



El Institute of Medicine propone cauces para atajar la falta de seguro médico

The Institute of Medicine Offers Proposals to Hold Back the Lack of Health Insurance

■ Ana Urroz

Resumen

La carencia de seguro sanitario que afecta a un 17% de la población estadounidense y la alta mortalidad que genera la falta de una adecuada atención médica son las realidades que han movido al Institute of Medicine de la Academia Nacional de EEUU a publicar el informe *Insuring America's Health: Principles and Recommendations*. Este texto, dirigido a los órganos legislativos, contiene cinco puntos básicos (sobre los que debe asentarse un sistema sanitario) y propone cuatro posibles estrategias para acabar con el problema del aseguramiento médico. El informe del Institute of Medicine señala una fecha límite, el año 2010, para que todos los ciudadanos cuenten con un seguro médico.

Palabras clave

Carencia de seguro sanitario. Cobertura universal. Modelos sanitarios.

Abstract

The lack of health insurance which affects 17% of the population of the United States and the high mortality rate generated by the absence of adequate medical care are real situations which have induced the Institute of Medicine of the United States National Academy to publish the report *Insuring America's Health: Principles and Recommendations*. Directed to the legislative bodies, this report contains five basic points on which a health system should be established and proposes four possible strategies to put an end to the medical insurance problem. The Institute of Medicine report indicates the year 2010 as a time limit for all citizens to have a medical insurance.

La autora es periodista y trabaja como *free-lance* en Washington DC (EEUU).

Key words

Lack of health insurance. Universal coverage. Health models.

■ Como es bien sabido, en EEUU el 17% de la población (unos 43 millones de personas) carecen de un seguro médico, y alrededor de 18.000 ciudadanos mueren anualmente por falta de una adecuada atención médica. Estos datos se volvieron a poner de relieve el pasado mes de enero al hacerse público el informe *Insuring America's Health: Principles and Recommendations* ("Cómo asegurar la salud en EEUU: principios y recomendaciones")¹, que ha sido realizado por el Institute of Medicine (IOM) perteneciente a las National Academies. Este documento refleja con claridad los problemas que está padeciendo ya el conjunto de la sociedad estadounidense y lanza una recomendación clara al Presidente del Congreso, con la inclusión de una fecha concreta a fin de que se pueda cumplir el objetivo. "En el año 2010 todos los ciudadanos de EEUU han de estar asegurados". El texto aporta una lista de cinco principios básicos, que son líneas orientadoras, a la hora de que se establezcan las condiciones y características del plan de cobertura médica.

El informe es el compendio y la conclusión final de una serie de estudios anteriores, y en él se presenta un análisis global de las consecuencias que pueden derivarse para las personas, las familias y la sociedad en general, de la falta de un medio que garantice el acceso a la atención médica de aquellos o los miembros de su familia, que no tienen la posibilidad de contar con una póliza que sufrague los gastos de acceso a la sanidad dentro de los beneficios laborales de las empresas para las que trabajan.

Las alarmas han empezado a sonar en las esferas de decisión política. El IOM cumple con este estudio la tarea de presentar las realidades y consecuencias para el país de la persistencia de la actual situación y del posible riesgo de que siga creciendo el número de ciudadanos que no cuentan con las necesidades de atención médica cubierta.

Los estadounidenses de clase media padecen en su vida diaria la frustración de comprobar cómo los más espectaculares y asombrosos avances de la ciencia médica se presentan ante sus ojos, pero que a la vez están fuera de su alcance. El inabordable precio de la medicina, casi única y exclusivamente privada, en el país más industrializado del planeta, el que produce los mayores recursos terapéuticos y que los divulga, no sólo en las publicaciones médicas especializadas, sino también en sus medios de comunicación de masas, hace que la frustración se deje sentir en la población afectada. Son muchos millones de ciudadanos los que ni siquiera tienen la oportunidad de llegar a un quirófano o a ser tratados por un especialista.

¹ El informe está disponible en: <http://www.iom.edu/report.asp?id=17632> (10-09-2004). El "Institute of Medicine of the National Academies" es una organización independiente, científica y sin ánimo de lucro que se esfuerza en asesorar de forma imparcial —basándose en pruebas y en fundamentos científicos— sobre la sanidad y la salud de los individuos dentro y fuera de EEUU.

El informe del IOM hace constar que "es más fácil de lo que podría pensarse no estar asegurado", y que "ocho de cada diez personas sin seguro pertenecen a las clases trabajadoras, al no facilitarles sus empleos ningún tipo de seguro sanitario". Asimismo, aporta un dato como propuesta de tema de consideración para los ámbitos de decisión política y social: "La vitalidad económica de la nación está limitada por la mala salud, la muerte prematura y las prolongadas bajas laborales de los trabajadores no asegurados". Y hace una reflexión en cuanto a que sea examinada bajo una óptica distinta, la de la relación precio-calidad de vida, la posibilidad de destinar fondos federales para compensar el efecto de las limitaciones de acceso a los servicios sanitarios. "Si se facilitase cobertura médica general, en los mismos niveles de los de quienes están actualmente asegurados, la ganancia en años de vida saludables sería con certeza mayor que los costes adicionales de proporcionar atención sanitaria a los que carecen de seguro", indica el informe.

Según el IOM, los problemas de salud debidos a la carencia de seguro médico suponen unos costes anuales comprendidos entre 65.000 y 130.000 millones de dólares.

En los dos últimos años, los medios de comunicación informan cada vez con más frecuencia sobre las situaciones de quiebra en los hospitales locales por la sobrecarga de los servicios de urgencias, ya que en ellos se atienden como una ayuda humanitaria las emergencias de quienes llegan sin asegurar.

De acuerdo con lo que publica el IOM, los más de 43 millones de personas que carecen de póliza médica (cifra que equivaldría a lo que es la totalidad de la población en 26 Estados) pueden pagar solamente el 35% de su factura de atención médica. El resto de los costes ha de ser sufragado como beneficencia, por medio de la aportación de fondos de los contribuyentes, a través de subsidios y ayudas a clínicas y hospitales.

El fracaso de la salud como bien público

Desde su nacimiento, EEUU ha sido el país de la sanidad privada, y los intentos de crear un seguro público y abordar una reforma sanitaria que permitiera el acceso de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios no han salido adelante. Los políticos, sobre todo los de ideología republicana, nunca se han atrevido a proponerlo en una campaña electoral. Los demócratas son quienes han llevado a cabo la mayoría de las tentativas, especialmente Bill Clinton durante su presidencia. Su esposa, Hillary Rodham Clinton, explicaba, en un número anterior de esta misma publicación², cómo fue derrotada en su batalla de llevar ante el Congreso una propuesta de atención sanitaria, cercana a los modelos europeo y canadiense, que evitase dejar al trabajador a merced de la voluntad de quien le emplea. El miedo a ir contra los intereses de las poderosísimas compañías de seguros, que son importantes contribuyentes con sus

² Véase: Clinton H R. Sanidad. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2004; 2:227-238.

fondos a la financiación de las campañas electorales, así como el pasar por alto sobre el fundamental principio de la libre competencia, han bloqueando el paso al derecho a la salud como un bien público. El informe del IOM marca, ahora, claramente, la necesidad de invertir la tendencia al afirmar: "Las consecuencias de la falta de seguro médico y la creciente amenaza que esto supone para el conjunto del sistema sanitario estadounidense, hace que el problema no pueda ser ignorado por más tiempo. El liderazgo y los dólares federales son necesarios para acabar con la falta de seguro, aunque esta tarea no corresponda necesariamente a la Administración Federal".

No es cierto que en el país no exista ninguna ayuda pública a la sanidad. Las clases más desfavorecidas y los mayores cuentan, desde 1965, con los servicios de Medicare y Medicaid. También, desde 1980, se han desarrollado, tanto a nivel del Gobierno Federal como de los de los diferentes Estados, avances destinados a ayudar a familias sin recursos económicos, sobre todo en el capítulo de la sanidad infantil, con el establecimiento del "Programa estatal de seguro médico para los niños" (*Children's Health Insurance Program*, SCHIP) pero eso no palia la realidad que muestra el informe del IOM cuando indica que "una de cada cinco familias estadounidenses con hijos tiene, por lo menos, a uno de sus miembros sin seguro". La cuantificación de esta afirmación supone que, aproximadamente, hay 8,5 millones de niños que no están asegurados.

La vertebración del sistema federal hace que en EEUU se den particularidades sociales y legales muy diferentes según cada uno de los Estados. Algunos de ellos han creado condiciones y realizado avances en cuanto a la extensión de la cobertura al mayor número de personas con dificultades para acceder a un seguro, pero no han logrado acabar con el problema de la carencia del mismo. En otros Estados, debido a problemas presupuestarios, ponen todas las trabas administrativas posibles a fin de rebajar los costes del programa SCHIP y de Medicaid.

Según los datos de la encuesta del US Census Bureau sobre "Seguros de salud y tipo de cobertura de las pólizas", publicados en el 2002, más del 17% de la población de menos de 65 años carece de seguro.

El IOM es tajante en su propuesta y hace una llamada clara a que se legisle a nivel nacional para solucionar este problema, afirmando en el informe: "Se necesita la participación federal para resolver el problema de la carencia de seguro".

Cobertura universal

La atención médica y los cuidados de salud como una realidad accesible para todos los ciudadanos, es el primero de los principios concretos (*Health care coverage should be universal*) que formula el grupo de expertos que ha redactado el informe. Para reconducir la situación de desigualdad social —que origina el que tan alto número de población no cuen-

te con medios para tratar sus enfermedades— incide en el significado del término "universal", aclarando que su alcance abarca a "toda persona que viva en EEUU". Este primer principio se sustenta en dos constataciones. La primera, hace referencia a que la falta de seguro supone "un menoscabo para la salud de los individuos, ya que los no asegurados no acuden con la misma frecuencia que los que tienen seguro a las consultas, o no tienen acceso a servicios preventivos, o de cuidado de enfermedades crónicas". La segunda, menciona como grupos más vulnerables a los niños y a los pacientes de enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares, renales y, finalmente, sida.

El documento analiza a continuación el segundo principio que hace referencia al ámbito temporal, y se titula "La cobertura sanitaria debería ser continua". Las razones que introduce como básicas, a la hora de que los políticos y legisladores establezcan medidas que lleven a acabar con la alta tasa de no asegurados, las sustentan en que aceptar el hecho de la cobertura continua tiene "más probabilidades de garantizar mejores resultados en los tratamientos", así como detectar y diagnosticar enfermedades que pueden convertirse en crónicas, a la vez que insiste en los servicios preventivos en pediatría.

El tercer punto se adentra en el ámbito económico bajo el epígrafe: "La cobertura sanitaria debería ser económicamente asequible para los individuos y las familias". Y adelanta la idea de que habrán de serles facilitados medios adicionales a las familias con menor nivel de ingresos "para poder costearse el seguro".

En cuanto al cuarto principio, de contenido también presupuestario, el informe del IOM lo titula "La cobertura sanitaria debería ser asequible y sostenible para la sociedad". Su comité de redacción apela al establecimiento de mecanismos de control de la inflación y el gasto, así como a la solidaridad social por medio de "impuestos, primas médicas y reparto de costes", basándose en el beneficio social que generaría "la cobertura universal de seguro médico". Y manifiesta que la estrategia de reforma debería poner énfasis "en la eficiencia y la simplicidad", por tanto, deberían facilitarse los trámites de acceso, facturas, etcétera.

Por último, el IOM formula como quinto principio: "El seguro debería mejorar la salud y el bienestar, al promover el acceso a una atención de alta calidad que sea eficaz, segura, centrada en el paciente y equitativa". Y, en el cómputo de mejoras, menciona los paquetes básicos de prestaciones que incluirían tanto los servicios ambulatorios y de hospitalización, como consultas de salud mental, cuidados preventivos y recetas de medicamentos.

Modelos para la reforma

El IOM propone en su informe cuatro modelos o estrategias para lograr la cobertura sanitaria definida en los cinco principios anteriores, con los que pretende abrir la discusión de la reforma del sistema sanitario. Estas estrategias van encaminadas a simplificar el actual marco de seguros públicos, que es complicado y está muy fraccionado, ya que las ayudas públicas a

la sanidad se canalizan a través de tres modalidades: el SCHIP, seguro infantil; Medicaid, jóvenes y adultos; y Medicare, para los mayores de 65 años. El IOM adelanta que la implantación de cualquiera de estos posibles modelos supondrá cambios fundamentales con referencia al sistema actual.

El que propone en primer lugar amplía el programa de ayudas públicas y recorta la carga impositiva para el trabajador que contrate un seguro. Los beneficios fiscales que existen en la actualidad para los trabajadores que se costean su seguro se mantendrían, y los empresarios no estarían obligados a facilitarlo a sus empleados. Se mejorarían las condiciones de Medicaid y SCHIP, y Medicare cubriría a partir de los 55 años a quienes pagaran su póliza.

El segundo modelo estaría basado en la obligación del empresario de facilitar seguro a los trabajadores por medio de costear parte de la póliza médica de los mismos. En el caso de los salarios más bajos se arbitraría un programa federal de ayudas. Medicaid y SCHIP se unificarían y Medicare continuaría igual. Se exigiría que todos los trabajadores estuviesen asegurados, bien en un programa público, o con un seguro individual.

La tercera de las opciones de cambio del modelo sanitario que propone el IOM hace referencia al contrato del particular con compañías privadas, pero con ayudas públicas a la hora de pagar la póliza. En cuanto a las actuales modalidades de seguros públicos: Medicaid y SCHIP desaparecerían, pero Medicare seguiría igual.

La cuarta y última de las estrategias se refiere al actual sistema de ayudas públicas para la sanidad en EEUU. Contempla el supuesto de que todos los ciudadanos contarían con una prima única que facilitara unos beneficios uniformes; pero deja abierta la opción de ampliar los beneficios a aquéllos que lo deseen por medio de la contratación de seguros adicionales que les faciliten servicios suplementarios. El seguro único estaría administrado y financiado por el Gobierno Federal, pero utilizaría compañías aseguradoras y auditorías privadas para atender las reclamaciones y realizar los pagos, de manera similar al actual patrón de funcionamiento de Medicare. Con la implantación de este modelo sanitario Medicaid y SCHIP desaparecerían, y los que se ven atendidos por la opción de Medicare podrían incorporarse al modelo de seguro único.