

Crisis sanitaria y crisis económica en EEUU: ¿cómo están relacionadas?

Vicenç Navarro
Catedrático de
Políticas Públicas.
Universidad Pompeu
Fabra - The Johns
Hopkins University

La enorme crisis del sistema de financiación de la asistencia sanitaria en EEUU está contribuyendo a acentuar la gran crisis económica existente en aquel país. En realidad, las dos crisis –la sanitaria y la económica– están íntimamente relacionadas. Una de las causas mayores de bancarrota de las familias estadounidenses es precisamente su imposibilidad de pagar las facturas médicas y las pólizas del aseguramiento privado, situación que ha empeorado en la crisis económica presente. Por otra parte, la financiación de la asistencia sanitaria a cargo de las empresas (donde las pólizas de aseguramiento privado las pagan los empresarios y trabajadores) significa un coste adicional que les pone en situación de desventaja competitiva frente a empresas extranjeras que no tienen tales costes. Esta situación favorece también la internacionalización de la producción en tales empresas como manera de ahorro de tales costes. La financiación basada en el aseguramiento privado es la causa de que el sistema sanitario además de ser enormemente costoso sea ineficiente, poco equitativo y muy impopular.

La cobertura sanitaria de la mayoría de la población en EEUU depende de donde trabaja

El tema doméstico más importante en EEUU es el tema sanitario. Sólo la crisis económica tiene más visibilidad mediática que la crisis sanitaria. Y las dos están relacionadas. Cada treinta segundos una familia estadounidense se declara en bancarrota como consecuencia de su incapacidad de poder pagar las facturas médicas y las pólizas de aseguramiento privadas. Y cada año un millón de personas pierden su cobertura sanitaria, sumando ya 47 millones de personas las que no tienen ninguna cobertura sanitaria. Por otra parte, la imposibilidad que tienen muchas empresas de poder pagar las pólizas de aseguramiento privado de sus empleados es una de las mayores causas de bancarrota de pequeñas empresas y una de las razones más importantes para que empresas grandes trasladen parte de su producción a otros países donde las empresas no son responsables de la financiación de la sanidad de sus trabajadores. A estos problemas hay que añadir que el gasto público sanitario es uno de los componentes del presupuesto del Estado federal que está creciendo más, siendo el capítulo de gasto más im-

portante del Gobierno federal después del de defensa y seguridad. Estos son síntomas de una crisis sanitaria que contribuye en gran manera a la crisis económica.

¿A qué se debe esta situación?

Para responder a esta pregunta tenemos que entender cómo se financia el sistema sanitario estadounidense. Este sistema se estableció en 1947 con la *Ley Taft-Harley Act*, una de las leyes que ha tenido mayor impacto en definir las relaciones laborales de EE.UU. Uno de los objetivos más importantes de esta ley, aprobada por una mayoría del Congreso de EEUU (compuesta entonces por el Partido Republicano y por los miembros del Congreso del Partido Demócrata procedentes del sur de EEUU), era debilitar a la clase trabajadora. Tal ley (vetada por el Presidente Truman, pero aprobada por las dos terceras partes del Congreso) no permitía que la clase trabajadora actuase como clase. Los trabajadores de un sector económico, como por ejemplo del automóvil, no podían hacer huelgas en apoyo de los trabajadores de otro sector; *sympathy strikes*, es decir, huelgas de simpatía y solidaridad de clase, eran prohibidas. En EEUU

no puede haber ni una huelga general ni una huelga que incluya trabajadores de varios sectores económicos. Esta ley obliga también a que los beneficios y derechos laborales, incluyendo los beneficios sociales y sanitarios, deban negociarse a través de los altamente descentralizados (casi empresa por empresa e industria por industria) convenios colectivos. En estos convenios colectivos se negocia la cobertura sanitaria que la empresa se compromete a ofrecer a sus empleados y trabajadores (incluyendo la póliza a pagar a las compañías de seguros, el tipo de servicios y beneficios, el sistema de copagos y un largo etcétera). La empresa (junto con sus trabajadores) paga a las compañías de seguro privadas, las cuales contratan la provisión de tales servicios con los proveedores de servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales, etc.), pagándoles por diagnóstico y/o tipo de intervención profesional. El empleado y trabajador debe escoger los proveedores que le proporciona la compañía de seguros con la cual su empleador contrata y que éste escoge.

El objetivo de tal ley era y continúa siendo el de incrementar el control por parte del empresario de su fuerza de trabajo. En EEUU cuando un trabajador es despedido, pierde no sólo su salario, sino también la cobertura sanitaria de él o ella y de su familia. De ahí el enorme impacto disciplinario que tal ley tiene sobre tal fuerza de trabajo. Ello explica que EEUU sea el país de la OCDE que tiene menos días perdidos debido a conflictos laborales. Un trabajador se lo piensa dos veces antes de protestar o reivindicar algo, arriesgándose a que lo despidan. No se es consciente en Europa del grado de desprotección del trabajador en EEUU. Al trabajador le es difícil sindicalizarse, pues el empresario obstaculiza enormemente tal sindicalización. Los sindicatos han hecho una propuesta de que se prohíban los obstáculos que el empresario presenta para permitir la sindicalización, propuesta que el presidente Obama se ha comprometido a apoyar, y que será uno de los temas que va a crear más tensión en EEUU, debido al enorme poder del mundo empresarial y gran influencia que tal mundo ejerce sobre el Congreso de EEUU.

De esta manera de financiar la sanidad (a través del lugar del trabajo) se derivan varios hechos. Uno es la enorme variabilidad en la cobertura sanitaria entre el 62% de la población que recibe su cobertura sanitaria a partir de su lugar de trabajo. Si un trabajador tiene sindicatos fuertes en su lugar de trabajo (como ocurre en la mayoría de los trabajadores de la manufactura) es probable que tenga una buena cobertura sanitaria, aun

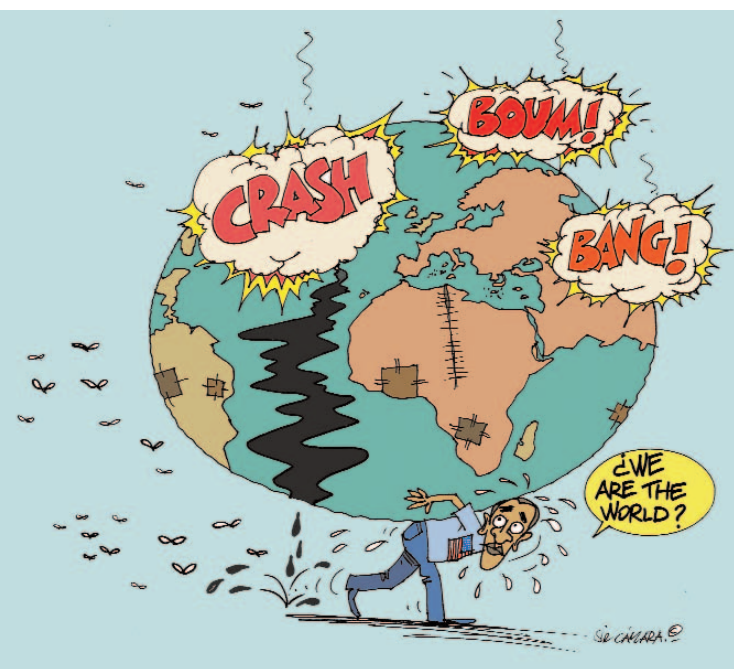
cuando nunca tan buena como la que existe en cualquier país de la UE. Sería un sueño para el trabajador estadounidense tener el nivel de cobertura que tiene cualquier persona en la UE. Esta cobertura es mucho menor e incluso inexistente en caso de que los sindicatos sean muy débiles (como en el sector comercio) o no existan. En realidad, la mayoría de personas que no tienen ninguna cobertura sanitaria trabajan.

Otra consecuencia de esta dependencia del aseguramiento sanitario con el empleo es que causa una enorme rigidez laboral. Los trabajadores tienen temor a cambios de empleo, pues corren el riesgo de perder parte de la cobertura sanitaria. La cobertura sanitaria no se pasa de un lugar de trabajo a otro cuando el trabajador cambia de puesto de trabajo. Ello determina que, en contra de lo que se cree en círculos económicos europeos, el mercado laboral en EEUU sea muy rígido y ello a pesar de la gran desregulación de sus mercados laborales. La gente tiene miedo a perder cobertura de sus beneficios sanitarios cuando se desplazan de un puesto de trabajo a otro. Los países nórdicos de tradición socialdemócrata con mercados laborales altamente regulados tienen mayor movilidad y flexibilidad laboral que el mercado laboral estadounidense, altamente desregulado (véase mi libro publicado en Ariel Económica. *Neoliberalismo y Estado del Bienestar*. 2004, donde publico la evidencia empírica que muestra tal situación). De ahí que haya sido una lucha constante del movimiento sindical estadounidense el intentar conseguir la universalización de los derechos de acceso a los servicios sanitarios, independizando los beneficios sanitarios de la situación de empleo de los trabajadores. Este era el objetivo de la reforma sanitaria propuesta por el grupo de trabajo presidido por la señora Clinton (del cual formé parte) en la Casa Blanca, y que fracasó debido a la oposición no sólo de las compañías de seguro privado, sino también del mundo empresarial, resistentes a perder su poder de control sobre la fuerza de trabajo.

Los costos empresariales de tal sistema

Ahora bien, esta oposición a la universalización del acceso a los servicios sanitarios (y al mayor protagonismo del Estado en la financiación de la sanidad) por parte del mundo empresarial ha comenzado a diluirse, y ello se debe a que los costos empresariales para pagar las pólizas del aseguramiento privado de sus empleados es enorme. General Motors se gasta más en cubrir los costos sanitarios de sus empleados que en la compra de cualquier componente en la producción de un automó-

vil, sea este componente acero, neumáticos o cualquier otro, situación que no tiene homologación en ningún otro país. 1.500 dólares en el coste de producir cada coche en General Motors se destina a cubrir los gastos sanitarios de sus trabajadores. Toyota en Japón, sin embargo, gasta sólo 97 dólares para el mismo objetivo (pagando en impuestos en lugar de en pólizas de aseguramiento privado. *Modern Health Care*, 2005, 35:14). Esta situación pone a General Motors y a las grandes empresas estadounidenses en una posición de clara desventaja competitiva, lo cual explica que la asociación profesional de las grandes corporaciones (*The Business Round Table*) esté ahora apoyando el proyecto de reforma sanitaria al que todavía se oponen, sin embargo, la mayoría de empresarios, representados por la Cámara de Comercio.



Otra consecuencia de la dependencia del aseguramiento privado de la situación de empleo de la persona es el elevado número de ciudadanos que no tienen ningún tipo de cobertura, ya sea durante todo el año (47 millones, el 16% de la población), ya sea durante algún momento del año (94 millones, uno de cada tres americanos no tiene cobertura sanitaria en algún periodo del año). Estos individuos sin cobertura colectiva (a través de puestos de trabajo) son personas que no trabajan o que el lugar de trabajo no ofrece tales beneficios. El individuo puede asegurarse privadamente, aunque el coste de la póliza es muy elevado y si la persona tiene una condición crónica, le es prácticamente imposible asegurarse. Y muchos de ellos mueren por falta de atención. El número varía desde 13.000 al año (según el conservador

Institute of Medicine) a más de 100.000 (según el profesor David Himmelstein, de la Universidad de Harvard).

El problema no es sólo falta de cobertura, sino insuficiente cobertura

Pero además de falta de cobertura, existe otro problema mayor, que es el de cobertura insuficiente. El 20% de personas que tienen aseguramiento a través de su puesto de trabajo y el 54% de las personas que tienen un aseguramiento privado individual pagan más del 10% de su renta disponible en cubrir sus gastos médicos no cubiertos por su póliza (*JAMA*, 2006, 296: 2712). Y tales dificultades aparecen de forma inhumana y cruel en el hecho de que el 40% de las personas que se están muriendo como consecuencia de una enfermedad terminal manifiestan estar preocupadas o muy preocupadas por cómo ellos o sus familiares pagarán sus facturas médicas. Un 12% de tales enfermos de enfermedades terminales tienen que vender parte de su propiedad para poder pagar sus facturas (*Annals of Internal Medicine*, 2000: 132-451). Ningún otro país desarrollado tiene tales problemas.

Un sistema sanitario profundamente ineficiente

A este enorme problema de falta de cobertura sanitaria o insuficiencia de cobertura se añade el de su enorme ineficiencia. El sistema de aseguramiento privado es enormemente costoso e ineficiente. Del 30% al 16% del coste del aseguramiento va a cubrir los costes administrativos que incluyen *marketing*, ingresos a los ejecutivos y accionistas, supervisores, contables y un largo etcétera (en *Aetna* es el 30%, en *Humana* es el 16%, en *United Health Care* es el 18% según *Corporate Sec Fillings*). Parte de estos costes van a cubrir los escandalosamente altos ingresos de los dirigentes de tales compañías. La persona mejor pagada de EEUU es William McGuire, presidente de la compañía de seguros sanitarios privada United Health Group, que recibe al año 37 millones de dólares más 1.776 millones de dólares en acciones. Tales dirigentes están entre los que reciben ingresos más exuberantes (*The New York Times*, 9 abril de 2005 y AFL-CIO). Y tales compañías de seguros privados están entre las que tienen más beneficios. En el año 2007, la industria aseguradora sanitaria consiguió 12.000 millones de beneficios, siendo después de la industria farmacéutica (que consiguió 40 billones de dólares de beneficios) la más rentable en EEUU (*Fortune Magazine*, 30 abril de 2007). En total, el 28% de todo el gasto sanitario en EEUU es gasto de la administración del sistema, por-

centaje elevadísimo y en absoluto comparable con el existente en otros países (en Gran Bretaña es un 6%, un porcentaje semejante al que cuesta el aseguramiento público federal que cubre a los ancianos, *Medicare*).

Contribuyendo a este enorme gasto administrativo existe el pago a los proveedores que se realiza por diagnóstico y por intervención. Este sistema es muy caro en cuanto a gastos de contabilidad (el número de personal administrativo en un hospital estadounidense es ocho veces más elevado que en Canadá, que tiene un sistema público de financiación. *New England Journal of Medicine*, 2003, 349-768). El crecimiento de personal administrativo en el sistema sanitario estadounidense ha sido enorme desde los años 1970 (cuando se introdujo el sistema de pago por diagnóstico y por intervención), incrementándose nada menos que un 3.000%, comparado con sólo un 62% en personal clínico (*Bureau of Labor Statistics, NCHS*, 2006). Pero además de engorroso administrativamente, el sistema incentiva a una excesiva intervención por parte de los proveedores. Según un estudio financiado por la Fundación Commonwealth, el 25% de histerectomías eran cuestionables y el 16% claramente inapropiadas. Estos porcentajes eran el 30% y el 14% en el caso de cirugía cardíaca, el 9% y el 17% en angiografías, el 38% y el 4% en angioplastia, y el 7% y el 2% en operaciones de cataratas (*Commonwealth Form Report, Quality of Healthcare in the U.S. Chartbook*, 2002).

Un sistema regresivo, injusto y enormemente costoso

Pero además de sus insuficiencias de cobertura y sus grandes insuficiencias, el sistema de financiación es enormemente regresivo y enormemente costoso. Las fuentes de financiación del sistema sanitario son:

a) *Las pólizas que se pagan a las compañías de seguro* y que no dependen del nivel de renta del que paga la póliza. Un profesor de la The Johns Hopkins University contribuye a la póliza que la empresa paga a la compañía de seguro sanitario con la misma cantidad que su secretaria, que tiene un salario cuatro veces inferior al del profesor. Ello es profundamente injusto. El profesor debería pagar cuatro veces más que su secretaria. Este sistema favorece a las rentas superiores a costa de las rentas inferiores.

b) *Los pagos directos*, bien en facturas médicas completas o parciales (como copago). Estos costes no están relacionados con el nivel de renta de la población y representan un porcentaje mayor de la renta disponible para las personas de menores ingresos que para las personas de mayores ingresos.

c) Impuestos federales sobre la nómina para la Segu-

ridad Social que cubre la atención sanitaria de los ancianos, a través del programa federal *Medicare*. Tal programa, establecido por el presidente Johnson (el presidente más progresista después de Roosevelt en política doméstica que ha habido en la historia de EEUU), estaba dedicado a cubrir la mayoría de los gastos de la población por encima de los 65 años. La disminución de los beneficios por parte de las Administraciones que siguieron a la del presidente Johnson explica que hoy *Medicare* sólo cubra el 52% de los gastos médicos de los ancianos. Para la mayoría de ancianos, cubrir el 48% restante de las facturas representa un grave problema. Para resolverlo, se creó el plan *Medicare B*, que cubre parte de los gastos hospitalarios (pagando 98 dólares al mes), que continúa teniendo copagos y no cubre la farmacia. Para atender a ésta, existe *Medicare D*. La mayoría de los ancianos en *Medicare* expresan un gran descontento con estos aseguramientos farmacéuticos, y ello es consecuencia de la enorme variabilidad de la cobertura, de la muy insuficiente cobertura y de los elevadísimos costes del producto farmacéutico. El coste de los productos farmacéuticos es abusivo. Sólo un ejemplo: el antiácido gástrico *Lanzoprasol* cuesta 362 dólares en Baltimore; en Barcelona la misma dosis sólo cuesta 9 dólares. Y según la ley aprobada por el señor Bush hijo, el Estado no puede negociar con la industria farmacéutica el precio de lo que compra, siendo la propia industria la que determina el precio, una situación que refleja el enorme poder político de tal industria.

d) *Impuestos federales y estatales directos* para el programa *Medicaid*, un programa de financiación y gestión conjunta del Gobierno federal y del estatal, que cubre los gastos de los que se les llama "indigentes médicos", es decir, las personas que no pueden pagar sus facturas médicas. El método de definir *indigencia médica* varía de Estado a Estado, y en su gran mayoría cubre un porcentaje muy bajo de la población pobre. El pago que el programa *Medicaid* paga a los proveedores de servicios para atender a tal población es muy bajo, lo cual explica que muchos proveedores no acepten pacientes financiados por tal programa. Más del 60% de tales pacientes cubiertos por *Medicaid* son ancianos cubiertos por *Medicare* que no pueden pagar el 48% del coste médico no cubierto por *Medicare*. Muchos ancianos deben arruinarse vendiendo sus propiedades antes de poder ser cubiertos por *Medicaid*. Es todo un drama humano.

Otro programa federal, pagado con impuestos sobre la renta, es el de los *Veteranos*, que cubre los servicios sanitarios de todo el personal militar tanto activo como pasi-

vo, y que es, en realidad, un sistema sanitario federal donde tanto la financiación como la provisión de servicios son públicos (federales). Es uno de los sistemas más eficientes en EEUU (y más populares), expresando mayor nivel de satisfacción por parte de sus usuarios, siendo el presidente de EEUU uno de sus beneficiarios (de ahí que las izquierdas digan que el presidente de EEUU es de los pocos ciudadanos que se benefician de un sistema de financiación y provisión pública, un sistema que la derecha denuncia como socialista). La popularidad de tales servicios ha disminuido como consecuencia de los enormes recortes de tales servicios realizados por la Administración Bush, siendo ello una de las causas de que el personal militar y veteranos que tradicionalmente votaban al Partido Republicano lo hicieron por el Partido Demócrata en las últimas elecciones. El presidente Obama ha incrementado considerablemente los fondos a estos servicios.

e) *Fondos públicos procedentes de impuestos directos* (que pagan las pólizas de los empleados del Gobierno federal que escogen asegurarse en compañías de seguro privado). Es un programa semejante al sistema MUFACE en España, en el que el Estado paga la póliza a la compañía privada para atender a sus empleados públicos.

f) *Subsidios federales a las pólizas de aseguramiento privado por parte de los empresarios*, al estar estas pólizas desgravadas, sin que tengan que pagar impuestos por los gastos médicos de sus empleados. Hoy se está cuestionando por parte del Congreso la continuación de tal desgravación.

Un sistema enormemente costoso

Juntando las fuentes c, d, y e resulta que el gasto público sanitario *per cápita* es el más alto del mundo (6.347 dólares PPP *per cápita*), más alto que el francés (3.306 \$), el alemán (3.251 \$), el sueco (3.012 \$), el británico (2.580 \$), el japonés (2.474 \$) y el español (2.260 \$). Con el enorme agravante de que con el gasto público *per cápita* más alto del mundo, EEUU sólo cubre a un 52% del gasto de los ancianos, un 7% de la población definida como indigente médico y un 100% del personal militar. En todos los otros países, tal gasto cubre a toda la población. Es difícil defender (como hacen los economistas liberales en España, que dominan el campo de la economía sanitaria de nuestro país) las excelencias del aseguramiento privado sobre la financiación pública.

Si añadimos el gasto privado *per cápita*, resulta que el gasto total *per cápita* es 6.400 dólares *per cápita* (casi el do-

ble que el francés, que es el más caro de la UE), con el enorme agravante de que mientras en el sistema francés el 64% de la población está satisfecha con su sistema sanitario sólo el 21% de la población estadounidense lo está. En EEUU nada menos que el 40% de la población considera que el sistema debiera reconstruirse totalmen-

El hecho de que sea el empresario el que provee de cobertura sanitaria al trabajador en Estados Unidos hace que las empresas ejerzan un doble control sobre los trabajadores, de tal forma que cuando pierden un empleo también se quedan sin cobertura sanitaria.

te, empezando desde cero, el porcentaje más alto de la OCDE. (OCDE *Health Affairs*, 2007. 2002: 21(4).88). Todos estos datos son del 2005). En realidad el gasto sanitario total ha supuesto el 17% del PIB (en España es el 7%) y se calcula que en el 2010 será el 20% del PIB. Y en cambio, el nivel de insatisfacción de la población es el más alto existente en el mundo desarrollado. Es un sistema profundamente insuficiente, costoso, injusto e impopular.

¿Cómo es que se sostiene y no cambia?

La respuesta a esta pregunta se basa en la financiación privada del sistema electoral estadounidense. Las compañías de aseguramiento privado y las compañías de equipamientos sanitarios (y muy en particular la industria farmacéutica) están entre las que contribuyen más a las campañas electorales de los candidatos a cargos políticos que tomarán las decisiones que afectan a tal sector. Aunque es conocido en Europa el impacto en la política exterior de EEUU de lo que el presidente Eisenhower denominó en su día como "el complejo militar industrial", no es tan conocido en Europa el impacto del complejo médico-industrial (que incluye las compañías de seguros y las empresas proveedoras, incluyendo la farmacéutica) en el sector sanitario del país. En las últimas elecciones las compañías de seguros pagaron 525.188 dólares a la candidata Clinton, 414.863 a Obama y 277.724 a McCain (que recibió menos dinero porque tal industria creía que los republicanos no tenían muchas posibilidades de ganar). Este sistema de financiación privada (que se definiría como corrupción en la mayoría de sistemas electorales europeos) es legal y explica la enorme impopularidad de Washington, término

que define el maridaje de la clase política con la clase empresarial que financia sus candidaturas.

Tal privatización del sistema electoral también explica la enorme abstención de la población (y muy en especial de las clases populares) en el proceso electoral, la más alta de los países de la OCDE consciente de la falta de sensibilidad de los representantes hacia las demandas de sus representados. Las encuestas muestran, por ejemplo,

En Estados Unidos el 20% de personas que tienen aseguramiento a través de su puesto de trabajo y el 54% de las personas que tienen un aseguramiento privado individual pagan más del 10% de su renta disponible en cubrir sus gastos médicos no cubiertos por su póliza.

elevados porcentajes a favor de un sistema universal de financiación predominantemente pública (la última, un 62% – *Washington Post, ABC News Channel, 2009*). Pero a pesar de ello, ninguna propuesta hecha por la Administración Obama y por el Congreso va en este sentido.

La propuesta Obama de reforma

No está todavía claro qué es lo que la Administración Obama está proporcionando. Sólo se conocen propuestas que incluyen:

1. El hacer obligatorio que todos los empresarios ofrezcan cobertura de beneficios sanitarios a sus empleados y trabajadores, propuesta por el mundo empresarial, pero favorecida por las compañías de seguros. Aquellos empresarios que se resistieran a comprar pólizas a sus trabajadores se les penalizaría con una multa por definir.

2. El Gobierno federal subvencionaría la compra de pólizas de aseguramiento privado para los que no tienen tal aseguramiento individual. Tal aseguramiento será obligatorio para los niños, pero no para los adultos.

3. La prohibición a las compañías de seguro de poder rechazar a las personas debido a su enfermedad, propuesta por las compañías de seguro.

4. Ofrecer la posibilidad de que aquellas personas que tengan dificultades en asegurarse privadamente puedan asegurarse en un sistema de aseguramiento público, tal como *Medicare* o el aseguramiento tipo *Muface* que tienen los funcionarios públicos en EEUU.

Tales propuestas significarían un paso adelante, pero –tal como critica la izquierda estadounidense (que in-

cluye a la mayoría de los sindicatos y de los movimientos sociales como el de los derechos civiles, el feminista y el ecológico)– serían insuficientes para resolver el enorme coste del sistema y su insuficiente cobertura universal de los beneficios sanitarios. Las compañías de seguro privadas continuarán dominando la financiación y gestión sanitaria, con el enorme coste administrativo que ello implica. De ahí que la propuesta de la izquierda sea lo que se llama *single payer*, pagador

único, según el cual, el sector público (tanto federal como estatal) sería el que contrataría con los proveedores (fueran éstos públicos o privados) para la provisión de servicios, disminuyendo (e incluso eliminando) los intermediarios o compañías de seguros, evitando los enormes costes administrativos que tales compañías conllevan, así como la selección de la población a la cual sirven. El punto de referencia para aquellos que proponen el *single payer* es el sistema sanitario canadiense que tenía un sistema de financiación muy semejante al estadounidense hasta que la provincia de Saskatchewan bajo un Gobierno socialdemócrata cambió el sistema, convirtiéndose en un sistema de pagador único. La ciudadanía en lugar de pagar pólizas a las compañías de seguros pagaba a un fondo común controlado por el Gobierno federal y provincial que contrataba con los proveedores la provisión de servicios. Ello permitió a aquella provincia canadiense proveer una cobertura más completa y a un coste menor que en el resto de provincias. El éxito de tal experiencia hizo que el Parlamento canadiense lo aprobase, extendiéndose al resto de las provincias.

La estrategia de las izquierdas en EEUU ha sido conseguir que el Congreso permitiera a los Estados que quisieran poner en marcha un sistema de pagador único. La propuesta del presidente Clinton incluyó un apartado (que lo escribí yo en la Casa Blanca) que hubiera permitido a los Estados que así lo quisieran, establecer un sistema de pagador único, con la esperanza de que si un Estado lo hiciera podría mostrar que podría ofrecer una cobertura mucho más completa que la actual a un costo menor. La industria de los seguros era consciente de que ello podría ocurrir, siendo tal reto contagioso, extendiéndose a otros Estados –como ocurrió en Canadá–. De ahí que se opusieran con gran hostilidad y a través de los políticos financiados por las compañías de seguros vetaron la ley.

Veremos ahora qué ocurrirá con Obama. **TEMAS**