

El laberinto de la sanidad norteamericana. Una perspectiva europea

Ricard Meneu

Ricard Meneu es médico especializado en salud pública y organización sanitaria, adscrito a la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (Valencia). Es editor de la revista Gestión Clínica y Sanitaria.

El inicio de la presidencia de Barak Obama ha estado marcado por los enconados debates sobre uno de sus principales compromisos electorales, la reforma sanitaria, dificultosamente aprobada tras sufrir importantes modificaciones durante su tramitación. El propósito de estas páginas es ayudar a entender la situación de partida de la sanidad norteamericana y describir los cambios más relevantes introducidos por la legislación finalmente promulgada. Para facilitar la comprensión del peculiar sistema estadounidense conviene empezar presentando algunas comparaciones, tanto entre tipos de sistemas de salud, como con el dispositivo sanitario con el que estamos familiarizados, el Sistema Nacional de Salud español, tan absolutamente dispar que dificulta a menudo contextualizar los elementos del debate norteamericano.

LOS PROBLEMAS DE ALLÍ DESDE LA EXPERIENCIA DE AQUÍ

La primera consideración que hay que hacer sobre la reforma atañe a sus propósitos, explícitos en el nombre la ley: «*Patient Protection and Affordable Care Act*». Los objetivos son mejorar la protección sanitaria y financiera de los usuarios e incrementar el número de éstos haciendo más asequibles las pólizas de seguros de salud. Con algunas excepciones, procedentes de colectivos sin peso real en el debate, la reforma descartaba desde sus orígenes establecer un sistema de pagador único (*single-payer system*), del tipo de los existentes en España, el Reino Unido o Canadá. El modelo estadounidense de opción múltiple de aseguramiento, con un sinfín de alternativas de planes y proveedores en el mercado contratados de forma mixta por particulares y empresas, nunca ha sido seriamente cuestionado. A lo sumo, durante un periodo del proceso legislativo, se mantuvo la expectativa de crear, como una opción adicional, un plan de seguro desde el sector público que compitiera con los existentes y sirviera de referencia. El diseño de la reforma sanitaria asume que facilitar el acceso a planes de seguro más asequibles mediante una combinación de mecanismos de subvención, penalización y regulación puede llevar, en el límite, a un aumento de la población asegurada próximo a la universalidad. Sin embargo, esto dista mucho de los sistemas de pagador único a los que estamos acostumbrados y a los que se ha aludido indebidamente en el curso de los debates.

En un sistema de pagador único la financiación procede de fondos públicos, básicamente del estado, obtenida vía impuestos generales o cotizaciones sociales, pretendiendo una cobertura universal de los ciudadanos. Clásicamente se ha distinguido entre dos grandes modelos de sistemas sanitarios, aunque sus límites cada día están más difuminados. Por una parte, los acogidos a la tradición del Servicio Nacional de Salud (NHS) británico, en el que la mera ciudadanía genera el derecho a la asistencia y la financiación corre

a cargo de los presupuestos generales del estado. Por otra, los sistemas de seguridad social laboral «tipo Bismarck», en los que la asistencia sanitaria apareció como una prestación en especie ofrecida a los trabajadores y su entorno, extendiéndose mediante sucesivas aportaciones de recursos públicos hasta cubrir a la práctica totalidad de la población.

A menudo se habla de un tercer modelo, el «liberal», del que la sanidad norteamericana sería ejemplo. Se trata de una conceptualización bastante errada, pues la supuesta elección soberana de consumidores entre los múltiples proveedores sanitarios o entre las diferentes pólizas ofertadas en el mercado de seguros no es el rasgo que define la sanidad estadounidense. La contratación directa de asistencia médica, sin mediación de seguro, es casi anecdótica y la suscripción de seguros privados se hace mayoritariamente a través de las empresas, que eligen para sus empleados la opción que a ellas les resulta más ventajosa. En conjunto la mayor fracción de recursos destinados a la salud, próxima al 50%, procede del estado, mediante el programa *Medicare* al que acceden prácticamente todos los mayores de 65 años. Puede decirse que en realidad el diseño sanitario norteamericano es un sistema de seguridad social muy imperfecto, al menos a la vista de sus resultados y costes.

La financiación pública de la sanidad en países con modelos «bismarckianos» de seguridad social como Francia o Alemania supone el 80% del gasto sanitario, mientras en algunos de los que han adoptado un Sistema Nacional de Salud, como el Reino Unido o Suecia, está alrededor del 82%, pero en los Estados Unidos apenas alcanza un 44%.¹ Las diferencias entre el conjunto de los 22 países comparables de la OCDE, con la excepción de los Estados Unidos, no son excesivas ni asociadas al modelo elegido; de hecho varios de ellos han transitado de uno a otro de estos modelos. Así, el sistema sanitario español, desde hace años un ejemplo claro de SNS, hunde sus raíces en un modelo de seguro laboral. Una gran parte de la población aun hoy ignora que desde la última década del pasado siglo ni un solo euro de las contribuciones patronales o de los trabajadores al sistema de seguridad social se destina a su asistencia sanitaria. Aunque formalmente se emplea la expresión constitucional de «asistencia sanitaria de la seguridad social», los servicios de salud de las Comunidades Autónomas reciben sus fondos de transferencias capitativas –una cantidad fija por ciudadano residente, prácticamente sin ajustes– de los presupuestos generales del estado, sin ninguna relación con las cuentas de la Tesorería General de la Seguridad Social, circunscrita al pago de pensiones. Por tanto, partir de un sistema de aseguramiento laboral no impide transitar hacia una cobertura general, aunque el origen del reconocimiento del derecho sea diferente.

DE MODELOS Y MEDIDAS

Para valorar las diferencias entre modelos conviene analizar por separado sus principales dimensiones, por más que algunas estén inextricablemente relacionadas entre ellas. Al comparar distintos sistemas sanitarios las medidas relevantes son su cobertura, su fracción de financiación pública y, en menor grado, su nivel de provisión pública, es decir, las características de la prestación de los servicios asistenciales. Con esas tres medidas podemos cotejar los perfiles de la sanidad de los Estados Unidos con los de distintos sistemas sanitarios de la OCDE.

1. OECD Health data:
(<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>)

COBERTURA

La diferencia más llamativa entre el común de los países desarrollados y los Estados Unidos es la cobertura poblacional del aseguramiento sanitario. La proporción de ciudadanos que tienen acceso a unos servicios de salud pre-pagados resulta escandalosamente insuficiente y quienes carecen de ellos se concentran en los grupos más desfavorecidos en sus condiciones laborales. Aunque la retórica prevalente equipara los millones de ciudadanos sin cobertura aseguradora con legiones de ancianos –curiosamente el colectivo mayoritariamente cubierto por el programa *Medicare*–, la realidad es bastante distinta y más compleja. Las filas de los carentes de seguro sanitario se nutren en buena parte de trabajadores autónomos o de pequeñas empresas, contratados a tiempo parcial y profesionales jóvenes a los que no parece compensarles pagar una elevada prima en una edad en que su consumo sanitario es muy bajo y el riesgo de necesitar asistencia de envejecida resulta remoto.²

El sistema de aseguramiento norteamericano mantiene una importante fracción de los trabajadores autónomos y de pequeñas empresas fuera de su alcance. Sólo el 43% de las que tienen menos de 50 trabajadores ofrecen seguro asociado al empleo, pues afrontan precios superiores para pólizas similares a las de las grandes empresas. Pero también muchos trabajadores de grandes compañías, el 95 % de las cuales ofrecen cobertura, resultan excluidos de ésta. Una exclusión que se entiende mejor a la vista de las características de la contratación colectiva de seguros. Son las empresas las que deciden cuáles de los múltiples planes y proveedores existentes en el mercado les resultan más atractivos. Los empleados sólo pueden aceptar suscribirlos, pagando la fracción de las primas que les corresponde y el volumen de co-pagos estipulado, o desestimar esta oferta, ya que la «portabilidad» –la capacidad de cambiar de plan de seguro conservando los derechos adquiridos– de las primas entre planes está muy limitada.

Según la National Health Interview Survey, se estima en 58,4 millones (19,4%) las personas de todas las edades que carecieron de cobertura aseguradora durante algún periodo del pasado año. Más allá de la discontinuidad temporal del aseguramiento, en el primer semestre de 2009 el porcentaje de personas sin seguro médico en el momento de la entrevista fue de 15,1% (45,4 millones) para las personas de todas las edades. Para los menores de 65 años de edad, esta cifra fue del 17,1% (45,1 millones), siendo el 20,7% (39,0 millones) para las personas de 18-64, aunque sólo el 8,2% (6,1 millones) para los menores de 18 años. Uno de los argumentos esgrimidos a favor de la actual reforma es el dinamismo que puede aportar al mercado laboral, pues parte de sus rigideces derivan del temor a perder los beneficios de las pólizas suscritas por la empresa si el trabajador decide prestar sus servicios en otra con un esquema asegurador diferente.

FINANCIACIÓN

Los recursos públicos allegados para la asistencia sanitaria norteamericana se articulan principalmente a través de la financiación de los programas federales –*Medicare* para los mayores de 65 años y *Medicaid* para los carentes de recursos–, producto de la anterior aportación de una presidencia del Partido Demócrata al estado del bienestar. La promulgación por Lyndon B. Johnson en 1965 de la Social Security Act topó con una oposición no menor que la ahora vista. La continuidad de los argumentos durante

2. Fuchs VR. «The Proposed Government Health Insurance Company – No Substitute for Real Reform», *N Engl J Med* 2009 360: 2273-2275.

el casi medio siglo que separa el actual discurso del Tea Party de las campañas de la Operation Coffee Cup dirigida por la American Medical Association (AMA) puede verificarse escuchando a Ronald Reagan en las grabaciones propagandistas de la época³ cuando afirmaba:

...los programas federales invadirán todas las áreas de libertad que hemos tenido en este país hasta que un día, como dijo Norman Thomas, nos levantaremos por la mañana y tendremos el socialismo y si no hacemos algo al final acabaremos nuestros días explicándoles a nuestros hijos y a nuestros nietos cómo era América cuando los hombres eran libres.

En realidad si se considera que la regulación y subsidio por el gobierno del aseguramiento sanitario es «socialismo» fue entonces cuando se implantó. Los programas gubernamentales como *Medicare*, *Medicaid* ya pagan la mitad del sistema de salud estadounidense, mientras que el seguro privado apenas financia algo más de un tercio. El resto son básicamente co-pagos. Además, la mayor parte de los planes de seguro privados que se ofertan a través de las empresas están subvencionados con exenciones fiscales, generalmente con efectos antidistributivos. Durante la tramitación de la reforma resultó escandalosa la revelación de que los principales ejecutivos de Goldman Sachs recibían de su empresa una póliza de salud por valor de 40.000 dólares anuales libres de impuestos, poniendo de manifiesto la característica más regresiva del complejo entramado existente: la exención fiscal de las cotizaciones patronales a las primas de seguros de salud. Estas exenciones otorgan enormes subsidios a estadounidenses de ingresos altos y subvenciones mínimas o nulas a las personas con bajos ingresos. La eliminación de la subvención no sólo haría que el sistema fiscal fuese más justo, sino que también proporcionaría más de 200.000 millones de dólares de ingresos federales adicionales por año.⁴ Para disponer de términos de comparación, el gasto federal en *Medicare* durante el último ejercicio considerado fue de 187.000 millones.⁵

Cuando se computa el importante gasto sanitario agregado que los contribuyentes norteamericanos sufragan con impuestos a cambio de prestaciones muy incompletas –para sorpresa de muchos su gasto público total es, en términos de dólares per cápita, equivalente al coste del NHS británico y superior al del SNS español⁶– se omite la importante cantidad de recursos que el Estado deja de recaudar mediante las generosas exenciones fiscales a las empresas que ofrecen planes de seguro. Algunas estimaciones apuntan que si se computase el monto total de estas bonificaciones los recursos públicos dedicados a la asistencia sanitaria superarían el magro 50% actual y supondrían 2 de cada 3 dólares gastados en sanidad.

PRESTACIÓN ASISTENCIAL

La tercera gran diferencia entre la dinámica del sistema sanitario estadounidense y nuestra experiencia con un Sistema Nacional de Salud va más allá del origen de los fondos y se refiere a la responsabilidad de la prestación asistencial. En España la sanidad pública, financiada colectivamente y a la que tienen derecho la práctica totalidad de los ciudadanos –«casi universal»– es prestada en su mayor parte por profesionales asalariados del Estado vía organismos autónomos, antes el INP y el INSALUD, las Comunidades Autónomas ahora. Estos profesionales trabajan además en instalaciones que también son propiedad pública, lo que es una anomalía en nuestro entorno. En la pasada década, antes

3. <http://www.youtube.com/watch?v=AYrIDlrLDSQ>

4. Sheils J, Haught R. The Cost of Tax-Exempt Health Benefits in 2004. Health Affairs web exclusive (25 febrero, 2004).

5. Fuchs VR., «Four Health Care Reforms for 2009», *N Engl J Med* 2009 361: 1720-1722.

6. Según las más recientes estimaciones de la OCDE el gasto sanitario per capita norteamericano –público y privado– es de 7.290 \$, mientras el promedio en la OCDE es 2.984 \$ y en España 2.671 \$. Hay que señalar que estas importantes diferencias se refieren a dólares ajustados por «paridad de poder adquisitivo» (PPP: *purchasing power*), una forma de comparación habitual y razonable. El gasto sanitario público per capita norteamericano representa apenas la mitad –unos 3.310 \$– del gasto sanitario total mientras en España, con unos 1.917 \$, supera el 70%.

de la eclosión de los «nuevos modelos» tipo Alzira, o los recientes hospitales de la Comunidad de Madrid construidos y gestionados por la iniciativa privada y financiados públicamente mediante la llamada PPP (*public-private partnership*), las «medidas» del sistema sanitario español eran del orden 99-75-66, es decir, 99% de cobertura, 75% de financiación pública y 66% de producción pública. En los Sistemas Nacionales de Salud de referencia, el NHS británico o los de los países nórdicos, la producción pública es menor. Por el contrario, en Estados Unidos la producción sanitaria es masivamente privada. Incluso en los programas federales de aseguramiento de grupos específicos de población, como *Medicare*, la prestación de servicios corre a cargo de profesionales e instituciones privadas, con la única excepción relevante del programa específico para militares, la *Veterans Administration*, que es el mayor dispositivo sanitario del país.

La contratación de los servicios de profesionales y centros sanitarios se lleva a cabo por un sinfín de compañías aseguradoras o prestadoras de servicios. Las diferencias en sistemas de reembolso, negociación de precios, gestión de facturación, pagos, etc. que supone un sistema tan desconcentrado impone múltiples ineficiencias y sobrecostes. Aunque se predique la mayor eficiencia de la prestación privada frente a la pública, ésta no es intrínseca, sino mayoritariamente derivada de las limitaciones de incentivos y productividad que son usuales en la pública. En cambio algunas ineficiencias de la proliferación de proveedores sí que son consustanciales a la alternativa competitiva, como la redundante multiplicación despilfarradora de estructuras administrativas. Varios estudios han comparado las diferencias de costes de gestión entre sistemas geográficamente próximos pero organizativamente distantes, como el estadounidense y el de Canadá. La última revisión llevada a cabo⁷ muestra que estos costes administrativos representan en Estados Unidos unos 295.000 millones de dólares, 1.059 dólares per capita, mientras esa cifra apenas ronda los 307 en el canadiense.

Pero no sólo los costes de administración son diferentes, también la visión del servicio cambia en función del diseño organizativo. A muchos observadores europeos les sigue pareciendo escandaloso que en el lenguaje de las aseguradoras al conjunto de recursos destinados a prestar servicios sanitarios –el objeto del seguro– se le denomine «*medical losses*». Estas «pérdidas médicas» son en definitiva la contribución a la salud de sus suscriptores. El resto, lo epigrafiado como «SG&A» (*Sales, General and Administrative Expenses*), es el negocio organizativo que se superpone a los ya abundantes beneficios de los centros sanitarios y de los profesionales que prestan la asistencia. La cuestión dista de ser anecdótica, pues según el estudio oficial más reciente⁸ «el pasado año las grandes aseguradoras destinaron 15 centavos de cada dólar de prima a costes administrativos y beneficios, mientras en el mercado de suscripciones individuales casi 26 centavos de cada dólar se fueron a estos costes administrativos y beneficios». Otros trabajos, a partir de entrevistas con reguladores de una veintena de estados, han detectado «pérdidas médicas» de apenas el 60%, con el 40% restante de los ingresos destinado a marketing, administración y beneficios.⁹

LA COMPLEJIDAD DEL SISTEMA ESTADOUNIDENSE Y SU REFORMA

En Estados Unidos la regulación del aseguramiento sanitario es un intrincado conjunto de normas estatales y federales de difícil comprensión y complicado manejo. A lo largo de décadas se han superpuesto las previsiones de las normas pioneras sobre segu-

7. Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU, «Costs of Health Care Administration in the United States and Canada», *N Engl J Med* 2003 349: 768-775.

8. Office of Oversight And Investigations. Majority Staff. Implementing Health Insurance Reform: New Medical Loss Ratio Information For Policymakers And Consumers. Staff Report for Chairman Rockefeller. April 15, 2010. (http://commerce.senate.gov/public/?a=Files.Serve&File_id=be0fd052-4ca6-4c12-9fb1-a5e4a09c0667)

9. Families USA. *Medical Loss Ratios: Evidence from the States. Health Policy memo, July 2008*. Disponible en: <http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/medical-loss-ratio.pdf>

ridad social de los años 30, los programas públicos –impulsados en la década de 1960 – *Medicare* y *Medicaid*, y las normas sobre financiación y déficit público de los ochenta. A esto se superpone la aplicación de un buen número de sentencias delimitando las competencias federales de las estatales y una minuciosa y dispar legislación de los estados sobre todo tipo de cuestiones relacionadas con la financiación de los programas, las regulación de los agentes, las condiciones de los seguros y, en menor medida, los contenidos y características de la asistencia a prestar.

La única parte de la asistencia sanitaria para la que no existe una importante intervención federal es el mercado donde deben comprar su propio seguro quienes no pueden acceder a un plan asociado a su empleo. Y ese mercado, suele ser considerado un desastre. Según la descripción del premio Nobel Paul Krugman¹⁰ no ofrece cobertura para las personas con patologías o condiciones médicas pre-existentes, a menudo la póliza se rescinde cuando se enferma, y las primas se incrementan desafortunadamente en medio de una crisis económica. Aquí residen algunos de los principales problemas que la reforma pretende resolver.

Prueba de la complejidad inherente a cualquier reforma pretendida es la prolijidad y desmesurada extensión de los instrumentos normativos a los que se ha recurrido. El texto original, la propuesta de ley aprobada por el Congreso, llevaba el nombre de «Ley de Asistencia Sanitaria Asequible para América», título breve de trabajo para la que se epigrafiaba como «Ley para prestar asistencia sanitaria asequible y de calidad para todos los americanos, reducir el gasto sanitario y para otros propósitos». Bajo ese nombre genérico se articulaban 21 títulos con más de 50 subtítulos y cientos de secciones que sumaban 1.990 páginas. El documento sinóptico que esquematizaba cada una de las secciones en 3 o 4 líneas superaba las 60 páginas. En su paso por el Senado el texto fue sustituido por una alternativa «Ley de Protección del Paciente y Asistencia Asequible». Los cambios de mayorías experimentados en el ínterin llevaron al Congreso a aprobar esa segunda redacción, enmendándola con una tercera ley, la «Ley de reconciliación de asistencia sanitaria y educación». El Senado aprobó una versión emendada de ésta que fue ratificada por el Congreso previamente a su firma por el presidente. Fruto de las negociaciones, renunciadas, decaimientos y ambigüedades necesarias para lograr la difícil aprobación de la norma, el texto finalmente sancionado por el presidente Obama¹¹ tan sólo se extiende en 9 títulos a lo largo de 906 páginas. Los avatares del desarrollo previo y posterior a la promulgación de la norma pueden seguirse en la transparente web del Congreso dedicada a este asunto (<http://www.opencongress.org/bill/111-h3590/show>).

EL PARTO DE LOS MONTES: LAS REFORMAS FINALMENTE APROBADAS

En lo que sigue se presentan, sin pretensión de exhaustividad, las principales modificaciones introducidas por la reforma agrupadas en cuatro grandes epígrafes: acceso al aseguramiento, regulación de los mercados, protección de los consumidores y mejora de la calidad de la asistencia prestada.

ACCESO AL ASEGURAMIENTO

El incremento de la cobertura sanitaria ha sido el principal motor de la reforma, por más que nunca se haya planteado seriamente ni una universalización ni una cobertura garantizada por un pagador único que contratase, directamente o vía «vales» (*vouchers*),

10. Krugman P, «Health Reform Myths», *New York Times*. 11 marzo 2010.

11. http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_bills&docid=fh3590enr.txt.pdf

con los múltiples proveedores. La mayoría de los instrumentos para lograrlo no entrarán en vigor hasta 2014. Dichos instrumentos son de muy variada especie, pero pueden sintetizarse en tres grandes estrategias: subvenciones, penalizaciones y prolongación de coberturas.

Las principales subvenciones y créditos fiscales se orientan hacia las empresas pequeñas, las de menos de 25 empleados, que podrán acceder a créditos fiscales que cubrirán hasta el 35 % de la cotización del empleador. También se prevén créditos fiscales a partir de 2014 para quienes teniendo ingresos por debajo del 400% de la línea de pobreza no resultan candidatos a otros programas públicos. Además se establecen ayudas para los jubilados afectados por la parte no cubierta por la prestación farmacéutica de *Medicare*, el llamado «*Medicare donut hole*» que es el tramo comprendido entre la cantidad tope de reembolso del gasto en medicamentos –establecida en 2.700 \$ anuales– y el umbral a partir del cual se consideran incursos en situación de «cobertura catastrófica» –6.154 \$–, tramo en el que deben asumir el coste total de su medicación. La ley establece un reembolso parcial de 250 \$ con el compromiso de reducir el 50% de la brecha en 2011 y eliminarla en 2020.

Las penalizaciones fiscales afectarán tanto a los individuos como a las empresas. Las de más de 50 empleados que no ofrezcan seguro médico a sus trabajadores a tiempo completo serán sancionadas a partir de 2014 por un importe de 2.000 dólares anuales por trabajador. También los individuos comprendidos en un ámbito de aplicación minuciosamente especificado deben garantizar que disponen de cobertura sanitaria para ellos y sus dependientes cada mes. En caso de incumplimiento, a partir de 2016, serán penalizados por un importe de 700 \$ anuales ajustados por el IPC, comenzando con 95 \$ en 2014 y 350 \$ en 2015.

Para reducir las denegaciones o pérdidas de cobertura se amplía hasta cumplir los 26 años la edad de inclusión de los hijos dependientes en el plan de seguro de sus padres y las aseguradoras no podrán discriminar a ningún menor de 19 años por presentar patologías o condiciones médicas pre-existentes. Desde junio de 2010 los adultos que padezcan patologías o condiciones previas a su afiliación serán elegibles para integrarse en alguno de los consorcios temporales de alto riesgo, organismos que serán sustituidos en 2014 por una «lonja de seguros sanitarios» (*Health Insurance Exchange*). Esta institución de ámbito estatal, no federal, redistribuirá los casos de más riesgo que venían siendo sistemáticamente rechazados o viendo sobretarifadas sus primas. Las previsiones de la Administración cifran en 32 millones los estadounidenses que conseguirán una cobertura sanitaria que antes no tenían, lo que supone pasar del actual 83% de los residente legales menores de 65 años –la edad de incorporación a *Medicare*– a un 95%. El coste estimado de esta medida es de 940.000 millones de dólares –casi un billón– en los 10 primeros años.

REGULACIÓN DEL MERCADO

Desde septiembre de 2010 las aseguradoras están obligadas a revelar detalles acerca de los gastos administrativos y los pagos a sus ejecutivos. A partir de enero de 2011 todas las aseguradoras tendrán que gastar el 85% de los ingresos procedentes de las primas colectivas de grandes grupos y el 80% de las de pequeños (con ciertos ajustes) en atención médica o en acciones definidas para mejorar la calidad de atención de salud. En caso contrario deberán devolver la diferencia al cliente en forma de descuentos.

También se restringe la capacidad de las aseguradoras para fijar un límite máximo vital y anual de gasto por paciente, lo que quedará totalmente prohibido en 2014, al mismo tiempo que la posibilidad de rechazar a los asegurados cuando enferman. Desde enero de 2014 se prohíbe la discriminación o el cobro de mayores primas en las pólizas colectivas a algunas personas por padecer enfermedades o condiciones médicas pre-existentes.

Los sistemas de pago a los proveedores, objeto de importantes críticas por incorporar todo tipo de incentivos perversos, también son abordados por la ley aunque de modo sumamente vago. Se anuncia el establecimiento en 2013 de un programa piloto para ensayar modalidades más eficientes de pagar a hospitales, médicos, centros de larga estancia y otros servicios que atiendan a los pacientes de *Medicare* desde su ingreso hasta su alta, con el objeto de adoptar ampliamente los experimentos exitosos.

Esta regulación se acompaña de importantes modificaciones en el tratamiento fiscal del conjunto de las empresas del sector. Se establece un nuevo impuesto aplicable a las empresas farmacéuticas basado en su cuota de mercado que entrará en vigor en 2014, con el que se espera ingresar 2.500 millones de dólares anuales. La mayoría de los dispositivos de equipamiento médico estarán para entonces sujetos a un impuesto del 2,9%. También las compañías de seguros de salud serán objeto de un nuevo impuesto basado en su cuota de mercado, aumentando gradualmente entre 2014 y 2018, esperándose un rendimiento de hasta 14.300 millones de dólares anuales.

PROTECCIÓN DE LOS CONSUMIDORES

Tras desistir de implantar un plan público de seguro de afiliación voluntaria, su alternativa se reduce al establecimiento de las citadas «lonjas de seguros sanitarios» (Health Insurance Exchange) que permitan comparar paquetes estandarizados de prestaciones disponibles y faciliten la afiliación y los créditos fiscales para ello. En cada estado las autoridades han de establecer sitios de internet en los que se identifiquen las opciones asequibles de aseguramiento, así como información para las pequeñas empresas sobre opciones de cobertura, reaseguramiento para los jubilados anticipadamente, créditos fiscales, etc. Quedarán excluidos de esos repositorios los planes llamados «mini-med», que ofrecen a precios más bajos pólizas con prestaciones sumamente limitadas. Adicionalmente todos los nuevos planes de seguros que se ofrezcan en el mercado deberán incorporar un proceso explícito de reclamaciones y determinación de prestaciones cubiertas. Los estados también recibirán fondos para implantar servicios de apoyo a los consumidores o programas de «ombudsman» específicamente dedicados a consultas y quejas sobre la cobertura sanitaria

MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA PRESTADA

El cambio más objetivable en este aspecto es que todos los nuevos planes de seguro tendrán que incluir servicios preventivos sin imposición de franquicias. Además se habilitan créditos para la investigación de nuevas terapias para las enfermedades crónicas y se destinan recursos para el desarrollo de una estrategia nacional de calidad. También se funda un Instituto de Investigación de Resultados Centrados en el Paciente para establecer prioridades y comparar la efectividad de diferentes tratamientos y estrategias asistenciales y se crea el Centro para la Innovación en *Medicare* y *Medicaid* para experimentar con modelos de pago y servicios que reduzcan costes y mejoren la calidad de los servicios prestados.

En 2012 los trabajos del Centro deben traducirse en recomendaciones sobre cómo controlar el gasto de *Medicare* si los costes crecen más que la inflación. En el mismo 2012 debe presentarse un plan al Congreso con un sistema de pago de servicios ligado a la calidad asistencial para pagar la asistencia domiciliaria y los centros de larga estancia. Un sistema similar deberá aplicarse a los médicos que trabajan para *Medicare* en 2015. El resto de «proveedores» –centros de cirugía ambulatoria, rehabilitación, psiquiátricos, ...– participaran desde 2014 en experiencias piloto de medición de calidad y pagos acordes con ésta.

EL OSCURO FUTURO DE LA REFORMA SANITARIA

En síntesis, puede afirmarse que el conjunto de los elementos de la reforma apunta sus baterías a lograr un incremento de la proporción de asegurados sin demasiados costes visibles para las arcas públicas. De ahí el reiterado recurso a herramientas fiscales –incentivos y penalizaciones– que resultan más opacos que la financiación directa. La disciplina exigida a las compañías de seguros, intentando limitar su amplia capacidad para eludir los usuarios menos rentables por más necesitados de asistencia, puede ser el logro más seguro del esfuerzo llevado a cabo. En cuanto a las esperanzas depositadas en la capacidad de diseñar e implantar modalidades más eficientes de prestación asistencial, facturación y reembolso, debe posponerse algún tiempo el juicio sobre su capacidad de materialización.

Con todo, el futuro de la reforma, una vez plasmada en sus instrumentos legislativos, dista de estar claro. Por una parte algunos de los mecanismos que pone en marcha pueden discurrir por vías no previstas. Así ha sucedido con ciertas previsiones de la legislación pionera de Massachusetts, con efectos distintos a los esperados en cuanto a costes y afiliación a las distintas alternativas ofertadas. Pero siendo complicado predecir las dinámicas de afiliación y uso en los nuevos planes propuestos, resulta aun más difícil pronosticar la estabilidad y cumplimiento de las disposiciones reglamentarias establecidas a plazo fijo. Si la capacidad de los distintos experimentos piloto para conseguir nuevas modalidades de pago es incierta, la pervivencia de muchos de los compromisos normativos en el caso de producirse cambios en las mayorías parlamentarias es mucho más dudosa.

No parece muy verosímil esperar de la actual deriva del partido republicano un mayor compromiso con la cohesión social que con sus imaginarios de libertad de elección y los intereses de los grupos de presión que le son más próximos. Por tanto, como los principales cambios introducidos por la legislación aprobada no tendrán efectos importantes hasta 2014, la reforma del sistema sanitario estadounidense dista de ser una cuestión zanjada. Y menos después de los resultados de las elecciones legislativas de noviembre de 2010 que, como se sabe, dieron tan buenos resultados para el Partido Republicano, que consigue la mayoría en la Cámara de Representantes, aunque no en el Senado.

En el mejor de los escenarios, aunque en el futuro menos madres de Obama dediquen los últimos días de su cáncer terminal a gestionar su derecho a la asistencia, seguirá siendo inimaginable un sistema con las garantías que aquí damos por descontadas. Es decir, una cobertura prácticamente universal, que permite despreocuparse de cómo afrontar cualquier problema grave de salud, un catálogo de prestaciones de eficacia contrastada comparable al de cualquier país desarrollado y una masiva financiación pública, sin apenas desembolsos en el momento de la utilización por sus destinatarios. ■