

## Conferencia

# La reforma sanitaria en los Estados Unidos: Un paso importante, pero no suficiente

STEPHEN ISAACS. DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL DE ESTADOS UNIDOS

El Gobernador del Estado de Texas la denunció como “socialismo en suelo estadounidense”. El presentador de un canal de televisión conservador vaticinó que destruiría la forma de vida estadounidense. Los fiscales generales de veintiún estados introdujeron demandas para que la declararan inconstitucional. Se le asigna parte de la responsabilidad por el surgimiento de un nuevo movimiento político de derecha -el llamado “Tea Party”- que está decidido a derogar una legislación que considera nociva.

¿Qué podría haber desatado una reacción tan venenosa? ¿La derogación de la Carta Magna de la Constitución estadounidense, el Bill of Rights? ¿La autorización de azotes públicos? ¿La declaración de la ley marcial?

Nada de eso. En realidad esta intensa reacción fue impulsada por la aprobación de una ley que brinda acceso a los seguros médicos a más de 30 millones de personas al exigirle a las empresas de seguros que no continúen con sus malas prácticas flagrantes, como la de cancelar las pólizas cuando algún asegurado se enferma y al promover la prevención y el bienestar.

Esta ley que fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos y promulgada por el Presidente Barack Obama, se llama Ley de Protección al Paciente y Asistencia Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act). Les voy a hablar sobre esta reforma ¿cómo surgió? ¿de qué se trata?, lo que hace y no hace y lo que significa.

## Esfuerzos para reformar el sistema sanitario en los Estados Unidos antes del gobierno del Presidente Obama

Mucho tiempo antes de que el candidato Barack Obama incluyera la reforma sanitaria como un elemento de su campaña presidencial en 2008, otros presidentes ya habían intentado -sin éxito- ampliar la cobertura de los seguros médicos a casi todos los residentes del país. El primero en proponer esta medida fue Theodore Roosevelt, quien la incluyó como pieza clave de su plataforma cuando lanzó su candidatura por un tercer partido en 1912. Pero perdió las elecciones.

En la década de 1930, en plena Depresión, su primo lejano Franklin D. Roosevelt incluyó el seguro médico como uno de los cuatro pilares de reformas de su programa conocido

como el New Deal. La oposición a la “medicina socializada” de parte de la medicina organizada, expresada por la American Medical Association, aniquiló la reforma sanitaria en aquel entonces -tal como lo siguió haciendo por muchos años. Como resultado, Roosevelt logró obtener el seguro de desempleo, el seguro de jubilación (llamado Social Security en los Estados Unidos) y ayuda para madres en condiciones de pobreza con niños dependientes (llamada Welfare), pero no la reforma sanitaria.

Durante las décadas posteriores, los presidentes estadounidenses, en su mayoría demócratas, propusieron ampliar la cobertura de

los seguros médicos a virtualmente todos los estadounidenses, sólo para ver sus propuestas aniquiladas por opositores tales como la American Medical Association, las empresas, las aseguradoras y las compañías farmacéuticas.

Luego del asesinato de John F. Kennedy en 1962, Lyndon Johnson, quien controlaba un Congreso con mayoría Demócrata, logró la aprobación de importantes leyes sobre derechos civiles y asistencia médica. La legislación aprobada en 1965 estableció Medicare, un programa del gobierno estadounidense para personas mayores de 65 años y personas con discapacidades, no sólo personas en condiciones de pobreza. También creó el programa llamado Medicaid que cubre personas en condiciones de pobreza -principalmente madres pobres y sus hijos- financiado conjuntamente por el gobierno federal y los estados.

Medicare y Medicaid no representaban una cobertura universal, pero sí una ampliación significativa de la cobertura.

Los Estados Unidos estuvieron muy cerca de promulgar una reforma sanitaria más integral durante los primeros años del mandato del Presidente Richard Nixon, quien era Republicano. En esa época, todos creían que era algo seguro. La reforma sanitaria se vino abajo en la década de los 70, cuando su principal promotor, un poderoso miembro del Congreso llamado Wilber Mills, se vio involucrado en un escándalo con una artista del strip-tease y terminó cayendo en desgracia. Una vez que su principal impulsor en la Cámara de Representantes había sido debilitado por el escándalo, la reforma sanitaria se esfumó. Además, la atención del país y de Nixon pronto se volcó hacia el caso Watergate.

El próximo gran impulso vino 20 años más tarde, durante la presidencia del Bill Clinton. La reforma sanitaria era de una prioridad tan alta en 1993, a comienzos de la administración Clinton, que el Presidente designó a su consejera de más confianza, su esposa Hillary, para que supervisara un grupo de trabajo encargado de desarrollar un plan de reforma sanitaria. El grupo de trabajo, conformado por muchos jóvenes asistentes de la Casa Blanca que nunca

habían estado enfermos, se reunía mayormente en secreto y terminó diseñando un plan tan complicado que nadie fue capaz de entenderlo. La idea básica era establecer un sistema de organizaciones de mantenimiento de salud (HMOs por sus siglas en inglés), que competirían entre sí para captar clientes, de manera de mejorar la calidad y abaratar los costos.

El Plan Clinton generó una vigorosa oposición de parte de las Pymes, las aseguradoras y la American Medical Association. Los Republicanos mataron el proyecto de ley aún antes de su nacimiento. La derrota condujo a la pérdida de los Demócratas en las elecciones de 1994 y los Republicanos tomaron el control de la Cámara de Representantes y del Senado.

En los años que transcurrieron entre el fracaso del plan Clinton y los esfuerzos exitosos de la administración de Obama, el Congreso aprobó dos leyes ampliando la cobertura. La primera, llamada Programa Estatal de Seguro Médico Infantil, fue aprobada en 1996 y ofrecía seguro médico a niños en condiciones de pobreza. La segunda, aprobada en 2006, durante la presidencia de George W. Bush, brindaba cobertura para las medicinas con receta a las personas en Medicare. Antes de eso, tenían que pagarlas de su propio bolsillo.

En resumen, a pesar de los esfuerzos de algunos presidentes y un par de intentos que casi llegaron a prosperar, la estridente oposición a la reforma sanitaria obstaculizó todos los esfuerzos en pro de un cambio significativo. Los Estados Unidos siguió siendo el único país industrializado sin cobertura de seguro médico universal o casi universal, una vergüenza y un descrédito. En general, la reforma sanitaria se convirtió en la guillotina de la política estadounidense- una muerte certera para cualquiera que se le acercara.

### **¿Por qué la reforma sanitaria se convirtió en un tema relevante en 2009?**

Aunque la reforma sanitaria fue debatida ampliamente durante la campaña presidencial de 2008, para el momento que Obama fue electo en noviembre de 2008 habían surgido otras prioridades más apremiantes que necesitaban

atención urgente de parte de la nueva administración. La economía estaba en estado crítico: se encaminaba hacia una crisis financiera como la de la Gran Depresión, el desempleo iba en aumento, Irak era un desastre y Afganistán se estaba convirtiendo en una crisis de política exterior.

La primera prioridad de la administración era la economía y, la segunda, era la guerra en Irak. Fue sólo después que puso en práctica el rescate financiero y el paquete de estímulos para vigorizar la economía que Obama dirigió su atención a la reforma sanitaria en contra, debo decir, de la opinión de sus asesores políticos y de su equipo de política interna.

La cuestión es por qué la reforma sanitaria pasó a ser la primera prioridad de la agenda política.

La razón principal eran los altísimos y crecientes costos de los seguros médicos. Para 2009, la asistencia médica estaba consumiendo más de US\$ 2 mil millones por año, o sea el 17% del PIB. A nivel personal, las primas de seguros, que habían estado subiendo entre 9% y 10% por año en la última década, se habían disparado hasta el punto en que las personas, las empresas y los gobiernos ya no las podían pagar. Algunas pequeñas empresas y personas estaban siendo afectadas por primas de más del 25%. La principal causa de las bancarrotas personales en los EE.UU. era la incapacidad de pagar las cuentas médicas. Medicaid estaba devastando los presupuestos estatales y el gobierno federal temía que el fideicomiso de Medicare quebrara. Todos -empresas, personas, familias y gobiernos- estaban clamando por ayuda.

### **¿Por qué son tan altos los costos médicos?**

Para comprender por qué la asistencia médica en los Estados Unidos es tan costosa, debemos tener una idea básica de cómo se presta y se paga la asistencia médica en los Estados Unidos. Históricamente, la asistencia médica ha sido una actividad del sector privado prestada, principalmente, por médicos y compañías farmacéuticas con fines de lucro (los hospitales funcionaban principalmente como

instituciones sin fines de lucro, aunque trataban de maximizar las utilidades de una forma similar a las instituciones con fines de lucro). Sólo cuando se aprobó Medicare y Medicaid en 1965 el gobierno de los EE.UU. se involucró de manera significativa.

En la década de 1930 se crearon y prosperaron las aseguradoras sin fines de lucro Blue Cross y Blue Shield. A cambio de pagos mensuales, estas empresas cubrirían el costo de la hospitalización y los honorarios médicos. Sin embargo, en 1980 comenzaron a funcionar las aseguradoras privadas con fines de lucro en el campo de la salud, las cuales cubrían a personas sanas. Esto cambió la naturaleza del negocio de los seguros médicos, ya que las empresas Blue Cross-Blue Shield competían con las aseguradoras con fines de lucro para captar familias sanas más lucrativas. Así, en los 90 comenzaron a prosperar los planes de salud que aseguraban y brindaban asistencia médica.

Los estadounidenses, en su gran mayoría, obtienen su seguro médico a través de sus empleos. Durante la II Guerra Mundial, en una época en que los salarios estaban congelados, los sindicatos negociaron para que los seguros médicos se consideraran como beneficios complementarios, en lugar de un aumento de sueldo. Como los empleadores pagaban las primas (libres de impuestos) y los empleados pagaban muy poco o nada por la asistencia médica, el seguro médico se consideró como un bien libre de costo y no había incentivos para mantener bajos los costos.

Además, los estadounidenses piensan que tienen el derecho a recibir la mejor atención cuando se enferman y los médicos están capacitados para hacer todo lo posible a fin de mantenerlos vivos. Con relación a esto, en Estados Unidos se tiende a usar abundantemente la tecnología y los tratamientos más avanzados cuando las personas envejecen y tienen enfermedades graves. El diez por ciento de los pacientes -generalmente los más enfermos, con múltiples dolencias crónicas- representan el 64% de los costos de Medicare. Por otra parte, la mayoría de los costos surge durante el último año de vida, en promedio son cinco veces

más que los de los otros años. Muchas personas mueren en hospitales conectadas a máquinas que no desean y que cuestan mucho dinero.

Muchas personas consideran que el sistema de pago de honorarios por servicios (fee-for-service) ha contribuido a incrementar los costos de la asistencia médica. En este sistema, los médicos (inclusive servicios de alta tecnología) tienen un incentivo para ofrecer servicios de alto costo. Adicionalmente, los Estados Unidos tienen una gran cantidad de especialistas y subespecialistas, los cuales son muy costosos, y muy pocos médicos de atención primaria, quienes son menos costosos. Muy pocos estudiantes de medicina quieren convertirse en proveedores de atención primaria mal pagados y sobrecargados de trabajo. La mayoría se decide por una especialización.

Otro factor es la industria farmacéutica, que mayormente no está regulada y es altamente rentable. A cambio de los costos de investigación y desarrollo, las compañías tienen derechos exclusivos para vender una droga durante doce o más años antes de que pueda existir competencia de una versión genérica. Medicare, que compra grandes cantidades de medicinas, no puede negociar precios más bajos según la ley.

En pocas palabras, la asistencia médica en los Estados Unidos la proveen los doctores, los hospitales y las compañías farmacéuticas con fines de lucro en un sistema de honorarios por servicios que promueve la atención médica cada vez más cara. Esta atención la pagan las aseguradoras, quienes también buscan maximizar su rentabilidad, y la compran los empleados, quienes a menudo consideran que la asistencia médica es gratis y esperan la mejor y más avanzada tecnología disponible. Todo esto sin mencionar la inmensa e injusta disparidad entre la asistencia médica disponible para los que tienen medios y los que no los tienen.

**Otra razón que se cita frecuentemente para colocar la reforma sanitaria en el lugar preponderante de la agenda política es que el número de personas no aseguradas era**

**muy alto y estaba creciendo cada vez más.**

El alto costo de los seguros forzó a las empresas, especialmente las pequeñas, a discontinuar la cobertura para sus empleados. En el año 2000, el 64% de los estadounidenses estaba cubierto por sus empleadores, mientras que ya para 2009 esta cifra había caído al 59%.

En 2010, en los Estados Unidos 46 millones de personas entre los 18 y 65 años no estaban aseguradas. Esto condujo a que más trabajadores de mediana edad -que tienen voz política- quedarán desempleados. Esto, a su vez, puso mayor presión sobre los gobiernos estatales, los cuales tenían que financiar la asistencia médica de los no asegurados a partir de los presupuestos estatales, ya presionados por la grave recesión.

Además, esto forzó una discusión ética sobre los valores de un país donde 46 millones de personas -casi una de cada cinco entre 18 y 65 años en los Estados Unidos- carecían de la protección de un seguro médico.

**En 2006, el Estado de Massachusetts aprobó una ley que demostró que la reforma sanitaria era posible y podía generar el respaldo de ambos partidos.**

La reforma sanitaria en Massachusetts brindó a un modelo en el que virtualmente todos los residentes del Estado debían comprar un seguro médico y se creaba un mercado para conectar a los compradores y vendedores de seguros médicos. Este fue el modelo adoptado por el gobierno de los Estados Unidos.

**Había un número creciente de investigaciones que mostraban que el repetido mantra de que “En los Estados Unidos hay la mejor asistencia médica del mundo” sencillamente no era cierto.**

Los informes del influyente Instituto de Medicina mostraron que la calidad de la asistencia médica en los Estados Unidos era, de hecho, tanto costosa como frecuentemente mediocre. Un análisis citado a menudo por la Organización Mundial de la Salud encontró que el sistema de salud de los Estados Unidos se ubicaba en el puesto 37, más bajo que el de Marruecos o el

de Omán No sólo eso, sino que el costo de esta atención médica mediocre por persona era casi el doble del de cualquier otro país industrializado.

### **También había un compromiso personal de Obama.**

Él había planteado la urgencia de la reforma sanitaria durante su campaña presidencial. Y fue muy elocuente al describir cómo tuvo que pelear con las compañías de seguros por la cobertura de su madre cuando ésta estaba muriendo de cáncer. Como veremos pronto, Oba-

ma resucitó personalmente la reforma sanitaria en un momento en que todos los analistas la habían dado por muerta.

### **Finalmente, existía una oportunidad política.**

El hecho de que los Demócratas, por primera vez en más de 40 años, hubieran capturado la presidencia y ambas cámaras del Congreso. Y la nación estaba en crisis. Como dijo un asesor presidencial “Nunca hay que desaprovechar una buena crisis”.

## **La historia de la reforma sanitaria: 2009-2010**

### **El contexto**

Recuerden que el debate sobre la reforma sanitaria surgió en un momento en que la economía estaba tambaleándose y la imagen de la Gran Depresión se erguía en el horizonte. La Administración estaba gastando billones de dólares para rescatar al sector financiero y estimular la economía, gasto que contrariaba a mucha gente. Así pues, existía un contexto económico y financiero para el surgimiento de la reforma sanitaria.

Además, había un contexto político y, a fin de comprender como se logró la reforma, es necesario conocer algo sobre el clima político en Washington en esos días.

Lo primero que hay que saber es que la política en Washington hoy es muy amarga. Muchos observadores dicen que no recuerdan otra época en que el rencor entre los partidos haya sido tan pronunciado. En otros términos, no existe ningún acuerdo entre los dos partidos. Los Republicanos, desplazado muy hacia la derecha recordaban cómo la debacle de la reforma sanitaria de Clinton había dado pie a las victorias electorales de los Republicanos en 1994, decidieron oponerse a cualquier propuesta de reforma sanitaria de los Demócratas. Por su parte, el gobierno de Obama comenzó a operar bajo un espíritu de acuerdo entre los dos partidos, pero con el tiempo se dio por vencido y se ciñó estrictamente a las líneas partidistas. El debate sobre la reforma sanitaria en 2009 se

caracterizó por fieras batallas entre los partidos, la cobertura 24 horas al día por los medios y una opinión pública que no comprendía los problemas y estaba desencantada o en contra de Washington.

Las posiciones sobre la asistencia médica se dividieron según líneas partidistas, con unanimidad general entre los Republicanos y hondas fisuras entre los Demócratas.

- Los Demócratas Liberales querían un sistema operado por el gobierno, parecido al de Canadá y Europa. Habrían aceptado un sustituto, la “opción pública”, en la cual se ofrecería un programa de seguros del gobierno que competiría con las aseguradoras privadas. Supuestamente, el poder de adquisición del gobierno forzaría a los médicos, hospitales y compañías farmacéuticas a bajar sus precios, y el sector privado también tendría que hacerlo.
- Los Republicanos estaban unidos en la oposición. Se oponían firmemente a los programas de seguros operados por el gobierno. Su argumento era que los seguros médicos debían ser parte del libre mercado. En otras palabras, los Republicanos estaban unidos respecto a dejar los seguros médicos en manos de las aseguradoras privadas, mientras que los Demócratas Liberales querían deshacerse de las compañías privadas o al menos forzarlas a competir con un programa

de gobierno fuerte.

Los Republicanos también estaban preocupados por el creciente déficit y sobre si era posible costear un nuevo y caro programa, a implementarse justamente después de un oneroso paquete de rescate y estímulos financieros.

- Además, había un grupo de Demócratas conservadores que querían algo de reforma, pero que no querían un rol importante para el gobierno. Al igual que los Republicanos, estaban preocupados por las consecuencias financieras de un nuevo rol como operador de seguros para el gobierno.

Tres de éstos, llamados “Blue Dog Democrats”, querían ser reelegidos en 2009 y enfrentaban serios desafíos de la Derecha. Los líderes del Partido Demócrata fueron diluyendo progresivamente la legislación para mantener estos tres votos Demócratas, que habían cobrado una importancia clave debido a algunas reglas del Senado particularmente extrañas. Las reglas son tan complicadas que no voy a entrar en eso ahora, salvo para explicarles que se necesita una súper mayoría de 60 votos para aprobar una ley en el Senado, donde hay 100 miembros, no sólo una mayoría de 51 votos. Tal y como estaban las cosas, los Demócratas tenían 60 escaños en el Senado y necesitaban todos esos votos, inclusive los de los tres Blue Dog Democrats conservadores.

Así pues, éste era el tóxico y frágil entorno político en el cual el Congreso consideró la reforma sanitaria, lo que ayuda a explicar muchas de las concesiones que caracterizan a esta Ley.

### La cronología

Cuando pensaba en cómo darles una idea de cuán complejo fue aprobar la reforma sanitaria, decidí ofrecerles una breve cronología de lo que sucedió en el Congreso y en la Casa Blanca durante ese periodo. Aunque entro en algunos intrincados temas respecto al proceso legislativo -y perdónenme si alguno de ustedes se queda sin comprender- los hitos de la crono-

logía revelan la interacción entre la política, la opinión pública y la ideología.

Aunque había desacuerdo sobre muchos temas, el punto clave de contención era la llamada opción pública, el plan de seguros médicos operados por el gobierno que competiría con las aseguradoras privadas. Como no tenían los votos para un sistema de un solo pagador, los Demócratas liberales estaban dispuestos a aceptar un plan de reforma sanitaria con la opción pública. Los Republicanos detestaban la opción pública. Ningún Republicano habría votado por una ley de reforma sanitaria que la incluyera.

En los Estados Unidos, aprobar una ley requiere que ambas cámaras del Congreso aprueben un proyecto de ley para que luego sea promulgado por el Presidente. Tres comités de la Cámara de Representantes y dos comités del Senado tenían jurisdicción sobre diversas partes de la reforma sanitaria.

- **Enero de 2009:** Obama asume la Presidencia. Los primeros seis meses se centra en la economía. Aun así, durante los primeros seis meses, la Administración asignó, como parte del Paquete de Estímulos Económicos, US\$ 87 mil millones para Medicaid, US\$ 20 mil millones para tecnología de información médica, y US\$ 25 mil millones para continuar la cobertura de seguros médicos a los recién desempleados. También otorgó US\$ 33 mil millones para ampliar la cobertura médica a niños pobres, aumentó el impuesto sobre los cigarrillos a 62 centavos de dólar por paquete, y eliminó las restricciones sobre el uso de fondos de ayuda internacional para los abortos. En síntesis, la salud no fue ignorada durante los primeros días del gobierno de Obama. Pero el tema no estaba siendo abordado de forma integral y Obama quería y alentaba una mayor expansión de la cobertura de los seguros médicos.

- **Julio de 2009:** En medio de una incesante cobertura de los medios, el Comité de Salud del Senador Kennedy aprueba el pro-

yecto de ley que obligaría a casi todos los estadounidenses a tener una póliza de seguro médico. Incluye una opción pública.

Los tres comités de la Cámara de Representantes con jurisdicción sobre la asistencia médica aprueban un proyecto de ley similar, que también incluye una opción pública.

- **Agosto de 2009:** El Congreso entra en receso y los Senadores y Representantes vuelven a casa para encontrar que sus electores están furiosos con la reforma sanitaria. No la comprenden y, como no la comprenden, no les gusta.

El furor sobre los llamados “paneles de la muerte” ilustra el ambiente. Un Republicano de Georgia introdujo una enmienda que asignaría algo de dinero para que las personas cercanas a la muerte recibieran consejos sobre sus opciones médicas. No era nada radical o peligroso ¿verdad? Bien, Sarah Palin, la ex gobernadora de Alaska y candidata presidencial por el partido Republicano, convirtió esta propuesta humanitaria en “paneles de la muerte operados por el gobierno” que desconectarían tubos y matarían a la pobre abuela. Esto impactó a la gente de la derecha y de la izquierda y ambos bandos corrieron a esconderse.

Muere el Senador Kennedy, quien había sido por largo tiempo el adalid de la reforma sanitaria y decano de los Demócratas liberales. Kennedy, quien se había opuesto a los planes de reforma de salud del Presidente Nixon porque no iban lo suficientemente lejos, dijo con melancolía poco antes de morir que ojalá pudiera tener en 2009 lo que le habían ofrecido en 1974.

En ese momento, parecía que las posibilidades de reforma sanitaria habían fenecido.

- **Septiembre-octubre de 2009:** Con la reforma sanitaria agonizando, el Congreso reanuda sus sesiones.

El Comité de Finanzas del Senado vota en contra de su propio proyecto de ley sobre la reforma sanitaria. A fin de obtener el voto de un Senador Republicano (logrando así

que fuera un proyecto de ley con el apoyo de ambos partidos), el Comité elimina la opción pública.

El líder de la mayoría en el Senado anuncia que la opción pública será parte de cualquier proyecto de ley que sea aprobado por el Senado, perdiendo así el único Republicano del Senado que apoyaba la reforma sanitaria.

- **Noviembre-diciembre de 2009:** La Cámara de Representantes en pleno aprueba el proyecto de ley con una opción pública. Ni un solo Republicano apoya el proyecto de ley.

El Senado aprueba el proyecto de ley sin una opción pública. Hay 60 votos a favor, todos ellos Demócratas.

- **Enero-febrero de 2010:** En lo que representa una gran ironía social, se elige a un Republicano para ocupar el lugar del Senador Kennedy en el Senado por Massachusetts, privando a los Demócratas del voto No. 60 y enviando ondas de shock a Washington.

Sin los 60 votos Demócratas, la posibilidad de una reforma sanitaria parece estar muerta una vez más.

El Presidente Obama interviene personalmente y revela su propia propuesta, muy similar a la del Senado. Para mantener los votos de los Demócratas Blue Dog, no incluye una opción pública. La Casa Blanca promueve gran cobertura de los medios. Los Demócratas cobran nuevo ímpetu. Los liberales, que sienten que es mejor algo que nada, convienen en respaldar el plan de Obama. Los Representantes y Senadores Demócratas opuestos al aborto de ambos partidos, que habían amenazado con votar en contra del proyecto de ley, piensan que sus exigencias han sido satisfechas suficientemente y convienen en respaldar el proyecto de ley.

- **Marzo de 2010:** Utilizando una maniobra parlamentaria complicada y poco usada,

ambas Cámaras aprueban una ley sobre reforma sanitaria que requiere sólo una mayoría de 51 votos del Senado no una súper mayoría de 60 votos.

23 de Marzo. El Presidente Obama promulga la Ley de Protección al Paciente y Asistencia Médica Asequible.

Como pueden ver, el proceso fue muy complicado y contencioso, lleno de riñas y concesiones entre ambos partidos. El proyecto de ley final fue aprobado sin un solo voto Republicano y no es ni popular ni bien comprendido en el país.

### ¿Qué logra realmente la ley de reforma sanitaria?

Esta ley tiene más de 2 mil páginas. Es sumamente compleja y muchas de sus disposiciones están escritas en lenguaje legal imposible de descifrar (a menos que usted haya sido uno de los que ejerció influencia para que estuviera allí). A continuación resumo lo esencial:

**Primero.** La nueva ley amplía la cobertura dramáticamente. Según ella, 32 millones de personas que antes no estaban aseguradas lo estarán ahora, bajando el porcentaje de 17% al 6%. La mayoría de los que seguirán sin cobertura son inmigrantes indocumentados.

La nueva ley amplía la cobertura de la siguiente forma:

- Obliga a que la mayoría de las personas compre un seguro médico y la mayoría de las empresas (salvo aquéllas con menos de 25 empleados), cubra gran parte del costo de las primas de sus empleados.

Las empresas y las personas que infrinjan este requisito serán penalizadas con multas. Las multas son relativamente bajas.

- Estipula que Medicaid deberá cubrir a las personas que estén hasta 133% sobre el nivel de pobreza federal (el actual nivel de pobreza es de alrededor de US\$ 20,000 para una familia de cuatro personas) Se espera que alrededor de 16 millones de

personas queden cubiertas por la ampliación de Medicaid.

Medicaid es el programa de seguro médico federal/estatal para personas en condiciones de pobreza. Ésta es una ampliación importante por dos razones: le da cobertura a nuevas personas, adultos de bajos ingresos sin hijos dependientes, por ejemplo. También sube el umbral significativamente. Según las actuales reglas de elegibilidad, las cuales varían de un estado a otro, en algunos estados las personas que ganan tan poco como el 20% del nivel de pobreza no califican para Medicaid.

- Establece bolsas que sirvan de intermediarias entre las aseguradoras por una parte y las personas o pequeñas empresas por la otra.

Unos 16 millones de personas más quedarán cubiertas mediante estas bolsas.

El Congreso se basó en el modelo de Massachusetts. Este Estado ha usado el mecanismo de la bolsa desde que aprobó su reforma sanitaria en 2006. Ya que es un concepto nuevo y no ha sido probado a nivel nacional, vale la pena hablar brevemente sobre el concepto de las bolsas.

Una bolsa será, con pocas excepciones, un mercado operado por una agencia del gobierno de cada estado o por una ONG, la cual certificará los planes de seguros médicos de distintas aseguradoras (todos los planes deberán contener beneficios básicos específicos) y ofrecerá los planes a personas y empresas que califiquen para el plan. Las bolsas deberán ofrecer cuatro niveles de planes, desde un plan bronce que cubra el 60% de los beneficios hasta un plan platino que cubra el 90% de ellos. También incluye un plan con deducibles altos y primas bajas para personas más jóvenes.

- Subsidia las primas de personas y familias de bajos ingresos que compren seguros a través de una bolsa y ofrece incentivos financieros a empresas para estimularlas a que compren seguros para sus empleados.

Los costos de las primas para las personas serán subsidiados sobre la base de una regla de cálculo, dependiendo en los ingresos. Se fijan límites para los costos de bolsillo.

La forma en que funcionarán las bolsas en la práctica, la cuestión de si las pólizas de seguro médico que se ofrecerán serán asequibles o no y de si los incentivos y penalidades serán suficientes para inducir a las personas a comprar y a las empresas a ofrecer seguros médicos, está por verse. Sean los que sean los problemas prácticos, los cuales se abordarán en el futuro, la ley de reforma sanitaria brinda una ampliación muy necesaria a la cobertura de seguros.

**Segundo.** La ley de reforma sanitaria prohíbe las malas prácticas flagrantes de las empresas aseguradoras.

De conformidad con la Ley, las aseguradoras no podrán:

- Negar la cobertura basándose en condiciones preexistentes.
- Fijar límites anuales o de por vida a la cobertura de seguros.
- Cancelar pólizas o aumentar las primas irrazonablemente a personas o empresas que soliciten el pago de siniestros.

La eliminación de estas prácticas odiosas hará que los seguros médicos sean más justos y que la reforma sanitaria sea más popular. Las personas con asma o diabetes ya no tendrán que temer que les nieguen la cobertura basándose en su condición. Las personas que no tienen seguros y contraen cáncer ya no tendrán que temer la pérdida de su cobertura.

La nueva ley también requiere que las aseguradoras paguen, al menos, el 80% de las primas de la asistencia médica (actualmente, algunas aseguradoras gastan hasta 30-40% en administración, gran parte de lo cual se usa para negar pagos; esto limitaría el monto

que ellas pueden gastar en la administración al 20%); las obliga a cubrir a los hijos hasta la edad de 26 años dentro de la póliza de sus padres; a asegurar a cualquiera que lo solicite y, con algunas variaciones, a cobrarle la misma tasa, sin importar su estado de salud; y a ofrecer cobertura por tratamientos de enfermedades mentales y abuso de estupefacientes.

**Tercero.** La nueva ley sobre la reforma sanitaria intenta desacelerar los crecientes costos de la asistencia médica -y mejorar la calidad de la asistencia médica- a través de una variedad de programas experimentales diseñados para aumentar la prevención, ampliando la atención primaria y organizando sistemas de asistencia médica con mejor coordinación.

La nueva ley toma una posición firme respecto a la importancia de la asistencia primaria al estipular que los planes de seguros privados y públicos cubran el 100% de los cuidados preventivos, tales como el examen físico anual o las mamografías. Esto es un cambio importante ya que, por lo general, la medicina preventiva no está cubierta dentro de las actuales pólizas de seguros médicos.

Más allá de esto, la ley autoriza una serie de programas experimentales diseñados para encontrar alternativas al pago de honorarios por servicios -lo cual está considerado por algunos expertos como el culpable de una asistencia médica de alto costo y calidad mediocre- al sustituir los antiguos modelos por modelos basados en la prevención, la asistencia primaria y la gestión mejorada de las enfermedades crónicas. Para serles sincero, las disposiciones sobre la contención de costos son la parte más débil de la ley. Son débiles porque el público estadounidense le tuvo miedo a cualquier cosa que pudiese ser vista como racionamiento o recortes de presupuesto de la asistencia médica.

Entre otras cosas, la nueva ley financia lo siguiente:

- Proyectos de demostración sobre atención a menor costo y mejor gestionada; mejor coordinación de la atención; pago de atención integral, en lugar de intervenciones in-

dividuales; y pago de hospitales y médicos sobre la base de su cumplimiento con medidas de calidad y costo.

- Un nuevo centro para comparar los resultados de los distintos tratamientos.

La ley estipula una “estrategia de mejoramiento de calidad” que deberá ser sometida al Congreso y establece un comité para recomendar al Congreso formas para frenar los costos ascendentes de Medicare.

Tal como lo ha notado un analista, intenta todo lo que ha sido propuesto alguna vez como forma de recortar costos y mejorar la calidad.

**Cuarto.** La ley establece un programa de seguros para atención a largo plazo y autoriza una variedad de programas de demostraciones que permitan a los adultos mayores quedarse en sus casas o comunidades.

Medicare no cubre el costo de la mayoría de las residencias de ancianos o la atención de salud en casa. Esto ha hecho que muchas personas mayores queden en bancarrota al tener que pagar por residencias de ancianos y por atención médica en casa.

El nuevo programa de seguro médico a largo plazo -el legado del adalid de la asistencia médica, el Senador Kennedy- es un gran adelanto para ayudar a pagar el tipo de custodia que requieren muchos adultos mayores. El nuevo programa -llamado la Ley Class- permite a los trabajadores y a sus empleadores contribuir a un programa de asistencia médica a largo plazo que ayudará a pagar por el costo de una residencia de ancianos cuando ellos envejecan.

### **La ley también contiene muchas otras disposiciones**

Son demasiado numerosas para explicarlas en detalle, pero les doy algunos pormenores. Por ejemplo, las cadenas de restaurantes deberán poner en un lugar visible el contenido calórico de la comida que venden; los salones de bronceado tendrán que pagar un impuesto especial; las aseguradoras tendrán que cubrir

la educación contra el tabaquismo de las trabajadoras embarazadas; los empleadores tendrán que dar recesos en el trabajo para que las madres lactantes puedan alimentar a sus bebés; entre otros.

### **Las disposiciones de la nueva ley irán entrando en vigor a lo largo de un periodo de nueve años.**

Se estableció este periodo de implementación por etapas para que las aseguradoras, los gobiernos, los empleadores y las personas puedan prepararse para los cambios. Pero también fue por razones políticas. Políticamente, algunos de los beneficios importantes comienzan temprano y serán visibles para el público que está claramente escéptico respecto al plan de reforma sanitaria, mientras que otras medidas más polémicas desde el punto de vista político, tales como el impuesto sobre los planes de salud costosos -a lo cual se han opuesto vigorosamente los sindicatos-, serán demoradas.

Por ejemplo:

- Los cambios comienzan en 2010. Las aseguradoras tendrán que cubrir a los hijos bajo la póliza de los padres y no podrán excluir a hijos basándose en condiciones preexistentes. Además, ya algunos adultos mayores con planes de medicinas por receta de Medicare han recibido cheques devolviéndoles dinero en 2010.
- En 2014 entrará en vigor la mayoría de los grandes cambios. El más importante es la obligación que tendrán las personas de adquirir un seguro médico, el establecimiento de las bolsas de asistencia médica, la ampliación de la cobertura de Medicaid y las multas a los empleadores que no cubran a sus empleados.

La cobertura y los beneficios adicionales serán pagados mediante una serie de impuestos, tasas y multas. Según la Oficina de Presupuesto del Congreso, cuando se sumen los ingresos y los gastos, el paquete de reformas

sanitarias reducirá el déficit federal por más de US\$ 100 mil millones a lo largo de diez años y por más de un billón de dólares entre 2020 y 2030.

Se espera que algunos de los ahorros provengan de la reducción del costo de proveer asistencia médica utilizando más tecnología de información médica, reduciendo el papeleo, coordinando la asistencia médica de manera más eficaz y basándose en tratamientos basados en evidencia. También, eliminando el fraude.

Adicionalmente, la ley espera obtener ingresos adicionales mediante las siguientes medidas:

- Gravando con impuestos a planes de salud costosos.
- Obligando a las empresas farmacéuticas y de equipos médicos y hospitales a pagar miles de millones de dólares en tasas, basado en su participación del mercado.
- Aumentando los impuestos a las nóminas por Medicare y los impuestos sobre los ingresos no devengados para personas que ganen más de US\$ 200.000.
- Multando a personas que no adquieran seguros médicos y a empresas que se rehúsen a suministrarlos.

### **Cuatro ideas para recordar**

Hay cuatro ideas que me gustaría que se llevaran a casa:

- En primer lugar, la Ley no transforma la asistencia médica o los seguros médicos en los Estados Unidos, sino que utiliza el sistema actual de los Estados Unidos como base para el desarrollo.  
Es un término medio que ha sido aceptado generalmente por una sociedad muy fracturada. En este sentido, decepciona a aquellos que preferían un sistema con un solo pagador y los que querían dejar la asistencia médica en mano de las fuerzas del mercado.

- En segundo lugar, la Ley logra algunas cosas altamente significativas, tales como:
  - Prohíbe las malas prácticas flagrantes de las empresas aseguradoras.
  - Aumenta substancialmente el número de personas de bajos y medianos ingresos que tendrán seguros médicos.
  - Crea un nuevo programa de seguros médicos a largo plazo.
  - Enfatiza la prevención, el bienestar y la coordinación de los prestadores de asistencia médica
- En tercer lugar -y esto refleja su naturaleza altamente política- la ley de reforma sanitaria omite hacer una serie de cosas importantes, tales como:
  - *Aunque la ley incluye una serie de programas de demostración para probar las ideas sobre contención de costos, este enfoque es, tal como lo comentó un funcionario del gobierno, la teoría espagueti del diseño de políticas, o sea, se lanza un poco de tallarines contra la pared y se espera a ver qué se pega.* A pesar de las promesas de la Oficina de Presupuesto del Congreso, muchas personas -y casi todos los Republicanos- dudan que esta nueva ley realmente frenará los costos médicos ya fuera de control. Si lo vemos desde una perspectiva más amplia, nos preguntamos si los Estados Unidos puede darse el lujo de implantar otro gran programa que otorgue más derechos a sus ciudadanos. El no abordar la contención de costos podría convertirse en el talón de Aquiles de la reforma sanitaria.
  - *No cubre los inmigrantes indocumentados y, en algunos casos, obliga a los inmigrantes legales a esperar años an-*

*tes de calificar para la cobertura.* Esto es un reflejo del sentimiento contra los inmigrantes que impera actualmente en los Estados Unidos. Según la ley de reforma sanitaria, los inmigrantes indocumentados no tienen derecho a usar los servicios médicos financiados por el gobierno. Sin embargo, podrán seguir recibiendo asistencia médica en los hospitales públicos, servicios de urgencia, centros médicos comunitarios y clínicas gratis.

- *No aborda las causas sociales y conductuales de la mala salud.* Contiene muy poco, por ejemplo, sobre cómo frenar el hábito de fumar o cómo prevenir la obesidad, las dos cosas que son responsables por tres cuartos de millón de muertes prematuras al año en los Estados Unidos.
  - *Contribuye poco a fortalecer los servicios públicos o departamentos de salud,* aunque hace una venia a la salud pública, por ejemplo, al crear una comisión para promoverla.
  - *No permite que se utilicen fondos de los Estados Unidos para pagar por los abortos.* Esto fue parte de las concesiones necesarias para obtener el respaldo de los Senadores y Representantes en contra del aborto.
- En cuarto lugar, existen muchas dudas sobre cómo será su implementación en la práctica. Mucho de esto dependerá de las regulaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales del

Gobierno. Algunas de estas dudas son:

- *¿La ley será revocada pronto por los tribunales?* Los Republicanos están muy enojados. Veinte y dos estados están introduciendo demandas para hacer que se revoque el requisito de que todas las personas compren un seguro médico alegando que es inconstitucional. Si las demandas prosperan, socavarán la base de la reforma sanitaria.

- *¿El Congreso financiará la implementación de la reforma sanitaria?* Los Republicanos esperan grandes logros en el Congreso en noviembre. Si logran suficientes escaños, podrían bloquear las asignaciones para asistencia médica. La reforma sanitaria podría morir de inanición.

- *¿Irán las personas naturales y los dueños de pequeñas empresas a comprar realmente seguros médicos o sencillamente optarán por pagar una pequeña multa?* Si las personas saludables deciden no comprar un seguro, entonces destruirán la cobertura casi universal requerida para que la ley funcione.

- *¿Habrá suficientes médicos de atención primaria para atender a todas las personas recién aseguradas?*

- *¿La reforma sanitaria podrá realmente contener los costos?* Tal como lo mencioné anteriormente, éste es un punto crítico y un posible talón de Aquiles.

En pocas palabras, en estos momentos sencillamente no sabemos qué va a suceder. La accesibilidad, la regulación de los seguros, la política, los desafíos legales son incógnitas. Es un poco como andar a ciegas.

## Importancia de la Reforma Sanitaria de los Estados Unidos para América Latina

¿Cuál es la importancia de la nueva ley para América Latina? Claramente, un cambio significativo de políticas como éste tendrá un impacto en todo el hemisferio. Este impacto se materializará de dos maneras. En primer lugar, para mal o para bien, el poderío económico de los Estados Unidos y el alcance de sus comunidades comerciales y académicas ejercen una gran influencia en el hemisferio. En segundo lugar, los Estados Unidos tiene gran influencia sobre los bancos e instituciones internacionales que ofrecen asesoría y asistencia para el desarrollo, y que a su vez tienen la posibilidad de afectar las políticas en la región.

En estos momentos, sospecho que el efecto en el hemisferio será poco porque la ley toma el enfoque de transitar un camino neutral y construir sobre el actual sistema. Además, porque la controversia que está generando genera dudas sobre su futuro. Por lo tanto, la ley no es un cambio radical. No revoluciona los seguros médicos en los Estados Unidos ni cambia el sistema. Si los Estados Unidos hubiese pasado a un sistema de una sola capa como el de Canadá, hubiese adoptado un enfoque totalmente de libre mercado o hubiese abolido la medicina de honorarios por servicios, entonces eso sí habría tenido un efecto dominó en toda la región, algo como lo que sucedió cuando la teoría económica de Milton Friedman y la Escuela de Economía de Chicago estaban de moda en los Estados Unidos. Sin embargo, es difícil respaldar con mucha convicción este enfoque neutral que hace cambios modestos, aunque importantes, al status quo.

Además, la forma en que se provee la asistencia médica en los Estados Unidos es única en su especie. Dada la singularidad del sistema sanitario de los Estados Unidos y sus problemas, las soluciones adoptadas en los Estados Unidos no van a ser imitadas fácilmente. Por ejemplo, yo no esperaría que el concepto de las bolsas pueda implementarse en otros países de la región.

Igualmente, mientras que la hostilidad respecto a la reforma sanitaria siga siendo tan fuerte y su implementación tan dudosa, es aún prematuro considerarla como un hecho y algo digno de ser emulado por otros sistemas. Con el tiempo, si se demuestra que funciona -si en realidad la mayoría de las personas están cubiertas, si la calidad de la asistencia médica mejora, si las personas se van haciendo más saludables y si los costos se contienen- podría ser un modelo digno de imitar. Pero por los momentos, todo esto está por verse.

Una vez dicho esto, sospecho que muchos elementos -o más bien algunos principios- sí podrían traducirse y tener una influencia en América Latina.

- El primero es que todas o casi todas las personas deberían tener un seguro médico. Como los Estados Unidos no se ha destacado por asegurar a grandes cantidades de personas, este cambio de política podría ser significativo. Este principio básico de equidad podría tener amplias ramificaciones. Hace algunos años, el Dr. Solimano y yo dijimos que “la reforma sanitaria (que en esos momentos estaba caracterizada por la asistencia médica gestionada por organizaciones sin fines de lucro) tiene que ser reformada”. Esta ley es un comienzo de la reforma a esas reformas.
- El segundo es su énfasis sobre la atención preventiva y primaria, una mejor coordinación de la atención médica y un mayor bienestar. Aunque la reforma sanitaria no maneja estos temas muy bien, el principio es importante y significa un cambio substancial del énfasis actual. Esto podría ciertamente tener un impacto sobre la forma en que se ofrece la atención médica más allá de las fronteras de los Estados Unidos.
- El tercero es el énfasis en la contención de

costos. El alto costo de la asistencia médica afecta a todas las naciones y muchos gobiernos están buscando formas de disminuir costos. Tal como lo mencioné anteriormente, los Estados Unidos ha tomado un enfoque atomizado a esto, pero si algunos de los enfoques tienen éxito, podrían ser adoptados ampliamente en América Latina y en otros lugares.

Debería mencionar que reconozco que estas posibles influencias - su meta de una cobertura casi universal, su énfasis sobre la atención primaria y la prevención, y su preocupación por los costos- ya son elementos de muchos, si no todos, los sistemas sanitarios de América Latina y que los Estados Unidos puede aprender mucho de la legislación más avanzada de sus vecinos del Sur. Sin embargo, el mero hecho de que los Estados Unidos ahora este prestando atención a estos temas podría tener un impacto más allá de sus fronteras.

Finalmente, -y esto es algo que muy pocas personas están mencionando pero es algo que ustedes deben tener en cuenta- está la interrogante sobre si el actual sistema de honorarios por servicios sobrevivirá. Algunos expertos sobre política sanitaria lo culpan de todo el problema y quisieran reemplazarlo con un sistema donde se maneje mejor la asistencia médica y se pague a los proveedores sobre una base que no sea la cantidad de sus servicios. Muchos de los experimentos de la nueva ley para contener los costos y mejorar la calidad, son intentos para encontrar formas efectivas desde el punto de vista de los costos para gestionar la asistencia médica. Aunque nunca se mencione explícitamente, un objetivo a largo plazo es reemplazar el actual sistema con algún tipo de asistencia gestionada. Massachusetts ya está explorando este modelo. Si los Estados Unidos al fin abandonase el sistema de honorarios por servicios, entonces ese cambio podría tener grandes repercusiones en todo el hemisferio.

### **Algunas Reflexiones de Cierre**

La Ley de Protección al Paciente y Asis-

tencia Médica Asequible es una pieza de legislación que emergió de un Congreso y un país amargamente divididos, y refleja las concesiones que tuvieron que hacerse para aprobar aunque fuera algo. La ley refleja las divisiones entre los Demócratas y los Republicanos, entre conservadores y liberales, y entro los que están a favor o en contra de programas sociales gubernamentales. Refleja la tensión entre los que creen que la asistencia médica es un commodity -y ésta es la visión imperante en los Estados Unidos- y los que creen que es un derecho que debería ser accesible para todos. También refleja la ausencia del principio de solidaridad en los Estados Unidos -de cuidar a nuestros vecinos y a la sociedad en general-un principio que muchos comparten en América Latina.

La ley hace grandes avances al ampliar la cobertura de los seguros médicos a más de 30 millones de personas, al eliminar algunas de las peores prácticas de las aseguradoras; al ofrecer protección a los adultos mayores contra los costos de la atención médica a largo plazo; y al enfatizar la prevención, el bienestar y la coordinación de la atención médica. No aborda, sin embargo, las causas sociales, ambientales y conductuales de la mala salud; apenas considera la salud pública; aún deja sin cobertura a millones de personas, muchas de las cuales son inmigrantes indocumentados; es débil sobre el financiamiento de los abortos; y no ataca con seriedad la inflación de los costos médicos, lo cual podría resultar fatal.

Claramente, la reforma sanitaria en los Estados Unidos podría haber sido mejor y más contundente. Lo que se aprobó fue simplemente una reforma de los seguros médicos, no una reforma sanitaria. La ley no aborda muchos problemas que afectan a la salud en los Estados Unidos. Pero el hecho de que la ley haya sido aprobada, de por sí es ya casi un milagro. Que esté lejos de la perfección no es sorprendente. Es un gran paso -y sus logros no deben ser minimizados- pero se quedó corto.