

Cuentas médicas personales: Una alternativa al seguro de salud obligatorio

por Michael F. Cannon

Este artículo explica cómo las cuentas médicas personales pueden ofrecer una mejor garantía contra la enfermedad y la privación de los pobres de EE.UU. y de todas las naciones que están bajo la presión de los esquemas obligatorios de seguros de salud.

Este artículo está ordenado de la siguiente manera. La primera sección describe las ventajas de las cuentas médicas personales. Las secciones segunda y tercera se basan en la experiencia de EE.UU. para demostrar la importancia de la innovación para salvar vidas y poner la atención médica a disposición de los pobres, y cómo los seguros de salud obligatorios bloquean dicha innovación. La cuarta sección describe cómo diseñar cuentas médicas personales, y una última sección entrega las conclusiones.

Ventajas de las cuentas médicas personales

En noviembre de 2010 Chile celebrará el aniversario número 30 de sus reformas a la Seguridad Social, que privatizaron el mayor programa estatal en Chile creando un sistema de cuentas personales para la jubilación. Según me he informado a través de una fuente confiable, mi colega del Cato Institute, José Piñera, estas reformas han sido un éxito rotundo.

Nosotros en EE.UU., por el contrario, enfrentamos un enorme problema con nuestro sistema de pensión administrado por el Estado, conocido como la Seguridad Social. Este programa tiene una deuda no financiada mayor que nuestro PIB (ver Figura N° 1). EE.UU. debería seguir la senda que Chile ha tomado: las cuentas personales para la jubilación amplían la libertad individual, mejoran el rendimiento económico y financian los compromisos actualmente no financiados para con los adultos mayores.

El programa estadounidense de seguro de salud para los adultos mayores, que es administrado por el Estado

Michael F. Cannon es Director de Estudios de Políticas de Salud del Cato Institute. Este estudio fue publicado originalmente como un capítulo en el libro Desarrollando el potencial de los sistemas de capitalización (Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones, 2010).

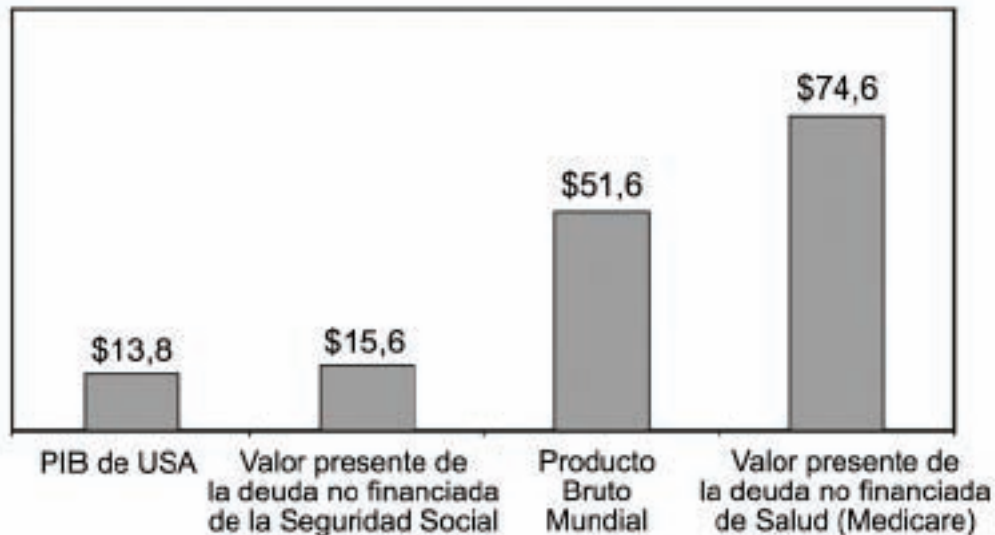
y conocido como “Medicare”, presenta un problema mucho mayor. El desequilibrio fiscal de Medicare¹ es casi seis veces superior al de la Seguridad Social. Como explicaré a continuación, el Medicare crea otros problemas para los enfermos, sean o no adultos mayores, al aumentar el costo de la atención médica y reducir la calidad de la misma.

Reformar el programa Medicare de EE.UU. y otros esquemas obligatorios del seguro de salud con cuentas médicas personales ofrece una cantidad de ventajas. Las cuentas médicas personales son convenientes por muchas de las mismas razones por las que las cuentas de jubilación personal y desempleo fueron adoptadas en Chile. Estas cuentas respetan el derecho humano fundamental de los trabajadores de controlar el fruto de su trabajo y las decisiones que los afectan tanto a ellos como a sus familias. Las cuentas personales expanden la “clase inversionista”, crean nuevas oportunidades para las instituciones financieras y amplían la cantidad de votantes a favor de políticas económicas sólidas. Así, ayudan a sacar a las familias de la pobreza permitiendo que los trabajadores traspasen los saldos no empleados a sus herederos.

Las cuentas médicas personales son convenientes por otra razón igualmente importante. Los controles de precios y otras normas que inevitablemente acompañan a los esquemas de seguros de salud obligatorios bloquean las innovaciones que mejoran la calidad de la atención médica y que ponen la atención médica al alcance de los trabajadores de bajos ingresos. Eliminando estos controles estatales desfavorables, las cuentas médicas personales harán posible obtener una mejor atención médica para el trabajador promedio y los pobres. En otras palabras, las cuentas médicas personales ofrecen una mejor garantía contra la enfermedad y la privación que cualquier sistema obligatorio o administrado por el Estado. Puesto que éste es tal vez el beneficio más importante y menos apreciado de las cuentas médicas personales, será el centro de atención de mis observaciones.

FIGURA N° 1

DEUDA NO FINANCIADA DEL PROGRAMA MEDICARE EN COMPARACIÓN CON OTRAS MEDICIONES, 2007 (EN BILLONES DE USD)



FUENTE: MICHAEL F. CANNON Y MICHAEL D. TANNER, HEALTHY COMPETITION: WHAT'S HOLDING BACK HEALTH CARE AND HOW TO FREE IT. [COMPETENCIA SALUDABLE: ¿QUÉ ESTÁ RETENIENDO LA ATENCIÓN DE SALUD Y CÓMO LIBERARLA?] (WASHINGTON: CATO INSTITUTE, 2007).

Innovación

Para respaldar estas declaraciones, me referiré a la experiencia de EE.UU. Permítanme ser claro: No estoy poniendo a EE.UU. como modelo para diseñar un mercado de atención de salud. A diferencia de la opinión internacional, EE.UU. categóricamente no tiene un libre mercado en la atención de salud. Antes de este año, el sector de atención de salud de EE.UU. estaba socializado en más de la mitad, y el Presidente Obama simplemente socializó el resto. Pero, puesto que el sector de salud estadounidense estaba tal vez menos socializado que aquéllos de otras naciones avanzadas, ofrece una pincelada de las maravillosas innovaciones que produciría un verdadero libre mercado.

Nuevos tratamientos

En todo el mundo los pacientes sufren porque no hay tratamientos para sus enfermedades. EE.UU. desarrolla la mayor parte de los nuevos y beneficiosos tratamientos médicos producidos en el mundo porque, más que ninguna otra nación, EE.UU. permite que los innovadores obtengan ingresos salvando vidas.

La Figura N° 2 muestra las principales innovaciones médicas en los últimos 40 años por país de origen. EE.UU. ha producido más que toda Europa. Algunas de estas innovaciones incluyen imágenes de resonancia magnética y

escáneres por tomografía computarizada (escáneres TC); inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) usadas en el tratamiento de la hipertensión y de la insuficiencia cardíaca congestiva; angioplastia coronaria; estatinas para reducir los niveles de colesterol; mamografía e injerto de revascularización coronaria (CABG). Estas innovaciones fueron desarrolladas total o parcialmente en EE.UU. y han mejorado las vidas de muchas personas alrededor de todo el mundo.

Reducción de errores

Otros pacientes sufren porque la medicina muchas veces es poco segura. Una importante organización de investigaciones de EE.UU. estima que 20.000 estadounidenses mueren cada año por no contar con seguro de salud. La misma organización estima que cinco veces esa cantidad de estadounidenses muere cada año debido a errores médicos (ver Figura N° 3).

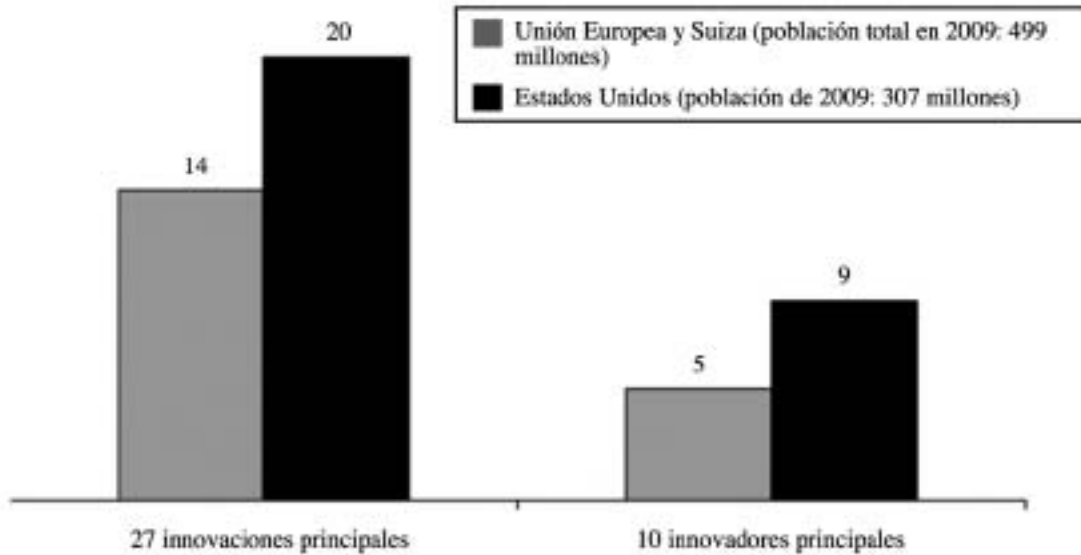
Los empresarios estadounidenses han creado planes médicos de seguros de salud privados que desincentivan los errores médicos.

Seguro de salud con amplia cobertura

Algunas décadas atrás, las compañías de seguros privados de salud en EE.UU. crearon productos innova-

FIGURA N° 2

INNOVACIONES MÉDICAS DE PRIMER NIVEL POR PAÍS DE ORIGEN, 1975-2000



FUENTE: GLEN WHITMAN Y RAYMOND RAAD, "BENDING THE PRODUCTIVITY CURVE: WHY AMERICA LEADS THE WORLD IN MEDICAL INNOVATION" (DOBLANDO LA CURVA DE PRODUCTIVIDAD: POR QUÉ ESTADOS UNIDOS LIDERA EL MUNDO EN INNOVACIÓN MÉDICA), CATO INSTITUTE POLICY ANALYSIS NO. 654, 18 DE NOVIEMBRE DE 2009.

dores para proteger a los trabajadores frente al costo de la atención médica y frente a las altas primas de los seguros de salud cuando se enferman. El sector privado está a punto de crear productos de seguros de salud que van más allá aún y permiten que las compañías de seguros compitan por cubrir a los pacientes más enfermos, en vez de evitarlos.

Mayor accesibilidad

Los empresarios en EE.UU. están creando nuevas formas de hacer que la atención médica y los seguros de salud sean menos costosos, tales como reemplazar médicos por enfermeras de menor costo y especialistas por médicos generales de menor costo cuando corresponda. Estas innovaciones también incluyen planes de seguros de salud que mantienen las primas bajas evitando servicios innecesarios.

Fichas médicas electrónicas, atención coordinada y estudios de efectividad

Otros ejemplos de la innovación del sector privado incluyen: fichas médicas electrónicas, que hacen que la atención médica sea más segura y más conveniente; sistemas de salud en que los doctores mejoran la calidad coordinando los servicios que prestan a pacientes compartidos;

e investigación de la efectividad de los tratamientos médicos, que ayuda a los pacientes a evitar servicios innecesarios y a obtener los mejores tratamientos disponibles.

Los seguros de salud obligatorios bloquean la innovación

Los pacientes de mi país y del suyo sufren por los controles de precios y otras normas que acompañan inevitablemente a los esquemas de seguros de salud obligatorios que bloquean éstas y otras innovaciones.

Controles de precios

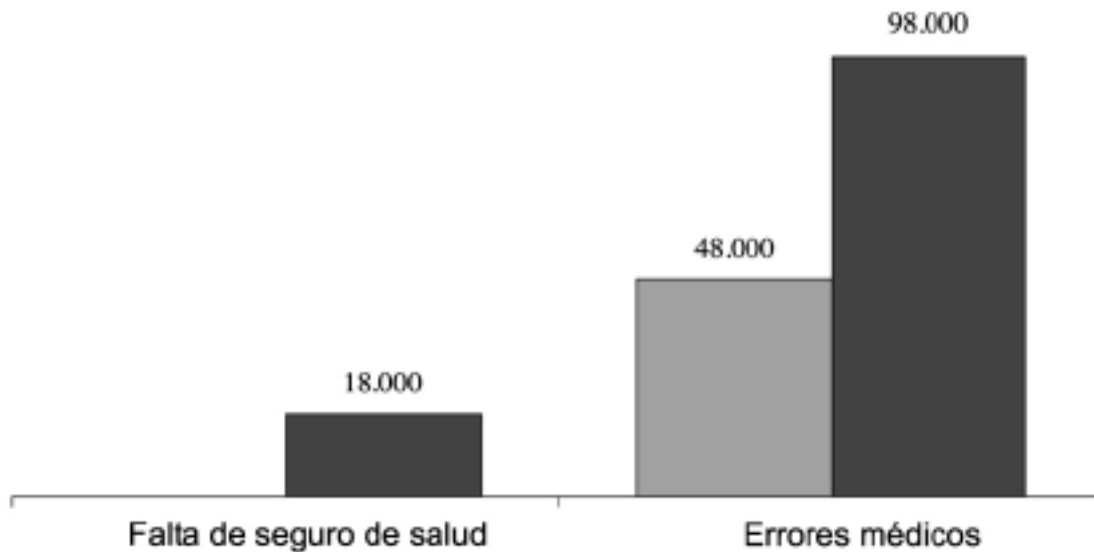
Los estudios en EE.UU. muestran que tener una alta proporción de médicos generales reduce el gasto de Medicare (ver Figura N° 4) y aumenta la calidad de la atención de salud para pacientes de Medicare (ver Figura N° 5).

Sin embargo, los controles de precios del programa Medicare de EE.UU. instan a los doctores a hacerse especialistas, en vez de médicos generales, a pesar de que el estudio muestra que una gran proporción de especialistas aumenta el gasto de Medicare (ver Figura N° 6) y reduce la calidad (ver Figura N° 7).

El Medicare es el mayor comprador de atención médica en el mundo. Por lo tanto, estos efectos nocivos de los controles de precios del Medicare se distribuyen en

FIGURA N° 3

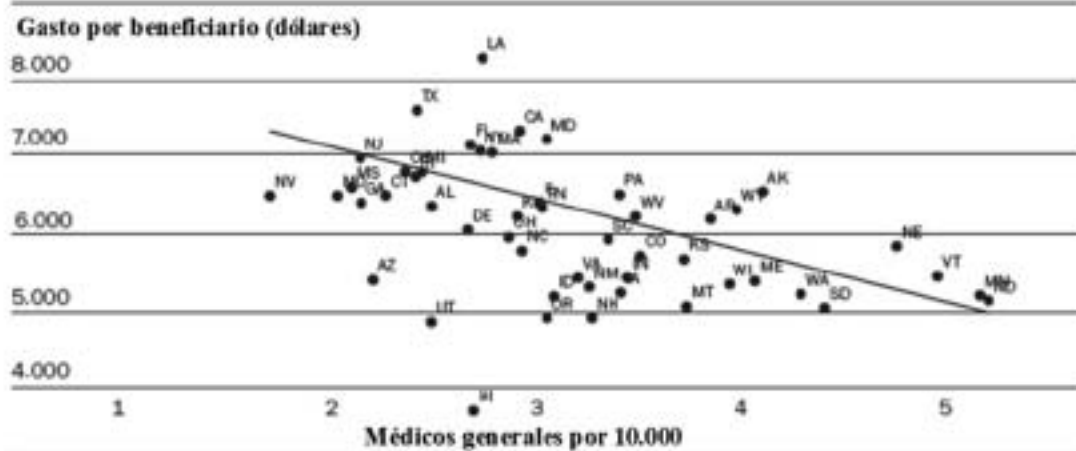
MUERTES ANUALES PREVENIBLES, ESTADOS UNIDOS



FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA, ESTADOS UNIDOS.

FIGURA N° 4

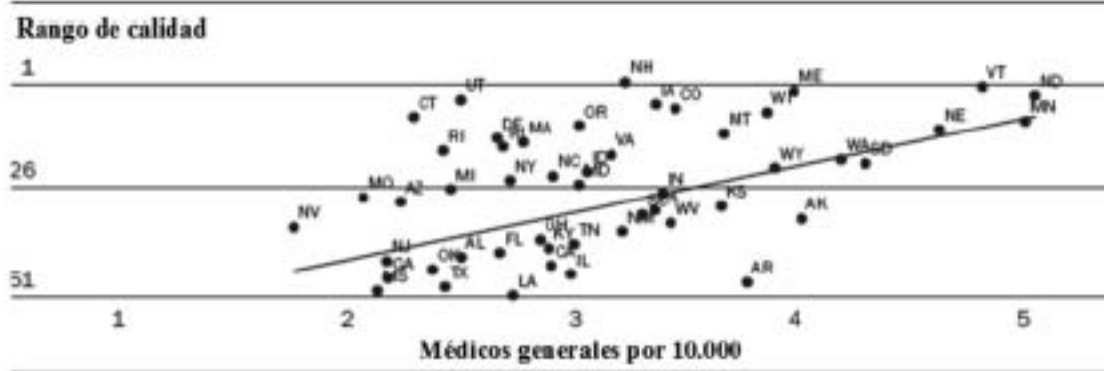
RELACIÓN ENTRE FUERZA LABORAL MÉDICA Y GASTO DE MEDICARE: MÉDICOS GENERALES POR 10.000 Y GASTO POR BENEFICIARIO EN EL AÑO 2000



FUENTE: KATE BAICKER Y AMITABH CHANDRA, "MEDICARE SPENDING, THE PHYSICIAN WORKFORCE, AND BENEFICIARIES' QUALITY OF CARE" (GASTO DE MEDICARE, EL PERSONAL MÉDICO, Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS), HEALTH AFFAIRS EXCLUSIVO EN LA RED (ABRIL DE 2004): W6-184 - W6-197.

FIGURA N° 5

RELACIÓN ENTRE FUERZA LABORAL MÉDICA Y CALIDAD: MÉDICOS GENERALES POR 10.000 Y RANGO DE CALIDAD EN EL AÑO 2000



FUENTE: KATE BAICKER Y MITABH CHANDRA, "MEDICARE SPENDING, THE PHYSICIAN WORKFORCE, AND BENEFICIARIES' QUALITY OF CARE" (GASTO DE MEDICARE, EL PERSONAL MÉDICO, Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS), HEALTH AFFAIRS EXCLUSIVO EN LA RED (ABRIL DE 2004): W4-184 - W4-197.

el mercado privado, aumentando el costo y reduciendo la calidad de la atención también para los pacientes asegurados en forma privada.

Los esquemas de seguros de salud obligatorios garantizan el acceso a la atención médica, pero los controles de precios estatales socavan esa garantía. Un niño de 12 años de nombre Deamonte Driver murió en 2007 básicamente porque el programa Medicaid de EE.UU. fijó sus precios tan bajos que su madre no pudo encontrar un dentista.

En naciones con seguros privados, los gobiernos imponen controles de precios que obligan a las compañías de seguros a vender seguros por \$5.000 incluso si el costo de asegurar a la persona es de \$10.000. Esto crea un incentivo de \$5.000 para que los aseguradores eviten, traten mal y rechacen a los enfermos, frecuentemente negando la atención al enfermo. Esto es lo que sucedió en EE.UU. a una niña de 14 años llamada Shelby Rogers, que tiene atrofia muscular espinal. Shelby es tan débil que necesita una enfermera para que la gire en la cama durante la noche y la ayude con las otras tareas diarias. Pero su compañía de seguros dejó de pagar por la enfermera que la atiende veinticuatro horas porque el beneficio atraía a demasiadas personas enfermas.

Estos controles de precios estatales bloquean los productos innovadores que harían que las compañías

de seguros privadas compitan para atenderla.

Controles estatales

Los sistemas de pago del programa Medicare de EE.UU. son controles estatales de facto que penalizan a aquellos proveedores de atención de salud que innovan coordinando la atención, o usando fichas médicas electrónicas, o realizando estudios de efectividad, o reduciendo errores médicos. El Medicare es la fuerza impulsora de la epidemia de errores médicos en EE.UU.

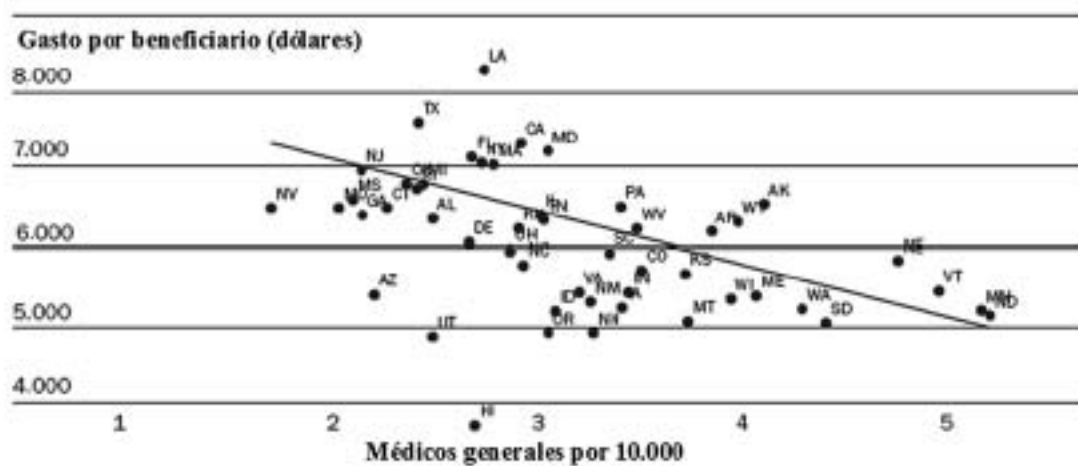
Estos controles hacen que la atención médica sea más costosa y priva a las sociedades de recursos que podrían ser usados para proporcionar atención médica a los necesitados. Sin embargo, el Presidente Obama ha sometido todavía a una mayor parte del mercado estadounidense al dominio de los controles de precios estatales, porque ellos son necesarios bajo este sistema de administración estatal.

Diseñando cuentas médicas personales

Las cuentas médicas personales ofrecen una mejor garantía contra la enfermedad y la privación porque pueden evitar los controles de precios del Estado y con ello permitir que la innovación mejore cada vez más la atención médica disponible para cada vez más personas.

FIGURA N° 6

RELACIÓN ENTRE FUERZA LABORAL MÉDICA Y GASTOS DE MEDICARE:
ESPECIALISTAS POR 10.000 Y GASTOS POR BENEFICIARIO EN EL AÑO 2000



FUENTE: KATE BAICKER Y AMITABH CHANDRA, "MEDICARE SPENDING, THE PHYSICIAN WORKFORCE, AND BENEFICIARIES' QUALITY OF CARE" (GASTO DE MEDICARE, EL PERSONAL MÉDICO, Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS), HEALTH AFFAIRS EXCLUSIVO EN LA RED (ABRIL DE 2004): W6-184 - W6-197.

Un sistema bien diseñado de cuentas médicas personales reduciría la carga tributaria de cada trabajador en un porcentaje del ingreso suficiente para que el trabajador de sueldo mediano financie el seguro de salud tanto ahora como en su jubilación. Estos pagos tributarios previos financiarían cada cuenta del trabajador. Chile es un ejemplo: los trabajadores deben pagar siete por ciento de su salario imponible ya sea a un plan estatal (FONASA) o a una compañía de seguros privada (ISAPRE). Los trabajadores invertirían sus ahorros bajo normas similares a aquéllas que existen para la jubilación personal o las cuentas de desempleo.

Los trabajadores usarían sus cuentas médicas personales para comprar seguros de salud, o para comprar la atención de salud directamente. Los retiros para gastos no médicos estarían penalizados o prohibidos. La dificultad de delinear "gastos médicos" y "gastos no médicos" será inevitablemente un poco incómoda. En EE.UU., tenemos un sistema similar a las cuentas médicas personales que llamamos cuentas de ahorro de salud (Health Savings Accounts, HSA). El Presidente Obama recientemente cambió algunas cuentas médicas de la categoría favorecida a una categoría no favorecida, pero este proceso reglamen-

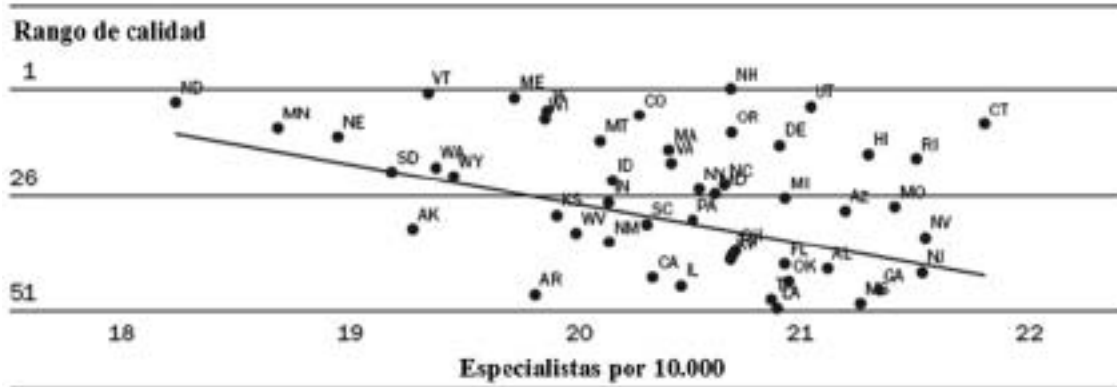
tario es menos distorsionador que tener al Estado decidiendo qué servicios deben cubrir los seguros de salud.

Las instituciones financieras que administran las cuentas médicas personales podrían ser las mismas instituciones que administran las pensiones, las que ya tienen experiencia en esta área. Sin embargo, estas instituciones tendrían el deber adicional de verificar que los retiros sean para gastos médicos aprobados.

Es importante tener en cuenta que un sistema bien diseñado no requeriría que los trabajadores compren seguros de salud. Esta característica es controversial, pero crucial. Mantener la libertad de los trabajadores para ahorrar su dinero, en vez de comprar seguros de salud, es esencial para hacer que los seguros de salud puedan ser pagados por los trabajadores de bajos ingresos. Mantener la libertad para ahorrar obliga a las compañías de seguros a competir con los bancos y otras instituciones financieras por los ahorros de los trabajadores. Esto ejerce una enorme presión en las compañías de seguros hacia una reducción del costo de los seguros de salud. La libertad de no comprar seguros de salud por lo tanto es más importante para los trabajadores más pobres, porque hace que el precio del seguro de salud esté dentro de su alcance.

FIGURA N° 7

RELACIÓN ENTRE FUERZA LABORAL MÉDICA Y CALIDAD: ESPECIALISTAS POR 10.000 Y RANGO DE CALIDAD EN EL AÑO 2000



FUENTE: KATE BAICKER Y MITABH CHANDRA, "MEDICARE SPENDING, THE PHYSICIAN WORKFORCE, AND BENEFICIARIES' QUALITY OF CARE" (GASTO DE MEDICARE, EL PERSONAL MÉDICO, Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS), HEALTH AFFAIRS EXCLUSIVO EN LA RED (ABRIL DE 2004): W4-184 - W4-197.

Exigir que los trabajadores compren seguros de salud aumenta el costo de los seguros porque los gobiernos inevitablemente obligan a los trabajadores a comprar más y más cobertura de seguros. En EE.UU. y otras naciones, todo el sector médico acude a los gobiernos para que obliguen a los trabajadores a comprar seguros más completos porque dicho seguro canaliza más dinero al sector médico. Asimismo, los proveedores de atención de salud específica buscan obligar a los trabajadores a comprar seguros que cubran los bienes y servicios que ellos prestan.

La libertad de ahorrar asegura que los trabajadores recibirán un valor por sus primas de seguros, porque protege el derecho de los trabajadores a rechazar el seguro si lo consideran un mal negocio.

Sin duda algunos trabajadores utilizarán esta libertad para tomar malas decisiones. Algunos no comprarán seguros de salud y luego se enfermarán y no tendrán suficientes ahorros para pagar los gastos médicos. Creo que este problema será menor por dos razones. Primero, el seguro de salud será menos costoso, lo que facilitará que la mayoría de los trabajadores lo compren. Segundo, los mismos trabajadores que podrían evitar los seguros de salud formarán ahorros considerables en sus cuentas médicas personales. Querrán proteger esos ahorros del costo de la enfermedad. La forma de proteger esos ahorros es comprando seguros de salud.

Mantener la libertad de las personas de no comprar seguros de salud hará mucho menos daño que dar al Estado el poder para obligar a las personas a comprar seguros de salud.

Conclusión

Al diseñar mercados de atención de salud, la perfección no es una opción. Bajo cualquier sistema, sea administrado por el Estado o de libre mercado, algunos pacientes inevitablemente quedarán al margen.

Las cuentas médicas personales pueden ayudar a reducir el número de pacientes que quedan al margen, permitiendo innovaciones que mejoren la atención médica y la pongan al alcance de los pobres. Sí, es cierto que algunos no ganarán suficiente para abastecerse a sí mismos, y que siendo libres de tomar nuestras propias decisiones, una pequeña cantidad de personas tomará malas decisiones. Creo que tenemos un deber moral de atender a los pacientes que no podrían cuidarse a sí mismos o no lo harían. Las cuentas médicas personales harán más fácil que nosotros podamos cumplir con ese deber moral.

Bajo los esquemas de seguros de salud obligatorios, el número de pacientes que queda al margen es mayor. Los controles de precios bloquean la innovación. Los gobiernos desperdician recursos en atención médica de bajo valor. Algunos describirían esto como los costos inevitables

de crear una sociedad equitativa. Pero este desperdicio de recursos no compra solidaridad. Compra enfermedad y pobreza.

Si queremos salvar vidas, si deseamos poner la atención médica al alcance de los enfermos y los pobres, si queremos sacar a los pobres de la pobreza, entonces nuestro deber es restaurar los derechos humanos fundamentales de los trabajadores y usar las cuentas médicas personales para permitirles controlar el fruto de su labor. Dejemos que los trabajadores posean lo que han gana-

do. Permitámosles tomar sus decisiones médicas libres de restricciones coercitivas, con todos los beneficios que ofrecen la innovación y los mercados competitivos. Las naciones que operan bajo esquemas de seguros de salud obligatorios deberían considerar sustituir estos sistemas con cuentas de inversión personal para fines médicos.

Referencias

Vea en Internet: http://www.cato.org/pub_display.php?pub_id=4556