en el mundo tiene que ser racionalizado, pero la decisión sobre cómo hacerlo se debe basar en las necesidades del paciente, y no en su estatus económico.
- Esta propuesta requiere un aumento en los impuestos para pagar la cobertura, a pesar de que estos costos puedan recuperarse a través de los ahorros en otras áreas, como impuestos de nómina reducidos y la eliminación de las primas de seguro médico.

>> Voces opositoras

- Esta propuesta requiere que el gobierno federal se encargue del sistema de seguro médico para todos los estadounidenses, lo cual produciría un aumento increíble en los impuestos federales.
- Esta propuesta no provee ningún incentivo que responsabilice a las personas por su propia salud. El gobierno tendrá que crear medidas para castigar ciertos comportamientos nocivos a la salud, lo cual sería una invasión a la privacidad de los ciudadanos.
- Esta propuesta promete una mayor eficiencia, pero también una burocracia mayor.
- Los estadounidenses no tienen mucha confianza en el gobierno federal. ¿Debemos colocar en las manos del gobierno federal algo tan valioso e importante como el sistema de salud?

The National Issues Forums Institute

Este informe fue preparado por el Instituto para Foros sobre Asuntos Nacionales en colaboración con la Fundación Kettering. Las publicaciones de esta serie se usan en foros organizados por grupos cívicos y educacionales que se dedican a fomentar la deliberación pública sobre asuntos de importancia para la comunidad. Estos grupos usan los informes de la serie en foros realizados por cientos de comunidades cada año. Para una descripción del Instituto para Foros sobre Asuntos Nacionales, vea el sitio Web www.nifi.org.

Información sobre otros temas y cómo solicitar informes

Este informe forma parte de una serie. Otros temas recientes incluyen la energía, el desempleo, el sistema de Seguro Social, la economía, el papel de EE. UU. en el mundo, la educación, la inmigración e Internet. Para

más información, por favor visite www.nifi.org o comuníquese con NIF Publications, PO Box 41626, Dayton, Ohio 45441. Teléfono: 1-800-600-4060.

Autor: Brad Rourke

Editores: Ilse Tebbetts y Bob Mihalek

Traductores: William Nowak y Edwin K. Padilla

Diseño y producción: Long's Graphic Design, Inc.

Gráficos: Steve Long

Redactora: Lisa Boone-Berry

Coping with the Cost of Health Care: How Do We Pay for What We Need?

(Cómo enfrentar el costo de la atención médica: ¿Cómo pagar por lo que necesitamos?)

Copyright 2008

National Issues Forums Institute

Todos los derechos reservados.

ISBN: 978-0-945639-44-2