

Documento normativo

¿Los sistemas de salud sociales en otros países ofrecen un modelo para los Estados Unidos?

Por el Dr. Roger Stark, Analista de políticas, Centro de Atención Médica

Julio, 2019

Principales hallazgos

1. Estados Unidos cuenta con un complejo sistema de prestación de atención médica compuesto por planes de seguro privados y financiados por el gobierno.
2. Otros países cuentan con un sistema de prestación de servicios de salud más uniforme que inició con un control gubernamental planificado de arriba hacia abajo.
3. Estados Unidos invierte mucho más en atención médica que otros países industrializados.
4. Observar lo que hacen otros países para resolver los problemas de nuestro sistema de atención médica no es la solución. Otros países son más chicos que los Estados Unidos y cuentan con una población más homogénea.
5. La demanda de atención médica sobrepasa excesivamente el dinero presupuestado para ella en todos los demás países, y el racionamiento de la atención médica por parte del gobierno es común. Algunos pacientes no tienen derecho a la atención para ahorrar dinero.
6. Así como en los Estados Unidos, los demás países enfrentan el problema demográfico del envejecimiento de la población y la reducción de la fuerza laboral para pagar impuestos por la atención médica de sus adultos mayores.
7. Si bien nuestro país invierte más en atención médica que otros países industrializados, también es el número uno del mundo en el financiamiento de innovaciones médicas.
8. Si bien la cobertura del seguro médico universal es el objetivo de otros países, el punto crítico es utilizar el mejor mecanismo para permitir que el mayor número de nuestros ciudadanos tenga derecho a la atención médica.
9. Como sucede en las demás actividades económicas, el mercado libre privado ofrece la mejor solución para proporcionar el mayor acceso a la atención médica y controlar los costos.

Documento normativo

¿Los sistemas de salud sociales en otros países ofrecen un modelo para los Estados Unidos?

Por el Dr. Roger Stark, Analista de políticas, Centro de Atención Médica

Julio, 2019

12	<i>Introducción</i>
13	<i>Antecedente</i>
14	<i>El ranking de atención médica de los Estados Unidos entre otros países industrializados</i>
15	<i>Asistencia médica en otros países.</i>
16	<i>Generalizaciones sobre el cuidado de la salud en otros países.</i>
17	<i>Los Estados Unidos lidera el mundo en innovaciones médicas</i>
18	<i>La atención médica como un "derecho"</i>
19	<i>Lo que los EE. UU. puede aprender de los sistemas de atención médica en otros países</i>
20	<i>Conclusión</i>

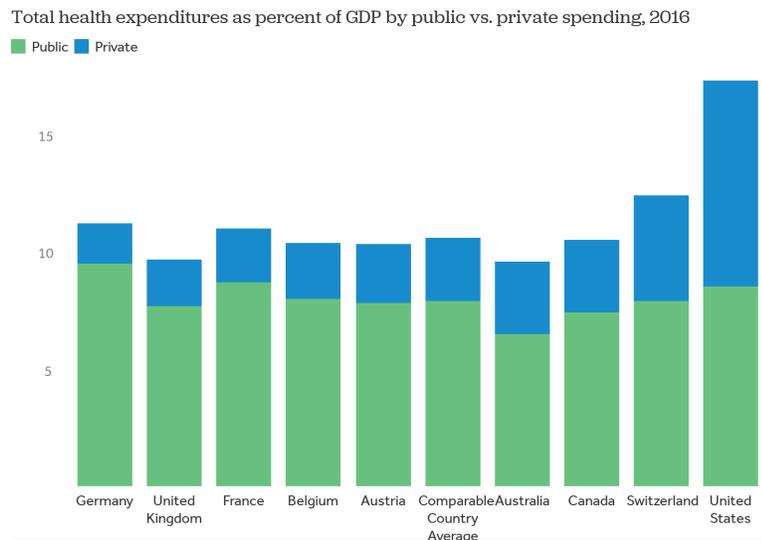
¿Los sistemas de salud sociales en otros países ofrecen un modelo para los Estados Unidos?

Por el Dr. Roger Stark, Analista de políticas, Centro de Atención Médica Julio, 2019

Introducción

Estados Unidos cuenta con un complejo sistema de prestación de atención médica compuesto por planes de seguro privados y financiados por el gobierno. Aproximadamente la mitad de la población estadounidense recibe su seguro de salud de su empleador o del empleador de su cónyuge. Más del cuarenta por ciento de la población recibe su seguro de salud del gobierno, a través de Medicare, Medicaid, la Administración de Veteranos, los intercambios de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y el Servicio de Salud Nativo. El resto de los ciudadanos estadounidenses no cuentan con un seguro o lo obtienen a través del mercado privado individual.

Estados Unidos invierte mucho más en atención médica por persona que otros países industrializados. El año pasado, el gasto médico general en el país se incrementó a \$ 3.5 billones o 18 por ciento del producto interno bruto nacional.¹ Suiza fue el segundo país que más gastó, con 11 por ciento del PIB.²



Source: KFF analysis of OECD data • Get the data • PNG

Peterson-Kaiser
Health System Tracker

Los partidarios de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, también conocida como Obamacare, garantizaron una cobertura de seguro de salud universal, al tiempo que alegan reducir el gasto general en atención médica en los EE. UU. Después de nueve años de experiencia con la ley, la realidad es la siguiente:

1 'National Health Expenditure Data,' Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS.gov, December 11, 2018, at <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nationalhealthaccounts/historical.html>.

2 'How does health spending in the U.S. compare to other countries?,' by B. Sawyer and C. Cox, Peterson-Kaiser Health System Tracker, December 7, 2018, at <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/health-spending-u-s-compare-countries/#item-u-s-similar-public-spending-private-sector-spending-triple-comparable-countries>.

totalmente diferente. Solo el 40 %, de los que no tenían seguro cuando se aprobó la ley en 2010, ahora cuentan con un seguro de salud. Los costos siguen en aumento y todos los estadounidenses, excepto los que tienen derecho a Medicaid, pagan más por la atención médica ahora que cuando se aprobó la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.

Estados Unidos se encuentra ahora en una disyuntiva de atención médica. Los progresistas de la izquierda apelan por un mayor control del sector público, a través de un sistema de un solo pagador, administrado por el gobierno o mediante movimientos incrementales hacia tal sistema. Una aceptación de Medicare o Medicaid, la disminución de la edad de elegibilidad de Medicare y una opción pública están siendo mejor aceptadas en el debate nacional. La alternativa privada se basa en un mayor consumo, con medidas que brindan a los pacientes un control más directo sobre sus dólares de atención médica y decisiones médicas.

Los sistemas de atención médica de otros países se toman en cuenta con frecuencia como la solución para los Estados Unidos. Sin embargo, no se tiene la certeza si los sistemas en otros países ofrecen un modelo de atención médica viable para los estadounidenses. Este resumen estudia los sistemas de prestación de atención médica en los otros países industrializados líderes y analiza la posible aplicabilidad de estos sistemas en los Estados Unidos.

Antecedente

El actual sistema de atención médica del país se desarrolló a partir de acciones de política tomadas en tres puntos separados y específicos en el tiempo. En 1943, durante la Segunda Guerra Mundial, el gobierno implantó controles de salarios y precios principalmente en toda la economía. Los empleadores no tenían permitido competir por nuevos empleados basados en ofrecer salarios más altos, debido a los controles gubernamentales. El gobierno federal permitió a los empleadores otorgar beneficios de atención médica en lugar de salarios más altos, y además les permitió deducir el costo de ese seguro de salud de los impuestos sobre la renta de su empresa. La solución fue hacer que la compra de seguros de salud fuera más barata para las empresas que para las personas y las familias. Este fue el comienzo del modelo pagado por el empleador que ahora está establecido en los Estados Unidos.

Otra fecha importante es 1965, cuando los derechos de Medicare y Medicaid se convirtieron en ley. El 20% de los estadounidenses ahora están en el programa Medicaid mientras que el 17% tiene seguro de Medicare.

La tercera acción ocurrió cuando el presidente Obama firmó la Ley de Asistencia Asequible (ACA) en 2010, asegurando todavía más el control del gobierno sobre el sistema de prestación de atención médica de los Estados Unidos. La ACA incrementó Medicaid en 10 millones de personas y otorgó subsidios a los contribuyentes para 10 millones de personas que compran seguros en los intercambios de beneficios de salud.⁴

En consecuencia, los Estados Unidos cuentan con un sistema de atención médica no uniforme con múltiples derechos y planes de seguro privado. Otros países cuentan con un sistema de prestación de servicios de salud más uniforme que inició con un control gubernamental planificado de arriba hacia abajo.

³ 'Health Care Coverage in the United States,' by E. Berchik, E. Hood, and J. Barnett, United States Census Bureau, September 12, 2018, at <https://www.census.gov/library/publications/2018/demo/p60-264.html>.

⁴ 'Since Obamacare Became Law, 20 million more Americans Have Gained Health Insurance,' by Bloomberg, fortune.com, November 15, 2018, at <http://fortune.com/2018/11/15/obamacare-americans-with-health-insurance-uninsured/>.

El ranking de atención médica de los Estados Unidos entre otros países industrializados

La publicación más citada que organiza el sistema de prestación de atención médica de los países es un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2000.⁵ Estados Unidos ocupó el puesto 37 de 191 países en el informe, detrás de Grecia, Marruecos y Columbia.

Los autores del artículo colocaron un número de clasificación en cinco criterios separados del sistema de prestación de atención médica, después incluyeron los resultados de esos cinco para obtener un número total para cada país. Del propio documento:

"... el logro del país en los cinco indicadores (es decir, salud, desigualdad de salud, nivel de respuesta, distribución de respuesta y financiamiento justo) se redimensionó ... Luego se revisaron los siguientes pesos para construir la medida global compuesta: 25% para la salud, 25% para la desigualdad en salud, 12.5% para el nivel de respuesta, 12.5% para la distribución de la respuesta y 25% para la imparcialidad en el financiamiento. Estas reflexiones se basan en una encuesta realizada por la OMS para obtener las preferencias declaradas de las personas en sus valoraciones relativas de los objetivos del sistema de salud".

Los criterios que se escogieron por la OMS de desigualdad en salud, distribución de la capacidad de respuesta y equidad en el financiamiento, otorgan una ventaja a los países con un sistema de pago único o países con alguna forma de cobertura de seguro de salud universal. En otras palabras, debido a que Estados Unidos no cuenta con un sistema de atención médica administrado por el gobierno, de arriba hacia abajo, el país comenzó la clasificación con una discapacidad del 62.5 por ciento. Nos clasificamos bastante bien en las categorías de salud y nivel de capacidad de respuesta.

Lo malo es que la clasificación de la posición 37 se usa repetidamente en los debates sobre atención médica, y perjudica los excelentes resultados médicos y la capacidad de respuesta general del actual sistema de atención médica de la nación. La alta calidad del sistema estadounidense se corrobora por el fuerte deseo de muchas personas enfermas de todo el mundo de viajar a nuestro país para recibir tratamiento médico.

En otra publicación deficiente, el Commonwealth Fund ha localizado en serie los sistemas de prestación de atención médica de once condados del primer mundo. Estados Unidos ocupó el último lugar en todos los informes del Fondo durante los últimos quince años.⁶ Al igual que en el estudio de la OMS, nuestro país está duramente penalizado en el ranking, por no tener alguna forma de cobertura de salud universal socializada.

Los estudios del Fondo también clasifican a Estados Unidos de manera insuficiente en cuanto a resultados médicos, en especial mortalidad infantil, longevidad después de los 60 años y mortalidad prevenible. Sin embargo, existen explicaciones para estos resultados.

Estados Unidos registra cada nacimiento, mientras que muchos otros países lo hacen a partir de un "nacimiento vivo, o sea, solo si el bebé ha sobrevivido un cierto número de días o semanas. La longevidad después de los 60 años en Estados Unidos varía entre uno y dos años en comparación con otros países. Y, finalmente, la mortalidad prevenible revela a pacientes que en verdad buscaron ayuda médica. Si un paciente falleció en su hogar o por "causas naturales", esto no se observa en los resultados generales.

⁵ 'Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries,' by A. Tandon, C. Murray, J. Lauer, and D. Evans, World Health Organization, 2000, at <https://www.who.int/healthinfo/paper30.pdf>.

⁶ 'Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally,' by K. Davis, K. Stremikis, D. Squires, and C. Schoen, the Commonwealth Fund, June 16, 2014, at <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror-wall-2014-update-how-us-health-care-system>.

De nuevo, para el tratamiento de entidades de enfermedades específicas, como la insuficiencia cardíaca, la diabetes y muchas formas de cáncer, los resultados obtenidos por nuestro país son envidiables de acuerdo con los estándares mundiales.

Asistencia médica en otros países.

Gran Bretaña

Gran Bretaña instauró un sistema integral de salud del gobierno en 1948. El Servicio Nacional de Salud (NHS) principalmente ofrece a cada ciudadano una cobertura desde la cuna a la tumba. El sistema nacional facilita el acceso abierto a la atención primaria, aunque el médico general puede no ser la elección del paciente. Hay copagos muy austeros y básicamente no hay cargos hospitalarios. El derecho se financia a través de impuestos generales, así como uno pequeño sobre la nómina de los trabajadores.

Aproximadamente el 10% de la población tiene seguro privado, y muchos médicos combinan el trabajo de gobierno con la práctica privada. Los servicios de salud son planificados y aprobados por agencias gubernamentales regionales conocidas como Grupos de Comisionamiento Clínico. Estas comisiones deciden el valor de los tratamientos específicos, quién puede recibirlos y el número de estos procedimientos que el NHS (Servicio Nacional de Salud, por sus siglas en inglés) proporcionará en cualquier área del país.

Como muchos sistemas de atención médica nacionalizados, es difícil para las personas que necesitan atención transformar sus derechos legales teóricos en acceso a un servicio de atención médica real. Gran parte del racionamiento bajo estos sistemas se basa en largas listas de espera. Los tiempos de espera para el diagnóstico y la atención especializada en Gran Bretaña resultaron tan largos, que el gobierno dictaminó en 2010 que nadie debería esperar más de 18 semanas (cuatro meses y medio) para recibir tratamiento.⁸

Durante el año pasado, 250,000 ciudadanos esperaron durante más de seis meses los tratamientos planificados dentro del NHS (Sistema Nacional de Salud, por sus siglas en inglés), mientras que 36,000 británicos esperaron nueve meses o más.⁹ El 25% de los pacientes con cáncer no iniciaron con su tratamiento en el momento indicado. Esto se refleja en malos tiempos de supervivencia para los cánceres comunes, principalmente el de mama y próstata. En el sector privado la espera es menor y se ofrece una alternativa para aquellos pacientes con los recursos financieros para buscar atención privada.

Las ineficiencias médicas y administrativas son rampantes, y la escasez crónica, con el consiguiente racionamiento, es frecuente. Algunas familias británicas han realizado demandas por negligencia médica de padres o abuelos ancianos que murieron mientras esperaban recibir atención. Debido a las grandes cargas de trabajo los médicos mayores se jubilen más rápido. El país encara una carencia de médicos y enfermeras. A pesar de estos problemas, la mayoría de los ciudadanos británicos tienen una opinión positiva al respecto, si no entusiasta, de su sistema de prestación de atención médica, y lo ven como un motivo de orgullo nacional.

7 'Britain's Version of Medicare For All Is Struggling With Long Waits For Care,' by S. Pipes, Forbes.com, April 1, 2019, at <https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2019/04/01/britains-version-of-medicare-for-all-is-collapsing/#27c4b71436b8>.

8 'Happy birthday to Great Britain's increasingly scandalous National Health Service,' by Scott Atlas, MD, Forbes.com, July 5, 2013, at <http://www.forbes.com/sites/scottatlas/2013/07/05/happy-birthday-to-great-britains-increasingly-scandalousnational-health-service/>.

9 'Britain's Version of Medicare For All Is Struggling With Long Waits For Care,' by S. Pipes, Forbes.com, April 1, 2019, at <https://www.forbes.com/sites/sallypipes/2019/04/01/britains-version-of-medicare-for-all-is-collapsing/#27c4b71436b8>.

Alemania

Alemania fue el primer país que creó una forma integral de atención médica socializada, a partir de 1883. En la actualidad, el seguro de salud es obligatorio para todos los ciudadanos alemanes, y se financia a través de las contribuciones del empleador y de los empleados, así como del fondo de impuestos generales.¹⁰ A causa de los costos cada vez mayores, la contribución del fondo de impuestos generales está aumentando. Los seguros de accidentes y cuidado a largo plazo son independientes, pero parte del sistema general de prestación de servicios de salud.

Cualquier individuo que gane menos de \$ 71,000 al año se ubica en automático en uno de los 118 fondos gubernamentales de seguro o "enfermedad". El 85% de la población alemana está inscrita en los planes del gobierno. Las personas que ganan más de \$ 71,000 pueden elegir inscribirse en uno de los 42 fondos de seguros privados, aunque el 75% de estas, de mayores ingresos, han optado por seguir en los planes del gobierno.

Los planes de seguro privados pagan a los proveedores más que los fondos del gobierno y, en consecuencia, los médicos darán preferencia a los pacientes privados.¹¹ Los deducibles pueden cambiar, pero todos los fondos están estrictamente controlados por agencias compuestas por funcionarios y proveedores del gobierno. Aunque el 84% de los alemanes dicen estar satisfechos con su sistema de atención médica, hay un movimiento igualitario creciente para erradicar los fondos de seguros privados y colocar a todos en un único plan gubernamental.

Suiza

Suiza cuenta con un seguro de salud obligatorio desde 1996. El país hace uso de un modelo de "competencia administrada" del gobierno con un mandato individual para comprar un seguro de salud. No está basado en el empleador y depende de aseguradores "privados" que deben cumplir con las normas de emisión garantizadas (deben vender a cualquier persona independientemente de las condiciones preexistentes) y la calificación de la comunidad (todas las personas, excepto los fumadores, se colocan en el mismo grupo de riesgo).¹² Todos los hospitales son privados, pero son controlados por el gobierno.

Las personas pagan alrededor del 30% de sus gastos de atención médica de su cartera, y el gobierno subsidia casi un tercio del costo de cubrir a todos los ciudadanos suizos. El seguro "privado" cubre el saldo.

Las compañías de seguros decretan pagos a los médicos en forma de cártel y compiten en precios y beneficios de pólizas. Los paquetes de beneficios básicos son designados por el gobierno. Debido a intereses especiales organizados, la influencia política del gobierno está incrementando de manera constante el paquete obligatorio de beneficios básicos, presionando al alza los precios de los seguros.

Debido a que los empleadores no están comprometidos y los suizos pagan un alto porcentaje de su bolsillo, los pacientes están bien informados sobre el costo total de su atención médica. Esto ha llevado a un mayor grado de consumismo informado

10 'The German Health Care System,' by M. Blumel and R. Busse, International Health Care Systems Profile, The Commonwealth Fund, 2016, at <https://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>.

11 'Why Germans Love Their Health Insurance,' by S. Kimball, Handelsblatt Today, May 15, 2017, at <https://www.handelsblatt.com/today/politics/handelsblatt-explains-why-germans-love-their-health-insurance/23569646.html?ticket=ST-1005727-3KxYSepLAcxYJgm17M1k-ap6>.

12 'Health care reform: lowering costs by putting patients in charge,' by R. Stark, MD, Policy Brief, Washington Policy Center, June, 2015, at https://www.washingtonpolicy.org/library/docLib/Stark-Health_care_reform_and_alternatives_to_the_Affordable_Care_Act.pdf.

en la atención médica, a diferencia del que existe en otros países.

El 81% de los ciudadanos dicen que tienen una impresión "positiva" de su sistema de atención médica.¹³ Los tiempos de espera no son un problema, porque la lista de beneficios obligatorios del gobierno, en cualquier plan de seguro, siguen creciendo; los suizos pagan más y encuentran menos opciones de seguro de salud.

Japón

Japón socializó su sistema de prestación de servicios de salud en 1961, cuando el país exigió que todos se unieran a un plan de seguro médico que dirigiría el gobierno. Todo el sistema es en esencia un plan de pago por uso. Los jubilados, los trabajadores independientes y los desempleados están cubiertos por el Plan Nacional de Seguro de Salud (NHIP), y los trabajadores están incorporados en uno de los diversos planes de empleados. El NHIP (Plan Nacional de Seguro de Salud, por sus siglas en inglés) es sufragado por el gobierno y los planes de los empleados son financiados igualmente por empleadores y trabajadores. Las primas mensuales difieren según el salario.

Hoy en día, esperar a recibir servicios de atención médica no es un problema, pero el uso desmesurado es desenfrenado y ocasiona la explosión de costos.¹⁴ Desde 1995, cuando la extrapolación de las tendencias de gasto reveló que para el año 2025 Japón consumiría el 50% de su PIB para atención médica, el sistema japonés padeció una reforma gradual. Como consecuencia, ahora las personas mayores deben pagar una prima fija cada vez mayor y los copagos de los trabajadores han pasado del 10% al 20%. De igual manera, el reembolso del médico se ha adaptado a la baja y continúa siendo reevaluado.

Canadá

El gobierno federal canadiense autorizó la Ley de atención médica canadiense (CHA) en 1984. Es un sistema de pagador único puro. Cada canadiense está cubierto por el plan y en teoría, tiene pleno acceso a la atención médica. Las provincias dirigen el plan con fondos provistos por los contribuyentes federales. Los funcionarios gubernamentales establecen qué procedimientos son médicamente necesarios, en función de datos y estadísticas agregados.¹⁵

— El CHA es un plan de pago por uso, que basa su estructura en tener suficientes trabajadores más jóvenes para pagar la atención médica de las personas mayores y enfermas. El 75% de los canadienses cuenta con un seguro complementario para cosas como medicamentos y anteojos que la CHA no cubre. La oferta de atención médica se ve atosigada por la demanda en Canadá que conduce a una grave escasez. En consecuencia, la atención médica se reparte estrictamente mediante el uso de largas listas de espera y a través de los límites establecidos en la cantidad de ciertos procedimientos médicos. Los tiempos de espera varían según la provincia y la especialidad médica, pero en promedio el 29% de los adultos que se enfermaron esperaron dos meses o más para ver a un médico, mientras que el 18% esperaron cuatro meses o más en 2018. La atención especializada en Canadá es aún más compleja.

13 'Swiss are happy with their health - more or less,' by J. Wurz, Health Monitor 2016, swissinfo.ch, June 24, 2016, at https://www.swissinfo.ch/eng/health-monitor-2016_swiss-are-happy-with-their-health-more-or-less/42249778.

14 'Japan's buckling health care system at a crossroads,' by T. Otake, The Japan Times, February 19, 2017, at https://www.japantimes.co.jp/news/2017/02/19/national/japans-buckling-health-care-system-crossroads/#.XQL_W4hKjIV.

15 'Is a Single-payer Health Care System Right for America?,' by R. Stark, MD, Policy Note, Washington Policy Center, May 2017, at <https://www.washingtonpolicy.org/library/doclib/Stark-Single-Payer-Health-Care-System-5.22.2017.pdf>.

En 1993, el tiempo promedio de espera en diez provincias en 12 especialidades médicas fue de 9.3 semanas. Para 2018, ese número había crecido a 20.0 semanas o cinco meses.¹⁶

En Canadá, los costos de atención médica se han disparado y ahora equivalen el mayor gasto para el presupuesto de cada provincia. Ontario, por ejemplo, gastó el 43% de su presupuesto en atención médica, durante el 2010. Las estimaciones muestran que Ontario gastará el 80% de su presupuesto en atención médica para el 2030.

Casi el 90% de los canadienses viven cerca de los Estados Unidos. Para aquellos canadienses que pueden pagarlo y no quieren esperar, Estados Unidos les ofrece atención médica de calidad. De hecho, Canadá tiene un sistema de atención médica de dos niveles, y los Estados Unidos brindan atención oportuna a quienes desean y pueden viajar y pagar más.

Francia

El sistema de atención médica actual de Francia inició en 1945, y el seguro de salud "legal", tal como se define en la ley, es obligatorio. La financiación se efectúa a través de una combinación de impuestos sobre la nómina de empleadores y empleados (50%), impuestos sobre la renta obligatorios y dedicados (35 por ciento) e impuestos sobre los fabricantes de drogas, alcohol y tabaco (15%). El seguro privado cubre solo deducibles y algunos copagos.

Los tratamientos disponibles, los precios y los copagos los establece el gobierno.

Los médicos pueden ser empleados del gobierno o pueden trabajar en el sector privado. El 65% de los hospitales los administra el gobierno, el 25% son privados con fines de lucro, mientras que el resto son privados sin fines de lucro (la mayoría de estos son centros oncológicos).

Los tiempos de espera cambian según la ubicación del paciente y la especialidad del médico, pero pueden durar de seis a ochenta días.¹⁸ Por ejemplo, la espera para ver a un dentista es de cuatro semanas, para un ginecólogo son seis semanas, siete semanas para un cardiólogo y para un dermatólogo 11 semanas. Cuando los franceses consideran que la espera es demasiado larga, más de la mitad buscará otro médico y una tercera parte no aceptará a ser visto por un proveedor. Los franceses creen que los largos tiempos de espera se debe a la falta de médicos.

Francia enfrenta el aumento de los costos, la falta de médicos y el envejecimiento demográfico.¹⁹ La respuesta de los funcionarios electos a estos problemas es imponer una mayor regulación y control del gobierno.

Singapur

Singapur es una ciudad-estado compuesta por 5.8 millones de personas. Es un país relativamente nuevo, con soberanía establecida en 1965. Tiene una economía en su apogeo y se ubica como una de las ciudades más costosas para vivir. Su sistema de atención médica es de dos niveles, con un 30% del gasto en el sector público y un 70% en el sector privado. Tanto privados como públicos

16 'Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2018 Report,' by B. Barua and D. Jacques, Fraser Institute, December 4, 2018, at <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2018>.

17 'The French Health Care System,' by I. Durand-Zaleski, International Health Care System Profiles, The Commonwealth Fund, 2016, at <https://international.commonwealthfund.org/countries/france/>.

18 What are the average waiting times to see doctors in France?, by B. McPartland, The Local, October 19, 2018, at <https://www.thelocal.fr/20181009/what-are-the-average-waiting-times-to-see-doctors-in-france>.

19 'Macron announces changes to France's health care system,' by S. Corbet, Medicalxpress, September 18, 2018, at <https://medicalxpress.com/news/2018-09-macron-france-health.html>.

los sectores están fuertemente controlados por el gobierno y el seguro de salud es obligatorio.²⁰ Los hospitales brindan cinco niveles de atención, donde las habitaciones más caras son para un solo paciente, éstas cuentan con aire acondicionado, médicos privados y otras comodidades. El nivel más económico pone a los pacientes en salas con otros siete u ocho pacientes, que son tratados por médicos empleados por el gobierno.

El gobierno demanda que todos los trabajadores tengan tres cuentas de ahorro; uno para vivienda, educación e inversiones, uno para jubilación y otro para gastos de atención médica (esta cuenta funciona como una cuenta de ahorro para la salud).

El gobierno también ofrece un segundo plan de seguro no obligatorio, esto para problemas médicos catastróficos. El costo de este seguro es bastante asequible y la mayoría de los ciudadanos lo tienen. Se activa después de que se agoten los deducibles y los copagos pagados por el paciente. Un tercer programa se refiere a un plan de red de seguridad que comienza cuando el paciente ha agotado su cuenta de ahorros de salud. La cantidad de apoyo financiero que se ofrece a un paciente depende de los ingresos, la situación social y se decide a un nivel muy local.

Suecia

Suecia tiene un sistema de atención médica universal controlado por el gobierno federal, pero administrado, a nivel local, por los consejos de condado.²¹ La atención de la salud en Suecia comenzó como un sistema socializado en el siglo XVIII, pero la administración, específica, a través de los consejos de condado, inició en 1928.²² Los impuestos locales pagan 70% de los costos y el gobierno nacional paga el 20%. El seguro privado equivale a menos del 1% de los costos generales, y los pacientes cubren el saldo de los gastos de atención médica. El gobierno supervisa los costos a través de un límite presupuestario y por medio de un comité nacional que "promueve la utilización eficiente de los recursos (de atención médica)".

Las visitas al consultorio médico y casi todos los productos farmacéuticos se pagan de su bolsillo. El gobierno federal establece límites máximos para dichos cargos. Los niños y adolescentes reciben atención gratuita. Los objetivos básicos del sistema de atención médica de Suecia son "acceso equitativo", "atención basada en la necesidad" y "rentabilidad". El gobierno definen la efectividad de varios tratamientos y "algunos" que son caros están cubiertos. El gobierno tiene el derecho de negar el tratamiento si los funcionarios determinan que un nivel particular de atención al paciente no está del todo justificado.

La mayoría de los médicos trabajan para los consejos de condado que también administran la mayoría de los hospitales. Existen hospitales privados, sí, aunque tienen contrato con el consejo local del condado.

La ley sueca establece que ningún paciente puede esperar más de 90 días, aunque esto no se cumple al pie de la letra, ya que el 30% de los pacientes espera más. Además de los tiempos de espera tan largos, muchas partes del país enfrentan una escasez de médicos y enfermeras.²³ A medida que la población envejece, los

²⁰ 'What Makes Singapore's Health Care So Cheap?', by A. Carroll and A. Frakt, The New York Times, October 2, 2017, at <https://www.nytimes.com/2017/10/02/upshot/what-makes-singapores-health-care-so-cheap.html>.

²¹ 'Facts about Sweden's health care system,' Swedish Health Care Academy, at <https://www.swedishhealthcare.se/about-sweden-and-swedish-healthcare/swedens-healthcare-system/>.

²² 'Health care systems in transition,' World Health Organization, 1996, at http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/120283/E72481.pdf.

²³ 'Swedes enjoy world class health care - when they can get it,' by G. Hodan, Medical press, September 3, 2018, at <https://medicalxpress.com/news/2018-09-swedes-world-class-healthcarewhen.html>.

tiempos de espera son cada vez más largos y se incrementa el número de ciudadanos desilusionados por las deficiencias del sistema.

Italia

Las autoridades en Italia nacionalizaron su sistema de prestación de atención médica en la década de 1970. Todos los ciudadanos cuentan con un seguro de salud a gracias al gobierno, aunque el seguro privado y los médicos están disponibles principalmente en las ciudades más grandes como Milán y Roma.²⁴

El sistema se subsidia con impuestos locales y nacionales, y los tratamientos son gratuitos en el punto de servicio.²⁵ Hay pequeños gastos de bolsillo para productos farmacéuticos y copagos modestos para algunas visitas al médico. El gran problema que enfrentan los funcionarios italianos es financiero: respetar los presupuestos.

La mayoría de los italianos no están conformes con su sistema de salud. En una escala de uno (peor) a diez (mejor), los italianos colocan a su sistema socializado en 3.7 y la competencia de sus médicos pagados por el gobierno en 4.6.²⁶ Existe una amplia divergencia de resultados médicos y satisfacción general con la atención médica italiana. Los ciudadanos en el acaudalado norte de Italia parecen tener un mejor desempeño que aquellos que viven en regiones del desolado sur.

Generalizaciones sobre el cuidado de la salud en otros países.

Observar lo que hacen otros países para resolver los problemas de nuestro sistema de atención médica no es la solución. Otros países son más chicos que los Estados Unidos y cuentan con una población más homogénea. Las condiciones que favorece la gente de un país puede no ser aplicable o aceptable para las personas que viven en una sociedad diferente.

Sin embargo, queda un hecho. En todos los demás países estudiados, la demanda de atención médica rebasa significativamente el presupuesto otorgado por el gobierno. Los resultados de esta discordancia de oferta / demanda son escaseces crónicas, seguidas de un estricto racionamiento de la atención médica. El racionamiento puede presentarse en muchas formas, que van desde largas esperas, hasta denegar el acceso de los ancianos a ciertos procedimientos, hasta permitir que las personas con influencia política "salten la cola" y reciban atención prioritaria de los proveedores.

Estados Unidos invierte el 18% de su economía anual en atención médica. Por el contrario, otros países industrializados destinan entre 8 y 11% de su PIB (Producto Interno Bruto) en atención médica. Sin embargo, cada uno de estos países escarmientan una mayor demanda y un aumento de los costos.

Así como en los Estados Unidos, los demás países enfrentan el problema demográfico del envejecimiento de la población y la reducción de la fuerza laboral para pagar impuestos por la atención médica de sus adultos mayores. Este desajuste de edad está originando problemas de presupuesto de atención médica para la mayoría de los otros países. Además, el sistema legal en otros países no es tan eficaz o contencioso como lo es en los Estados Unidos. Los juicios contribuyen con un mayor porcentaje de los costos generales de atención médica

²⁴ 'Health Care in Italy,' International Living, at <https://internationalliving.com/countries/italy/health-care-in-italy/>.

²⁵ 'Italy: health system review,' by F. Ferre, et. al., NCBI, PubMed, 2014, at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25471543>.

²⁶ 'Italians are Unhappy with Health Care in Italy,' by A. Roe, Italy Chronicles, October 9, 2012, at <http://www.italychronicles.com/italians-unhappy-healthcare-italy/>.

en los Estados Unidos, que en otros países.²⁷ Los hospitales y los médicos pagan tasas de seguro de negligencia mucho más altas y son más vulnerables a los juicios que en otras culturas. Además, la práctica de la "medicina defensiva", que ordena pruebas y procedimientos innecesarios para protegerse contra litigios, incrementa los costos en nuestro país.

Canadá tiene un verdadero sistema nacionalizado de pagador único que está totalmente financiado por los contribuyentes. En realidad, es un sistema de dos niveles, en el sentido de que los funcionarios canadienses permiten que sus ciudadanos viajen a Estados Unidos para recibir atención médica pagada con fondos privados. Todos los demás países industrializados han demandado la cobertura universal de seguro de salud, pero permiten que algún tipo de sector privado compita con los planes del gobierno. Estos sistemas no están realmente libres del mercado, porque el gobierno detiene el control firme de la práctica de la medicina en el sector privado.

Los Estados Unidos lidera el mundo en innovaciones médicas

Si bien nuestro país invierte más en atención médica que otros países industrializados, también es el número uno del mundo en el financiamiento de innovaciones médicas. Pagamos tres veces más por medicamentos que pacientes en otros países, donde los funcionarios del gobierno han negociado precios con compañías farmacéuticas.²⁸ Estados Unidos también está a la cabeza en investigación médica y biológica, que es la base para el desarrollo de dispositivos médicos innovadores.²⁹

Al pagar precios más altos, la realidad es que los pacientes en los Estados Unidos pagan la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos, así como dispositivos médicos que salvan y prolongan la vida para el resto del mundo. Los presupuestos de atención médica en otros países se dedican casi únicamente a la atención al paciente, en lugar de la investigación, y estos sistemas socializados se basan en innovaciones médicas y medicamentos desarrollados en los Estados Unidos.

La atención médica como un "derecho"

Los adeptos de un mayor control gubernamental del sistema de atención médica de Estados Unidos tienen lo que creen que es un punto de vista igualitario imparcial; que todos tienen el "derecho" a la atención médica. Los partidarios replican que las personas en otros países aceptan este "derecho" como un hecho y lo han consagrado en la ley. Esta es una creencia elemental y a menudo se usa en las discusiones de reforma a la atención médica. Por desgracia, el término "derecho" rara vez se define y a menudo se aplica mal a los programas gubernamentales.³⁰ Un "derecho" político es una cualidad relacionada con la persona humana, como la libertad de expresión o de conciencia, que los gobiernos legítimos trabajan para preservar.

Una mal entendimiento de un "derecho" a la atención médica supone que otra persona debe brindarle un bien o servicio en particular. ¿Significa que sus vecinos, a través del gobierno, están obligados a ofrecerle toda la atención médica? ¿Significa que cualquiera puede demandar al gobierno que pague la hospitalización, la prescripción

27 'The cost of medical malpractice lawsuits in Washington state - Lessons from Texas reform,' by R. Stark, MD, Policy Note, Washington Policy Center, April, 2016, at <https://www.washingtonpolicy.org/library/doclib/Stark-Update-on-the-cost-of-medical-malpractice-lawsuits-in-Washington-State-Lessons-from-Texas-reform.pdf>.

28 'The global burden of medical innovation,' by D. Goldman and D. Lakdawalla, Brookings Institution, January 30, 2018, at <https://www.brookings.edu/research/the-global-burden-of-medical-innovation/>.

29 'The Most Innovative Countries in Biology and Medicine,' by M. Herper, forbes.com, March 23, 2011, at <https://www.forbes.com/sites/matthewherper/2011/03/23/the-most-innovative-countries-in-biology-and-medicine/#1dfeadb1a71>.

30 'Why health care is not a right,' by R. Stark MD, Op-Ed, *The Washington Times*, April 30, 2017, at <https://www.washingtontimes.com/news/2017/apr/30/health-care-is-not-a-right/>.

de medicamentos y para tratamientos especializados como los trasplantes de órganos? ¿Significa que todo estadounidense tiene derecho a la habilidad y el conocimiento de todos los médicos y proveedores, sin importar el costo para los demás?

Estas preguntas llevan a otras incógnitas. ¿Cómo paga la sociedad la atención médica para todos? ¿Quién decide quién debe tener derecho a la atención médica y cuánto? ¿Quién decide cuál debe ser el presupuesto destinado a la atención médica? ¿Quién es la persona indicada para tomar decisiones de atención médica por nosotros?

En vez de confrontar estos problemas, ¿los defensores de la atención médica como un derecho significan que todos deberían tener un seguro médico? El problema con esta creencia es que el hecho de tener un seguro de salud no asegura el acceso oportuno a la atención médica real. Como hemos visto en otros países, todos los ciudadanos pueden acceder a un seguro médico pagado por el gobierno, pero eso no significa que recibirán la atención. Algunos países niegan la atención a los ancianos y a las personas con enfermedades muy desarrolladas, estos largos tiempos de espera para recibir tratamiento serían inaceptables para los estadounidenses.

En vez de argumentar que la atención médica es un derecho, el propósito debe ser el acceso oportuno a la atención médica. El gobierno debe existir para garantizar este acceso a la atención médica, así como imponen reglas y leyes para asegurar el acceso a alimentos, vivienda y ropa en los mercados libres.

Lo que los EE. UU. puede aprender de los sistemas de atención médica en otros países

¿Existe alguna combinación de medidas de otros países que Estados Unidos pueda utilizar para modificar nuestro sistema de atención médica? Aunque los sistemas generales cambian, el factor común para todos los demás países es el seguro de salud exigido por sus respectivos gobiernos. Incluso aquellos países que tienen un componente de atención médica “privada” continúan exigiendo que todos los ciudadanos cuenten con seguro médico.

Si bien la cobertura del seguro médico universal es el objetivo de otros países, el punto crítico es utilizar el mejor mecanismo para permitir que el mayor número de nuestros ciudadanos tenga derecho a la atención médica.

El sistema canadiense de único - pagador no garantiza el acceso apropiado. La experiencia estadounidense con el sistema hospitalario de la Administración de Veteranos, un programa integral de atención médica supervisado por el gobierno y de un solo pagador, muestra tiempos de espera inaceptables y grandes deficiencias. Básicamente, estos sistemas reparten la atención médica mediante listas de espera y dinero limitado. La calidad de la atención que reciben los veteranos es constante.

Un Congreso liberal intentó forzar el seguro de salud universal para todos los estadounidenses por medio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. No obstante, esto estaba sentenciado al fracaso, porque la misma ley requería que todos los planes de seguro contuvieran mandatos de beneficios caros y no deseados. La ley empeoró este problema de regulación de seguros, al forzar a las compañías a vender seguros de salud a las personas después de haberse enfermado. Las personas jóvenes y sanas han tomado una decisión económica prudente y han decidido no comprar un seguro de salud que no quieren y no pueden usar hasta que se enferman.

Suiza tiene un sector privado de atención médica relativamente grande, y los pacientes son responsables del 30 % de sus propios costos de atención médica. Como resultado, existe un cierto grado de consumo de atención médica en Suiza, y el país ha tenido

mucho éxito en mantener bajos los costos. Desafortunadamente, a medida que los funcionarios engrosan el número de mandatos de beneficios requeridos en los planes de seguro, los costos de atención médica crecen también.

Singapur tiene un sistema de múltiples niveles, con diferentes etapas de atención, dependiendo de la capacidad del paciente y su disposición a pagar más. Esto es parecido al sistema de los Estados Unidos, antes de la aprobación de Medicare y Medicaid, cuando los hospitales y médicos privados trataban a pacientes que pagaban, y a hospitales de beneficencia y residentes en formación que se ocupaban de pacientes en situación de calle.

Estados Unidos es un crisol de culturas variadas, con una fuerte tradición de respetar la libertad de elección. Si bien, los países más pequeños con una población más homogénea pueden exigir que todos tengan seguro de salud, la mayoría de los estadounidenses desapruaban dicho mandato del gobierno. Los defensores exponen que las personas deben tener un seguro de automóvil para conducir un automóvil, pero el punto es que las personas tienen otras alternativas, y no están forzadas a conducir. Además, el sistema de seguro de automóvil no logra la cobertura universal. Incluso, con el mandato de seguro de automóvil, un promedio del 14% de los conductores a nivel nacional no cuentan con seguro de automóvil.³¹

Conclusión

Como sucede con las demás actividades económicas, el mercado libre privado ofrece la mejor solución para proporcionar el mayor acceso a la atención médica y controlar los costos. Las personas que deciden sobre el cuidado de su salud y usan sus propios dólares para el cuidado de ésta, les darían a los estadounidenses la mejor oportunidad de utilizar su "derecho" a acceder al cuidado de la salud, con programas de redes de seguridad, sufragados con impuestos para aquellos que no pueden pagarlo.

Al final del día, la atención médica representa una actividad económica, con proveedores y consumidores como cualquier otra actividad, aunque con las interacciones más personales entre el paciente y el proveedor. Las políticas públicas deberían trabajar para que los pacientes tengan acceso al seguro médico, disminuir el papel del gobierno y enfocarse en el acceso, no sólo en el seguro de salud universal.³²

³¹ 'How many drivers don't have auto insurance?,' autoinsurance.org, Accessed June 1, 2019, at <https://www.autoinsurance.org/how-many-drivers-dont-have-auto-insurance/>.

³² For an in depth discussion of patient-centered health care and solutions, please see: 'Health care reform: lowering costs by putting patients in charge,' by R. Stark, MD at <https://www.washingtonpolicy.org/publications/detail/health-care-reform-lowering-costs-by-putting-patients-in-charge>.

Publicado por Washington Policy Center

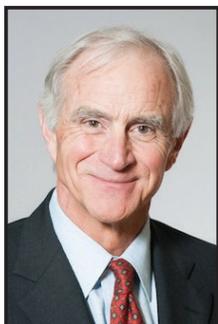
Washington Policy Center es una organización de investigación independiente, con sede en el estado de Washington. Nada aquí debe interpretarse como un intento de ayudar o dificultar la aprobación de cualquier legislación ante cualquier cuerpo legislativo .

Presidente	John Otter
Presidente	Daniel Mead Smith
Vicepresidente de investigación	Paul Guppy
Director de comunicaciones	David Boze

Si tiene algún comentario o pregunta sobre este estudio, comuníquese con nosotros

en: Washington Policy Center
PO Box 3643
Seattle, WA 98124-3643
Online www.washingtonpolicy.org
Correo electrónico:
wpc@washingtonpolicy.org
Teléfono: (206) 937-9691

© Washington Policy Center, 2019



El Dr. Roger Stark es un médico retirado y analista de políticas de atención médica en *Washington Policy Center*. Es autor de dos libros, incluida *la Solución centrada en el paciente: Nuestra crisis de atención médica, cómo sucedió y cómo podemos solucionarlo*. Asimismo es autor de varios estudios que profundizan sobre la política de atención médica para WPC, incluyendo *El impacto de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en el estado de Washington del Programa Medicaid: Su impacto en el estado de Washington y los esfuerzos de reforma en otros estados, qué funciona y qué no: Una revisión de la reforma de la atención médica en los estados y la reforma de la atención médica que funciona: Una actualización sobre cuentas de ahorro para la salud*. Durante un período de 12 meses entre 2013 y 2014, el Dr. Stark declaró ante tres comités diferentes del Congreso en Washington DC con respecto a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. El Dr. Se retiró de la práctica privada en 2001 y se involucró activamente en la Fundación del hospital, fungiendo como Presidente de la Junta y Director Ejecutivo. Después de realizar prácticas en Tacoma, se mudó a Bellevue y fue uno de los cofundadores del programa de Cirugía a corazón abierto en el Hospital Overlake. Ha trabajado en la junta directiva del hospital. Se retiró de la práctica privada en 2001 y se involucró activamente en la Fundación del hospital, sirviendo como Presidente de la Junta y Director Ejecutivo. En la actualidad es miembro de la Junta de la Coalición de Reforma de Responsabilidad de Washington y miembro activo de Woodinville Rotary. Vive con su esposa en Eastside, tienen hijos y nietos en la zona.