

Comentario Económico del día

Director: Sergio Clavijo
Con la colaboración de Margarita Cabra

Enero 30 de 2013

¿En qué va la reforma a la salud en Estados Unidos y qué podemos aprender?

En junio de 2012, la Corte Constitucional de Estados Unidos declaró exequible la reforma al sistema de salud impulsada por Obama durante 2010-2011. Dicha reforma obliga a todo ciudadano a disponer (vía compra directa o a través de las empresas) de un sistema de aseguramiento en salud y, de no hacerlo, enfrentarán multas Estatales. Su aprobación se logró por el estrecho margen de 5 votos contra 4, donde la sorpresa provino del voto favorable del presidente de la Corte Suprema (John Roberts), quien se plegó a la idea liberal de que el Estado puede obligar a los ciudadanos a tener un seguro en salud, tal como los puede obligar a ahorrar para una pensión o a ajustarse el cinturón de seguridad del automóvil (ver *The Economist*, 30 de junio de 2012).

Con dicha reforma, Estados Unidos espera superar el penoso estigma de ser el único país desarrollado que carecía de cobertura universal en salud (84%), ver cuadro adjunto. La Ley también aprobó la: i) expansión de *Medicaid*, focalizado en los más pobres; ii) reducción de los copagos, también para estratos bajos; y iii) reformas al mercado de seguros en salud, donde habrá cobertura familiar hasta los 26 años.

Sin embargo, el desafío para ganar eficiencia y evitar desbordes fiscales es enorme. Por ejemplo, aún en países que han sido exitosos en administrar públicamente los temas de salud, como Reino Unido y Canadá, se ha empezado a deteriorar la calidad de los servicios e incrementar sus costos fiscales. Este desafío ya ha completado 20 años en Colombia, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, y resulta muy preocupante que se estén dando señales de “reversar” el esquema público-privado, que claramente ha funcionado mejor que el esquema puramente público que se manejaba antes de dicha Ley. En particular, Min-Salud ha mencionado que pronto se impulsaría una Ley para restablecer el sistema unificado público nacional-territorial a nivel del componente subsidiado, que pronto llegará al 70% del total. Los parlamentarios que gustan de cuotas burocráticas y los sindicalistas del sector salud deben estar de plácemes!!!

Si bien Colombia ha probado que no es capaz de administrar un sistema mayoritariamente público, también es claro que el ejemplo a seguir no es el de Estados Unidos, donde la mezcla público-privada ha resultado excesivamente costosa. Ello se explica por lo contencioso jurídico (las demandas por malas-prácticas) y por el uso de medicamentos y tecnologías de punta, que no siempre se justifican. Los gastos

Continúa

Director: Sergio Clavijo
 Con la colaboración de Margarita Cabra

en salud en Estados Unidos se elevaron del 5% al 18% del PIB durante 1960-2011, sin cobertura universal, mientras que en el Reino Unido bordean el 10% del PIB, con cobertura universal. En el mundo de los servicios, especialmente los de salud, se viene observando una “enfermedad de costos”: sus salarios siguen creciendo a pasos superiores a los de su productividad (ver la tesis de Baumol en *The Economist*, 29 de septiembre de 2012).

¿Cómo enfrentará la administración Obama dichos costos crecientes del sector salud? Los planes esbozados incluyen: i) recorte del reembolso hasta del 14% para las HMOs (*Health Maintenance Organization*), similares a los que aquí se anuncian al Fosyga; ii) control de costos en *Medicare*, para mayores de 65 años, y en enfermedades terminales; iii) mejoramiento del sistema de información-costos; iv) gravamen a los programas de seguros de alto costo (*Cadillac Tax*); v) creación de los servicios médicos a domicilio y virtuales; y vi) ofrecimientos de “servicios-combos” para reducir costos.

En el caso de Colombia, el gasto en salud bordeaba el 7.3% del PIB en 2006 y se proyecta que estará llegando a cerca del 10% del PIB hacia 2014 por cuenta de la universalización y homologación de servicios (POS - No POS) en curso. En vez de virar peligrosamente a hacia la “nacionalización” del sistema de salud, dejándolo en un 70% en manos de la burocracia nacional y territorial, con cargo al presupuesto, creemos que debe retomarse la idea de: i) la Ley Estatutaria en Salud, para entrar a limitar los servicios cubiertos por el POS-homologado (pero esto supone prohibir el uso de tutelas contra-sentencias judiciales); ii) fortalecer y profesionalizar la superintendencia de salud (cuyo actual director ha hecho esfuerzos encomiables por despolitizarla); y iii) mejorar el seguimiento financiero-actuarial del sistema de aseguramiento EPS-IPS, para evitar también un desangre del Fosyga.

Comparación internacional del gasto en salud 2010

	<u>Cobertura %</u>	<u>US\$ por persona/año</u>	<u>PIB per-cápita</u>	<u>Gasto por persona/ PIB per-capita (%)</u>
	(1)	(2)	(3)	(2)/(3)
Estados Unidos	84	8.362	46.702	17.9
Gran Bretaña	100	3.503	36.186	9.7
Chile	75	947	12.640	7.5
Colombia	88	472	6.238	7.6

Fuente: cálculos Anifcon base en Banco Mundial, OMS, Ministerio de Salud de Chile, US Census Bureau y Así vamos en Salud.