

La reforma sanitaria de Obama

VICENÇ NAVARRO*

PÚBLICO, 17 Dic 2009

Un gran número de medios de comunicación en España han presentado la aprobación de la Ley de la Reforma Sanitaria por parte de la Cámara Baja del Congreso de EEUU como un enorme paso adelante, comparable a la aprobación de la ley que estableció la Seguridad Social (bajo la administración Roosevelt), y la Ley de Medicare (que financia el 52% de los gastos sanitarios de los ancianos) aprobada en tiempos de la administración Johnson. En estos dos programas federales (Seguridad Social y Medicare) se instruye al Estado federal a que garantice los derechos adquiridos en tales programas a todos los beneficiarios, sean estos pensionistas en la primera ley, o ancianos en la segunda.

La ley sobre la reforma sanitaria aprobada por la Cámara Baja, sin embargo, no garantiza la atención sanitaria a los ciudadanos y residentes de aquel país. Esta distinción es de una gran importancia, pues la ley aprobada por la Cámara Baja en realidad no universaliza el derecho de acceso a los servicios sanitarios en EEUU, tal y como erróneamente la gran mayoría de medios españoles han informado. Lo que la ley hace es obligar a todos los ciudadanos a comprar una póliza de seguros sanitarios, de la misma forma que en EEUU, como en España, se obliga a cualquier persona que posee un automóvil a que tenga un seguro privado de automóvil. La ley obliga también al empresario a ofrecer un seguro sanitario a sus empleados so pena de que, si no lo hace, tiene que pagar una multa que va a un fondo común para proveer aseguramiento. Y el Estado federal, por otra parte, subsidiará el pago de la póliza de seguros

a aquellas personas con escasos medios (categoría que queda por definir).

En realidad, todas estas medidas significan un enorme crecimiento del aseguramiento privado en EEUU –un aumento de 25 millones de nuevas pólizas– con el consiguiente incremento de los beneficios de las compañías de seguro sanitario, que se ha calculado significarán 70.000 millones de dólares. Todo ello es resultado del enorme poder de tales compañías de seguros.

Según Public Citizen (un instituto de análisis de la financiación de la actividad política en EEUU), tales compañías se han gastado un millón y medio de dólares cada día para intentar influenciar a los miembros del Congreso.

Las compañías de seguros se han opuesto, sin embargo, a algunos elementos de la ley. Uno de ellos es la prohibición de que continúen con la discriminación de personas con enfermedades crónicas, lo que ha provocado un gran enfado de la población hacia tales compañías.

El otro motivo de oposición a la ley por parte de las compañías de seguros es la aprobación de la opción pública, es decir, que la población que así lo desee pueda escoger un aseguramiento público en lugar del privado. La mayoría de la ciudadanía (68%) desea tal opción, pues los aseguramientos públicos existentes, como Medicare, ofrecen una cobertura sanitaria mayor a un coste y precio menor, resultado de eliminar gastos de márketing y promoción, de tener unos costes administrativos menores y de evitar los exuberantes sueldos de los gestores del aseguramiento privado. (La persona que tiene el salario más

alto en EEUU es William McGuire, presidente de la compañía de seguros sanitarios privados United Health Group, que recibe 37 millones de dólares al año, más 1.776 millones de dólares en acciones de tal compañía). En contra de lo que se escribe en muchos medios españoles, la población estadounidense no es “congénitamente adversa al Estado”, tal como se informó erróneamente en un medio de gran difusión. Medicare es más popular (y se gestiona a menor coste) que las compañías de seguros privadas.

La opinión popular, sin embargo, condiciona pero no determina las leyes del Congreso. La enorme influencia de tales compañías en el Senado y, muy en particular, en su Comité de Finanzas (que ha recibido 13 millones de euros de tales compañías) eliminará tal opción pública. La versión existente en la ley aprobada por la Cámara Baja permitía una versión muy reducida y muy modificada que asignaría a tal opción pública la atención sanitaria a los casos más crónicos y más costosos, dejando para el aseguramiento privado los sectores más rentables de la población. Pero ni siquiera esta versión más reducida será aceptada por el Senado.

Por lo demás, la ley de la Cámara Baja y la que se apruebe en el Senado no resolverán gran parte de los problemas que el sistema actual presenta hoy. La norma, por ejemplo, no regula ni controla el precio de las pólizas de seguros ni de los servicios médicos ni de los productos farmacéuticos. Ello implica que, sumando los gastos en pólizas, copagos, deducibles y facturas médicas, las familias estadounidenses pueden llegar a pagar el 20% de sus ingresos en atención sanitaria. La ley tampoco prohíbe a las compañías de seguros negar tratamientos médicos que consideren costosos. La cobertura sanitaria privada es muy poco completa, dejando enormes vacíos en la cobertura de beneficios

que la ley no resolverá. Tampoco regula los planes de aseguramiento privado ofrecidos por los empresarios (que cubre al 66% de la población) y que ofrecen una enorme variedad de coberturas, siendo todas ellas muy inferiores a las existentes en cualquier país de la UE-15.

La ley mantendrá la escasa capacidad de elección de médicos y centros sanitarios que tiene el asegurado, teniendo que utilizar aquellos proveedores de servicios que la compañía de seguros indique. La norma tampoco fuerza una mayor competitividad entre las compañías de aseguramiento, ni posibilita una mayor facilidad de elección entre los proveedores. El mercado de los seguros continuará muy concentrado, de manera que en muchos estados, una o dos aseguradoras continuarán controlando el mercado. Estas son realidades sobre las que la mayoría de medios en España no han informado.

**Vicenç Navarro es catedrático de Políticas Públicas, Universidad Pompeu Fabra y profesor de 'Public Policy', The Johns Hopkins University*