

Reforma de salud en los EUA. Intereses particulares contra el interés general.

Asa Cristina Laurell

Las políticas públicas tienden a presentarse como el resultado de la aplicación del conocimiento científico-técnico racional a la organización de la sociedad en áreas claves y estas políticas suelen llamarse Políticas de Estado. Los intentos de Obama por pasar una reforma moderada del sistema de salud por el Congreso de los EUA es un caso ejemplar de como la razón y la ciencia se enfrentan a poderosísimos intereses económicos –los de las aseguradoras, los hospitales privados y algunas organizaciones médicas.

Los EUA es el único país desarrollado que optó por la vía privada para proporcionar servicios médicos a su población. La cobertura universal de servicios médicos en aquel país fue derrotado en 1934, 1944 y 1945 básicamente por razones ideológicas mientras que pasó a formar parte de los Estados de Bienestar europeos de la posguerra y a incluirse entre los derechos humanos de la ONU. Cincuenta años después los Clinton intentaron extender la cobertura con una reforma derrotada por los grandes intereses económicos del sector salud con la industria aseguradora a la cabeza y agrupando en su alrededor al “complejo médico-industrial” (hospitales privados, cías farmacéuticas y de equipo médico, organizaciones médicas, etc.).

El actual sistema les ha costado caro a los EUA; en vidas humanas, de 18 a 50 mil al año; en discapacidades prevenibles; en la bancarrota de familias por altos gastos médicos, 62% de ellas aseguradas; en el aumento anual del gasto médico en 1% del PIB, actualmente es el 18% del PIB contra un promedio de 8% en países desarrollados (*Banco Mundial, Revisiting Health Financing, 2006*) a pesar del alto gasto publico, 60% del total (*Physicians for a Nacional Health Program-PNHP, julio 2009*) y; la exclusión del aseguramiento del 33% de los hispanos, 19% de los afro-americanos y 10% de los blancos. Además la mortalidad infantil y materna sigue comparativamente alta y las medidas preventivas no alcanzan a la mayoría de la población. Alcalde (*La Jornada, 1/8/09*) proporciona abundantes evidencias adicionales de su ineficacia.

Obama instrumentó una nueva estrategia para comprometer a los principales actores --aseguradoras y cadenas hospitalarias privadas—que consistió en encargar al Congreso la elaboración de la reforma; Comisiones

del Senado aprobaron la suya y la de diputados otra. Las principales características de ambas propuestas son: hace obligatorio el aseguramiento; subsidia el seguro de las familias pobres sin *Medicaid* (programa focalizado de pobreza); introduce un paquete obligatorio de servicios; prohíbe el rechazo de asegurar o expulsar personas de alto riesgo de enfermar y; establece una opción pública de aseguramiento (*New York Times* 22-27/7/09). El costo de la reforma está calculado en entre 600 mil millones y un billones de dólares en 10 años a pesar de mantenerse co-pagos y deducibles para la mayoría de los asegurados.

El voto favorable en las comisiones no es garantía de su aprobación final; las aseguradoras y hospitales privados, junto con los republicanos y un grupo de demócratas, están planeando la contraofensiva y los demócratas y Obama su defensa (*NYT* 3/8/09). Algunos expertos sostienen que la reforma no funcionaría aunque fuera aprobada porque no suprime la mercantilización de los seguros y servicios médicos y, por ello, no detendría los altos costos de la atención médica, ni controlaría el déficit en calidad de los servicios. Es la posición de PNHP (*JAMA*, 290(6):798-805) que propone un seguro público y único de salud capaz de autofinanciar la extensión de cobertura con la eliminación de 200 mil millones dólares anuales en gastos administrativos, comercialización y ganancias.

Los intentos reformadores del sistema de salud en los EUA transmiten una enseñanza importante. Cuando los grandes intereses económicos han entrado al sector resulta muy difícil garantizar el derecho universal a la salud y planear un sistema basado en las necesidades de salud y no en persecución de la competencia y la ganancia. La paradoja es que justo cuando se recomiendan políticas públicas “basadas en evidencias científicas”, se impulsan aquellas que más evidencias tienen en su contra. México es un caso ilustrativo. Las reformas de IMSS, del ISSSTE y el Seguro Popular están modeladas sobre los mitos del sistema de salud estadounidense. Aquí se induce por todos los medios lo que en los EUA se trata de eliminar sin lograrlo.

secretariasaludgl@gmail.com

COMENTARIO DE PEDRO LUIS CASTELLANOS

Hemos leído el artículo de la Dra. Asa Cristina Laurell sobre la reforma en salud de USA. Gracias por compartir este interesante artículo. Conuerdo con las apreciaciones y opiniones básicas de este artículo. Las propuestas en debate en USA hay que valorarlas y analizarlas en su propio contexto nacional e internacional. Aun cuando las propuestas de reforma que están en discusión en USA no incluyen el llamado "single payer", que fue una de las razones aludidas por los voceros y lobbystas del complejo médico industrial para impedir la propuesta de los Clinton, y es ahora una de las principales críticas de sectores progresistas de ese país ante las propuestas actuales, la resistencia está siendo muy dura, con lo cual se evidencia las verdaderas razones por las cuales se oponen: el interés mercantil. No es casualidad que están usando la acusación de socialismo como una "mala palabra" para satanizarlas.

La reforma del sistema de salud de USA no es solo un asunto ético, sino también y tal vez básicamente, un asunto de economía y de política. El sistema de salud no solo es excluyente y con efectos sociales terribles (razón ética), sino que también es insostenible y constituye una amenaza para el funcionamiento y reproducción ampliada de la economía de ese país. Los pronósticos de algunos sectores empresariales señalan que para el 2025 el gasto en salud representaría alrededor del 25 al 30% del PIB, lo que sin duda comprometería otros campos de la economía y de las estrategias más generales de ese país. Si por el contrario, se mantuviera el gasto en salud alrededor del 16% del PIB que es actualmente, sin cambiar el modelo de financiamiento, de gestión y de atención, implicaría profundizar las inequidades y exclusiones, al punto que para esa fecha probablemente cerca de la mitad de la población estaría excluida totalmente de posibilidades de aseguramiento. Este escenario comprometería seriamente la economía (por afectar la capacidad de consumo) pero también podría constituir una seria amenaza para la gobernabilidad y la hegemonía de los principios ideológicos básicos del capitalismo en ese país.

Pero también, es una oportunidad política para colocar a los sectores

neoconservadores y al Partido Republicano, en la incómoda situación de oponerse a reformas que son vistas con simpatía por la mayoría de la población, incluso por amplios sectores empresariales, o admitir el liderazgo de Obama en este importante campo y permitir que los demócratas lo capitalicen políticamente. Para los demócratas es además la oportunidad de oxigenarse con un perfil democrático y progresista después de haberse visto compelidos a subsidiar y rescatar a algunos de los sectores económicos más poderosos del país, sobre todo en el sector financiero y automotriz.

Tal vez el futuro de este nuevo intento de reformar el sistema de salud de USA dependerá de cuanto logre Obama convertir el sentimiento positivo de las mayorías en alguna forma de presión política o de actor social proactivo, y de cuanto se logre dividir el frente de los que forman parte del complejo medico industrial. En ambos sentidos, Obama ha sido hábil al pasar la tarea de construir consensos y viabilidad al Congreso, y al tratar de comprometer a algunos de esos sectores tradicionalmente opuestos, desde las conversaciones iniciales.

Difícilmente se llegara a una situación de "single payer" y menos aun de un seguro único universal pero, si prosperan las reformas, tal vez se llegue a tener una aseguradora pública y algún tipo de compromiso ético de la sociedad para reducir la exclusión y avanzar hacia la cobertura universal como horizonte, y estos no son cambios de poca relevancia en un escenario como el norteamericano.

La experiencia de la República Dominicana, con una sistema de seguridad social de inspiración neoliberal, muestra que una aseguradora pública (SENASA), aun controlando una porción minoritaria del mercado con capacidad de pago, puede significar una muy importante oportunidad para minar algunos de los supuestos ideológicos básicos de las reformas neoliberales que se han sembrado como justificación del predominio y protección de las aseguradoras privadas: mayor eficiencia y capacidad gerencial de lo privado, mayor calidad de la cobertura previsional privada, mayor honestidad, menores costos

operativos, etc. Por supuesto, ni hablar de la importancia para la cobertura de los sectores empobrecidos.

Es mas o menos también la experiencia chilena positiva con el FONASA. Según estas experiencias, en escenarios de este tipo, en los cuales predomina la racionalidad del mercado, la existencia de una aseguradora pública de salud. al mismo tiempo que el reforzamiento de los órganos públicos de regulación y control, puede ser una importante estrategia de resistencia y de progresivamente retomar la iniciativa propositiva por los sectores populares en búsqueda de una nueva hegemonía..

En todo caso, sea cual sea el destino de este nuevo intento reformativo del sistema de salud en USA, es claro que la direccionalidad y racionalidad básica del mismo, es contraria a la que nos impusieron como predominante en la mayoría de los países latinoamericanos. Esto tiene un significado simbólico en nuestro continente que podemos aprovechar quienes tratamos de resistir (en algunos casos) o de revertir (en varios otros) las características excluyentes y mercantilistas de los sistemas de salud y de seguridad social que emergieron de las reformas neoliberales de los años 80 y 90, de las cuales aun aparecen algunos retoños o persisten algunos coletazos, que afectan considerablemente a nuestras poblaciones y las posibilidad de avanzar en reformas de corte popular.

Por supuesto, el escenario es diferente en los países en los cuales la correlación de fuerzas es mucho mas favorable y en los cuales se propugna por un sistema nacional de salud predominantemente público y universal. En estos casos los desafíos son otros, aunque no dejan de estar relacionados con las consecuencias de las reformas neoliberales anteriores.

Un abrazo,

Pedro Luis

Dr. Pedro L. Castellanos

IDESARROLLO

República Dominicana.

castellanos_pedro@yahoo.com