

EE.UU.

ACTUALIDAD DE LA REFORMA SANITARIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Sinopsis

La presente nota analiza la actualidad del debate sobre la reforma sanitaria en EEUU.

Como es bien sabido, EEUU, es el único país desarrollado que no cuenta con un sistema de cobertura sanitaria universal, lo que genera que algo más de 45 millones de personas carezcan de protección sanitaria. Esta situación ha generado un permanente debate y un gran número de intentos de reforma a lo largo de la historia norteamericana. La cuestión se encuentra en el punto álgido de la actualidad por varios hechos recientes:

- Establecimiento de sistemas de aseguramiento que se extienden a toda la población en varios estados (Massachusetts, Vermont..) y anuncio de reformas en otros muchos.
- Peticiones públicas de importantes medios de presión para alcanzar la cobertura universal o al menos extender la que actualmente brinda el sistema. Para ello se han constituido algunas plataformas sociales en las que, además de los grupos que tradicionalmente abogan por la extensión de la cobertura sanitaria, figuran actores que tradicionalmente se han opuesto a ella (grandes corporaciones o asociaciones médicas entre ellas)
- Anuncio de una propuesta de reforma por parte del presidente Bush en su discurso del Estado de la Unión

Todo ello se produce en un momento político marcado por los prolegómenos de la campaña presidencial de 2008, cuando aparecen los aspirantes a candidatos y que, mayoritariamente, anuncian sus propuestas sobre la cuestión.

Situación actual

Los Estados Unidos de América son el único país desarrollado que no cuenta con un sistema de cobertura universal de la asistencia sanitaria, lo que se está convirtiendo en uno de sus mayores problemas que abarca aspectos sociales, económicos y políticos.

En el aspecto social, la falta de cobertura sanitaria de más de 45 millones de personas (cerca del 15% o uno de cada seis residentes en EEUU) en el país más rico del planeta es un indicador suficiente de la gravedad del problema. Han sido, sin embargo, el cúmulo de otras muchas consideraciones y la presión de muy diversos sectores los que han puesto en el escenario la necesidad de profundas reformas. Mayor gasto y menor cobertura que en el resto de los países desarrollados es el panorama actual de una situación que no para de deteriorarse a medida que pasa el tiempo y cuya solución no parece sencilla. Aumentar la cobertura y reducir el gasto a la vez suena demasiado a cuadratura del círculo.

El sistema público sanitario existente cubre a los pensionistas mayores de 65 años (programa *Medicare*, regulado y gestionado por la administración federal que incluye un sistema de copago de medicinas), a las personas sin recursos (programa *Medicaid*, regulado para toda la federación pero gestionado por los estados) y a los niños de familias con recursos limitados (no cubiertos por *Medicaid*) Los programas públicos se gestionan de manera prácticamente total mediante el pago de los servicios a instituciones privadas. Por ley, los empleadores tienen que asegurar a sus trabajadores la cobertura sanitaria derivada de los accidentes de trabajo y los hospitales tienen que atender la atención en urgencias incluso de quienes no estén asegurados. Con excepción de la administración militar, no existe una red de hospitales o centros sanitarios públicos. Un resumen de las características y aspectos principales de estos programas se recoge al final de la presente nota.

Además de no existir un sistema público de cobertura universal, el empresario no está legalmente obligado a facilitar cobertura sanitaria a sus trabajadores. En la práctica, sin embargo, la mayoría de las grandes empresas brindan este tipo de protección en los términos en que se negocia en la negociación colectiva. Se estima que algo más del 60% de las personas que tienen asistencia sanitaria la obtienen por esta vía (los programas públicos alcanzan aproximadamente a un 29% y el resto de los ciudadanos carecen de cobertura).

La falta de un impuesto o contribución obligatoria para las empresas que financiare la sanidad, como ocurre en los países que cuentan con sistemas públicos, se había considerado durante mucho tiempo como una ventaja competitiva de las compañías norteamericanas que no tendrían que hacer frente a un coste con el que cargarían muchos de sus competidores internacionales. Sin embargo, hoy por hoy, los seguros médicos –junto a los compromisos por pensiones– son el principal problema de las grandes corporaciones estadounidenses. Con unos costes que se han incrementado en un 87% en la última década frente a un crecimiento de la inflación del 18% los seguros sanitarios (su mantenimiento y cobertura, la aportación que corresponde a empresa y trabajador) no solo son la causa de prácticamente toda la conflictividad laboral (durante los últimos años, la estrategia empresarial en la negociación colectiva pasa por incrementar las aportaciones de los trabajadores y disminuir las propias), sino que están detrás del mayor número de quiebras y dificultades económicas empresariales.

Las grandes compañías aéreas y los fabricantes de automóviles son los ejemplos más exagerados de una situación que castiga los compromisos adquiridos por las grandes corporaciones (Delta, United, General Motors, Ford...) y que no se le plantean a sus nuevos competidores (líneas aéreas de nueva creación, Toyota, Nissan...), que han adoptado estrategias más flexibles o de menor compromiso.

En el ámbito internacional, el crecimiento descontrolado de la factura sanitaria plantea una gran desventaja competitiva frente a las empresas de los países desarrollados (Japón, Alemania o Francia) en los que la financiación pública limita los crecimientos de las contribuciones y frente a las de los países en vías de desarrollo (China e India fundamentalmente) en los que las obligaciones empresariales –cuando existen– implican muchos menores costes.

El problema de las grandes empresas se agrava porque las obligaciones de financiar los seguros sanitarios no se reducen a los de sus trabajadores en activo y alcanzan también a los retirados y sus dependientes. Ello supone que una corporación como General Motors gaste en obligaciones de este tipo 5.300 millones de dólares anuales y se haga cargo de 1,1 millón de personas, entre trabajadores en activo, retirados y sus respectivos dependientes. De manera gráfica se señala que, en términos de costes, eso supone más de 1.500 \$ por coche producido o que se gaste más en seguros médicos que en acero. Que no todas las empresas jóvenes escapen al problema lo refleja la cadena de cafeterías Starbucks (uno de los recientes “milagros” económicos) que ya paga más de 200 millones por 80.000 trabajadores y cuya factura por seguros médicos supera a lo que gasta en café, su principal materia prima.

La falta de cobertura se concentra en los trabajadores de bajos salarios, quienes prestan servicios en pequeñas y medianas empresas (solamente la mitad ofrecen cobertura a sus trabajadores), pequeños empresarios individuales y profesionales independientes, aunque también tienen importancia los grupos de personas jóvenes y con buena salud que difieren la contratación de un seguro hasta alcanzar edades más avanzadas. El problema se extiende incluso a los trabajadores ocupados y que están cubiertos por un seguro médico. La pérdida del empleo es sinónimo de la pérdida no solo del salario, sino también de la cobertura sanitaria propia y de la familia dependiente, lo que constituye una de las principales preocupaciones de las personas de clase media.

El precio de los medicamentos y el gasto farmacéutico es también muy superior en EEUU que en Europa o en países como Canadá (son bastante populares las excursiones de personas mayores a Canadá o México que añaden al mayor o menor interés turístico la compra de medicinas como parte organizada del viaje). Ello se achaca a que los sistemas públicos y centralizados son reguladores y negociadores más duros frente a las multinacionales del sector y es lo que llevó al Secretario norteamericano de Sanidad a defender que el resto de los países debería pagar precios más altos, ya que en la actual situación EEUU está asumiendo la mayoría del coste de la investigación farmacéutica.

El problema de la financiación del gasto sanitario es universal (el gasto por persona ha evolucionado de manera similar en los países industrializados desde 1970) y se extiende tanto a los sistemas públicos como privados pero parece que en el caso de EEUU, al primar los criterios de mercado y no existir una política sanitaria en el sentido de la que es normal en los países con sistemas públicos, el control del gasto está más diluido y no se incorpora como una prioridad por muchos de los actores principales.

Las características del mercado sanitario norteamericano son objeto de análisis especializado constante y aportan explicaciones –generalmente parciales– que buscan las razones que estarían detrás de los incrementos que año tras año se vienen produciendo: Costes de investigación e incorporación de nuevas técnicas y nuevas tecnologías (aunque se señala la escasa utilización de estas últimas en la organización y administración del sistema) de la medicina más avanzada del mundo; costes derivados de una actividad intensiva en la utilización de mano de obra especializada en un país en el que este factor tiene supone unas cargas especialmente elevadas (el 60% de los gastos de funcionamiento de los hospitales corresponde a

los gastos de personal. Se ha llegado a denominar al sector como una “industria artesanal”); deficiencias en el funcionamiento del mercado (situaciones monopolísticas como las de la patente de algunos medicamentos u oligopolios como los de muchos hospitales locales que no operan en situación de competencia); el papel jugado por los profesionales de la medicina que pueden llegar a ser a la vez proveedores de los servicios e inductores de la demanda; el fenómeno creciente de la exigencia de responsabilidades médicas y el coste de su aseguramiento; la peculiaridad de tratarse de un mercado en el que los servicios son pagados por un tercero (asegurador público o privado); un sistema fiscal que no limita las cuantías que por gastos médicos se pueden deducir empresarios y trabajadores y que estaría favoreciendo la elevación de costes, son algunas de las más relevantes.

A pesar de contar con servicios punteros mundialmente, la ineficiencia del sistema para atender a la sociedad en su conjunto se manifiesta en un gran número de indicadores registrados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hay incluso quien mantiene que el liderazgo mundial en investigación biomédica es difícilmente compatible con un sistema de cobertura universal que produce desincentivos para la innovación. Los sistemas públicos tenderían así a presionar a las empresas para que reduzcan beneficios, lo que supone una desincentivación de la innovación).

Así, mientras el gasto sanitario por persona (5.700\$ año) y el porcentaje de gasto sobre el PIB (superior al 16%, muy por encima del de cualquier otro país y cuya diferencia sigue aumentando. El gasto ha crecido más de un punto porcentual anual en la última década) son los más elevados en todo el mundo, EEUU ocupa el puesto número 44 en médicos por persona, el 50 en camas hospitalarias por persona, el 34 en tasa de mortalidad infantil, el 29 en tasa de mortalidad materna en el parto y el 30 en esperanza de vida de las mujeres (28 en hombres). Era el número 1 en esperanza de vida de mujeres que hubieran cumplido los 65 años y en la actualidad ocupa el vigésimo puesto.

Por último, otro problema general, como es el del envejecimiento, viene a agravar el panorama a futuro. Aunque el fenómeno no se presenta en un escenario tan drástico como en Europa, a partir de 2010 la generación del “baby boom” posterior a la II Guerra Mundial empezará a cumplir las edades de jubilación. Ello supondrá que los estadounidenses mayores de 65 años pasarán de ser el 12% del total de la población (en 2000) al 20% en 2030. Según la Oficina Presupuestaria del Congreso (Congressional Budget Office) el gasto federal en el programa Medicare ascenderá del equivalente del 2,4% del PIB en 2003 al 8,3% en 2050. El organismo encargado del control y seguimiento de los programas públicos (Government Accountability Office) ha señalado ya que el gasto es insostenible a largo plazo y que añadiéndole el de pensiones de la seguridad social –lo que sería el gasto público en protección social en sanidad (Medicare y Medicaid) y pensiones- supondría el 20% del PIB en 2050.

Propuestas de reforma. Antecedentes

Los intentos más o menos decididos de establecer un sistema de cobertura sanitaria universal en EEUU se remontan a principios del siglo XX (antecedentes de programas voluntarios existen desde al menos 1850) y

han ido sucediéndose periódicamente a los largo de la historia reciente, generalmente de la mano de proyectos o propuestas electorales presentados por el Partido Demócrata. La oposición a cualquier medida que pudiese identificarse con una “socialización” de la medicina fue el convincente argumento (en el que las asociaciones médicas encontraron una verdadera bandera) que hizo fracasar cualquier reforma hasta 1965.

La asistencia sanitaria se fue organizando de manera voluntaria y gestionada por entidades sin ánimo de lucro que, a cambio de una aportación fija familiar, ofrecían servicios médicos. Los planes de instituciones como la Cruz Azul (Blue Cross) y el Escudo Azul (Blue Shield) se extendieron rápidamente.

Roosevelt al establecer la legislación de seguridad social y Truman tras la segunda guerra mundial fracasaron en sus intentos de legislar sobre la cuestión. Fue durante la presidencia de Lyndon Johnson (un plan similar había sido derrotado durante la presidencia de Kennedy en 1961), cuando se reformó la normativa de seguridad social para crear los programas Medicare y Medicaid (1965). A partir de entonces, se regularon las agrupaciones y mutualidades voluntarias para la prestación de servicios sanitarios (Nixon, 1973), que cuentan con un trato fiscal favorable y que de manera creciente se han ido ocupando desde entonces de la gestión de la mayor parte de la sanidad.

Ronald Reagan sugirió limitar las desgravaciones fiscales por gastos médicos para intentar presionar los precios de los seguros a la baja y tampoco tuvo éxito, lo mismo que le sucedió a Bush padre poco tiempo después. El presidente Clinton volvería a plantear la cuestión de la cobertura universal en su ambicioso “Health Secure Plan” (que incluía también nuevas obligaciones para las empresas y complejos mecanismos regulatorios). La oposición republicana y la presión de las compañías de seguros hicieron fracasar las propuestas.

La última reforma importante del sistema data de 2003, año en que durante la presidencia de George W Bush se aprobó la incorporación de la prestación farmacéutica al programa Medicare. A lo largo de sus dos mandatos presidenciales el actual inquilino de la Casa Blanca ha insistido en la idea de crear cuentas de ahorro destinadas al gasto sanitario que tuvieran fuertes incentivos fiscales, como mecanismo que ayude a extender la cobertura mediante seguros privados.

El debate sobre la extensión actual de la cobertura sanitaria y de las insuficiencias del modelo ha recobrado toda su actualidad de la mano de varios actores: Algunos estados han puesto en marcha planes propios y se han creado plataformas y agrupaciones que han presentado sus propuestas y piden una reforma legal urgente. Sea como consecuencia de ello, sea por la falta de resultados cosechados en el resto de reformas planteadas por el presidente en el ámbito social (pensiones e inmigración), sea como estrategia para reducir el desgaste producido por la permanente atención a la guerra de Irak o sea como un intento de aproximación al electorado de cara a las elecciones presidenciales de 2008, el caso es que el presidente Bush ha presentado su propia propuesta en el discurso del estado de la Unión del pasado 23 de enero.

Propuestas y reformas de los estados.

El primer estado que aprobó una amplia extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria fue Massachusetts. El entonces gobernador, Mitt Romney, republicano, acordó con la mayoría parlamentaria de la Cámara estatal (demócrata) un plan que combina reformas del mercado de seguros, subsidios gubernamentales y obligatoriedad. A partir de julio del presente año, todos los residentes del estado deberán tener seguro sanitario o pagar una multa de 1.000 \$. Las personas con ingresos anuales de hasta tres veces el límite federal de pobreza (un poco menos de 60.000\$ anuales para una familia de cuatro personas) recibirán ayudas públicas para pagar el seguro.

Las empresas con más de diez trabajadores en plantilla tendrán que dar cobertura sanitaria a los mismos o pagar una contribución al estado de 295\$ por trabajador y año. Una caja de compensación se encargará de facilitar seguros sanitarios a precios bajos. Las personas que contraten seguros sanitarios podrán desgravarse fiscalmente parte de su coste, posibilidad hasta ahora limitada a los empleadores). La principal duda que todavía se mantiene sobre el plan es que la obligatoriedad de aseguramiento personal no se exigirá hasta que no existan seguros "asequibles" en el mercado.

Massachusetts es un estado pequeño, con un elevado nivel de vida, un reducido número de personas sin cobertura sanitaria (menos del 10%) y con unas saneadas cuantías públicas, por lo que, en cierto sentido, la reforma se considera relativamente factible. Ello ha dado mayor trascendencia al anuncio del gobernador de California, el también republicano Arnold Schwarzenegger, de poner en marcha un plan similar. En tal sentido ha anunciado que precisará un significativo apoyo del presupuesto federal (cinco mil millones de dólares anuales de un gasto previsto de doce mil) para dar cobertura a los más de 6,5 millones de personas que viven en el estado (20% de la población).

El plan, del que todavía no se conocen los detalles salvo su inspiración en el modelo de Massachusetts se financiaría además de con la ayuda federal con un conjunto de impuestos sobre los empleadores, hospitales y doctores. El gobernador de Pennsylvania anunció la última semana de enero otro plan en el mismo sentido y Vermont y Maine tienen proyectos similares.

Otros estados también se están moviendo aunque con planes menos ambiciosos: Illinois y Tennessee se han comprometido a extender la cobertura sanitaria a todos los niños residentes en sus respectivos territorios (se estima que un 3% de los niños no tienen cobertura alguna). Otra docena de Estados tienen comisiones en marcha para la presentación de reformas este mismo año.

Otro área de actuación es el de los trabajadores de bajos salarios y de los empleados en pymes (solo el 50% de las pymes ofrecen asistencia sanitaria a sus trabajadores). Arkansas, Nuevo México y Tennessee han lanzado reformas en tal sentido.

En líneas generales parece que los estados han tomado la delantera tanto en el debate como en la experimentación de nuevas soluciones a la falta de cobertura universal.

El peso que les da el hecho de que paguen una parte importante de la factura de los programas públicos federales (directamente se estima que el 13% del gasto directo les corresponde, a los que hay que añadir la merma de ingresos por los apoyos fiscales que reciben las empresas que dan cobertura sanitaria a sus trabajadores), la necesidad de reforma este mismo año del programa "Children's Health Insurance" (financiado con presupuesto federal pero libremente gestionado por los estados para dar cobertura a los niños de familias de reducidos ingresos pero que superan los límites para ser beneficiarios de Medicaid) y el hecho de que demócratas y republicanos hayan sido capaces de llegar a acuerdos en sus cámaras legislativas son elementos de presión sobre los legisladores de Washington DC, que han estado demasiado limitados por cuestiones ideológicas (buscando una mayor intervención pública los demócratas y negando cualquier limitación legal que restrinja la libertad de decisión, los republicanos) y que hasta la fecha han sido incapaces de resolver un problema que se complica de manera creciente con el paso del tiempo. No es extraño así que el ex gobernador Romney, "padre" del plan de Massachusetts haya anunciado su candidatura presidencial para 2008.

Otras propuestas

La reclamación más o menos permanente de la ampliación de la cobertura sanitaria es habitual en muchas organizaciones civiles y sociales en EEUU. La demanda, a la que suele presentarse como más favorable el Partido Demócrata, no es habitual sin embargo entre las filas sindicales que en la mayoría de los casos defienden el mantenimiento de un "statu quo" en el que parte de su poder y protagonismo se debe precisamente a la negociación de los planes y prestaciones sanitarias en los convenios colectivos de las grandes empresas.

Lo más significativo del panorama actual es la incorporación de las grandes empresas al coro de voces que piden algún tipo de solución que resuelva no solo el problema de la falta de cobertura para muchos ciudadanos, sino también el de la escalada de costes de los seguros sanitarios.

El 16 de febrero se presentó la coalición "Divided we Fail" (Divididos fracasamos), impulsada por la Asociación de Personas Retiradas (AARP, la organización civil mayor de EEUU, que cuenta con más de 35 millones de afiliados y que es el grupo de presión e influencia mayor en los asuntos de envejecimiento), el mayor sindicato del sector servicios (Service Employees International Union, una de las pocas organizaciones sindicales que está registrando crecimiento en su número de afiliados) y una importante asociación de directivos de grandes empresas (Business Roundtable). La coalición ha reunido a tres grupos que normalmente defienden posturas enfrentadas, para la búsqueda de una reforma profunda del sistema sanitario.

La plataforma se ha limitado hasta ahora a reclamar una acción de los legisladores para que se apruebe una legislación federal sin dar detalles de cómo debería regularse la reforma. Los pronunciamientos y peticiones no dejan de ser genéricos en el sentido de lograr una asistencia sanitaria para todos los ciudadanos que sea asequible y de calidad, reducir los costes de los medicamentos(en la web de AARP www.AARP.org se puede encontrar información sobre la plataforma).

Pocos días después, otra coalición denominada “Health Coverage Coalition for the Uninsured” (Coalición para la Cobertura Sanitaria para los no asegurados), presentaba sus propuestas. La coalición, de la que forman parte 16 organizaciones mayoritariamente pertenecientes o relacionadas con el sector sanitario o su aseguramiento, como resultado de dos años de trabajo e investigaciones concluye que es posible extender la cobertura sanitaria mediante los actuales programas públicos federales y la creación de nuevas desgravaciones fiscales para gastos sanitarios. Según ello, con un gasto de 45.000 millones de dólares adicionales en cinco años, la falta de cobertura se podría reducir en un 50%.

En la coalición figuran, junto a AARP, o la Cámara de Comercio, organizaciones como la American Medical Association o las grandes aseguradoras médicas que, tradicional e históricamente, han sido los grandes enemigos de cualquier actuación pública sobre la cuestión. La principal federación sindical AFL/CIO participó en los trabajos de la coalición pero finalmente no suscribió la propuesta por falta de acuerdo sobre la financiación de la misma.

En la misma semana, un grupo de legisladores de los dos grandes partidos presentó sendas proposiciones de ley en la Cámara de Representantes y en el Senado para la concesión de fondos a las administraciones estatales y locales para que éstas inicien programas piloto que pongan a prueba distintas estrategias de reforma sanitaria. Por si no estaba claro que el debate no es fácil y que queda mucho camino por recorrer, basta recordar que la misma semana trajo también la revocación de la una ley del Estado de Maryland que obligaba a las empresas de más de 10.000 trabajadores a gastar un mínimo del 8% de su masa salarial en prestaciones sanitarias. Un tribunal federal de apelaciones (instancia inmediatamente anterior al Supremo) ha declarado que el estado de Maryland carece de competencias para establecer una legislación que altere las condiciones de trabajo (y prestaciones relacionadas) que la empresa ha establecido para su personal en todo el país.

La revocación de la ley Wal-Mart (única empresa a la que le era aplicable por ser la única que emplea a más de 10.000 trabajadores en el Estado) ha sido recibida como un gran triunfo de la compañía y se prevé que paralizará los proyectos legislativos que, en el mismo sentido, se tramitan en otros cinco Estados. Wal-Mart, que es el mayor empleador de EEUU se ha convertido desde hace tiempo en el objetivo prioritario de las organizaciones sindicales para la modificación de sus políticas laborales y de protección social.

Discurso sobre el Estado de la Unión.

A esta plural toma de posiciones, se vino a unir el presidente Bush en su discurso sobre el Estado de la Unión. El discurso, el primero pronunciado tras el triunfo demócrata en las pasadas elecciones y, por tanto, ante las Cámaras con mayoría de este partido, se centró en su primera parte en la propuesta de reformas económicas para las que el presidente pidió el acuerdo de los dos grandes partidos. La reducción del déficit público y el logro del equilibrio presupuestario, la eliminación de asignaciones presupuestarias que solo benefician a grupos e intereses minúsculos y una reforma profunda del sistema de prestaciones sociales fueron las áreas señaladas como de actuación urgente.

Las pensiones de la seguridad social y los programas Medicare y Medicaid fueron abordados bajo la óptica de la necesaria reducción de su coste por resultar insostenibles a largo plazo, mensaje que no es nuevo en los discursos presidenciales ni en los de otras instituciones públicas federales (Reserva Federal y GAO, por citar a las dos más importantes).

También abordó Bush propuestas encaminadas a la reforma sanitaria. La primera consiste en el establecimiento de un límite anual de 15.000\$ por familia (7.500 por contribuyente individual) en los gastos sanitarios desgravables. Ello supone equiparar las desgravaciones de quienes contratan la protección por su cuenta y quienes la reciben por medio de su empleador o, lo que es lo mismo, extender la desgravación a quienes contraten cobertura médica por su cuenta (unos 17 millones de personas que hoy en día no tienen prácticamente ninguna desgravación) y limitar las deducciones a los empleadores que ofrecen cobertura sanitaria y a los trabajadores que por esa vía la reciben (no existen topes en la actualidad, lo que se entiende que presiona los precios al alza y distorsiona el mercado de servicios y seguros médicos. Según la propuesta los gastos superiores a los límites anunciados tributarían sin especialidad alguna). Según el presidente, esta nueva ordenación no afectaría al 80% de los 150 millones de trabajadores empleados que reciben cobertura sanitaria de sus empleadores (aquellos que cuentan con pólizas inferiores a los límites propuestos).

El coste medio de los planes contratados es de 11.500\$), facilitaría el acceso a quienes contratan su seguro directamente y permitiría aumentar los ingresos fiscales y reducir el gasto sanitario (según la Casa Blanca la propuesta es neutral en términos presupuestarios durante diez años, pero los incentivos y desincentivos que contiene y el mejor funcionamiento del mercado que implica, reducirían el gasto en medio punto del PIB al año). La segunda propuesta fue la de prestar ayuda federal a los Estados que consigan implantar sistemas innovadores para prestar asistencia sanitaria a las personas no aseguradas y permitirles mayor discrecionalidad en la gestión de los programas. Según ello, los Estados que implanten pólizas privadas de seguro sanitario básico deben recibir el apoyo de los fondos federales.

En su discurso, Bush huyó tanto de las propuestas que puedan relacionarse con la extensión de los programas públicos, como de calificar su reordenación fiscal como un aumento impositivo (dos verdaderos anatemas en su discurso durante estos años). Criticó insistentemente los seguros médicos de elevadísimo

coste y dudosa eficacia (los calificó como planes de lujo o de bandeja de oro) a los que achaco que presionan al alza de los precios e insistió en que la solución al problema se puede dar con incentivos fiscales y primando la capacidad de elección de los ciudadanos.

A pesar de muchas voces que apuntan la insuficiencia de la propuesta para extender la cobertura sanitaria entre los más necesitados (la propia Casa Blanca reconocía días después que la propuesta aspiraría a extender la cobertura entre uno y tres millones de personas) y critican la exclusiva utilización de incentivos fiscales y la no extensión de los programas públicos, en líneas generales el mensaje presidencial ha sido razonablemente acogido y muchos comentaristas lo han elogiado por su valentía y realismo. Sin embargo y a la vez, la gran mayoría de los actores políticos y de los medios de comunicación han señalado que las propuestas han nacido muertas y que no tienen apenas posibilidad de ser siquiera consideradas.

No es previsible que los demócratas, que cuentan con el control de las Cámaras, apoyen las modificaciones propuestas por un presidente en horas bajas. Los sindicatos, que negocian los planes sanitarios con las grandes empresas, han anunciado ya su oposición a lo anunciado y, en general, el momento político no parece el más apropiado después de que el problema haya sido prácticamente ignorado durante mandato y medio en la presidencia de Bush.

Futuro inmediato

Señaladas las escasas posibilidades de que la idea presidencial llegue a aprobarse o incluso a servir de base de alguna propuesta de reforma formalmente presentada (no hay que olvidar que lo expuesto en el discurso antes citado no tiene ningún valor a efectos de tramitación parlamentaria y que no deja de ser una manifestación de una prioridad política cuya concreción es, en su caso, posterior e independiente), la situación de cualquier reforma en profundidad del sistema parece que inevitablemente esta condenada a una larga espera.

El sistema político norteamericano exige que una reforma legal de este tipo consiga el acuerdo entre los partidos Demócrata y Republicano (sustanciado en mayorías suficientes tanto en la Cámara de Representantes como en el Senado) y la posterior aprobación presidencial.

La presentación de la propuesta de presupuesto para el año fiscal 2007/2008, que comenzará el 1 de octubre (apenas diez días después del discurso del Estado de la Unión) no solo no contiene ninguna previsión ni dotación especial para la cuestión, sino que incluso reduce las dotaciones presupuestarias de los programas públicos (Medicaid, Medicare y SCHIP) y una revisión de las normas federales consistentes en elevar los tipos de cotización y las primas de la prestación farmacéutica para las personas de mayores ingresos.

El calendario no parece ayudar, si se da por bueno el análisis de que nos encontramos en el inicio de la campaña presidencial más larga (y más costosa) en la historia de EEUU. A pesar de que la convocatoria

esta fechada en 2008, es raro el día en que un nuevo candidato no anuncia su intención de concurrir a la convocatoria. Prácticamente todos señalan desde el primer momento que la reforma de la sanidad será una de sus prioridades. Romney, Edwards, Clinton (Hillary Clinton se distinguió muy activamente durante la presidencia de su marido por sus intentos de reforma del sistema sanitario y por la extensión de la cobertura. Se considera que aquellos intentos de reforma son uno de sus activos políticos más importantes) y Obama ya lo han anunciado. Parece, pues, que la cosa va para largo.

Programas públicos y tipos de seguros privados

Asistencia sanitaria pública

Hay que advertir que los organismos públicos de Estados Unidos simplemente administran y distribuyen fondos para ofrecer la cobertura sanitaria, pero no suministran la atención médica, farmacéutica u hospitalaria, al carecer de una red sanitaria al estilo de los sistemas sanitarios o de Seguridad Social europeos.

Los principales programas públicos son:

- Medicare: Programa de la administración federal que cubre la sanidad de trabajadores y jubilados y sus cónyuges, a partir de los 65 años de edad, así como la de los discapacitados. Tiene dos partes: asistencia hospitalaria gratuita durante 60 días, y asistencia médica, por la que hay que pagar una cuota mensual y hacerse cargo del 20% de la factura de la consulta. En la página web <http://www.medicare.gov/MedicareEligibility/Home.asp?dest=NAV|Home|GeneralEnrollment#TabTo> se encuentra la información más completa. Desde el 1 de enero de 2006, Medicare cuenta con una prestación farmacéutica a la que se puede acceder voluntariamente mediante el pago de una prima mensual. La prestación tiene una franquicia de 250 dólares, a partir de los cuales el beneficiario sólo paga el 25% del gasto hasta 2.250 dólares anuales. La prestación no cuenta con cobertura para el gasto anual entre 2.251 y 5.100 dólares, haciéndose el beneficiario cargo de la totalidad de la factura entre dichas cifras. A partir de un gasto anual de 5.100 dólares, el programa se hace cargo del 95% del costo de los medicamentos. Hay una descripción completa de la prestación en la página web <http://www.medicare.gov/medicarerereform/drugbenefit.asp>.
- Medicaid. Programa conjunto federal-estatal que ofrece cobertura sanitaria a las personas con bajos ingresos y sin activos. Aunque la administración federal lo financia en su mayor parte y establece las normas generales de gestión, los estados cuentan con gran libertad en el establecimiento de las normativas de acceso y cobertura. En la página <http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/> se describe el programa.
- State Children's Health Insurance Program –SCHIP Programa conjunto federal estatal que ofrece cobertura sanitaria a los menores de edad cuyas familias no cumplen los requisitos de acceso a Medicaid pero no pueden afrontar el costo de un seguro sanitario privado. La financiación y normas

generales también son federales, pero los estados cuentan con gran flexibilidad en la administración y gestión del programa. En la página http://www.cms.hhs.gov/MedicaidGenInfo/05_SCHIP%20Information.asp#TopOfPage hay una descripción completa.

- Seguros de accidentes de trabajo. Los estados cuentan con leyes que ofrecen cobertura sanitaria, así como hasta las dos terceras partes del salario, a los trabajadores que sufran accidentes en el puesto de trabajo. La cobertura se ofrece hasta la reincorporación al puesto de trabajo o la obtención de una pensión de invalidez. La mayor parte de los estados obligan a las empresas a adquirir pólizas de aseguradoras privadas, aunque algunos estados cuentan con un fondo para este fin y otros administran el sistema directamente. La administración federal cuenta con dos programas para sus funcionarios y gestiona los de estibadores y mineros.

Asistencia sanitaria privada

La asistencia sanitaria privada asume dos modelos principales:

- Directa. La póliza sanitaria, independientemente de que la sufrague el interesado o su empresa, permite al asegurado acudir a cualquier consultorio médico u hospital. Normalmente, pues hay gran variedad de tipos de pólizas, el usuario se hace cargo de un porcentaje del costo de la asistencia.
- Gestionada. Las pólizas de asistencia sanitaria gestionada ofrecen cobertura más barata que la directa. Las aseguradoras tienen contratos con una serie de agrupaciones de médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria, y los beneficiarios deben acudir a dichos proveedores o pagar tarifas más elevadas.

La forma más común es el Health Maintenance Organization (HMO), que cuentan con su propia red de proveedores. El usuario ha de acudir a proveedores de la red, y normalmente primero al médico de cabecera para obtener un volante para acudir al especialista. Las aseguradoras gestionan los servicios buscando la reducción de servicios, y por lo tanto costos, que considere innecesarios.

La otra forma importante son los PPO (Preferred Provider Organizations). Básicamente, consisten en organizaciones de proveedores que ofrecen descuentos importantes a través de la aseguradora. Los usuarios han de efectuar un copago y la aseguradora se hace cargo del resto.