

Lucas van Wunnik y Antonio Salamero

Departament d'Organització d'Empreses de la Universitat Politècnica de Catalunya

5 de octubre de 2012

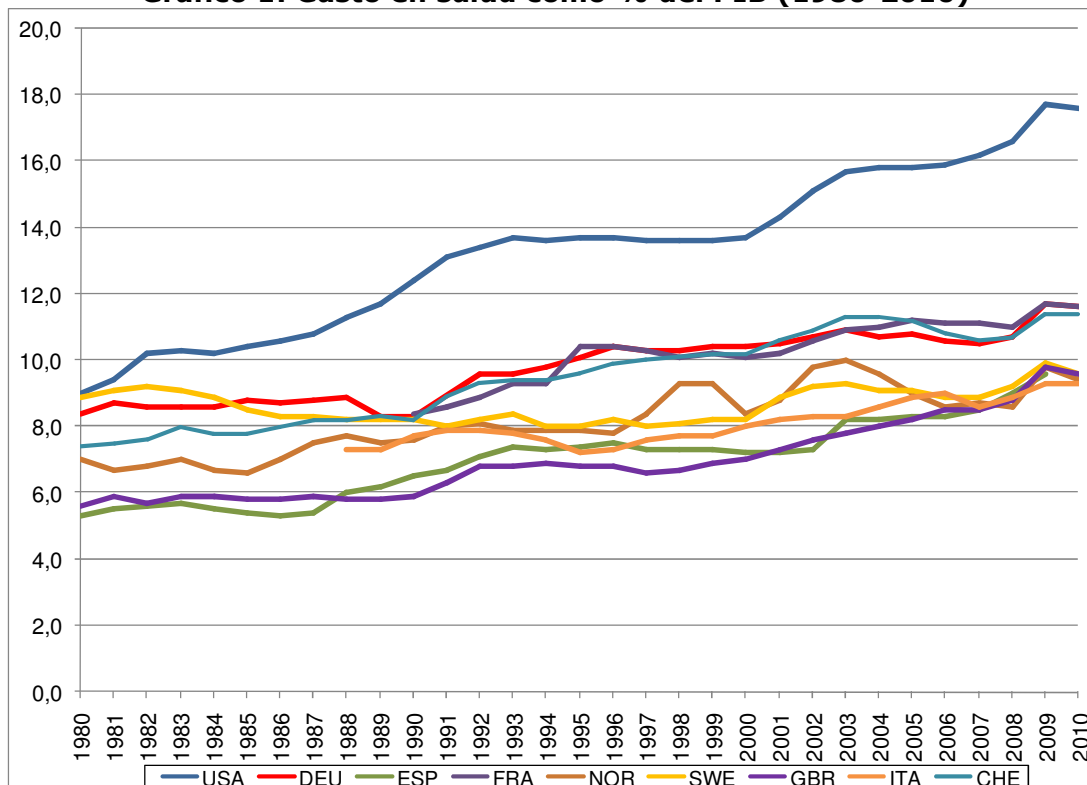
En estos tiempos de austeridad presupuestaria, muchos piensan que nuestro sistema público de salud es demasiado caro (más de un tercio del total de los gastos de los presupuestos de la Generalitat de Catalunya en 2012). Se nos dice que nos hemos dotado de una asistencia sanitaria pública que no nos podemos permitir dado nuestro nivel de renta. Algunos creen que la solución más importante y general, puede venir de la privatización del sistema o del establecimiento de formas de gestión que acerquen la gestión pública de nuestra sanidad a formas privadas basadas en los indicadores que proporciona el mercado.

Pero ¿es cierto que en el ámbito de la salud el sector privado y el mercado funcionan mejor que el sector público?

Un breve análisis de los datos publicados por la OCDE (OECD, 2012) parece cuestionarlo. Estados Unidos es uno de los países de la OCDE que tiene el sistema de salud más privatizado: el gasto en salud privada representó el 52% del gasto sanitario total en 2010. En España este porcentaje fue del 26%, en Francia del 23% y en Suecia y Noruega, países de referencia del Estado del bienestar, respectivamente 19% y 15%.

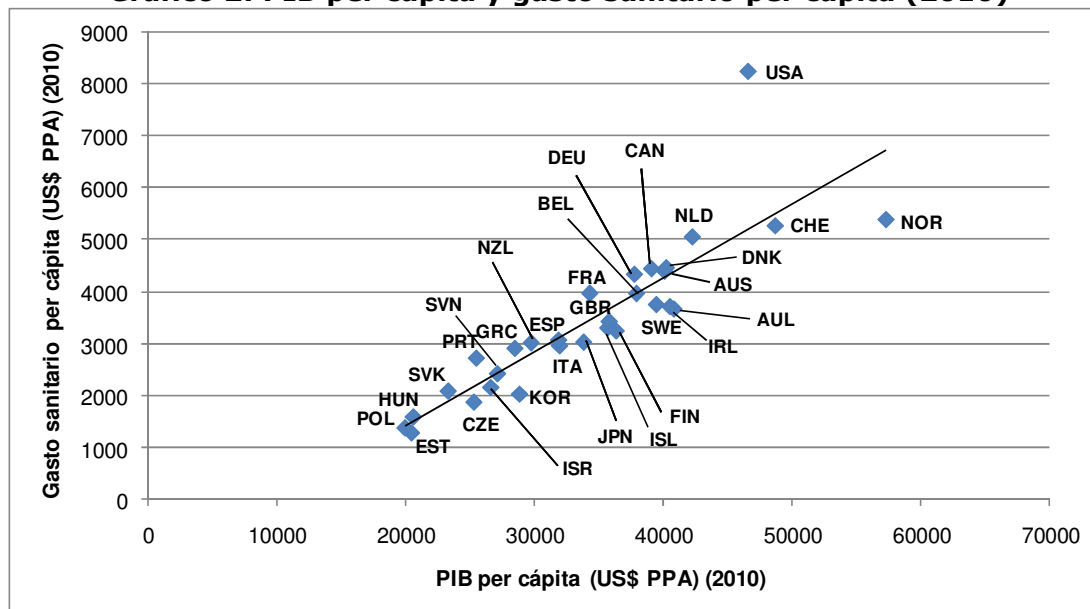
Estados Unidos es también el país donde el gasto sanitario (público y privado), expresado como porcentaje del PIB, es el mayor: 17,6% del PIB en 2010 (casi el doble de España: 9,6% del PIB en 2009). En Francia, este porcentaje fue, en 2010, de 11,6% y en Suecia de 9,6%. Además, parece que la importancia de este gasto en la economía crece más rápidamente en Estados Unidos que en otros países (ver Gráfico 1). Por otro lado, el gasto sanitario per cápita, en paridad de poder adquisitivo, fue en Estados Unidos de US\$ 8.233, en 2010, muy superior al del resto de países. Noruega, que tiene un PIB per cápita superior al de Estados Unidos, tuvo un gasto per cápita de US\$ 5.388. En España, Francia y Suecia el gasto sanitario per cápita fue, respectivamente, de US\$ 3.076 (en 2009), US\$ 3.974 y US\$ 3.756 (ver Gráfico 2). Eso ocurre a pesar de que Estados Unidos se beneficia de un factor que tendría que limitar el gasto sanitario: su población es más joven que la de la mayoría de los otros países de la OCDE. La proporción de la población con edad superior a 65 años era, en el 2009, del 13%. En España, Francia y Suecia este porcentaje era respectivamente de 16,7%, 16,7% y 17,9% (OECD, 2011).

Gráfico 1: Gasto en salud como % del PIB (1980-2010)



Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (OECD, 2012)

Gráfico 2: PIB per cápita y gasto sanitario per cápita (2010)



Notas:

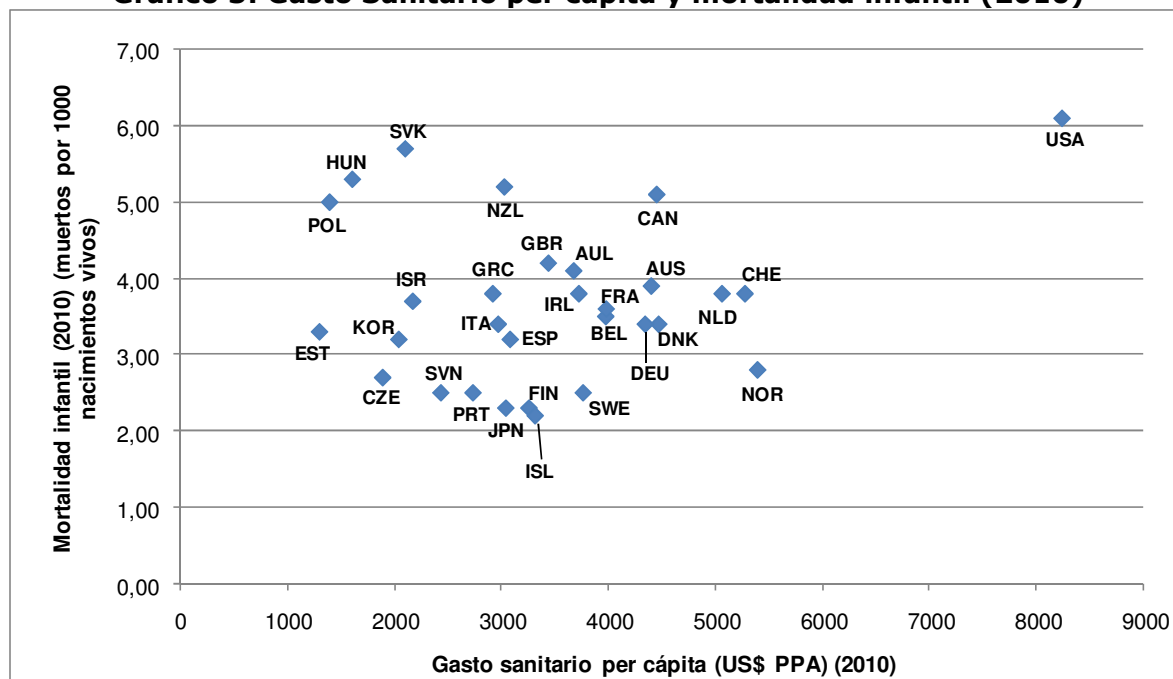
- Para Australia, Israel, Japón, España - los datos del gasto sanitario per cápita son del 2009.
- Hemos excluido Luxemburgo por ser un país donde hay muchos trabajadores fronterizos y Turquía, México y Chile por ser países relativamente pobres (PIB per cápita inferior a US\$20.000).

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (OECD, 2012)

Estos gastos sanitarios superiores en Estados Unidos podrían ser justificados si permitieran dar buenos resultados en el ámbito de la salud. **¿Qué nos muestran los datos?**

Estados Unidos tiene una mortalidad infantil elevada y una esperanza de vida baja comparada con los otros países de la OCDE. En el 2010, su tasa de mortalidad infantil era de 6,1 por cada 1000 nacidos vivos. En España, Francia y Suecia era respectivamente de 3,2, 3,6 y 2,5 (ver Gráfico 3). Según datos de Naciones Unidas, 49 países del mundo tenían una mortalidad infantil inferior a la de Estados Unidos en 2010 (6,46 muertos por 1000 nacidos vivos) (United Nations, 2011). El dato para la población afroamericana de Estados Unidos de este mismo año es todavía peor: 13,3 muertos por 1000 nacidos vivos (Williams, 2011), lo que es superior a la tasa de mortalidad infantil de Sri Lanka (11,2) (United Nations, 2011). Por otro lado, la esperanza de vida, en 2010, en los Estados Unidos era de 78,7 años, en España de 82,2 años, en Francia de 81,3 años y en Suecia de 81,5 años (OECD, 2012).

Gráfico 3: Gasto Sanitario per cápita y mortalidad infantil (2010)



Notas:

- Para Canada, el dato de la mortalidad infantil es de 2008 y para nueva Zelanda de 2009.
- Hemos excluido Luxemburgo por ser un país donde hay muchos trabajadores fronterizos y Turquía, México y Chile por ser países relativamente pobres (PIB per cápita inferior a US\$20.000).

Fuente: Elaboración propia con datos de la OCDE (OECD, 2012)

Parece ser pues que los estadounidenses pagan más por su salud para unos resultados que no son mejores. **¿A qué puede ser debido?**

N.G. Mankiw (2007) explica el mal resultado de Estados Unidos en el ámbito de la salud (mortalidad infantil y esperanza de vida) por otros factores que nada tienen que ver con la calidad del sistema de salud como la tasa de homicidios más elevada, la incidencia mayor de los accidentes de tráfico, los malos hábitos alimentarios (*fast-food*), el mayor porcentaje de embarazos de adolescentes, etc. "Para hacer comparaciones en los resultados de salud (de los diferentes países), es necesario controlar otras variables. Sin estos controles, las correlaciones simples tienen poco significado" (Mankiw, 2009). Sin embargo, si en Estados Unidos se gasta unos 6 o 8 puntos porcentuales más del PIB en salud ¿en qué proporción es debido a estos "malos hábitos" de los estadounidenses? En este marco, un estudio del McKinsey Global Institute (2008) sobre el sistema de salud estadounidense, afirma que los estadounidenses no están más enfermos que la gente en los otros países de la OCDE.

Por su lado, R. Fogel (2009) pone énfasis en el hecho que la salud es un bien superior: un bien con elasticidad-renta de la demanda superior a uno. Estima que ésta es de 1,6, lo que quiere decir que cuando la renta de una familia crece en 10%, la familia quiere incrementar su gasto en salud un 16%. A nivel del país, eso implicaría que a mayor PIB per cápita, mayor proporción de gasto en salud respecto al PIB. Pero, en este caso, ¿cómo explicamos que el gasto sanitario per cápita y el gasto en salud como porcentaje del PIB son mucho más bajos para países como Noruega y Suiza que tienen un PIB per cápita parecido o incluso superior al de Estados Unidos?

Y ¿si la explicación fuera, como lo escribe P. Krugman (2009), que “en la salud, el libre mercado no funciona”?

Consideremos dos factores que parecen contribuir a explicar el alto coste del sistema de salud estadounidense: los altos costes administrativos (los costes relacionados con la facturación, la contratación, la valoración/evaluación de los riesgos médicos de la persona que se quiere asegurar, la verificación de las demandas de reembolso, el marketing, etc.) de las aseguradoras privadas y los altos precios de los servicios de salud y de los medicamentos. P. Krugman (2012) destacó estos dos elementos:

“Todos los indicios apuntan a que (en Estados Unidos) sistemas públicos como Medicare (programa de seguro público para personas mayores) y Medicaid (programa de seguro público para pobres), que conllevan menos burocracia que las aseguradoras privadas (...) y más poder de negociación, son mejores que el sector privado a la hora de controlar costes.”

E. Wickler et al. (2012) estiman que, en los Estados Unidos, los costes administrativos (incluyendo los beneficios) representan el 12,3% de los ingresos de las aseguradoras privadas. Para los programas de seguro público de dicho país (*Medicare, Medicaid, Veterans Health Administration*) este porcentaje es sólo del 3,5%.

Los medicamentos en los Estados Unidos son un 50% más caro que la media de los precios de los medicamentos en el Reino Unido, Alemania, Italia, Francia y España (McKinsey Global Institute, 2008). Asimismo, según C. Peterson y R. Burton (2007), los profesionales de la salud de Estados Unidos están entre los profesionales de la salud mejor pagados del mundo. En 2004, la remuneración media de un especialista era, en paridad de poder adquisitivo, de US\$ 230.000 para un especialista (US\$ 253.000 en los Países Bajos, US\$ 149.000 en Francia, US\$ 76.000 en Suecia) y de US\$ 161.000 para un médico de cabecera (US\$ 117.000 en los Países Bajos, US\$ 92.000 en Francia, US\$ 66.000 en Suecia). A lo mejor, se podría atribuir en parte estos precios más elevados al hecho que los demás países tienen un poderoso pagador, el estado, que compra gran parte de los medicamentos y de los servicios de salud (poder de monopsonio) (Varian, 2000; Reinhardt et al. 2002).

En conclusión, un sistema de salud mayoritariamente privado parece poco eficiente. Es más costoso para la sociedad que un sistema público nacional de salud como el que tenemos en muchos países de la Unión Europea y no da mejores resultados para el ciudadano medio.

Hay que añadir que este sistema es éticamente discutible. En 2011, 48,6 millones de personas en Estados Unidos no tenían seguro médico (DeNavas et al. 2012), es decir casi uno de cada seis habitante de ese país. Por otra parte, un estudio de 2007 (antes de la gran recesión) indicaba que el 62% de las quiebras personales de este país eran “quiebras médicas” (quiebras debidas a motivos médicos: facturas médicas inasumibles, etc.). En el 75% de los casos de “quiebras médicas” la persona tenía un seguro médico.

Creemos que esta reflexión debería servir como contrapunto para los que ven la solución general de nuestras dificultades sanitarias en la privatización. Creer ciegamente en el mercado y en el sector privado no es solución para el ámbito de la salud.

Referencias:

- DeNavas-Walt C., B. Proctor, and J. Smith (2012), "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2011", *Current Population Reports*, P60-243, US Census Bureau, Washington DC.
- Fogel R. (2009), "Forecasting the cost of healthcare", *The American*, 3/9/2009.
- Himmelstein D., D. Thorne, E. Warren and S. Woolhandler (2009), "Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study", *The American Journal of Medicine*, (August), 122(8):741-746.
- Klein E. (2007), "The Health of Nations", *The American Prospect*, 22/4/2007.
- Krugman P. (2009), "Why markets can't cure healthcare", *The Conscience of a Liberal*, 25/6/2009. <http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare/>
- Krugman P. (2012), "The Medicare Killers", *The New York Times*, 30/8/2012.
- Mankiw N.G. (2007), "Beyond those health care numbers", *The New York Times*, 4/11/2007.
- Mankiw N.G. (2009), "International Health Comparisons", *Greg Mankiw's Blog*, 19/6/2009. (<http://gregmankiw.blogspot.com.es/2009/06/international-health-comparisons.html>) (consultado el 2/10/2012).
- McKinsey Global Institute (2008), *Accounting for the cost of US healthcare: A new look at why Americans spend more*, McKinsey & Company.
- OECD (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD, Paris.
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012 - Frequently Requested Data*. August 2012 (<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>) (consultado el 26/9/2012).
- Peterson C. and R. Burton (2007), "U.S. Health Care Spending: Comparison with Other OECD Countries", *CRS report for Congress*, September 17 2007, Washington DC. (http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf) (consultado el 5/10/2012).
- Reinhardt U., P. Hussey and G. Anderson (2002), "Cross-national comparisons of health systems using OECD data, 1999", *Health Affairs*, 21 (3): 169-181.
- United Nations (2011), *Maternal Mortality and Infant Mortality* (Last Updated December 2011), United Nations Statistics Division (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/default.htm>) (consultado el 28/9/2012).
- Varian H.R. (2000), "Examining Differences in Drug Prices", *The New York Times*, 21-9-2000.
- Wickler E., P. Basch, and D. Cutler (2012), *Paper cuts. Reducing Health Care Administrative Costs*. Center for American Progress, Washington DC.
- Williams T. (2011), "Tackling Infant Mortality Rates Among Blacks", *The New York Times*, 14/10/2011.