



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

La Reforma Sanitaria en EE.UU.: crónica de una decepción
Revista Cubana de Salud Pública, vol. 36, núm. 4, 2010, pp. 293-295
Sociedad Cubana de Administración de Salud
La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416138001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Reforma Sanitaria en EE.UU.: crónica de una decepción

The Health Reform in the USA: chronicle of deception

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 EE.UU. Se trató sin duda de un notable éxito político para la actual administración, pero todo indica que entorno 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 disfrutan 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 EE.UU. corresponden a personas arruinadas por las facturas médicas.¹ 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 EE.UU. 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 servicios.³

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 EE.UU. 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 "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, serán eliminadas. Abarca además, a casi todas las personas que residen legalmente en EE.UU. (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, EE.UU. 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 elevó -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 EE.UU. 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