

Ha tomado parte en programas nacionales de liderazgo y es miembro de la red LISA de la Annie E. Casey Foundation. Ha publicado artículos en prensa en España y aparecido en medios como CNN y BBC como analista.

Tiene más de diez años de experiencia en think tanks en Estados Unidos como analista, experto en comunicaciones y lobista. Ha trabajado defendiendo y aprobando legislación en materias de educación, sanidad y políticas de bienestar social, incluyendo la aprobación de una de las primeras leyes de bajas pagadas por enfermedad en Estados Unidos.

Roger Senserrich

Editor del boletín Four Freedoms y miembro de Politikon. Director de Comunicaciones de Connecticut Working Families. Es licenciado en Ciencias Políticas por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.



Twitter: @Egocrata

Sanidad en EE. UU.: REFORMAS Y COSTES

Roger Senserrich

Una de las cosas más difíciles de acostumbrarse en Estados Unidos es ir al médico y no tener ni la más remota idea de lo que te va a costar.

Para empezar, cada aseguradora (sea pública o privada -ahora hablaremos de ello-) ha llegado a un acuerdo distinto con ese médico en particular, que incluye una serie de condiciones sobre reembolsos, descuentos por formar parte de “la red” de proveedores incluidos en cada plan y una escala de servicios cubiertos dependiendo del grado de cobertura del paciente.

Cada póliza de seguro, además, puede tener términos distintos respecto a franquicias, copagos, límites familiares y servicios médicos cubiertos. Las condiciones de una póliza de seguros acostumbran a ser una larga lista de decenas de páginas detallando qué servicios se consideran medicina preventiva, de emergencia, justificada o electiva; a qué médicos se puede acudir sin tener que cubrir costes adicionales, cuánto dinero uno debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora corra con ningún gasto, qué medicamentos están en cada nivel de cobertura y copago, bizantinas regulaciones sobre qué debe hacer un médico para pedir autorización a la aseguradora para dar acceso a un determinado

tratamiento, y una miríada de detalles, condiciones y excepciones adicionales.

Esto significa que las salas de espera de los hospitales en Estados Unidos sean un poco como las puertas de embarque de un aeropuerto. Nunca hay dos pasajeros que han pagado exactamente lo mismo por el billete.

La burocracia alrededor de cada consulta es compleja. Cada visita genera lo que las aseguradoras llaman un *medical code*, un código estandarizado numérico con el diagnóstico, servicios prestados, tratamientos y cualquier circunstancia adicional del paciente. Este código (una cadena de cifras y letras ilegible para los legos) es lo que recibe la aseguradora, que decide en última instancia qué porcentaje del coste del servicio va a pagar. Las pólizas acostumbran a cambiar de un año a otro, según las aseguradoras negocian con médicos y los pacientes cambian de una empresa a otra o cambian su cobertura. Eso hace que, con algunas excepciones, uno va al médico solo con una vaga idea de lo que acabará pagando. Cada visita es un misterio.

La existencia de toda una categoría profesional de *medical coders*, un puesto de trabajo que exige una titulación

específica (equivalente a una diplomatura) y una industria asociada que factura cada año casi 10 000 millones de dólares¹ dice mucho de la enrevesada organización del sistema de salud americano. La fragmentación entre proveedores, pagadores, consultores y administrativos trae consigo, aparte de serios dolores de cabeza a los pacientes, unos elevadísimos costes administrativos que contribuyen a hacer de Estados Unidos el país que más gasta en sanidad del mundo desarrollado.

1

El coste de la sanidad

Estados Unidos destina un porcentaje del PIB a la sanidad mayor que el de cualquier otro país de la OCDE. Los americanos destinan casi un 17 % de su economía a su sistema de salud. Suiza, el único lugar que se le acerca, no alcanza el 12 %². Esta cifra sería ya de por sí considerable, pero Estados Unidos es además uno de los países más ricos del mundo. El gasto en sanidad por cápita e incluso ajustando por niveles de riqueza, duplica al de lugares como Francia o Suecia³.

Este gasto adicional sería justificable si los indicadores de salud de Estados Unidos fueran mucho mejores que los del resto de la OCDE. Lo que vemos, sin embargo, son resultados o comparables o peores; aunque el país tiene alguno de los mejores hospitales del mundo, en agregado el sistema tiene unos resultados comparables a los de casi cualquier país europeo.

En términos de salud pública, Estados Unidos es casi sin excepción netamente peor. No solo es uno de los lugares donde la esperanza de vida se ha estancado o incluso disminuido⁴ en años recientes (y es considerablemente inferior a la francesa, italiana, española o alemana) sino que además no ofrece cobertura médica a un porcentaje considerable de su población. Antes de la pandemia, aproximadamente uno de cada diez americanos no tenía seguro médico alguno. No tenemos cifras exactas sobre cuánta gente ha perdido su seguro médico durante el 2020, pero las estimaciones rondan los 14 millones de personas⁵.

El sistema de sanidad de Estados Unidos se enfrenta a dos problemas urgentes. Por un lado, su desmesurado coste; por otro, sus pobres resultados a todos los niveles

Podemos decir, entonces, que el sistema de sanidad de Estados Unidos se enfrenta a dos problemas urgentes. Por un lado, su desmesurado coste; por otro, sus pobres resultados a todos los niveles. Ambos problemas están íntimamente relacionados –y ambos requieren soluciones complejas–.

Empezaremos hablando del coste de la sanidad, dado que cumple un papel clave en excluir a millones de personas del sistema. La magnitud de las cifras da una pista bastante clara de que la enorme diferencia con el resto de la OCDE no se debe a una sola causa, sino que estamos ante un caso en el que múltiples factores contribuyen a inflar el resultado final.

¹ U.S. Medical Coding Market Size, Share & Trends Analysis Report by Classification System (ICD, CPT, HCPCS), By Component (In-house, Outsourced), And Segment Forecasts, 2021 - 2028. <https://bit.ly/3x6iu6b>

² “Current health expenditure (% of GDP)”. World Health Organization Global Health Expenditure database. <https://bit.ly/3y63VzS>

³ Kamal R., Ramirez G., and Cox C. “How does health spending in the U.S. compare to other countries? Peterson-KFF Health System Tracker. December 23, 2020. <https://bit.ly/3y21RsA>

⁴ Woodward, A. “Life expectancy in the US keeps going down, and a new study says America’s worsening inequality could be to blame”. INSIDER. Nov 30, 2019. <https://bit.ly/2UfcolK>

⁵ Kamal R., Ramirez G., and Cox C. “How does health spending in the U.S. compare to other countries? Peterson-KFF Health System Tracker. December 23, 2020. <https://bit.ly/3w7wYl0>



Manifestantes contra el cambio legislativo del ACA (*Affordable Care Act*) iniciado por Trump en 2017.

Si contrastamos los costes de Estados Unidos con una cesta de países comparables (Austria, Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Holanda, Suecia, Suiza y Reino Unido –nótese que los dos países con sistemas de salud más eficientes de la UE, España e Italia no están incluidos–)⁶, podemos analizar estas diferencias. Los americanos gastan cuatro veces más dinero en costes administrativos por cápita que sus homólogos de la OCDE (937 \$ al año, comparado con los 201 \$ del resto), algo que no debería sorprender a nadie viendo el número de intermediarios y la complejidad del sistema. Los americanos gastan casi el doble en medicamentos, en parte porque la fragmentación del sistema hace que no puedan negociar precios a la baja. También destinan más dinero a la medicina preventiva.

Estos tres factores, sin embargo, tienen un peso relativamente limitado en el gasto total. Donde vemos más diferencia es en el coste de los tratamientos médicos: Estados Unidos gasta 6 624 \$ al año, comparado con los 2 718 \$ del resto de países. Sí, la burocracia, el papeleo y las constantes interferencias de las aseguradoras es un problema, pero son los costes hospitalarios, el de las consultas, procedimientos, cirugías y demás los que definen las colosales diferencias de coste.

Este es un detalle crucial para hablar de las carencias del sistema sanitario de Estados Unidos, y de

las posibles vías de reforma para hacerlo más accesible y menos oneroso para los bolsillos de los americanos. El problema central del sistema no es uno de gasto público insuficiente, como veremos, sino de precios abusivos y beneficios descontrolados en el lado de los médicos y hospitales del sistema.

2

¿Quién paga los seguros médicos?

Empecemos por el lado del gasto: quién paga por servicios médicos. Casi la mitad de los americanos (49 %) reciben su cobertura médica a través de un seguro de empresa. Las compañías ofrecen esta prestación como parte de la remuneración de sus empleados. Cuando uno es contratado en un nuevo puesto de trabajo, el seguro médico recibe tanta o más atención que el salario al hablar de compensación.

La calidad y grado de cobertura del seguro varía mucho según la empresa y categoría profesional del empleado. Aunque la reforma de la sanidad del 2010

⁶ Kurani n. & Cox.C. “What Drives Health Spending in the U.S. Compared to Other Countries”. Peterson-KFF Health System Tracker. September 25, 2020. <https://bit.ly/3drCqIZ>



Barack Obama firmando la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible en la Casa Blanca, el 23 de marzo de 2010.

(*Obamacare*, el apodo de la *Affordable Care Act*) simplificó y estandarizó la jerga de los contratos de seguros, creando “niveles” definidos y una lista de prestaciones mínimas, la variedad es gigantesca.

En general, cuanto mayor es la empresa y mayor el sueldo, más cara es la póliza y mejores prestaciones ofrece. Un cajero de un supermercado tendrá seguramente copagos para cualquier interacción con un médico, una lista de proveedores que aceptan el seguro muy reducida y una franquicia (la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora pague nada) que puede rondar los 6 000 dólares. Un director general de un banco no tendrá franquicia, tendrá copagos pequeños, y acceso a cualquier médico del país. Un empleado en un restaurante de comida rápida, mientras tanto, es muy probable que si quiere tener acceso al seguro de su empresa tenga que pagárselo él, ya que no estará incluido en su sueldo por defecto.

El segundo mayor grupo de asegurados del país están cubiertos por Medicaid, el programa mixto federal-estatal para personas con pocos ingresos, que da servicio a un 20 % de la población. Aunque es un sistema que cubre millones de personas, en realidad Medicaid está tremendamente fragmentado. Según el tipo de paciente y servicios ofrecidos, lo que paga el estado y el gobierno federal varía, y los requisitos para acceder a él son diferentes. Hay más de un centenar de categorías de pacientes (niños, invidentes, minusválidas, ancianos, pocos ingresos...) y la implementación varía de un estado a otro.

Lo servicios cubiertos y lo que paga el gobierno a médicos por ello, varían también. Esto hace que un paciente pueda tener derecho a Medicaid en un estado, pero no en otro, según las regulaciones de cada lugar.

Para los pacientes cubiertos por Medicaid, es un seguro fiable y generoso. No tiene copagos ni franquicias, y en algunas modalidades, cubre casi cualquier servicio. Medicaid, no obstante, suele pagar relativamente poco dinero a médicos y hospitales, así que muchos no aceptan pacientes con este seguro. Eso, sumado a los duros requisitos para acceder a él (casi siempre, estar por debajo del umbral de la pobreza) lo hacen no del todo deseable.

El tercer programa en número de asegurados es Medicare, el seguro médico para mayores de 65 años. Medicare se parece bastante a un seguro a la europea; aunque tiene primas y algunos copagos, es un seguro generoso que paga relativamente bien a los médicos. Aunque cubre al 14 % de la población, está mucho más integrado que Medicaid, ya que es programa federal puro, sin intervención de los estados. Los médicos tienden a ser más receptivos, en parte porque el congreso ha limitado mucho la capacidad del programa para negociar precios a la baja.

Los tres grupos restantes son el mercado individual (6 % de la población), la sanidad militar (1 %), y gente sin seguro médico. El primer grupo son aquellos que tienen seguro de empresa o acceso a programas públicos y deben contratar un seguro en solitario. La ACA reguló esta porción del sistema de forma estricta, así

que las aseguradoras ya no pueden ofrecer pólizas basura o denegar servicios de forma arbitraria. El gobierno federal, además, ofrece subvenciones a familias con pocos ingresos. Eso no hace que las pólizas sean baratas, ni mucho menos (una medio decente cuesta 436 \$ al mes de media⁷, sin contar franquicias, copagos y demás) pero permite evitar sustos.

La sanidad militar (*Veteran's Affairs*) cubre a aquellos que han servido en las fuerzas armadas. El modelo organizativo es algo que sería familiar en España; los hospitales son propiedad del gobierno federal y los médicos empleados públicos. Es, de muy lejos, el sistema de salud más eficiente de Estados Unidos⁸.

El diez por ciento de americanos restantes no tienen seguro médico. Si se ponen enfermos, deben pagar todo de su bolsillo. Los hospitales en Estados Unidos están bajo obligación legal de atender a cualquier paciente que requiera atención médica, así que no se van a quedar sin cuidado en caso de sufrir un percance. El problema es que los hospitales van a intentar cobrar la factura al paciente, y lo harán, aunque eso le cueste ir a la bancarrota.

3

Inflando costes

Como vemos, el sector público americano se ocupa de dar cobertura médica directa a más de un tercio del país, o cerca del 40 % si contamos subvenciones. Por añadido, los seguros médicos de empresa reciben un trato fiscal muy favorable, ya que no tributan como ingresos en el impuesto sobre la renta. La práctica totalidad del sistema de salud está respaldado con dinero público.

El problema es que, a pesar de estas inversiones, el sector público americano no quiere o no puede ejercer poder de mercado alguno para controlar los precios.

En el resto de la OCDE, el sector público controla los costes de dos formas distintas. En los países donde el estado es quien actúa como asegurador en última instancia, lo hace imponiendo precios y tarifas a los hospitales y médicos de forma unilateral. Si el ministerio o consejería de sanidad es quien paga las facturas del 90 % de pacientes, uno no puede rechazar la oferta. Estamos

El 10 % de americanos no tiene seguro médico. Si se ponen enfermos, deben pagar todo de su bolsillo. Los hospitales en EE. UU. están bajo obligación legal de atender a cualquier paciente, el problema es que después trarán de cobrar la factura al paciente, y lo harán, aunque eso le cueste ir a la bancarrota

ante un monopsonio, un mercado en el que hay un único comprador que puede imponer precios.

En los lugares donde el mercado de seguros está más fragmentado (como Alemania u Holanda), los gobiernos habitualmente utilizan una combinación de regulación para coordinar precios entre aseguradoras o establecen precios directamente⁹. Todo el mundo paga lo mismo, y los médicos cobran lo autorizado por el gobierno.

⁷ "Average Marketplace Premiums by Metal Tier, 2018-2021". KFF. <https://bit.ly/3A7Mkcx>

⁸ Price et al. "Comparing Quality of Care in Veterans Affairs and Non-Veterans Affairs Settings". *Journal of General Internal Medicine*. April, 2018. <https://bit.ly/3x5gLhH>

⁹ TSUNG-MEI CHENG. "Bending the Cost Growth Curve and Expanding Coverage: Lessons from Germany's All-Payer System. A Tribute to Uwe Reinhardt". The Milbank Memorial Fund. June, 2020. <https://bit.ly/3y65ZaU>



Entrada de ambulancias del Hospital presbiteriano de Nueva York durante la pandemia COVID-19.

En Estados Unidos, sin embargo, el sistema va en dirección contraria. Lo que sucede, de forma cada vez más habitual es que tenemos concentración empresarial en el lado de la oferta, es decir, un número cada vez más pequeño de hospitales y consultas médicas en cada región. En muchos estados y regiones del país, uno o dos grupos hospitalarios se reparten los centros médicos entre ellos, haciendo que la oferta sea muy limitada. Cuando una aseguradora quiere negociar precios para sus pacientes, lo hace con un monopolio de facto, y no tiene más remedio que aceptar las tarifas que le impongan.

A esto se le suma el hecho de que a pesar de que ser médico en Estados Unidos es extraordinariamente lucrativo, el país tiene muy pocos médicos y camas hospitalarias por cápita¹⁰—y ha visto una auténtica oleada de cierres de hospitales en años recientes—.

Esto se debe a una combinación de factores. Primero, Estados Unidos tiene muy pocas facultades de medicina y produce muy pocos médicos. La American Medical Association, la asociación profesional del sector, dedica gran parte de sus esfuerzos a asegurarse que esto siga así. Segundo, las empresas que controlan los hospitales (a menudo entidades “sin ánimo de lucro”) trabajan muy duro para comprar a sus competidores e impedir que abran hospitales nuevos. Tercero, los hospitales rurales no son rentables sin dinero público, y muchos estados no ofrecen Medicaid a personas con pocos ingresos.

En muchos estados y regiones del país, uno o dos grupos hospitalarios se reparten los centros médicos entre ellos, haciendo que la oferta sea muy limitada. Cuando una aseguradora quiere negociar precios para sus pacientes, lo hace con un monopolio de facto

¹⁰ Shanosky N., McDermott D., and Kurani N. “How do U.S. healthcare resources compare to other countries?” Peterson-KFF Health System Tracker. August 12, 2020. <https://bit.ly/3wZvFG9>



El presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson firmando la creación de Medicare el 30 de julio de 1965 junto al vicepresidente Harry S. Truman y su esposa, Bess, que aparecen en el extremo derecho.

4

Soluciones

Los desajustes del sistema de salud americano tienen varias soluciones obvias, pero políticamente muy complicadas.

La opción más sencilla es aprobar medidas que favorezcan un cierto papel de monopsonio al sector público, sea a nivel federal o estatal. Esto puede hacerse permitiendo que Medicare y Medicaid no solo negocien precios y coordinen sus pagos, por ejemplo, sino que además los hospitales estén obligados a ofrecer los mismos precios a las aseguradoras privadas. En su defecto, el gobierno federal puede ofrecer una *public option*, o un seguro público que esté disponible para empresas y particulares, que pueda imponer precios de forma similar.

Alternativamente, el gobierno federal o los estados podrían regular directamente los precios, sin más. Simplemente imponer una tarifa uniforme para cada servicio, regulada desde arriba con fuerza de ley.

El segundo método es más sencillo. Es el sistema que se utiliza en Alemania, y de hecho hay algunos estados (como Maryland) que lo están implementando. Funciona bien, reduce costes, y es fácil de administrar. En la práctica, sin embargo, médicos y hospitales son perfectamente conscientes que controlar costes implica que ellos ganarán menos dinero, así que se han opuesto frontalmente a cualquier intento de extender el sistema. Políticamente

es muy, muy difícil responder a enfermeras y cirujanos preocupados diciendo en TV que el gobernador quiere cerrar su hospital.

Eso hace que los políticos recurran al primer método, intentan aumentar el poder de compra de los gobiernos y aseguradoras. Su implementación, sin embargo, es también difícil y exige además una expansión de programas públicos que genera resistencia numantina entre los conservadores.

La alternativa de aumentar la competencia en el lado de la oferta también es difícil. En teoría, las autoridades podrían intentar romper monopolios hospitalarios regionales para evitar que todos los hospitales de una ciudad estén en manos de una o dos empresas. A la práctica, esta clase de pleitos no son fáciles de ganar en los tribunales. Aumentar el número de hospitales y la cantidad de médicos es también complicado sin una intervención decidida del sector público y no tiene efectos inmediatos en los costes de la sanidad.

La solución más previsible, como es habitual en Estados Unidos, es una combinación de experimentación y cambios a pequeña escala a nivel estatal, junto con cambios regulatorios en los márgenes por parte del gobierno federal.

La buena noticia (relativa) es que la sanidad es ahora mismo tan cara que no parece que haya demasiado margen para que los costes sigan creciendo. La mala es que es muy probable que sigan siendo altos durante bastante tiempo. Aunque los estados aprenden unos de otros y tienden a adoptar la legislación de estados vecinos cuando esta funciona bien, es algo que lleva tiempo, y desde luego, hace bien poco por reducir la fragmentación del sistema.

El problema persistirá, casi seguro. En EE. UU., los cambios se hacen poco a poco.