



31 julio 2009



El Modelo Liberal Sanitario: EEUU



Existe en España una presión, que procede primordialmente (pero no exclusivamente) de las derechas, de privatizar la sanidad y expandir el aseguramiento sanitario privado a base de ofrecer desgravaciones (es decir, subsidios públicos) a las pólizas de aseguramiento privado sanitario. Sería deseable que tales proponentes visitaran y conocieran el sistema sanitario estadounidense, que está financiado (en su mayoría) de forma privada, a base de pólizas a las compañías de seguro sanitario privado, las cuales gestionan el sistema. Se darían cuenta, rápidamente, de que tal sistema de financiación y gestión de la sanidad es la causa de que la sanidad estadounidense se haya convertido en el problema doméstico número 1 en aquel país. Ni que decir tiene que EEUU dispone de centros sanitarios excelentes y la formación del personal sanitario es de elevadísima calidad. Pero, como ya bien dijo el filósofo Hegel en el siglo XIX, la totalidad es mucho más que la suma de sus partes. Los componentes del sistema pueden ser

excelentes y, en cambio, la totalidad puede ser enormemente deficiente. Y esto es lo que ocurre precisamente con la sanidad de aquel país.

Pero veamos primero las características del sistema de financiación sanitaria de aquel país. Tal sistema se estableció inmediatamente después de la II Guerra Mundial. Las izquierdas, (los sindicatos y los movimientos sociales) querían establecer un sistema de financiación pública, propuesta que contaba con el apoyo del Presidente Truman. Las derechas (el mundo empresarial y el capital financiero –banca y compañías de seguro-) se oponían a aquella propuesta, apoyando en su lugar la ley Taft-Harley Act, aprobada por dos terceras partes del Congreso de EEUU (dominado por el Partido Republicano y por los congresistas del Partido Demócrata procedentes del Sur, la región mas conservadora de aquel país). Esta mayoría permitió aprobar la ley, a pesar del veto del Presidente Truman. Esta ley estableció que la cobertura sanitaria se debe negociar en los altamente descentralizados convenios colectivos (empresa por empresa), y tiene que ser financiada con las pólizas de aseguramiento sanitario privado, pagadas conjuntamente por empresarios y trabajadores de cada empresa. Las compañías de seguros privados acuerdan, a su vez, con los proveedores de servicios (tales como médicos y hospitales) la provisión de la atención médica.

El 65% de la población estadounidense tiene su cobertura sanitaria relacionada con su lugar de trabajo. Como consecuencia de este tipo de financiación, aquellos trabajadores que tengan sindicatos fuertes en su lugar de trabajo, es probable que consigan una cobertura extensa (aunque nunca tan extensa como la existente en los países de la UE-15). Pero donde los sindicatos sean débiles o no existan, la cobertura sanitaria de los trabajadores es muy insuficiente o, incluso, pueden no tenerla. De ahí la enorme variabilidad en el grado de cobertura sanitaria que la ciudadanía tenga. Las personas que no trabajan o las que trabajan en centros de trabajo donde los empresarios no quieran (no es mandatorio que lo hagan) o no puedan pagar la póliza de aseguramiento sanitario, pueden asegurarse con pólizas individuales, muy caras en caso de tener una enfermedad crónica.

Este sistema fue resultado de la alianza política entre las grandes empresas de EEUU y las compañías de seguro. Las primeras querían controlar a la fuerza del trabajo pues, cuando el trabajador pierde su puesto de trabajo pierde, no sólo su salario, sino también su cobertura sanitaria y la de su familia. El impacto disciplinario de tal sistema es enorme. El trabajador se lo piensa dos veces antes de enfrentarse con el empresario. Ésta es la causa de que EEUU sea el país de la OCDE que tenga menos días de huelga al año. Ello explica que los sindicatos siempre hayan intentado desligar la cobertura

sanitaria de la situación laboral del trabajador, promoviendo la universalización de la cobertura sanitaria (tal como propuso el grupo de trabajo de la Casa Blanca, presidido por la Sra. Clinton, del cual yo era miembro). Esto significaría que todo ciudadano o residente tuviera derecho de acceso a los servicios, derecho al que se oponía, hasta hace poco, el gran mundo empresarial, que prefiere que la cobertura sanitaria se haga a través de las empresas, para controlar mejor a los trabajadores. Esta oposición empresarial, sin embargo, comienza a diluirse, puesto que el enorme encarecimiento de las pólizas de seguro sanitario hace que General Motors, por ejemplo, gaste en aseguramiento sanitario para sus empleados más que en cualquier otro input de la producción en automóviles (sea éste acero, neumáticos, o lo que sea). Por cada coche fabricado, General Motors destina 1.600 \$ a tal capítulo, mientras que Toyota en Japón destina sólo 74 \$ (en impuestos) como su contribución a cubrir la sanidad de los ciudadanos (que son sus empleados). De ahí que algunos empresarios comiencen a tener dudas de los beneficios de tal sistema, pues afecta negativamente su competitividad internacional.

El otro grupo de presión que se beneficia de tal sistema son las compañías de seguro sanitario privadas que, después de las farmacéuticas, son las que tienen los beneficios más elevados de EEUU (12.000 millones de \$ en 2007). La persona mejor pagada en EEUU es William McGuire, presidente de la Compañía de seguros sanitarios privados United Health Group, que recibe 37 millones de dólares al año, más 1.776 millones en acciones de tal compañía. Los dirigentes de tales compañías son, según el The New York Times (09.04.05), los ejecutivos con los ingresos más exuberantes.

Este maridaje de intereses ha forjado un sistema que se caracteriza por:

- 1.Ser enormemente caro. El gasto sanitario representa el 17% del PIB. El gasto público sanitario per cápita de EEUU es el más alto del mundo, 6.397 dólares (en dólares estandarizados para comparar la capacidad adquisitiva del dólar en varios países), mucho más alto que el francés (el más alto de la UE: 3.306 \$), el alemán (3.251 \$), el británico (2.580 \$), el japonés (2.474 \$) y el español (2.260 \$). Y este gasto público se invierte en cubrir el 51% de los gastos de asistencia sanitaria a los ancianos (Medicare), el 12% de los pobres llamados indigentes medios (Medicaid) y a las Fuerzas Armadas.

- 2.Ser muy insuficiente, pues a pesar de los enormes costes, 48 millones de habitantes no tienen ninguna cobertura sanitaria, y 93 millones tienen una cobertura insuficiente, es decir, que su seguro sanitario privado es muy limitado, teniéndose que gastar más del 10% de su ingreso familiar para pagar directamente sus facturas médicas.

3. Alcanzar niveles de crueldad. El 40% de las personas que se están muriendo manifiestan que están preocupadas por como ellos o sus familiares pagarán sus facturas médicas.

4. Ser muy impopular, pues sólo el 21% de la población está satisfecha con su sistema sanitario (comparado con el 64% de Francia).

La pregunta que uno se hace es "¿Por qué no se cambia el sistema de financiación sanitaria?", y la respuesta radica en la privatización del proceso electoral en EEUU. Las campañas electorales de los candidatos las financian los grandes grupos económicos y financieros, incluyendo las compañías de seguros. Estas últimas, por ejemplo, aportaron 525.188 dólares a la candidatura Clinton, 414.853 al candidato Obama, y 277.724 a McCain (que recibió menos porque tal industria creía que no tenía muchas posibilidades de ganar). De ahí se deriva que la clase política sea muy reticente a enfrentarse a las compañías de seguro, que son las que financian sus campañas. De ahí la gran frustración de la población hacia Washington, que representa el maridaje entre los grupos empresariales y financieros y la clase política. ¿Es éste el modelo liberal que las derechas (y algunas voces de centroizquierda) desean para España?

Vicenç Navarro