

¿A mayor gasto, mejor salud?

Un país que gasta más que otros, ¿tiene necesariamente un sistema sanitario mejor? ¿Cómo comparar los sistemas sanitarios de países diferentes? La cuestión es más compleja de lo que parece. Dado que muchos servicios médicos no están diseñados para alargar la vida sino para mejorar su calidad, la mortalidad no parece el mejor indicador de la calidad del sistema de atención sanitaria en el caso de los países desarrollados.

2 de febrero de 2004

La comparación de los sistemas de atención sanitaria entre países se ha convertido en una obsesión para los legisladores. Un país que gasta más que otros, ¿tiene necesariamente un sistema sanitario mejor? ¿Cómo comparar los sistemas sanitarios de países diferentes? La cuestión es más compleja de lo que parece. Este tipo de comparaciones lleva implícita la idea de que la mortalidad es un buen indicador de la calidad del sistema de atención sanitaria. Pero esto no tiene por qué ser así, ya que muchos servicios médicos están diseñados no para alargar la vida sino para mejorar la calidad de esta última.

En su artículo "[*Comparing Non-Fatal Health Across Countries: Is the US Medical System Better?*](#)", David Cutler, profesor de la Universidad de Harvard, y Núria Mas, investigadora asociada del IESE, proponen una metodología para comparar los resultados sanitarios no mortales entre países y presentan una comparativa preliminar de las diferencias sanitarias de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y España. Los autores hacen uso de una metodología innovadora basada en la salud relativa de aquellas personas que sufren una determinada enfermedad. Los hallazgos señalan que Estados Unidos no tiene los mejores resultados de atención sanitaria en todas las enfermedades: presenta una calidad de vida alta en algunos casos pero baja en otros. Los países seleccionados presentan grandes diferencias en sus sistemas de atención sanitaria.

Estados Unidos

La cuestión principal es si Estados Unidos, país que gasta considerablemente más que cualquier otro en atención médica, presenta los mejores resultados sanitarios. El gasto estadounidense en atención médica ascendió al 13,2% del PNB en 1994. El sistema de atención médica combina el seguro sanitario público y el privado. Las personas de la tercera edad tienen un acceso casi universal a la atención sanitaria a través de Medicare, pero también un seguro privado para las deficiencias de salud derivadas de condiciones producidas a lo largo de toda su vida.

Canadá

Canadá es el segundo sistema más caro entre los cuatro países seleccionados, con un gasto superior al 9% del PNB a mediados de la década de los 90. Canadá cuenta con un sistema sanitario nacional, también denominado Medicare, que cubre toda la vida de sus ciudadanos.

Reino Unido

Por su parte, el Reino Unido es un valor atípico negativo en casi todas las comparaciones de gasto médico. La inversión en atención médica apenas alcanza el 7% del PNB. Dado que este desembolso, como parte del PNB, normalmente aumenta con la renta, y que el Reino Unido es un país relativamente rico, su gasto aparece especialmente bajo. Todos los residentes legales tienen derecho a recibir atención médica y, además, pueden contratar un seguro sanitario privado complementario o pagar los servicios de un médico privado.

España

Por último, España gasta más o menos el mismo tanto por ciento del PNB que el Reino Unido. El sistema público sanitario cubre la atención sanitaria primaria y la especializada, ambas sin cargo alguno. El Estado asume el 40% del gasto farmacéutico, y el 100% en el caso de las personas de la tercera edad y de aquellas con discapacidades permanentes. En muchos aspectos (accesibilidad, posibilidad de ver a un especialista sin necesidad de un volante expedido por un médico de cabecera, etc.), el sistema español funciona muy bien.

Estados Unidos cosecha mejores resultados en los campos en que la medicina de alta tecnología es crucial para una salud mejor.

En conjunto, los resultados llevan a la conclusión de que un mayor nivel de gasto en Estados Unidos no implica necesariamente una mejora significativa de la salud global. Los hallazgos indican que el sistema estadounidense alcanza mejores resultados, pero sólo en ciertas condiciones. El estudio revela que las personas que sufren problemas del corazón, asma o bronquitis y artritis están mejor de salud en Estados Unidos que en los otros tres países. España es el país con el mejor tratamiento para la diabetes y el peor para la artritis, mientras que los canadienses con problemas auditivos lo tienen peor que en los demás países. Con todo, los estadounidenses con problemas estomacales y diabetes afirman estar peor de salud que los ciudadanos de Canadá, España o el Reino Unido.

Cutler y Mas consideran tres posibles explicaciones para esta discrepancia. En primer lugar, los autores plantean como hipótesis que Estados Unidos funciona mejor para los ricos y poseedores de un buen seguro que para los pobres sin seguro privado, y estas diferencias se reflejan en la frecuencia de ciertas condiciones. Sin embargo, los resultados lo desmienten.

Otra justificación sería que los ciudadanos de algunos países pueden ser más reacios a revelar el estado de su salud que los de otros, incluso con la misma calidad de vida "cierta". Tras repetir el análisis con una medición más objetiva de la salud (la cantidad de deficiencias en actividades básicas de la vida diaria), los autores descartan también esta hipótesis.

La explicación que Cutler y Mas ofrecen, y para la cual proporcionan algunas evidencias, es que Estados Unidos cosecha mejores resultados en los campos en que la medicina de alta tecnología es crucial para una salud mejor. El país norteamericano es el que más gasta en atención médica y el que recurre a más procedimientos intensivos, mucho más que los demás países. En cambio, no sale tan bien parado en aquellas condiciones que exigen un tratamiento importante de enfermedades crónicas. Los países que se centran en este tipo de tratamientos parecen lograr mejores resultados.

Esta hipótesis abre algunas líneas de investigación para el futuro: ¿Cómo deben organizarse los sistemas médicos para tratar los distintos tipos de condiciones? Los países que se vuelcan en la atención de las enfermedades crónicas, ¿lo hacen porque son conscientes de las limitaciones de la atención intensiva y ésta se revela un sustituto razonable? ¿O porque es más fácil centrarse en los tratamientos que no requieren alta tecnología fuera del mercado privado, donde los incentivos económicos son mucho menos importantes?

Sobre el estudio

La metodología utilizada no compara los niveles absolutos de salud reconocida, sino de la

salud relativa de aquellas personas con o sin una enfermedad determinada. El análisis se centra en la salud de las personas de la tercera edad, quienes, en los países desarrollados, constituyen prácticamente el único grupo social con deficiencias de salud significativas. Dado que los datos son algo limitados, las comparaciones se realizan únicamente con once tipos de enfermedades: afecciones cardíacas, embolias, asma o bronquitis, diabetes, artritis, hipertensión, migrañas, problemas de espalda, deficiencias auditivas, cataratas y glaucoma.

www.iese.edu/es/insight