

RECENSIONES BIBLIOGRÁFICAS

VANEGAS, GUILLERMO.

“La salud en la seguridad social: La reforma de salud en los Estados Unidos, lo bueno, lo malo, y lo que podemos aprender”. En *Acta Médica Colombiana* 35:4, Octubre-diciembre de 2010.

CLÍNICAS DE CHILE.

“Sistema de salud de USA: Cómo funciona y qué propone la reforma”. *Clínicas de Chile: A.G.*, Septiembre de 2009.

TORRES CARVAJAL, RAQUEL

“El sistema de salud en los Estados Unidos”. *Programa de liderazgo para las Américas*, Texas Christian University, Octubre de 2002.

LA SALUD EN ESTADOS UNIDOS¹

Blithz Lozada Pereira

En marzo de 2010, por 219 contra 212 votos, la Cámara de Representantes de Estados Unidos aprobó la reforma de salud propugnada por Barack Obama, consumando significativamente su política interna. Pero, 34 demócratas se opusieron y ningún republicano la apoyó, produciéndose enfrentamientos y negociaciones que aguaron sustantivamente el proyecto original. Éste buscaba que el Estado compita con las aseguradoras privadas, establezca bases nacionales para atención eficiente (enfermedades crónicas); otorgue incentivos al servicio; norme la cobertura médica obligatoria y continua de las pólizas; y crease una bolsa de seguros restringiendo que las aseguradoras evalúen preexistencias, diferencien precios y rescindan pólizas.

El proyecto buscaba mejorar la transparencia, calidad, atención y porcentaje de uso de las primas en salud. Obligaba a disminuir el precio de los medicamentos, enfrentaba el monopolio, fijaba bases para la negligencia y error clínico aumentando la protección al paciente, y fortalecía su relación con el médico. Motivaba a empleadores a aportar para seguros otorgando subsidios en enfermedades catastróficas; subsidiaba a pobres para adquirir pólizas, automatizaba la información individual, y precautelaba la eficiencia mediante una entidad independiente. Mejoraba **Medicare** en cobertura, subsidiaba me-

¹ Con base en un texto elaborado en el Doctorado en Gestión del Desarrollo y Políticas Públicas, Blithz Lozada redactó una recensión sobre el tema de salud en Estados Unidos, destinada a publicarse en el primer semestre de 2013 en la Revista *Estudios Bolivianos* N° 18, dedicada a la temática de educación y salud. Después de su consideración, la Comisión respectiva dio preferencia a una recensión educativa y no de salud para el número en cuestión, quedando el texto inédito.

dicamentos, eliminaba el co-pago preventivo, y ayudaba a empleadores. El proyecto se financiaría evitando gastos innecesarios, pagos estatales forzosos, fraude y doble atención; además, incrementándose los impuestos a familias de altos ingresos, empleadores y donantes de caridad.

Las denuncias republicanas señalaron que aumentarían los impuestos y las primas; se restringirían y empeorarían las prestaciones, generándose una burocracia absurda. Los demócratas acusaron a los republicanos de defender a las aseguradoras y aprobaron la ley PPACA² extendiendo la cobertura en enfermedad y accidentes con un paquete básico nacional obligatorio, a 32 millones de estadounidenses. Mejoraron **Medicaid**, abrieron un mercado para pobres con precios reducidos, crearon bolsas estatales, frenaron a las aseguradoras, eliminarían gradualmente pagar atención específica, obligaron incluir medicina preventiva en las pólizas, limitaron gastos públicos en abortos, y proyectaron digitalizar la información, prometiendo disminuir los costos en cuatro años.

En general, los sistemas de salud de los países expresan su filosofía política y económica, reflejando valores históricos y culturales. Muestran concepciones sobre la vida, la salud y las acciones contra la enfermedad y el deterioro humano. En Estados Unidos, durante casi medio siglo, la salud fue visualizada como un negocio de pingües ganancias, especialmente para las compañías aseguradoras lucrativas, identificando cualquier solidaridad social como sospechosamente *socialista*.

Lyndon Johnson desde 1965, pese a establecer los programas **Medicare** y **Medicaid**, constituyó la salud estadounidense como un mercado de flujo eminentemente privado con responsabilidad individual y eventual participación de empleadores. Esto se diferencia de los países capitalistas desarrollados y pobres, donde se la visualiza como un derecho de la ciudadanía, un compromiso estatal y una obligación gubernamental para satisfacer las expectativas de la población con transparencia, proveyéndole de protección financiera asociada a la salud y reponiendo su capacidad laboral equitativamente. No obstante, Bill Clinton intentó paliar la deuda social del *sistema*, pero la oposición de los médicos y aseguradoras, se lo impidió.

El *sistema* estadounidense permitía a las aseguradoras hacer racionamientos extremos rechazando pólizas a quienes tuviesen dolencias previas crónicas o graves; ofrecía servicios por mensualidades convenidas con acceso a redes (HMO); y quienes lo solicitasen, accederían a prestaciones preferenciales (PPO). El *sistema* imponía el co-pago para enfermedades crónicas con consecuencias adversas, comercializaba el servicio con pagos por prestación y no por resultados; y encubría información de eficiencia; quedando más del 15% de la población sin seguro por omisión o rechazo (según estimaciones de 2010, 47 millones de estadounidenses menores de 65 años).

Aparte de la cobertura restringida al 70% de la población, 70.000 familias anualmente se declaraban en quiebra por imposibilidad de pago de deudas hospitalarias, e inclusive teniendo ingresos medios, por carecer de seguro, caían en bancarrota generando pésimos antecedentes crediticios. La calidad del servicio colocaba a Estados Unidos entre los últimos países desarrollados, como uno del tercer mundo, según indicadores de mortalidad común y grave, mortalidad infantil, expectativa de vida y de vejez. Ejemplos: 66

² *Patient Protection and Affordable Care Act*

muerter por 10.000 nacimientos frente a 44 de Suecia; 76 años de expectativa de vida frente a 82 de Canadá. Además, los medicamentos eran los más onerosos del mundo; los salarios, altísimos; la educación médica, costosísima y los seguros para médicos, carísimos. Los costos administrativos también eran los más altos.

La comercialización de la salud colocó a Estados Unidos en el puesto 36° según la OMS el 2000, en calidad de la salud; pese a que el país era el primero en tecnología médica con los mejores hospitales, centros de investigación y facultades a nivel mundial, y con el mayor gasto en salud (17% de PIB, 6.700 \$us anuales per cápita y 65% más que el promedio de 12 países desarrollados). Los gastos crecieron al triple de velocidad que el incremento salarial y desde 2000, las primas se duplicaron, disminuyendo el ingreso real. El co-pago desincentivó la demanda y los seguros privados atendían muy poco la salud preventiva, pese, por ejemplo, a los elevados índices de obesidad.

Cabe preguntarse si este cuadro de la salud estadounidense cambiará con la ley PPACA; aunque también es justo reconocer que en el viejo *sistema*, todo ciudadano que requería atención médica de emergencia, sin estar asegurado, tenía derecho a recibirla, incluido trabajo de parto, hospitalización, cirugía y cuidado intensivo; cargándose los costos a los usuarios privados. Además, **Medicare** ofrecía a los ancianos mayores de 65 años, habiendo trabajado diez años como mínimo en el país, atención de urgencia, hospitalización y cirugía; aunque no medicina ambulatoria ni consulta externa. Se trataba de un programa contributivo y subsidiado, administrado por entidades de lucro que definían las condiciones de las prestaciones, exentas al control de calidad, incrementando la inequidad del servicio. La hospitalización urbana y rural se financiaba con impuestos generales. Fisioterapia, atención domiciliaria y medicamentos imprescindibles se cubría con una prima de 50 dólares mensuales. Existía un plan opcional de compra de seguros privados y otro de adquisición de medicamentos recetados, aunque el programa cubría el 95% del costo de medicamentos en casos catastróficos (+5.100 \$us. anuales). Al parecer, la ley habría ampliado **Medicare**.

El programa **Medicaid** se financiaba estatal y federalmente, siendo aplicado por cinco años como máximo a 36 millones de estadounidenses: discapacitados, pobres, niños y ancianos en situación precaria. Cubría servicios básicos de salud, incluyendo según el estado, diversas prestaciones. Además, existía un programa estatal a bajo costo para niños (**Schip**) que, en general, incluía consultas, medicación, hospitalización y otros servicios para menores de 18 años en situación de relativa necesidad. Aquí, al parecer, la ley habría mejorado la aplicación de los programas mencionados.

Por lo descrito, el *sistema* estadounidense era complejo y paradójico, siendo un *híbrido* de retazos contradictorios. Sus problemas -administración, rechazo político a reformas e incongruencia entre costo/eficiencia- tampoco se resolvieron con la ley. La participación eventual de los empleadores financiando parcialmente seguros de salud, lo acercaban al decimonónico *sistema bismarckiano* dinamizado con cotizaciones laborales; esto no varió para trabajadores menores de 65 años. El trato preferencial a militares, veteranos y funcionarios estatales con financiación impositiva; aproximaba el *sistema* al *modelo Beveridge* de inicios del siglo XX, lo que tampoco varió. Que para los programas **Medicare**, **Medicaid** y **Schip**, los estados contraten servicios privados específicos, acercaba el *sistema* al *modelo de seguro nacional*; lo que aparentemente, se regulará mejor. Finalmente, al preservarse el *modelo privado*, pese a “universalizarse la salud”, no

cambiarán las abismales diferencias entre ricos y pobres, o la inexistencia de derechos para los indocumentados.

Según opiniones expertas, los cambios no implementados que deberían incorporarse en la ley serían los siguientes: Aunque habría más control, la administración continúa a cargo de empresas de lucro, y no de reinversión. El control estatal de las primas y la calidad es insuficiente y no existiría regulación consensuada de tarifas médicas con eliminación de listas de prestigio. Finalmente, ni el proyecto demócrata refirió la deuda social con 15 millones de indocumentados, aunque la administración de Obama motivaría una ley específica.

Críticas más ácidas a la reforma señalan lo siguiente: No disminuirá el costo de pólizas y primas, dándose subrepticamente, el incremento de la demanda de 32 millones de usuarios, disparando instantáneamente las acciones de las aseguradoras. El interés de Obama fue financiero y político, pero no social, buscaba evitar el colapso del viejo régimen por el envejecimiento de la población y por la asistencia a los pobres, descuidando la inequidad étnica, por ejemplo, entre blancos y negros. La digitalización de la información de salud con microchips de identificación por radiofrecuencia, implantados en el cuerpo, constituiría un atentado a los derechos civiles y el extremo de vigilancia estatal y de control bancario. En conclusión, pese a los 800.000 millones de dólares que demandará la implementación de la reforma, la aparente preocupación social y de equidad que la inspiraría, se disipó al constatarse que no altera significativamente la filosofía política y económica de Estados Unidos: evita el colapso deficitario precautelando los intereses privados lucrativos con un discurso de cobertura universal y mejora de la calidad en salud.