

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p125-139>

## O SISTEMA DE SAÚDE DOS ESTADOS UNIDOS: MITOS E REALIDADES (PARTE II)

El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (Parte II)

The United States health care system: myths and realities (Part II)

### Celia Iriart

Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP), Professora Associada, Universidade de Novo Mejico - USA - *College of Population Health*, Programa de Saúde Pública.

**E-mail:** [ciriart@salud.unm.edu](mailto:ciriart@salud.unm.edu)

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el sistema de salud de los Estados Unidos (EUA) considerando la compleja red que oculta el concepto de sistema basado en la ideología del libre mercado, el financiamiento administrado sustancialmente por compañías de seguro y administradoras de medicamentos, y la provisión por proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) y estatales altamente comercializados. La importancia de desarrollar este análisis radica en lo poco que se conoce en otros países cómo funciona este sistema y en la admiración que produce en el imaginario colectivo, en especial, cuando grupos de interés lo muestran como la solución para supuestos déficits fiscales del sector salud y la ampliación de la oferta de alta complejidad y medicamentos de última generación en países con sistemas basados en acceso universal y provisión pública (total o parcial). **Métodos:** Analítico-interpretativos de datos secundarios. **Fuente de datos:** Mayoritariamente fuentes gubernamentales o artículos basados en ellas. **Resultados:** En esta segunda parte se analizan los gastos y resultados de salud en comparación con otros países, en qué se gasta, quién paga y quién administra (y lucra con) los múltiples seguros privados y gubernamentales, y la prestación de servicios. **Conclusiones:** Es imperioso entender las consecuencias que tiene para usuarios y trabajadores que el sector salud este administrado

por grupos financeiros y proveedores de servicios y productos (medicamentos, equipamientos, dispositivos e insumos) altamente concentrados, cuyo objetivo central es el lucro. Debemos entender los mecanismos que utilizan en cada país para penetrar el sector salud, extraer ganancias de los aportes colectivos y moverse a otros sectores de la economía u otros países cuando consideran el negocio agotado.

**Palabras - claves:** Estados Unidos; Sistema de Salud; Complejo médico-industrial-financiero; Concentración Económica.

### Resumo

Objetivos: Analisar o sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) considerando a complexa rede que oculta o conceito de um sistema baseado na ideologia do livre mercado, no financiamento administrado substancialmente por companhias de seguro e administradoras de medicamentos, e na provisão de serviços pelos privados (lucrativos e não lucrativos) e estatais altamente comercializados. A importância no desenvolvimento desta análise é radicada no pouco conhecimento que se tem, nos outros países, de como funciona este sistema e na admiração que é produzida, no imaginário coletivo, em especial em quanto grupos economicamente interessados o apresentam como uma solução, em países com sistemas baseados no acesso universal e oferta pública de serviços (total ou parcial), do suposto “déficit fiscal” do setor saúde, e a possibilidade de ampliação de acesso às tecnologias de alta complexidade e aos medicamentos de última geração. Métodos: Analítico-interpretativos de dados secundários. Fonte de dados: Majoritariamente fontes governamentais ou artigos baseados

nelas. Resultados: Nesta segunda parte analisam-se os gastos e resultados em saúde comparando com outros países, em que se gasta, quem paga, quem administra (e lucra com) os diversos seguros privados e governamentais, e a prestação de serviços. Conclusões: É preciso compreender o impacto para os usuários e trabalhadores que o setor saúde esteja administrado por grupos financeiros, provedores de serviços e produtos (medicamentos, equipamentos, dispositivos e insumos) altamente concentrados, cuja finalidade é o lucro. Temos que compreender os mecanismos que usam em cada país para penetrar o setor saúde, extrair rentabilidade dos aportes coletivos, e mover-se para outros setores da economia o para outros países, enquanto pensam que o negocio esgotou-se.

**Palavras - chave:** Estados Unidos; Sistema de Saúde; Complexo médico-industrial-financiero, Concentração Econômica.

### Abstract

Objectives: Analyze the US health care system considering the complex network that is hidden under the concept of a system based on the ideology of free market, on the financial management by insurance companies and by those that manage medical drug benefits, and on the provision of services by private (for-profit and not-for-profit) and highly commercialized governmental services. The importance of developing this analysis resides on the lack of knowledge in other countries in regards to how the system works and the fascination created in the collective vision by interest groups. These groups show this type of system as a solution to reduce supposed fiscal deficits and expand access to high technology

and the most advanced medical drugs in countries with systems based on universal access and public provision of services (total or partial). Methods: Analytical-interpretative, based on secondary data. Data sources: Mostly governmental sources and articles based on them. Results: In this second part, the analysis focuses on health expenditures and outcomes in comparison with other countries, the most important expenditures, and who are those managing (and taking profit of) the various private and governmental insurances, and health care provision. Conclusions: It is imperative to understand the consequences for the health care users and workers that the sector is managed by financial groups and for-profit health care providers and companies that produce goods (medicines, equipment, devices and supplies) highly concentrated. We must understand the mechanisms that these economic groups use in each country to entering the health care sector, extract profit from the collective contributions, and move to other economic areas or countries when they believe that the business is over.

**Keywords:** United States; Health Care System; Medical-industrial-financial complex; Economic Concentration.

### **El Sistema de Salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades (Parte II)**

Este artículo es la continuación del publicado en el número anterior de Saúde em Redes. En el primer artículo el objetivo fue contextualizar el sistema de salud de los EUA, analizando aspectos demográficos, socio-culturales, laborales y económicos, y el impacto de la reforma aprobada en el 2010 en relación a la cobertura financiera para acceder a la atención médica. Estos datos permiten poner en evidencia las implicancias

que la ausencia de derechos y un sistema de salud comercializado y sustentado en la ideología del libre mercado y el lucro, como fuentes de supuesta eficiencia, producen en la vida de las personas. En esta segunda parte analizaré los gastos y resultados de salud en comparación con otros países, en qué se gasta, quién paga y quién administra (y lucra con) los múltiples seguros privados y gubernamentales, y la prestación de servicios.

### **Gasto en salud y resultados sanitarios: análisis comparativo entre los EUA y países de altos ingresos**

En el artículo anterior vimos que el gasto total en salud en los EUA en el 2014, fue de 3 billones de dólares anuales, que representan el 17.5% del PIB y U\$S 9.523 por persona.<sup>1</sup> Para tener una idea de la magnitud de este gasto, vamos a ponerlo en relación al gasto de otros países de alto ingresos y a los resultados de salud. Todos los estudios consultados y que analizan distintos años muestran sistemáticamente que los EUA gastan mucho más que los demás países, para obtener peores resultados de salud.<sup>2-6</sup>

El último estudio del que tenemos referencia sobre este tema fue publicado en octubre de 2015 y compara a los EUA con 12 países de altos ingresos (Australia, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Japón, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, Suiza y Reino Unido); voy a usar mayoritariamente los datos allí publicados para los análisis que presento en esta sección por ser los más recientes.<sup>6</sup> Cabe aclarar también que la información que usan los autores de este informe data de 2013, siendo previos a la entrada en vigencia de las mayores provisiones de la reforma de salud de los EUA aprobada en 2010. Sin embargo, como vimos, los datos más recientes del gasto en salud de los EUA (2014), luego de

la implementación de las más importantes provisiones de esa ley, muestran que éste ha continuado creciendo. Este aumento es una consecuencia lógica de la reforma, ya que más personas debieron comprar seguro médico (obligados por el mandato individual) y más personas accedieron a diversos seguros estatales, tal el caso de Medicaid, lo cual a su vez, supone mayor utilización de servicios. Además esta expansión del gasto no fue compensada con políticas de regulación de precios, modalidades de contratación de los servicios, o control de incorporación de nuevas tecnologías o tratamientos. Algunos de estos cambios en las modalidades de pagos y contrataciones se están implementando, especialmente en relación a las contrataciones de Medicare, pero van a paso mucho más lento que las regulaciones que obligan a la población a tener cobertura de seguros médicos.

Según datos de 2013, los EUA gastaban 17.1% del PIB en salud, lo que significó un 50% más que el país que se ubicó segundo, Francia, con un gasto del 11,6% del PIB y, aproximadamente, el doble de lo que gastó el Reino Unido (8,8% del PIB).<sup>6</sup> En relación al gasto per cápita, ese año los EUA gastaron U\$S 9.086 por persona, mientras que el país que le siguió fue Suiza con un gasto por persona de US\$ 6.325. El Reino Unido que, como veremos, tiene mejores resultados sanitarios, gastó prácticamente una tercera parte de lo que se gastó en los EUA, esto es U\$S 3.364. En relación a la fuente de financiamiento, los EUA se destacó por ser el país con el más bajo porcentaje de financiamiento público en relación al gasto per cápita (46%), mientras que Holanda tuvo el porcentaje más alto de financiamiento público en relación a ese indicador (88%). Francia que fue el segundo país con mayor gasto per cápita de los 13 comparados, financió con fuentes públicas el 74% del gasto per cápita. Cinco de los 10 países restantes estuvieron arriba del 80% de financiamiento público del gasto por persona.

Si comparamos el gasto de bolsillo por persona en relación al gasto total per cápita, los EUA se ubica segundo con U\$S 1.074 en valores absolutos, lo que representa el 12% de su gasto total per cápita, el primero es Suiza con U\$S 1.630 de gasto de bolsillo per cápita (26%); Francia sólo tiene un gasto de bolsillo del 6% del gasto per cápita. En relación al gasto administrado por fuentes privadas, los EUA sobrepasa largamente al resto de los países, con U\$S 3.442 del gasto per cápita administrado privadamente (38% del gasto total por persona), muy lejos del segundo que es Canadá con sólo el 14% administrado por empresas privadas. Aquí es interesante destacar que en Japón el manejo del gasto en salud por fuentes privadas representa sólo el 3% del gasto total per cápita, en Francia y Dinamarca el 2%, en Suecia el 1%, y en Noruega menos de esa cifra (0.4%). En el resto de los países comparados por este estudio, en cuatro, el gasto administrado por fuentes privadas representa el 7% y en el resto esta participación se ubica entre el 10 y el 14%, es decir muy por debajo de los EUA.<sup>6</sup>

El elevado gasto en salud en los EUA, sumado a que está administrado en altos porcentajes por el sector privado, debería redundar en mejores coberturas y resultados sanitarios, al menos, si fuera cierto el lema neoliberal de que el mercado es mejor regulador de precios y el sector privado un administrador más eficiente. Pero en la primera parte de este artículo ya vimos que el sistema de salud de los EUA no tiene cobertura universal, tanto financiera como de acceso a los servicios, y esto aún después de la implementación de la ley aprobada en el 2010, cosas que sí pasa en los países con los que el estudio analizado hizo la comparación de gastos. Es decir, en los EUA se gasta muchísimo más para dar cobertura a sólo parte de la población y con peores resultados sanitarios.

Efectivamente, al analizar los indicadores de salud que se presentan en la comparación entre los 13 países

considerados, las estadísticas nuevamente no son favorables al modelo sanitario estadounidense.<sup>6</sup> Lo que se observa es que para el año 2013, la expectativa de vida en los EUA era de 78.8 años, mostrando una importante diferencia con la mediana del conjunto comparado, que fue de 81.2 años (Japón 83.4 años, pero todos los otros superaron los 80 años). La mortalidad infantil en los EUA fue ese año, también la más alta en esa misma comparación, 6.1 por mil nacidos vivos, mientras que la mediana fue de 3.5 por mil nacidos vivos (Japón presentó la más baja con 2.1 por mil nacidos vivos). El porcentaje de personas mayores de 65 años en los EUA con dos o más enfermedades crónicas (presión alta, enfermedad cardíaca, problemas pulmonares, problemas de salud mental, cáncer y artritis o dolor articular crónico) fue en el 2014 de 68%, lejos del segundo país que es Canadá con 56% y mucho más que Gran Bretaña que registró 33%. Los EUA se ubicaron favorablemente en un tercer lugar al comparar la mortalidad por cáncer 164 por 100.000, después de Japón (160 por 100.000) y Suiza (163 por 100.000). Pero presentó la tasa más alta de cardiopatía isquémica con 128 defunciones por 100.000, comparadas con una mediana de 95 por 100.000. Estos son sólo algunos de los indicadores de salud que comparan negativamente con el resto de los países de altos ingresos, pero que también son desfavorables, en términos relativos al gasto y a veces en términos absolutos también, si lo comparamos con países latinoamericanos.<sup>7</sup>

Ahora bien, hay otro indicador que es interesante analizar, este es el gasto en servicios de sociales. Quienes nos formamos en salud colectiva sabemos bien que los resultados de salud no se deben solo al acceso a prestaciones y coberturas médicas, y los EUA es un fiel ejemplo de esto. Este país gasta mucho menos en servicios y programas sociales (pensiones por discapacidad, jubilaciones, programas de empleo, programas habitacionales, entre otros) que en salud, aproximadamente

la mitad (9% del PIB). A lo cual hay que sumar lo que analicé en el artículo anterior relacionado con la ausencia o extrema limitación de numerosos derechos laborales y ciudadanos. Los otros países de altos ingresos usados en la comparación gastaron todos en el 2013, mucho más en programas sociales, destacándose Francia y Suecia con el 21% de su PIB, Suiza el 20%, y Alemania el 18%, es decir, la relación exactamente inversa; mientras los EUA gasta 17% de su PBI en salud, los países que lo superan largamente en resultados sanitarios gastan más de eso en cobertura social.<sup>6</sup>

Los sectores económicamente más postergados son, indudablemente, los más afectados en términos de los resultados de salud, pero no son los únicos al comparar con otros países. Como indica un informe de la Academia Nacional de Ciencias de los EUA, los pobres resultados sanitarios en los EUA no pueden explicarse sólo por las desigualdades raciales y económicas, ya que algunos estudios recientes han demostrado que aún los grupos socialmente más aventajados presentan peores indicadores de salud que sus contrapartes en otros países de ingreso alto.<sup>4</sup> Este estudio compara a los EUA con 16 países (Australia, Austria, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Japón, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Holanda, Gran Bretaña) y analiza tendencias históricas (1990-2008). En todo el período analizado los indicadores de salud muestran consistentemente una mortalidad más alta y condiciones de salud peores en los EUA. Los resultados negativos en los EUA en relación a los otros países que el informe destaca son: mortalidad infantil, accidentes y homicidios, embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual en ese grupo poblacional, VIH y SIDA, mortalidad relacionada con consumo de drogas, obesidad y diabetes, enfermedad cardíaca, enfermedad pulmonar crónica y enfermedades incapacitantes como artritis severa. Un estudio que compara los EUA con Inglaterra muestra también

esta situación de manera muy clara en un detallado análisis de los datos de encuestas nacionales que recolectan datos clínicos/biológicos e información auto-reportada.<sup>8</sup> Este estudio incluso muestra que los indicadores sanitarios son mejores en Inglaterra, a pesar de que muchos de los considerados factores de riesgo, como consumo de alcohol y cigarrillos, son mas altos.

### Composición del gasto en salud: encontrando las grandes diferencias

¿Por qué los EUA gasta tanto en salud con tan pobres resultados? Muchos son los motivos, y los iré desglosando a lo largo de este artículo. Para comenzar presentaré unos pocos datos del gasto y utilización de ciertos procedimientos de alta complejidad. Aquellos lectores interesados en esta temática específica pueden profundizar consultando los documentos referidos y muchos más de fácil acceso. Según el informe más reciente que compara con otros 12 países, en los EUA es muy alta la utilización de tecnología de alta complejidad, tales como tomografías (TEP and TC) y resonancias magnéticas.<sup>6</sup> Por ejemplo, en el 2013 la cantidad de resonancias magnéticas por 1000 habitantes fue 107 en los EUA, mientras que la mediana de los países comparados fue 51. A su vez, los precios de estos procedimientos en los EUA son mucho más altos que en los países usados en la comparación, por ejemplo, una resonancia magnética en el 2013, costaba en promedio U\$S 1.200 en los EUA, mientras que en Suiza costaba U\$S 138; una tomografía axial computada de abdomen costaba en promedio U\$S 896 en los EUA, mientras que en Suiza costaba U\$S 432, sólo para comparar con el mismo país, ya que en los otros países comparados los precios fueron aún menores. Una cirugía de bypass

costaba U\$S 75.345 en promedio en los EUA mientras que en Suiza costaba U\$S 36.509.<sup>6</sup> En los EUA hay que hablar de promedios, ya que éstos encubren enormes diferencias según regiones y cobertura financiera, tanto en precios de los procedimientos como en cantidad de servicios prestados.<sup>9,10</sup>

Otro análisis muestra que entre el 2000 y 2010, el 84% del aumento de los gastos en salud en los EUA, se debió al aumento de precios de los medicamentos, dispositivos de uso médico, y servicios profesionales y hospitalarios, no por una mayor utilización o por envejecimiento de la población.<sup>2</sup> Este mismo estudio indica que el 67% de los gastos están ligados a enfermedades crónicas en menores de 65 años. Los costos de atención de estas enfermedades crecieron 6% por año. En estudios previos mostramos como las pujas distributivas entre el capital financiero operando en salud y el complejo médico-industrial llevaron a las farmacéuticas y productores de equipamientos y dispositivos médicos a cambiar sus modalidades de negocios. Para esto, entre otras cosas, presionaron por el cambio en las definiciones de riesgos y condiciones médicas con la finalidad de aumentar el mercado de potenciales usuarios de medicamentos y otros productos. La industria se concentró, particularmente, en la ampliación del mercado relacionado con condiciones crónicas y sufrimiento psico-social.<sup>11,12</sup>

En los EUA el consumo de medicamentos también es muy alto, entre el 2009 y 2012 casi el 50% de la población estadounidense consumió al menos un medicamento prescrito en los últimos 30 días, el 22% consumió tres o más, y casi 11% consumió cinco o más medicamentos prescritos en los últimos 30 días.<sup>13</sup> Esto indudablemente, significa que la población sufre más efectos adversos y secundarios, que muchas veces implican nuevas intervenciones del sistema de salud, nuevas prescripciones, y consecuentemente

mayores gastos y mayor sufrimiento. Comparando el gasto en medicamentos también es mucho mayor que en otros países, en el 2014 en los EUA se gastaban U\$S 1.010 por persona, cuando el promedio del gasto en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que este país integra era de U\$S 540.<sup>14</sup> Los precios de los medicamentos también son mucho más altos en los EUA que en el resto de los países de la OCDE.<sup>15</sup>

Mayor utilización y precios más altos, explica parte del problema de las diferencias de gasto en salud en los EUA en relación a otros países, pero mucho más se puede entender si analizamos las transformaciones del sector salud en este país, su crecimiento en relación a otros sectores de la economía, su composición y concentración, especialmente, en el mercado de seguros privados con la masiva entrada del capital financiero a partir de los noventas.<sup>16</sup> Esto no solo ha afectado el gasto, sino la composición del mercado laboral, la práctica médica, el modelo médico que define el proceso salud-padecimiento-atención, los resultados sanitarios y quién se apropia de los excedentes económicos.

### **Pujas distributivas y su impacto en la vida de trabajadores de salud y usuarios**

Efectivamente, un elemento central para entender las causas del enorme gasto y los pobres resultados es la organización y propiedad de los servicios de salud y de las compañías de seguros médicos y farmacéuticos. Entre el 2000 y el 2010, salud fue el sector de la economía que más creció en los EUA (2.9% por año) y también el que mostró la más rápida concentración.<sup>17</sup> El crecimiento se inicia en los noventas con la masiva penetración de las subsidiarias de las administradoras de

fondos de pensión e inversión y compañías aseguradoras, para administrar los seguros de salud otorgados por empleadores privados y gubernamentales, así como con la creación de administradoras de planes de coberturas de medicamentos (pharmacy benefit managers o PBMs por su sigla en inglés).<sup>12</sup> En la década del 2000 se empieza a concentrar la administración del gasto en salud entre las más grandes de estas compañías, de tal manera que en la actualidad unas pocas administran la mitad o más de sus respectivos mercados. Esta consolidación del mercado les ha dado una ventaja competitiva enorme para negociar precios y determinar el tipo de prestaciones y medicamentos cubiertos.

Voy a empezar analizando las PBMs que son modalidades de hacer negocios en el sector salud menos difundidas, por ahora, en otros países. Estas empresas administran los planes que cubren la prescripción de medicamentos de 266 millones de personas en los EUA. Según datos del 2015, menos de 30 de estas compañías existían en los EUA y sólo tres concentraban el 78% de este mercado, cubriendo a 180 millones de personas.<sup>18,19</sup> Las tres más grandes que, incluso cotizan en el mercado accionario, son: Express Scripts, CVS Health y UnitedHealth Care Group que compró (OptumRx y Catamaran), mientras que la más grande de las que no operan en la bolsa es Prime Therapeutics, cuya propiedad está en manos de un grupo de compañías de seguro médico que operan bajo los planes de salud de Blue Cross Blue Shield en diversos estados. Algunas de estas empresas fueron formadas con este propósito y fueron absorbiendo otras previamente creadas por laboratorios farmacéuticos o compañías de seguros de salud como es el caso de Express Scripts, mientras que otras fueron formadas como subsidiarias de cadenas de farmacias como es el caso de CVS, o de empresas que venden seguros de salud como Blue Cross Blue Shield y otras.

Las PBMs, de acuerdo a datos de la Comisión Federal de Comercio de los USA (US Federal Trade Commission por su nombre en inglés, similar a un ministerio de comercio) manejaban en 2014, el 95% de los medicamentos prescritos en los USA. Cabe destacar que el gasto en medicamentos en los EUA para ese año era de 400 mil millones de dólares.<sup>20</sup> Según datos de ese mismo año, a nivel nacional el mercado estaba en manos de dos grandes PBMs, Express Scripts (29%) and CVS Health (24%), le seguían OptumRx (13%), que en 2015 fue comprada por UnitedHealth Care Group, el resto estaba por debajo del 10%. Estas administradoras de coberturas de medicamentos negocian descuentos preferenciales con los laboratorios farmacéuticos para poner sus productos en los formularios terapéuticos. Esto afecta la decisión de prescripción de los médicos, ya que, dados los elevados costos de los medicamentos en los EUA, los asegurados demandan que le sean prescritos aquellos cubiertos por sus seguros. Las PBMs también presionan a las farmacias (en general grandes cadenas) a ofrecer en exclusividad los productos que ellos cubren, pero cada vez más, presionan a los usuarios a manejar las prescripciones de la manera que es más rentable para ellas, esto es comprando online a las farmacias que son manejadas por estas administradoras. De esta manera están generando una gran presión hacia la concentración del mercado minorista de farmacias, presionando para sacar de la competencia no sólo a las pequeñas farmacias, sino también a las grandes cadenas minoristas.<sup>19</sup> Según datos de la asociación que nuclea a las PBMs, las administradoras de medicamentos han cortado los gastos en medicamentos prescritos en 35%.<sup>21</sup> De ser esta información correcta, lo único que podemos inferir es que estas administradoras capturaron las ganancias que esto generó para sí, porque los gastos en medicamentos prescritos subieron aproximadamente 5% en 2014 y se espera que sigan esta tendencia alcista por

varios años. Efectivamente, según un informe del gobierno, si bien han sido puestas en el mercado nuevas y costosas especialidades y la cantidad de medicamentos prescritos ha crecido o cambiado hacia marcas o especialidades más costosas, el aumento de los gastos se explica en gran parte por el aumento de los precios.<sup>22</sup>

El otro grupo de administradoras que se concentró enormemente es el de las aseguradoras que ofrecen y administran planes de cobertura médica, más conocidas en nuestro medio como gerenciadoras (managed care organizations o MCOs, por sus siglas en inglés). Al margen de que en el portal de la asociación nacional que las nuclea (AHIP – American Health Insurance Plans), se indique que el mercado de seguros está compuesto por 216 empresas, la realidad es que el mercado está concentrado en cinco compañías. Los datos más recientes con que se cuenta son del 2014 e indicaban que el 83% de los 173 millones de personas menores de 65 años, que tenían seguro individual o vía empleadores en los EUA, estaban asegurados con pólizas de seguro de sólo cinco empresas: Blue Cross Blue Shield, que en la actualidad es una compañía con fines lucrativos, y concentraba ese año el 37% del total de ese mercado si se combinan las que operan en cada estado de manera autónoma pero respondiendo a la misma asociación; Anthem que detentaba el 15% (en algunos estados ofrece coberturas con Blue Cross Blue Shield y se encuentra en tratativas de comprar Cigna); United Healthcare Group que tenía el 13%; Aetna con el 11% (en proceso de comprar Humana) y Cigna con el 6%.<sup>23,24</sup>

Encuanto a los programas estatales más importantes, Medicare y Medicaid, también podemos ver que las MCOs aumentaron la participación en su administración, ya que en el 2014, 74,2% de los beneficiarios de Medicaid tenían sus servicios administrados por una MCO, siendo que en el 2003 eran el 59%; en el caso de Medicare, en el 2014,

el 28% de los beneficiarios estaban bajo planes de MCOs, un importante crecimiento desde el 2004 cuando sólo eran el 11%. Las administradoras listadas en estos programas son numerosas y es difícil determinar cuales son subsidiarias de alguna de las cinco mencionadas, pero en este caso, lo que es importante destacar es el crecimiento de la participación en la administración de fondos públicos de las aseguradoras comerciales.<sup>25,26</sup>

Otro estudio indica que según datos del 2010, en 45 estados una o dos grandes aseguradoras controlaban el 50% del mercado de seguros médicos, y en 18 de esos estados controlan el 75%.<sup>2</sup> Algunos datos históricos nos permiten ver cómo han avanzado estos grupos lucrativos en la cooptación de la administración de planes de salud. En 1980, las compañías no lucrativas eran el 81%, mientras que en 1998 sólo quedaron 12% y muchas, luego de esta fecha, han sido transformadas en empresas de lucro. Las no lucrativas tienen exenciones impositivas, pero también limitaciones para competir en el mercado, por lo que, la penetración de las empresas lucrativas ofertando seguros de salud y administrando seguros ofrecidos por terceros o programas estatales, llevó rápidamente a una reconversión de las no lucrativas. Otros datos que muestran las transformaciones en la oferta de planes indican que, en el 2014, el 80% de todos los seguros médicos ofrecidos por empleadores estaban manejados por una MCO y que se pasó del 4% de los asegurados adheridos a un plan con altos deducibles (lo que debe pagar el asegurado antes de que el seguro lo empiece a cubrir) en el 2006 al 20% en el 2014. Esto se debió al gran crecimiento en los costos de las primas que lleva a los empleadores a cambiar la oferta de planes o a los empleados a tener que optar por seguros con primas más bajas, los cuales al cubrir porcentajes menores del gasto son más lucrativos para las aseguradoras que los ofrecen.

Estos datos tienen una gran relevancia en cuanto al crecimiento de costos ya que el porcentaje en llamados gastos de administración de estas empresas es, en promedio, del 31% e implica un gran desperdicio de dinero de los contribuyentes, trabajadores y empresarios en procesos de facturación, marketing, corrupción y ganancias para los tenedores de acciones y ejecutivos de las empresas.<sup>27</sup> Para comparar podemos indicar que el gasto administrativo en que incurre Medicare por los beneficiarios que siguen usando la administración gubernamental es del 3%. Esta diferencia porcentual enorme se explica en parte por las gigantescas ganancias que las MCOs obtienen administrando seguro médicos de empleadores privados y gubernamentales, y programas estatales. Las ganancias de las MCOs han aumentado enormemente desde la puesta en vigencia de la ley del 2010 que obligó a empresas e individuos a tener cobertura financiera de salud vía aseguradoras privadas. Como muestra Hellander, UnitedHealth Care Group obtuvo el record de 5.6 mil millones de dólares de ganancia en el 2014, como producto en parte de la disminución del porcentaje de gastos en servicios de salud en relación a los gastos administrativos del 81,5% en el 2013 al 80,9% en el 2014, aumento de un millón de nuevos afiliados a Medicaid y expansión de la oferta al mercado de seguros ofrecido vía la ley conocida como Obamacare.<sup>28</sup> El resto de las grandes aseguradoras, Anthem, Aetna y Humana obtuvieron también ganancias mayores en el 2014 en relación al año anterior de más de 2 mil millones de dólares cada una y todas disminuyeron el porcentaje de gastos en servicios. Es decir que semejante a lo analizado para las PBM, las MCOs han usado su poder de compra y su expansión administrando cada vez más segmentos del sector de asegurados, para aumentar sus beneficios, no para disminuir costos, o aumentar la oferta de servicios o la calidad.

Otro aspecto importante a considerar está relacionado con las organizaciones que prestan servicios clínicos y quirúrgicos, ya sean privadas o estatales. Cabe aclarar que éstas últimas están altamente comercializadas, lo que significa que operan bajo la misma lógica que los privados, esto es, aceptando predominantemente pacientes con coberturas financieras o pago de bolsillo, compitiendo por los usuarios con los prestadores privados, haciendo publicidad para captar pacientes, y con áreas de administración que incluyen mucho personal dedicado a facturación y cobro.

Desde el 2000 se observa un crecimiento y cierta concentración entre los prestadores de servicios, aunque esto último fue menor que entre las compañías de seguro porque por ley están más limitados que éstas para fusionarse y concentrarse. El número de establecimientos creció, pasando de casi 760.000 en el 2000 a más de 900.000 en el 2011. Los crecimientos más acelerados se produjeron en las áreas más lucrativas, como las clínicas de primer y segundo nivel, con un crecimiento del 82%; clínicas de emergencias (8%); centros quirúrgicos ambulatorios (7%); servicios domiciliarios (5%) y establecimientos de diagnóstico por imágenes (3%). Los hospitales generales de agudos disminuyeron en más de 700 entre el 2000 y el 2011, mientras que los de especialidades, sobre todo los de ortopedia y traumatología y de enfermedades cardiovasculares casi se duplicaron.<sup>29</sup>

En la actualidad el 60% de los hospitales son parte de un sistema de salud que integra, por ejemplo, un hospital académico o universitario con hospitales más pequeños, clínicas de primer nivel, consultorios médicos, y establecimientos de rehabilitación, entre otros. Esto aplica al sector estatal y al privado, e incluso a forma mixtas privado-estatal. Entre el 2007 y el 2012, 432 hospitales se fusionaron y 835 más estaban en proceso de consolidación. A manera de ejemplo, la cadena comercial

de hospitales Prime Healthcare Services, compró en el 2014, 11 hospitales llegando de esta forma a poseer 44 hospitales.<sup>28</sup> Cerca del 50% del mercado hospitalario en los EUA esta altamente concentrado y otro tercio esta moderadamente concentrado, siendo mínimo el número de mercados no concentrados. Esta falta de competitividad se agrava más por el hecho de que pocas empresas concentran la propiedad de los grandes hospitales pasando de un mercado con un promedio de cinco hospitales a uno dominado por tres firmas (éstas pueden ser diferentes en las diferentes regiones, no significa que tres compañías son dueñas de todos los hospitales en el país). Los sistemas integrados reducen costos entre el 10 y el 20%, sin embargo esto no se ve trasladado a lo que cobran a los seguros, ya que la mayor integración claramente no ha redundando en baja de estos gastos en el sistema estadounidense. Estudios que analizan el impacto de la concentración de las compañías de seguro y de los prestadores hospitalarios en el valor de las primas, muestran que el mayor nivel de concentración beneficia económicamente a unos u otros, dependiendo cual sector sea el más concentrado.<sup>30</sup> Sin embargo, esta capacidad de negociar precios, prácticamente nunca beneficia a los usuarios o empleadores con primas, copagos, coseguros y deducibles más bajos.<sup>31</sup> En Nuevo México, por ejemplo, tres grandes sistemas de provisión de servicios se reparten los contratos con los seguros y obligan a los usuarios, al elegir el plan cada año, a estar cautivos de uno de ellos. Sin embargo, los pagos por primas han subido constantemente y los seguros lo justifican en el aumento de los gastos por servicios. De estos tres grandes sistemas, uno tiene como institución principal el hospital de la Universidad de Nuevo México, otro un hospital sin fines de lucro y otro uno con fines de lucro.

Para completar este cuadro de concentraciones de tipo horizontal que perjudica a trabajadores, usuarios y contratantes de seguros y servicios, el otro fenómeno que se observa de manera creciente es la integración vertical, esto es proyectos comerciales entre compañías de seguro y grandes hospitales cabeceras de sistemas de salud. Por ejemplo en el área de Los Ángeles se creó un *joint venture* entre Anthem, Anthem Blue Cross y siete hospitales, llamado Vivity.<sup>28</sup> Este sistema contrata más de 6.000 médicos y 14 hospitales. En Wisconsin, seis sistemas de salud que contratan 5.600 médicos, representa 44 hospitales y ofrecen servicios al 90% de la población de este estado, se asociaron a Anthem Blue Cross de ese estado para ofrecer planes a través de los portales denominados *Health Exchange*, creados por la ley del 2010. Los ejemplos se suceden en varios estados e involucran a miles de trabajadores que pasan a formar parte de corporaciones hospitalarias o de asociaciones comerciales de estos con compañías de seguro.

Muchas más empresas que administran, proveen servicios y lucran con la salud de las personas que viven en los EUA podrían sumarse al análisis de cómo operan y de su grado de concentración, tal el caso de las corporaciones que administran y prestan servicios de diálisis, las que manejan laboratorios de análisis clínicos y cada vez más comunes los que hacen estudios genéticos, las clínicas de reproducción asistida, los servicios de enfermería en el hogar (home care), los centros de internación de personas mayores y las centros de internación para rehabilitación física, mental o por consumo de drogas, entre muchos otros. Un reciente artículo periodístico llamó mi atención y a pesar de que, ya pocas cosas me sorprenden al leer sobre la voracidad capitalista, debo confesar que éste lo logró.<sup>32</sup> En muchas

ciudades de los EUA al llamar al número de emergencia (911), quienes responden tanto para servicios de ambulancia como para emergencias en caso de incendios y otros siniestros son subsidiarias de empresas administradoras de fondos de pensión y de inversión. Efectivamente, estas empresas del capital financiero, destinados a acumular beneficios para sus inversores han encontrado también un nicho para hacer negocios comerciando con situaciones de extrema vulnerabilidad de la gente y como en tantas otras experiencias su administración ha dado como resultado muertes, y desolación al ver viviendas convertidas en cenizas antes que la respuesta llegue. Estas corporaciones están empleado, en el área de respuestas a las emergencias, un mecanismo de obtener ganancias simple y eficaz para ellas, esto es cortar gastos disminuyendo el número o no reparando adecuadamente los vehículos, no proveyendo medicamentos y equipos necesarios para responder a las emergencias, cortando salarios, aumentando los precios y haciendo juicios si los usuarios no pagan, y presionando a legisladores en las ciudades para conseguir los contratos. Esto fue el resultado de la crisis del 2008, por la cual muchas ciudades vieron disminuidos sus presupuestos y otras entraron en bancarrota (como Detroit), recortando servicios que entregaron al sector privado, con el afán de disminuir el déficit fiscal a toda costa. Si bien por ahora el experimento es limitado ya que de las 1.100 grandes compañías de ambulancias que operan en los EUA, sólo 12 fueron compradas por este tipo de compañías, analizar lo que estas experiencias están significando es importante para crear legislación que se oponga a estos negocios.

## Lecciones a tener en cuenta

Todos estos mecanismos de reconfiguración del sector salud se inician en la década de 1980, cuando los principales compradores de servicios se desplazan de los individuos a los programas gubernamentales (Medicare, Medicaid, y los programas federales de cobertura médica para sus empleados y jubilados) y los seguros vía los empleadores privados.<sup>31</sup> Los pagos directos de los individuos por servicios médicos y medicamentos disminuyeron un 83% desde 1970 a 2010, creciendo la participación de los programas gubernamentales y aseguradoras comerciales que pagan más del 90% de los gastos hospitalarios y prestaciones médicas, y el 80% del gasto en medicamentos y residencias para personas mayores. Los seguros privados crecieron su participación en el pago a médicos y servicios clínicos (de 29.4% a 46.4%) y en el pago de medicamentos (de 8.8% a 45.2%), lo cual muestra que participan más en la administración de seguros provistos por empleadores y el estado, ya que el mercado de seguros individuales privados casi no ha crecido su participación (4% en 1990, 6% en 2000 y 5% en 2011). Un dato nos permite entender la magnitud que tiene el capital administrando fondos de pensión, inversión y seguros en los EUA; estos grupos pasaron de administrar 1 billón de dólares en 2008 a 4.3 billones de dólares en la actualidad. Esta cifra es más que el PIB de Alemania.<sup>32</sup> Es claro que este crecimiento requiere de más áreas de la economía estadounidense y de más países donde seguir acrecentando el capital.

Indudablemente estas nuevas formas de propiedad y administración de los servicios y de dar cobertura financiera afectan a los trabajadores de salud. En relación a la práctica profesional, se observa que en el 2000, el 53% de los médicos tenían consultorios individuales no vinculados a

hospitales, mientras que en el 2012 sólo el 23% mantuvo esta forma de práctica. Los hospitales y grupos financieros cada vez más son los dueños de los consultorios médicos que están fuera de los establecimientos asistenciales grandes y donde estos profesionales trabajan bajo contrato o salario. También se observa un crecimiento de las llamadas prácticas independientes, que son grupos de profesionales, en general de especialidades, que operan dentro de un edificio hospitalario pero que son quienes proveen el equipamiento, personal y todos los gastos de funcionamiento, y son los únicos responsables legales en caso de juicios. Básicamente son grupos que alquilan el espacio a las administradoras hospitalarias.<sup>31</sup>

Los cambios también se notaron en el tipo de profesional que aumentó su participación. Se pasó de un modelo centrado en médicos y enfermeras como sus auxiliares, a uno donde se contrata a enfermeras con mayor capacitación clínica y otros profesionales intermedios (existe una categoría profesional que se forma en dos años “physician assistants”) que pueden tratar pacientes de manera autónoma o con escasa supervisión de los médicos. Esto por supuesto implica el pago de menores honorarios, aunque el aumento de estos profesionales tratando pacientes en los EUA no ha mostrado un impacto en los gastos de salud, habría que ver si ha tenido impacto en la calidad.

Los datos que he analizado a lo largo de estos dos artículos, son sólo una pincelada de un sistema intrincado, fragmentado, con enorme multiplicidad de categorías de beneficiarios y coberturas, y con miles de planes casi imposibles de navegar y de entender a la hora de necesitar optar por alguno. Este sistema considerado por el sentido común colectivo, dentro y fuera de los EUA, como un sistema de salud centralmente financiado por privados, esconde algo fundamental, esto

es que la fuente de financiamiento de estas billonarias cifras destinadas a salud son del público. Esto es, son fondos que administran el estado y los privados, pero cuyo origen está en un 64% de los impuestos, altamente regresivos, que se usan para financiar Medicare, Medicaid, otros programas federales y estatales de salud, las coberturas de salud de los empleados estatales y los subsidios a los empleadores y empleados cuyos descuentos para salud están exentos del pago de impuestos; esto representa el 11% del PIB.<sup>33</sup> A este dato hay que agregarle todavía, el gasto de los individuos y familias, la inversión estatal en hospitales y otros servicios de diagnóstico y tratamiento, universidades donde se forman profesionales y técnicos, y se hace investigación, las agencias regulatorias y las que financian investigación con sus

cientos de miles de empleados, entre otras muchas áreas relacionadas con salud que se financian con fondos públicos y cuyos frutos son, cada vez más, apropiados por lo que hemos denominado complejo médico-industrial-financiero.<sup>12</sup>

Esto es semejante en los demás países; son los colectivos sociales quienes financian la salud (como otros sectores sociales), pero estos recursos están siendo, cada vez más, apropiados por sectores del capital concentrado. Los más afectados de esta apropiación de recursos son los usuarios y los trabajadores de salud que ven deterioradas sus condiciones de vida y trabajo. Revertir estos procesos requiere reconocer como se manifiestan en cada país y apostar a la creación de colectivos de trabajadores y usuarios en defensa de la VIDA individual y colectiva.

## References

1. Centers for Medicare and Medicaid Services. National Health Expenditures 2014 Highlights. 2014 [June 2016]; Disponible en: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/downloads/highlights.pdf>. Accesado en: Oct 2015.
2. Moses H, Matheson DHM, Dorsey ER, George BP, Sadoff D, Yoshimura S. The Anatomy of Health Care in the United States. *Jama-J Am Med Assoc* 2013; 310(18):1947-63.
3. Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. International Profiles of Health Care Systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Japan, Iceland, Italy, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. The Commonwealth Fund; November 2012; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2012/nov/international-profiles-of-health-care-systems-2012>. Accesado en: Abr 2016.
4. National Research Council and Institute of Medicine of the National Academies. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. Woolf S, Aron L, editors. Washington DC: The National Academies Press; 2013.
5. Lorenzoni L, Belloni A, Sassi F. Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *Lancet* 2014; 384(9937):83-92.
6. Squires D, Anderson C. U.S. Health Care from a Global Perspective. The Commonwealth Fund; 2015; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/oct/us-health-care-from-a-global-perspective>. Accesado en: May 2016.

7. Banco Mundial. Health, Nutrition and Population Data and Statistics. Disponible en: <http://datatopics.worldbank.org/hnp/>. Accesado en: Jun 2016.
8. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA* 2006 May 3;295(17):2037-45.
9. Cooper Z, Craig SV, Gaynor M, Van Reenen J, National Bureau of Economic Research. The Price Ain't Right? Hospital Prices and Health Spending on the Privately Insured. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research; 2015. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w21815>. Accesado en: May 2016.
10. Institute of Medicine of the National Academies. Variation in Health Care Spending: Target Decision Making, Not Geography. 2013.
11. Iriart C, Iglesias-Rios L. Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação* 2012; 16(43).
12. Iriart C, Franco T, Merhy E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Globalization and Health* 2011;7(2).
13. CDC/National Center for Health Statistics. Therapeutic Drug Use. 2015; Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/drug-use-therapeutic.htm>. Accesado en: Jun 2016.
14. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. OCDE. Health Statistics 2014. How does the United States compare? 2014; Disponible en: <http://www.oecd.org/unitedstates/Briefing-Note-UNITED-STATES-2014.pdf>. Accesado en: May 2016.
15. Kanavos P, Ferrario A, Vandoros S, Anderson GF. Higher US branded drug prices and spending compared to other countries may stem partly from quick uptake of new drugs. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(4):753-61.
16. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Atención gerenciada en América Latina: la transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma *Cad Saude Publica* 2000;16(1):95-105.
17. Dafny LS. Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Consolidation: Learning from Experience. *The Commonwealth Fund* 2015; Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/nov/evaluating-insurance-industry-consolidation>. Accesado en: Jun 2016.
18. Feldman BS. Big pharmacies are dismantling the industry that keeps US drugs cost even short-of under control. *Quartz*. Marzo17, 2016.
19. Balto DA. The state of competition in the pharmacy benefits manager and pharmacy Marketplaces. House Judiciary Subcommittee on Regulatory Reform, Commercial, and Antitrust Law. November 17, 2015.
20. Altavener L. The Secret Industry That Meddles With Your Medications. *Ozy*; 2015; Disponible en: <http://www.ozy.com/fast-forward/the-secret-industry-that-meddles-with-your-medications/60182>. Accesado en: Jun 2016.
21. Pharmacy Benefit Management Institute. PBM Market Share by Total Equivalent Prescriptions in 2014. 2014; Disponible en: <https://www.pbmi.com/2015/04/2014-pbm-market-share/>. Accesado en: Jun 2016.

22. Department of Health and Human Services. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Issue Brief Observations on Trends in Prescription Drug Spending. May 8, 2016. Disponible en: <https://aspe.hhs.gov/pdf-report/observations-trends-prescription-drug-spending>. Accesado en: Jun 2016.
23. Humer C. Cigna says Anthem deal could close in 2017; Anthem sticks to 2016. Reuter News, Sección Business, May 6, 2016.
24. The Commonwealth Fund. Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Consolidation: Learning from Experience. November 20, 2015. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/nov/evaluating-insurance-industry-consolidation>. Accesado en: Jun 2016.
25. Medicaid.Gov. Medicaid Managed Care Enrollment Report. 2014 data. Disponible en: <https://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/delivery-systems/managed-care/managed-care-site.html>. Accesado en: Jun 2016.
26. Kaiser Foundation. Newsroom. New Interactive Data Tool Tracks Medicaid Managed Care Market. December 3, 2014. Disponible en: <http://kff.org/medicaid/press-release/new-interactive-data-tool-tracks-medicaid-managed-care-market/>. Accesado en: Jun 2016.
27. Birn AE, Hellander I. Market-driven health care mess: the United States. *Cad Saude Publica* 2016; 32(3):e00014816.
28. Hellander I. The U.S. health care crisis five years after passage of the Affordable Care Act: a data snapshot. *Int J Health Serv*. 2015; 45(4):706-728.
29. Cutler D, Morton FS. Hospitals, market share, and consolidation. *JAMA* 2013; 310(18):1964-1970. DOI:10.1001/jama.2013.281675.
30. Trish EE, Herring BJ. How do health insurer market concentration and bargaining power with hospitals affect health insurance premiums? *J Health Econ* 2015; 42:104-14.
31. Academy Health. Research Insights. Integration, concentration, competition in the provider marketplace. December 10, 2010. Disponible en: [https://www.academyhealth.org/files/publications/AH\\_R\\_Integration%20FINAL2.pdf](https://www.academyhealth.org/files/publications/AH_R_Integration%20FINAL2.pdf). Accesado en: Jun 2016.
32. Ivory D, Protess B, Bennet K. When you dial 911 a Wall Street answers. *New York Times*, June 25, 2016. Disponible en: <http://nyti.ms/28Xlfir>. Accesado en: Jun 2016.
33. Himmelstein D, Woolhandler S. The current and projected taxpayer shares of US health costs. *Am J Public Health* 2016; 106:449–452. DOI:10.2105/AJPH.2015.302997.