

COMENTARIO EDITORIAL: El modelo organizacional de los sistemas de salud: ¿influye en sus resultados?

Does health system organizational model influence: its outcomes?

Ricardo Sarandría*

En un artículo recientemente publicado en The New England Journal of Medicine, "El fracaso de basarse en el mercado – Una segunda opinión de los costos de salud", Robert Kuttner nos relata que en los EE.UU. los gastos de la atención de la salud aumentaron un 6,7% en 2006 superando los 2,1 mil millones de dólares y que, en promedio, se invirtieron en el rubro más de 7.000 dólares por habitante. De seguir esta tendencia, el gasto global en sanidad, que asciende ahora al 16% del PBI, alcanzaría el 20% en solo 7 años.

Esta implacable inflación médica se ha atribuido a muchos factores, como el envejecimiento de la población, la proliferación de nuevas tecnologías, hábitos poco saludables de vida, la capacidad de la oferta de generar su propia demanda, el exceso de litigios y de la medicina defensiva y el beneficio impositivo a la cobertura de seguros.

Pero Kuttner expone una segunda opinión sobre el tema, asegurando que los factores enumerados son comunes a todas las naciones, y que el fracaso de los Estados Unidos para contener los costos médicos proviene principalmente de la extrema comercialización del sistema, incluyendo a compañías farmacéuticas, empresas proveedoras de servicios y la maximización de beneficios, inclusive en organizaciones sin fines de lucro.

A pesar de que en teoría los mercados optimizan la eficiencia y que la competencia es la llave de contención de costos, esto no parece poder aplicarse plenamente al campo de la salud, dice el autor, que compara los costos de salud de EE.UU con otros países de la OCDE (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo), resaltando que la mayoría de los mismos han optado por la cobertura universal y son más exitosos que los EE.UU. en contener los costos sin comprometer la atención.

Analiza la lógica del sistema, su alto grado de fragmentación con aumento de los costos de administración, la lógica perversa de las compañías de seguros y la falta de énfasis puesto en prácticas preventivas, calculando que "entre un quinto y un tercio de los gastos médicos no hacen nada para mejorar la salud". Concluye Kuttner diciendo que un amplio sistema nacional estaría mejor posicionado para satisfacer las necesidades sin racionar la atención.

Costos y resultados en salud

Resulta estimulante que una prestigiosa publicación médica publique un artículo de este tipo, que cuestiona el sistema de salud del país más poderoso del mundo. De alguna manera coincide en el tiempo con la difusión de la película "Sicko", documental donde Michael Moore cuestiona no ya los costos sino los resultados y el acceso de los estadounidenses a su sistema de salud. Es también auspicioso que el tema forme parte de las agendas electorales de los candidatos en las hasta ahora elecciones primarias de los Estados Unidos. Significa que el tema importa, que los casi 50 millones de excluidos de cobertura médica significan un problema para la sociedad, expresado a través de los candidatos que procuran seducirla. No es la primera vez que se trata el tema, pero da la impresión que el problema esta adquiriendo una dimensión que obligará a ocuparse de él no solo en los discursos. El influyente New York Times publicó en estos días un interesante editorial sobre los costos en salud, los perversos incentivos que mueven al sistema y los escasos resultados en la salud global de los estadounidenses².

Si lo que sucede en EE. UU. sucediera en países pobres el tema tendría otra dimensión y la causa saltaría al instante: la

pobreza. Pero no estamos hablando de un país pobre. Con el agregado de que la comparación que en esta oportunidad hace Kuttner, pero que está presente en muchas otras publicaciones con datos semejantes, no es con países pobres sino con países que integran la OCDE, donde la mayor parte de ellos (Canadá, Inglaterra, Australia, Francia, Alemania) ostentan mejores indicadores de salud, con costos sensiblemente inferiores a los de EE.UU.

Aparentemente que un país sea rico, y que tenga un elevado PBI por habitante, no garantiza per se que los resultados en salud sean los mejores³.

Además de la organización social de cada país, de su inversión en infraestructura sanitaria, la forma en que se gasta el presupuesto en salud sí parece tener que ver con los resultados. La manera en que se organiza y estructura el sistema de salud estaría en relación directa con la obtención de mejores indicadores, más allá del porcentaje del PBI invertido. Es decir: el grado y forma de cobertura, y la estrategia de atención son más importantes que el monto global de lo gastado. Veamos.

El caso de Canadá

El film de Michael Moore muestra las incursiones que muchos estadounidenses hacen en Canadá para obtener atención médica gratuita. ¿Canadá tiene la cura?, pregunta Holly Dressell⁴, escritora e investigadora nacida en Chicago y que actualmente reside en Montreal. "La mayoría de los norteamericanos desconoce que EE.UU. es el único país en el mundo desarrollado que todavía no posee un sistema de salud fundamentalmente público, es decir, financiado por los impuestos". Y coincide con Kuttner: "Los EE.UU. ahora poseen el sistema de salud más caro sobre el planeta y, a pesar de una tecnología impresionante, la salud general de la población estadounidense es inferior a la de la mayoría de los países industrializados. Peor aún, las tasas de mortalidad estadounidense, ya sean general o infantil, son escandalosamente altas." Compara datos de 2006: mortalidad infantil 4,4 en Canadá vs 7 por mil en EE.UU, expectativa de vida 77 vs 80, gasto per cápita 3000 vs 6000 dólares. Y también compara los sistemas: aseguramiento privado según empleo en EE.UU. vs. cobertura universal mediante financiamiento público en Canadá. Además, hace un poco de historia: "En 1970, las tasas de mortalidad de EE.UU. y Canadá, calculadas junto con las líneas de ingreso, eran virtualmente idénticas. Pero el año 1970 también marcó la introducción de Medicare en Canadá: cobertura universal, de único pagador. La explicación simple de cómo todos los canadienses, sin importar su ingreso, se han vuelto saludables, yace más probablemente en el hecho de que poseen un sistema de salud de único pagador financiado públicamente, y el grupo control (los Estados Unidos) no lo posee." Y una evidencia interesante: en un estudio masivo llevado a cabo por Estadísticas Canadá al principio de los años '90, se analizaron datos del censo sobre el ingreso y la mortalidad de todas las provincias canadienses y de todos los estados norteamericanos, así como de 53 áreas metropolitanas canadienses y 282 norteamericanas⁵. El estudio concluyó que "la relación entre la desigualdad del ingreso y la mortalidad no es universal, sino que depende de características sociales y políticas específicas de cada lugar." En otras palabras, las políticas sanitarias tienen un efecto redistributivo innegable.

Las conclusiones extraídas del libro de H. Dressell son muy ricas y el mismo contiene información valiosa en cuanto a qué países acompañan a Canadá en sus indicadores vitales, que

* Médico de Familia. Policlínico Modelo de Cipolletti. Río Negro



ocupa el puesto número 23, dentro de 225 países, en compañía de Países Bajos, Luxemburgo, Australia, y Dinamarca; y cuales a EE.UU., en el puesto número 43, en compañía de Croacia y Lituania, por debajo de Taiwán y Cuba. Todos los países alrededor de Canadá o sobre éste en los rankings poseen sistemas de salud financiados por los contribuyentes. Los países alrededor de los EE.UU. y por debajo poseen sistemas mixtos o son, en general, extremadamente pobres en comparación a los EE.UU. y a las otras naciones industrializadas del G8. Dressell concluye: *“El sistema de salud financiado públicamente tiene sus problemas, como bien lo sabe cualquier canadiense o británico. Pero, como la democracia, es la mejor solución que hemos encontrado hasta el momento.”*

¿Y la Argentina?

Si algo caracteriza al sistema de salud argentino es precisamente su alto grado de fragmentación. La coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de Obras Sociales y el privado, le confieren características absolutamente propias. El sistema de obras sociales, vinculado al trabajo y por lo tanto al índice de ocupación, con marcadas diferencias y absoluta independencia entre ellas es contenido por el sistema público solventado por impuestos cuando se pierde el trabajo o se trabaja “en negro”. Por su lado, el subsector privado se canaliza primordialmente vía empresas de salud con seguro prepago o de sistemas capitados institucionales. Los tres subsectores prácticamente no se relacionan entre sí, por lo que es muy difícil contar con datos de cobertura. A diferencia de Canadá y en forma similar a los EE.UU. se encuentra entre los países con escasa utilización de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y menor cantidad de médicos de atención primaria³. El gasto en salud como porcentaje del PBI es del 9%, similar a países con los mejores indicadores. Su Mortalidad infantil fue del 12,9 por mil, en 2006 como promedio

global, oscilando entre cifras como 7,9 por mil en la Ciudad de Buenos Aires, capital del país, hasta un doloroso 30,2 por mil en la provincia de Formosa. La fragmentación en este caso desiguala las distintas regiones del país. Obviamente, las políticas sanitarias no tienen efecto redistributivo.

Los costos administrativos en un sistema de múltiples financiadores y efectores, con subsidios cruzados entre los mismos, no han sido calculados pero es seguramente elevado. Volviendo al caso de los EE.UU. se calcula que allí ahorrarían más de \$161.000 millones por año en papeleo solamente, si cambiara a un sistema de único pagador⁶.

A pesar de haber sido propuesto y discutido desde hace tiempo por diferentes autores^{7,8,9} la idea de un seguro de salud de cobertura universal que coordine los subsectores identificando a los usuarios en un único padrón no ha tenido predicamento en la sociedad argentina, ni en las asociaciones médicas ni figura en las agendas políticas, ni siquiera en épocas de campaña electoral.

Comentario final

La pregunta del título parece ser contestada a la luz de las diferentes evidencias. La forma de organización del sistema de salud de un país (siempre hay un sistema: aún una organización dispersa y fragmentada constituye un sistema) tiene directa relación con sus resultados sanitarios. Seguramente no existe una receta única que sirva para todos los países. Sus costumbres y cultura deben ser tenidas en cuenta en cualquier modelo de diseño. Pero la cobertura universal y la compensación de las inequidades no podrán estar ausentes a la hora en que los países que no lo hayan hecho aún, como la Argentina, decidan planificar cómo brindar servicios de salud a sus habitantes.

Referencia

1. Kutner, Robert. Marked-based failure – Second Opinion on US Health Care Costs. N Engl J Med, Vol 358:549-551. February 7, 2008. Number 6.
2. Sandeep Jauhar, M.D. Many Doctors, Many Tests, No Rhyme or Reason. The New York Times. March 11, 2008
3. Rubinstein, Adolfo. Jornadas del Sindicato Médico del Uruguay. Solís, ROU. 21-23 de abril de 2006
4. Dressel, Holly. God Save the Queen—God Save Us All: An Examination of Canadian Hospital Care via the Life and Death of Montreal's Queen Elizabeth Hospital. McGill/Queen's Press, 2007
5. Ross, Nancy A. et al. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. Statistics Canada, reimpresso en Health Geography, GEOG-303, ed. Nancy Ross, McGillUniversity, 2005, pp. 109-117.
6. Rubinstein, A. Documento citado
7. Kahn, James. UCSF, citado en Harper's Magazine, "Harper's List," Feb. 2006
8. Sarandria, Ricardo. Aportes para la construcción de la red prestadora pública privada a nivel provincial: la experiencia de Río Negro. Fundación Isalud. Ponencias. Buenos Aires, ISALUD, 1998. p.164-81. Ponencia en el Encuentro Internacional sobre Seguro Público de Salud, Bariloche, 7-8 mayo 1998.
9. Mera, J. (1988) Política de salud en la Argentina. La cuestión del Seguro Nacional de Salud, Hachette, Buenos Aires.
9. Cetrangolo, Oscar. Comentario al trabajo: Organización del Seguro de Salud en la Argentina Analisis y propuesta de reforma. Desarrollo Económico, Vol. 36, Trabajos Presentados en las Primeras Jornadas de Investigación en Economía (Summer, 1996), pp. 307-310