



:: [portada](#) :: [EE.UU.](#) ::

30-03-2010

La reforma de salud, una falsa promesa

Physicians for a National Health Program

La Breche

La aprobación por el Congreso norteamericano (21 de marzo 2010) de una ley sobre la salud, se presentó como un "voto histórico" hacia la instauración de una cobertura universal de la población de los Estados Unidos en cuanto a gastos de salud. En 2008, 46,3 millones de personas en los Estados Unidos no se beneficiaban de ningún seguro de salud. La explosión del desempleo no pudo sino empeorar la situación: la mayoría de las personas aseguradas al estarlo por medio de convenios con sus empleadores, pierden esta cobertura esencial cuando quedan sin su empleo. Publicamos a continuación la posición (difundida el 22 de marzo 2010) por los responsables de la asociación Physicians for a Nacional Health Program (Médicos para un Programa Nacional de Salud). Esta asociación agrupa a 17.000 médicos en los Estados Unidos. Lucha desde hace años para la instauración de un seguro nacional de salud pública, que garantice a toda la población una cobertura completa de sus gastos de salud. La posición adoptada por estos médicos, invita a un poco más de realismo sobre el alcance de este supuesto "voto histórico" del Congreso.

“Desearíamos poder sumarnos a las celebraciones que señalan la adopción anoche por la Cámara de Representantes de la ley sobre la salud. Pero, con toda conciencia, no podemos. No podemos contentarnos a ver como se proponen aspirinas para curar un cáncer. Esta nueva legislación no va a eliminar las raíces del problema: una industria del seguro privado movido por la búsqueda del beneficio. Al contrario, va a enriquecer aún más a estas compañías de seguro y a reforzar su poder. Esta ley va a obligar millones de norteamericanos a comprar a los aseguradores privados malos productos (assurantiels) y conducirá al pago de montos importantes de los caudales públicos a estas compañías. Los efectos mediáticos de información que rodearon esta nueva ley sobre la salud, son contradichos por los hechos:

□ Alrededor de 23 millones de personas permanecerán sin seguro estos nueve próximos años. Eso tendrá como consecuencias 23.000 muertes al año (las que habrían podido evitarse con una cobertura universal) y una suma incalculable de sufrimientos.

□ Algunos millones de miembros de la clase media serán presionados para comprar pólizas comerciales de seguro salud. Ellas costarán hasta un 9,5% de su ingreso, pero sólo cubrirán como promedio un 70% de sus gastos de salud, dejándolos expuestos al riesgo de arruinarse si están seriamente enfermos. Mucho encontrarán que tales polizas de seguros son demasiado costosas para que puedan permitírselas o demasiado costosas a emplear, habida cuenta del elevado nivel de las franquicias y participaciones que se les impondrán.

□ Las compañías de seguros privadas se embolsarán al menos 447 mil millones de dólares de los contribuyentes destinados a subvencionar la compra de sus polizas de seguro. Este dinero reforzará su poder financiero y político y, así, su capacidad de bloquear toda nueva reforma.

□ La ley reducirá 40 mil millones de dólares a la ayuda aportada para Medicare [1] a los hospitales que garantizarán servicios de base accesibles a los no asegurados. Eso amenazará los cuidados dados a los millones de personas que permanecen sin seguro.

□ Las personas cubiertas por medio de sus empleadores seguirán siendo prisioneras de las redes de prestadores de servicios a las cuales su seguro da derecho; harán frente a costos que crecerán y a una erosión continua de las prestaciones garantizadas. Muchos, o incluso la mayoría, deberán progresivamente pagar impuestos sobre las prestaciones de las que se beneficiarán a medida que



el costo de los seguros aumente [2].

□ Los costos de la salud seguirán tomando el ascensor, como lo muestra de sobra la experiencia hecha en el estado del Massachusetts, en la cual se basa la nueva ley. [3].

□ El reglamento de los seguros tan elogiado - a saber la prohibición hecha a los aseguradores de rechazar la cobertura a alguien sobre la base de su estado de salud - se tamiza de faltas, que es la consecuencia del papel central que los aseguradores desempeñaron en la formulación de la ley. Será así posible imponer a los ancianos cotizaciones hasta tres veces más elevadas que el pedido a los más jóvenes. Del mismo modo, los seguros que cubrirán mayoritariamente mujeres asalariadas podrán imponer hasta el 2017 cotizaciones más elevadas y más definidas en función del sexo.

□ Los derechos de las mujeres en cuanto a reproducción se erosionan aún más, a raíz de la prohibición hecha para que las prestaciones de seguro cubran gastos de salud vinculados a interrupciones voluntarias del embarazo.

No era inevitable que fuera así. Las medidas positivas contenidas en esta ley, como el refuerzo de la financiación de los centros de salud comunitarios, habrían podido aplicarse como tales. Del mismo modo, la extensión de la cobertura garantizada por Medicaid [4] - un programa financiado, que garantiza a los pobres cuidados por debajo de la norma - habría podido decidirse separadamente, acompañada de medidas federales para mejorar la calidad de las prestaciones de este programa.

Pero, al contrario, el Congreso y la administración Obama cargaron a los norteamericanos de un paquete costoso, incluyendo: la obligación costosa de asegurarse individualmente; de nuevos impuestos sobre los planes de seguro de los que benefician a los asalariados; a un número incalculable de acuerdos muy ventajosos para los seguros privados y los grandes pharmas; y, por fin, el mantenimiento de un sistema fragmentado, no funcionando, insoportable, tan pesado sobre la salud y sobre la economía.

La aprobación de esta ley corresponde a consideraciones políticas y no a las de una sólida política de la salud. Como médicos, no podemos aceptar esta inversión de las prioridades. Buscamos remedios que ayuden efectivamente a los pacientes, no a los placebos.

Un remedio (a los problemas actuales) es bien conocido. Pronto o tarde, nuestra nación deberá adoptar un sistema de seguro de salud único y nacional y, un Medicare mejorado y cubriendo a toda la población. Sólo un seguro único puede garantizar una cobertura universal, completa y accesible a todas y a todos.

Al sustituir a los aseguradores privados por un sistema de financiación público y racionalizado, nuestra nación podría ahorrar cada año 400 mil millones de dólares de costos administrativos, lo que es un derroche inútil. Eso bastaría para ofrecer una cobertura de salud a todas las personas que no se aseguran hoy, y para mejorar la cobertura de las y los que ya tienen un seguro, sin tener que aumentar un céntimo el gasto global de Estados Unidos para la salud.

Por fin, solamente un sistema con un solo pagador permite disponer de herramientas eficaces para controlar los costos: compras al por mayor; honorarios negociados; presupuestos globales para los hospitales; planificación de las inversiones.

Las encuestas ponen de manifiesto que dos tercios del público apoyan tal enfoque. Un reciente sondeo revela que un 59% de los médicos norteamericanos son favorables a una acción pública para establecer un seguro de salud nacional. La única cosa que falta para realizarlo es la voluntad política.

Las principales medidas de la nueva ley no entrarán en vigor hasta el 2014. Se podría aconsejar



esperar para ver cómo estas reformas se desarrollarán. Pero no podemos esperar, ni nuestros pacientes. Lo que está en juego es demasiado elevado.

Nos comprometemos a proseguir nuestro combate por el único remedio equitativo - financieramente responsable y humano -, a nuestro desbarajuste en cuanto a la salud: un seguro de salud único y nacional, una versión mejorada y válida para todas y todos en Medicare."

Notas

1. Medicare es un sistema nacional de seguro de enfermedad, establecido en 1965 (bajo la administración del demócrata Lyndon B. Johnson), que garantiza una cobertura de salud básica a todas las personas mayores de 65 años. Principalmente es financiado por una cotización salarial, una mitad tomada del salario y la pagada directamente por el empleador.
2. La mayoría de las personas con seguro de salud en los Estados Unidos lo están por medio de su empleador. Los sistemas de *managed care*, en particular las redes de cuidados HMO (Health Mantenimiento Organización), se generalizan en este marco: el seguro sólo da entonces acceso a las prestaciones de un número (muy) limitado de médicos u hospitales (allí no hay libre elección del médico). Por otra parte, hasta ahora, las coberturas de salud son ofrecidas por las empresas, que están exoneradas de cargas fiscales. La ley adoptada preve imponerles una tributación a partir de un determinado importe.
3. El estado del Massachussetts introdujo en 2006 una ley que hacía obligatorio la conclusión de un seguro de salud. Esta obligación se encuentra en el centro de la ley adoptada el 22 de marzo 2010.
4. Medicaid, también establecida en 1965, garantiza una cobertura mínima e salud a las personas cuyo ingreso no supera un determinado límite máximo (en general muy bajo). Los estados administran Medicaid, contrariamente a Medicare, que es federal. Las condiciones de acceso y el tipo de cobertura varían mucho de un estado a otro.

Fuente original: <http://www.pnhp.org/>

<http://www.alencontre.org/>

Traducción de Ernesto Herrera