

REVISTA CUBANA DE SALUD PÚBLICA.

Volumen 36 Número 4, 2010.

Editorial

LA REFORMA SANITARIA EN EEUU: CRÓNICA DE UNA DECEPCIÓN

Luis Carlos Silva Ayçaguer
Investigador Titular
CNICM

El marco en que se gestan las nuevas regulaciones

El día 21 de marzo de 2010, tras un año de trámites y discusiones en el Congreso de EE.UU., se produjo la aprobación por dicho órgano de una ley de reforma de la salud pública, la cual fue firmada a renglón seguido por el Presidente Barack Obama.

Los titulares y despachos de prensa que de inmediato inundaron el planeta destacaban el acontecimiento como un hito histórico hacia la instauración de un sistema de cobertura médica universal para la población de los Estados Unidos. Se trató sin duda de un notable éxito político para la actual administración. Pero todo indica que en torno a tan trascendente tema se padece de un notable desconocimiento de lo que dicha regulación realmente significa y, por tanto, de lo que no significa.

Se trata, desde luego, de un paso de avance en el único país del mundo desarrollado donde, con la sola excepción de dos programas de alcance reducido (*Medicare*, que deriva financiación federal para cubrir el 52% de los gastos sanitarios de los ancianos y *Medicaid* que, como su nombre indica, constituye una ayuda, en este caso para familias con muy bajos ingresos), la salud fue transformada en una mercancía gestionada por la voracidad sin límites de las grandes aseguradoras y las empresas privadas que ofrecen servicios médicos.

El contexto en que se discute la ley es el siguiente. Casi 50 millones de estadounidenses no disfrutaban de cobertura médica alguna, sea por no clasificar como elegible para ninguno de los dos programas médicos arriba mencionados, sea por no tener recursos para sufragar una póliza privada. El elevadísimo precio de los servicios médicos constituye la primera causa de quiebra personal; de hecho, el 60% de las bancarrotas individuales que se producen en EEUU corresponden a personas arruinadas por las facturas médicas¹. David Himmelstein, investigador en temas económicos de la Universidad de Harvard, ha estimado que el número anual de fallecimientos debidos a la falta de aseguramiento sanitario supera los 100.000 y 300.000 personas son rechazadas cada año en los servicios hospitalarios de urgencia debido a que no pueden garantizar el pago de la atención que recibirían.²

En este marco, el cacareado avance que supone la Ley de Reforma es tan relativo, limitado y mediatizado que sobran motivos para la inquietud y la precaución. No cabe esperar que Estados Unidos pueda mejorar sustantivamente su actual lugar 37 en el mundo en cuanto a resultados en servicios de salud, ni el número uno que ostenta en cuanto a los costos de sus servicios³.

Insertada como promesa en el programa electoral de Barack Obama, la propuesta inicial se orientaba a la creación de un sistema público, financiado por el Estado, que cubriría a toda la población y pagaría la mayoría de las facturas. El Gobierno, además, negociaría directamente

con los proveedores de atención el precio de los servicios, algo similar al sistema canadiense, cuyo esquema de financiación pasó de ser el mismo que regía en Estados Unidos a un sistema que eliminó las compañías de seguros y transfirió el contrato de los servicios al dominio público.

Obviamente, tal proyecto afectaba medularmente a las aseguradoras. Y he aquí que los encargados del *lobby* de dichas empresas invirtieron unos 400 millones de dólares para pagar a los legisladores que tenían que elaborar la ley. Por cada miembro del Congreso hay registrados seis *lobbistas* especializados en tráfico de influencias en materia sanitaria. Como bien dice el portugués, Boaventura de Sousa, doctor en Sociología del Derecho por la *Universidad de Yale* y catedrático de la *Facultad de Economía* de la *Universidad de Coimbra*, “*lobby* es la forma legal que asume en Estados Unidos lo que en el resto del mundo se denomina corrupción”⁴. Los resultados de tal esfuerzo de los negociantes han sido notables.

¿Qué cabe saludar en esta reforma?

En principio resultarán beneficiados los casi 50 millones de ciudadanos que carecen de cobertura alguna y que, de acuerdo al cronograma previsto, dentro de cuatro años, podrán adquirir pólizas de las aseguradoras privadas mediante desembolsos inferiores a los que se requieren actualmente. Las prestaciones dependerán en cualquier caso de lo que cada cual pague según variados esquemas posibles. Aquellos cuyo nivel adquisitivo sea tan bajo que no puedan sufragar el gasto exigido por el más económico de ellos, podrán solicitar al gobierno un subsidio con ese fin.

Por otra parte, las iniquidades más flagrantes perpetradas por las compañías de seguros, que excluyen a quienes padecen enfermedades crónicas, serían eliminadas. Abarca además a casi todas las personas que residen legalmente en EEUU (quedan relegados los millones y millones de residentes que han inmigrado y se hallan en situación irregular). Los empresarios estarán obligados a ofrecer un seguro a sus trabajadores, aunque ello a su vez repercutiría en el salario devengado por estos.

Pero mirada a fondo, no se trata de una reforma de la sanidad; en rigor, estamos ante una reforma del sistema de seguros sanitarios.

Una victoria de las empresas que negocian con la salud

Gracias a la ley, EEUU tendrá en el futuro cercano un rasgo singular: todos sus ciudadanos estarán obligados a comprar un seguro, del mismo modo que cualquier persona que posea un coche tiene que asegurarlo. Quien no lo haga, será multado. Aunque resulta insólito que las personas sean tratadas como si fueran automóviles (con el agravante de que un ciudadano siempre tiene la opción de no adquirir uno, a la vez que solo dejando de existir puede librarse de la obligación de asegurarse), el asunto no sería tan grave si el asegurador fuera el estado. A fin de cuentas, en tal caso estaríamos ante una manera de conseguir que los sanos subsidiaran a los enfermos.

Pero he aquí que toda la presión de las empresas aseguradoras se concentró en evitarlo. Se llegó a *considerar* que hubiera un aseguramiento público opcional, que compitiera con el privado y cancelara la posibilidad de que este último conservara el monopolio, y por ende la discrecionalidad en el precio de sus ofertas. Pero incluso esa alternativa fue finalmente descartada por el Gobierno y los legisladores del partido demócrata, incapaces de resistir la presión y las maquinaciones de las mismas empresas que invierten también escandalosas sumas de dinero para financiar las campañas electorales de los candidatos.

Como atinadamente señala Randall Wray, analista económico norteamericano, se arriba así a una manera especialmente cara de quitar dinero a los sanos para dárselo a los enfermos, en un modelo en que “para el conjunto agregado siempre es un mal negocio, porque tenemos que pagar los costes de contratar la aseguradora más los beneficios de ésta”⁵. Dicho de otro modo, se obliga a 50 millones de personas a pagar a compañías privadas, las cuales se embolsarán como mínimo 447 mil millones de dólares de los contribuyentes destinados a subvencionar la compra de sus pólizas. Ha de tenerse en cuenta que una gran cantidad de estos individuos carecían de un seguro porque así lo habían decidido, no porque les fuera imposible costearlo. Simplemente, preferían afrontar sus problemas de salud si tuvieran la mala suerte de padecerlos en el futuro y,

mientras tanto, sintiéndose esencialmente sanos, se libraban del cuantioso drenaje de recursos que pasarían de sus bolsillos a las arcas de las aseguradoras. Mal negocio para quienes les duele tanto el dinero que pierden como el que dejan de ganar. De modo que las empresas actuaron diligentemente para lograr una reforma que fuerza a los sanos a pagar las primas.

No en balde, estas empresas están de plácemes. Y no casualmente el precio de las acciones de las mayores compañías de seguros sanitarios se elevaron –de 20 a 35 dólares- al día siguiente de que el Presidente Obama firmara la Ley de Reforma Sanitaria. Súmese el hecho de que, según consigna el académico catalán Vicente Navarro, el 31% de todo el gasto sanitario en EEUU es debido a costes administrativos (400.000 millones de dólares al año), que incluyen las elevadísimas remuneraciones y salarios a los directivos de tales compañías, además de gastos de supervisión, inspección, marketing y otros¹

Una advertencia final

Es crucial que se comprenda que este modelo no va a eliminar las raíces del problema sanitario en Estados Unidos. Como ha advertido la organización *Médicos para un Programa Nacional de Salud* (*Physicians for a National Health Program*), una asociación que agrupa a 17.000 médicos norteamericanos, ocurrirá todo lo contrario, ya que es demencial poner la salud en manos de una industria del seguro privado, exclusivamente movida por la búsqueda del beneficio. Al contrario, va a enriquecer aun más a estas compañías de seguro y a reforzar su enorme poder actual⁶.

“Nos comprometemos a seguir luchando”, concluye dicha asociación, “por el único remedio equitativo, financieramente responsable y humano, a nuestro desbarajuste en cuanto a la salud: un seguro de salud único y nacional, una versión mejorada y válida para todas y todos del Medicare”.

Adoptar una estrategia similar a la estadounidense en cualquier país europeo, por ejemplo, constituiría un retroceso devastador. No es una advertencia gratuita: hace tiempo que las fuerzas retrogradadas acarician esa perspectiva. De hecho, ya insinúan o afirman que EE.UU. dispone ahora de cobertura universal. Repárese en el titular manipulador aparecido en la primera plana del rotativo español *El País* el día 23 de marzo de 2010: “La Ley ofrece cobertura universal por primera vez en EE.UU.”. Un ofrecimiento es algo que se acepta o no; lo único verdaderamente universal de esta reforma es la obligación de traspasar dinero a los empresarios.

¹ Navarro V. “Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama”, *Revista Digital Sistema*, 26 de marzo de 2010 Accesible en <http://www.vnavarro.org/index.php?lang=es>

² Himmelstein D. “The campaign for single-payer Health Insurance in Massachusetts and the United States”. Accesible en http://cthealth.server101.com/david_himmelstein.htm

³ Castro MJ. “Los progresistas y la reforma de los servicios de salud”. 17 de marzo de 2010. Accesible en http://progreso-semanal.com/4/index.php?option=com_content&view=article&id=2007:los-progresistas-y-la-reforma-de-los-servicios-de-salud&catid=2:ultima-edicion&Itemid=7

⁴ Boaventura de Sousa Santos “Están enfermos”, *Página 12*, 26 de marzo de 2010. Accesible en <http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-142713-2010-03-26.html>

⁵ Wray R. "Is the Health Insurers Bailout Bill is better than nothing?" 29 de marzo de 2010. Accesible en <http://demandsideblog.blogspot.com/2010/03/l-randall-wray-asks-is-health-insurers.html>

⁶ Physicians for a Nacional Health Program, “La reforma de salud, una falsa promesa”. Accesible en <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=103219>