Los efectos secundarios de la medicina gestionada

En Estados Unidos, la introducción de la medicina gestionada, muy orientada al control de costes, no ha hecho más que intensificar la presión financiera. Un estudio de Núria Mas revela el coste humano de este modelo.

3 de septiembre de 2015

En Estados Unidos, carecer de seguro médico es sinónimo de precariedad. Las personas que se encuentran en esa situación suelen depender de la atención gratuita y de una red de protección social insuficiente, además de contar con menos opciones hospitalarias. Y lo que es peor: como apunta un estudio de la profesora del IESE **Núria Mas**, tienen más probabilidades de morir a causa de un infarto.

El sistema sanitario estadounidense está inmerso en un proceso de transformación impulsado por la Ley de atención médica asequible y protección al paciente, más conocida como Obamacare. Aprobada en 2010, pero vigente en la mayor parte de sus disposiciones principales desde 2014, la norma nació con la finalidad de ampliar el acceso a una asistencia médica asequible y, a futuro, reducir la escalada del gasto en un país con una sanidad ya de por sí muy cara.

"Es más importante que nunca entender el efecto de la presión financiera en la calidad de la atención que prestan los hospitales a las personas sin seguro médico", escribe Mas. Ese es el objetivo la investigación que ha publicado en *International Journal of Health Services*.

El análisis de las altas registradas en los hospitales de California durante más de diez años revela una tendencia inquietante: con la medicina gestionada, un modelo en el que imperan los criterios de gestión, la calidad de la atención médica de los pacientes no asegurados y de los usuarios de los hospitales públicos, proveedores habituales de asistencia gratuita, se ha

©IESE Business School

resentido.

Una red de protección rota

En 2012, el número de estadounidenses sin seguro médico alcanzó los 48 millones, aproximadamente el 15% de la población. Según datos de 2007, unos dos tercios de los no asegurados eran pobres o estaban en el umbral de la pobreza.

Como el país no tiene un sistema sanitario universal, quienes carecen de seguro suelen depender de la atención gratuita para tratarse de enfermedades graves. En su mayor parte, esa asistencia gratuita la prestan los hospitales públicos, clínicos y aquellos ubicados en áreas pobres.

Tiempo atrás, una serie de subsidios transversales que abonaban los pacientes de pago permitía a los hospitales cubrir la atención gratuita. Pero la creciente presión para ajustar los precios está erosionando esta red de protección.

En 2013, Mas comprobó cómo esta tendencia hacía que las instituciones que prestan atención gratuita eliminaran servicios cruciales como obstetricia y urgencias o incluso cerraran sus puertas definitivamente. Como consecuencia, se ha reducido el abanico de hospitales a los que pueden acudir los ciudadanos que carecen de seguro.

En su nuevo artículo, Mas analiza el impacto de la medicina gestionada en la calidad de la atención médica y qué colectivos son los más perjudicados.

Cómo se ha llegado a esta situación

Los máximos exponentes de la medicina gestionada son lo que en Estados Unidos denominan "organizaciones de mantenimiento de la salud" (HMO, por sus siglas en inglés).

A diferencia de las aseguradoras tradicionales, las HMO obligan a sus clientes a escoger entre una red de médicos y profesionales sanitarios que deben competir para contener los costes tanto como sea posible. Por ejemplo, tienen incentivos para administrar los tratamientos más baratos y limitar la duración de los ingresos hospitalarios.

La afiliación a las HMO y a otros programas de medicina gestionada no ha dejado de crecer. Si en 1988 el 27% de los estadounidenses con seguro médico tenían una póliza de medicina gestionada, en 2001 eran el 93%.

©IESE Business School

Una cuestión de vida o muerte

Con el fin de medir los efectos de la medicina gestionada en la **calidad de la atención**, Núria Mas hace un seguimiento de pacientes infartados tratados en hospitales ubicados en California entre 1985 y 1995, periodo en el que la medicina gestionada pasó a dominar el paisaje sanitario en ese Estado.

Estos pacientes son un grupo de estudio especialmente significativo puesto que, si reciben rápidamente el tratamiento adecuado, el infarto no tiene por qué ser mortal. Aunque en ocasiones es difícil medir la calidad de la atención médica, sobrevivir o perecer por un infarto supone una diferencia incuestionable.

Mas estudia los porcentajes de pacientes fallecidos y los separa según la tipología (si poseían seguro médico, tenían derecho a atención gratuita o pagaban de su bolsillo), el tipo de hospital y el nivel económico del barrio de procedencia.

El resultado evidencia una tasa de mortalidad elevada entre los no asegurados, así como entre los asegurados tratados en los mismos hospitales públicos que atienden a los primeros. La razón es que la creciente presión financiera lleva a los usuarios del sistema de asistencia gratuita a concentrarse en los hospitales públicos. Y estos, a su vez, se ven obligados a atender a un mayor número de pacientes exentos de pago.

¿Consecuencia? La tensión que sufren los hospitales públicos en aquellos Estados donde domina la medicina gestionada termina por empeorar la calidad de la atención que reciben todos los pacientes, tanto los que tienen seguro como los que no.

En definitiva, el trabajo de Mas revela el impacto en la salud de la población de las presiones financieras que soportan los hospitales y advierte que futuras investigaciones no deberían centrarse solo en la eficiencia de los hospitales, sino analizar sus efectos en el sistema sanitario en su conjunto.

www.iese.edu/es/insight

©IESE Business School