

EE UU. Breve historia de la reforma sanitaria

Colin Gordon

■ Es un simple hecho político en las democracias capitalistas que los intereses privados dan forma, y a menudo deciden sin más, a las políticas públicas. Muchas cuestiones de carácter colectivo o público –inversión, empleo, asignación de recursos– se deciden totalmente fuera del espacio político, y solo se convoca a la política para cubrir errores.

Tanto la política electoral como el proceso legislativo en EE UU exigen claramente grandes sumas de dinero; el destino de los candidatos y de las políticas están determinado en gran medida por las demandas privadas y los recursos públicos. El resultado, como deja claro un reciente estudio, no solo es la gloriosa irrelevancia del votante medio, sino un aparente e impenetrable mecanismo de dominación de las élites que genera tanto una dura desigualdad como políticas diseñadas para hacerla más dura aún.

En la sanidad, los proveedores privados y los mecanismos de financiación privada estaban claramente delimitados mucho antes de

cualquier intervención pública significativa. Hay mucho en juego e históricamente un conjunto diverso de intereses sanitarios privados ha invertido generosamente en campañas políticas y ha acechado en comparencias y antesalas del Congreso.

“La aspiración a una cobertura sanitaria igualitaria y universal es sólida”

Pero lo que ha dado forma a la política sanitaria y bloqueado cualquier reforma durante el

siglo pasado no ha sido tanto la influencia combinada de intereses privados como el enredo de compromisos y rivalidades que emergieron en la competencia por influir en la política, por imponerse al contrario y disponer de un acceso sin restricciones al gasto público.

La aspiración a una cobertura sanitaria igualitaria y universal es sólida. Y exige un apoyo público substancial. Pero para llegar ahí necesitamos saber contra qué, o quién, estamos.

Sin trato, *New Deal*, mal trato

Cuando surgió la idea de una cobertura sanitaria pública en vísperas de la Primera Guerra Mundial, el sistema sanitario estadounidense era una bestia muy diferente.

1. EL DESORDEN GLOBAL

La medicina apenas era una profesión, si la medimos por estatus o ingresos. Los hospitales eran el lugar donde se iba a morir. Las farmacias, prácticamente desreguladas, traficaban con aceite de serpiente y con promesas. Lo más parecido a un seguro médico en el mercado era un plan de pago para un ataúd y unas flores. Y el riesgo que muchos norteamericanos afrontaban no era el precio de estar enfermos o heridos, sino el precio de perder el salario.

Como respuesta a ello, los reformadores de Estados Unidos –motivados por los costes humanos del capitalismo industrial y sus homólogos europeos– propusieron un modesto programa estatal de seguro de indemnización para trabajadores, financiado equitativamente por contribuciones públicas, empresarios y trabajadores.

La joven Asociación Americana de Médicos (AMA en inglés) no estaba totalmente en contra de esa idea, que podría haber creado un flujo de ingresos estable. Pero las asociaciones médicas a nivel estatal y local rechazaron cualquier interferencia en la relación paciente-doctor y cualquier indicio de prácticas *contractual* (en las que los doctores estuvieran asalariados o pagados per cápita). Los empresarios se enfurecieron ante la noción de que el servicio sanitario pudiera ser considerado como un coste de empleo y la posibilidad de que los planes pudieran ser aprobados en unos estados, pero no en otros. La *American Federation of Labour* de Samuel Gompers (que prefería mejores salarios a beneficios públicos estigmatizados) lo acogió con tibieza, aunque muchas federaciones estatales presionaron para que se aprobara.

Por su parte, el sector de las aseguradoras presionó duramente. La contraofensiva, encabezada por Frederick Hoffman, de Prudential, estuvo impulsada a partes iguales por la ansiedad del sector ante la creación de un precedente regulativo y por la convicción de Hoffman de que no se podía asegurar a las *razas inferiores*. Las grandes empresas aseguradoras (dirigidas por Prudential y Metropolitan) hicieron causa común con empresarios y doctores, y financiaron una furiosa campaña publicitaria que (con el impulso de la entrada norteamericana en la Primera Guerra Mundial) presentó con éxito la aspiración a una seguridad sanitaria como "antiamericana, insegura, antieconómica, anticientífica, injusta y carente de escrúpulos".

Este primer episodio de la reforma sanitaria estadounidense no fue especialmente importante. La idea solo emergió en algunos estados, pero no se aprobó en ninguno. Ahora bien, dio cuerpo a una oposición basada en argumentos y conjeturas persistentes: que la asistencia sanitaria era más un bien de consumo que un bien público; que cualquier desviación de la regla pago-por-servicio equivalía a socialismo y que la *línea del color* (discriminación racial) excluía una cobertura amplia o universal.

También puso en marcha un modelo de políticas sanitarias en las que los diferentes sectores sanitarios –doctores, hospitales, asegura-

doras, empleados, sindicatos y otros— mostraron estar dispuestos y ser capaces de movilizar recursos políticos, unirse entre sí en alianzas estratégicas y sostener afirmaciones apocalípticas para rechazar o reformular la reforma.

A lo largo de la década de 1920 y en la era del *New Deal*, el sector médico organizado surgió como el más ruidoso y acaudalado de estos sectores. La AMA luchó prácticamente contra cualquier alternativa a la sanidad de pago-por-servicio, un rumbo que (irónicamente en el largo plazo) la alió con la industria aseguradora con la esperanza de que esta última no interfiriera con la práctica privada. Y la AMA actuó en consecuencia dedicando 1 millón de dólares a actividades de *lobby* y relaciones públicas.

Amedrentados por esta oposición formidable, los arquitectos de la seguridad social renunciaron en silencio al seguro de enfermedad cuando estaba en proceso de elaboración, convencidos que, con el tiempo, podrían hacer cambiar de opinión a la AMA. Se equivocaban.

En defensa de la salud

A lo largo de la década siguiente, la presión por incluir la cobertura de la salud de la seguridad social sanitaria en la nómina salarial ganó fuerza, pero también lo hizo la influencia política de la AMA.

Más importante aún, apareció un escollo aparentemente menor en la era de las relaciones laborales de la Segunda Guerra Mundial que afectaría inmediatamente al futuro del servicio sanitario y a la constelación de accionistas. Preocupados por la inflación en una recalentada economía de posguerra, la *National War Labour Board* (organismo tripartito: gobierno, empresas, sindicatos, puesto en pie tras las guerras mundiales) examinó estrechamente los contratos entre el trabajo y los empresarios: limitando los salarios y utilizando exenciones fiscales para estimular su compensación en forma de retribuciones en especie, como vacaciones pagadas, asistencia para niños *in situ* y cobertura sanitaria a través del empleo.

La emergencia de un *Estado de bienestar privado* organizado en torno a una prestación basada en el trabajo transformó el compromiso empresarial en la asistencia sanitaria.

Para las corporaciones, que aspiraban a hacer retroceder o decrecer el creciente papel del Estado en la *New Deal*, los beneficios privados constituían una poderosa prueba de la disponibilidad y capacidad de los mercados para resolver los problemas sociales. Para los sindicatos, que seguían pensando en el objetivo de un seguro sanitario nacional, conseguir la cobertura en la mesa de negociación parecía la segunda mejor opción y una poderosa herramienta organizativa. Para las aseguradoras, la innovación de la cobertura basada en el trabajo (en la que los empresarios compartían los riesgos) eliminaba el *riesgo moral* de la cobertura individual. Y para los doctores y hospitales, la cobertura

1. EL DESORDEN GLOBAL

basada en el trabajo prometía un nuevo y amplio mercado de pacientes con pocos costes políticos.

Por prometedor que fuera este nuevo acuerdo –tanto para la cobertura privada como para los accionistas clave en la asistencia sanitaria–, estaba marcado por dos problemas.

Primero, se trataba de un compromiso débil. Por el momento, aseguradoras, empresarios y hospitales estaban dispuestos a seguir la dirección política de la AMA. Pero a largo plazo, el Estado de bienestar privado enfrentó a estos intereses entre sí, especialmente cuando los empresarios empezaron a objetar el aumento de los costes.

Segundo, fue un compromiso insuficiente. En aquel momento, la cobertura basada en el trabajo aumentaba a pasos agigantados: entre 1940 y 1950, el número de estadounidenses con cobertura sanitaria privada saltó del 9,1% al 50,3%. Pero después, el crecimiento se ralentizó, en un máximo del 80% a principios de los 80 y cayendo de nuevo al 71,6% en 1990 y al 67,2% en 2015; menos de lo que había sido en 1960, a pesar de la efusión de nueva cobertura bajo el ACA.

Del mismo modo que el compromiso de posguerra estaba estancado, afrontaba dos preguntas problemáticas: ¿qué pasaría cuando los intereses de las aseguradoras, doctores y empresarios no se alinearan tan clara y fácilmente?, ¿y qué pasaría cuando la promesa de cobertura privada, como sucedáneo del seguro de salud nacional, desapareciera?

Limpieza

A corto plazo, a medida que la negociación colectiva proporcionaba una cobertura más expansiva y el sector de la sanidad se expandía para acomodarse al influjo de pacientes asegurados, estas no eran más que pequeñas preguntas gruñonas. El interés más inmediato, una vez que la AMA había conjurado el último intento de un seguro de salud nacional, era qué hacer con todos aquellos cuyo trabajo no les proporcionaba cobertura: las personas mayores, quienes no trabajaban y quienes trabajaban en los amplios aledaños del mercado laboral.

A medida que el debate se desplazaba a la cuestión de la cobertura para la gente pobre y mayor, la AMA continuó amasando influencia política: "Aquellos de nosotros con profundas convicciones", observaba el presidente de la AMA James Foristel en 1956, "debemos hacer algo más que votar".

Las aseguradoras organizaron ese mismo año un lobby político, la *Health Insurance Association of America*. Y los empresarios, hábilmente representados por la Cámara de Comercio y un puñado de otras asociaciones comerciales e industriales, recuperaron con creces el terreno político que habían perdido en los años de la Depresión y la guerra.

Al mismo tiempo, sin embargo, comenzaron a quebrar los compromisos de las empresas. De forma creciente, esta capacidad política de

fuego sería usada contra antiguos aliados, tanto como contra el riesgo mayor de injerencia estatal.

Los empresarios, partidarios de la cobertura basada en el trabajo en la primera década después de la guerra, empezaban a preocuparse por su alcance y coste. Algunos empresarios plantearon que la asistencia sanitaria no era (o no debía ser) su responsabilidad. Los que proporcionaban cobertura sanitaria quedaban en desventaja frente a los competidores que no la proporcionaban.

Las aseguradoras apoyaron la línea cada vez más lucrativa de cobertura privada colectiva y la ligera regulación estatal de seguros. Recelaban del empuje político en favor de la cobertura a indigentes y personas mayores (que en su momento cobraría forma como Medicaid y Medicare), aunque reconocieran en privado que disponer de una política pública que solucionara los riesgos de pobreza no era algo malo.

“Las aseguradoras apoyaron la línea cada vez más lucrativa de cobertura privada colectiva”

Los médicos, al menos los representados por la AMA, continuaron oponiéndose a cualquier tipo de cobertura pública, y estaban preocupados por cualquier concesión que *abriera la puerta a la medicina socializada*.

Pero los médicos, de la misma forma que estaban preocupados por la autonomía profesional, también empezaron a aceptar en privado que los actuarios de seguros y los empresarios tacaños suponían una amenaza tan grande como los leninistas de sus pesadillas, y continuaban presionando por un servicio nacional de salud.

En el largo recorrido hasta Medicare y Medicaid en 1965, estos sectores trabajaron más para dar la forma que querían a la legislación que en bloquearla totalmente.

El negocio de la salud, la salud del negocio

La implantación de Medicare y Medicaid reordenó de nuevo la política de salud estadounidense. Como con las grandes innovaciones de la seguridad social antes y después, los beneficiarios de los nuevos programas (especialmente Medicare) se convirtieron en una fuerza poderosa por derecho propio.

Pero los empresarios, que fueron las principales víctimas de la inflación de la asistencia sanitaria que empezó a desencadenarse después de 1965, hicieron sonar la alarma. El compromiso empresarial se convirtió en confrontación: proveedores y aseguradoras de un lado, pagadores (en su mayoría empresarios) del otro.

En este nuevo contexto, los intereses de las empresas eclipsaron pronto a la AMA y a otros. Mientras tanto, los empresarios reclama-

1. EL DESORDEN GLOBAL

ban una gran parte del sistema sanitario y un acceso casi ilimitado al poder político.

Para los empresarios, la cuestión era simple: la sanidad costaba demasiado y tenían que hacerse cargo de gran parte de las facturas. Mientras que unas empresas muy sindicadas flirtearon con la idea de un seguro de salud nacional a principios de los 70 (pensando que lo mejor era hacer que otros pagaran su parte), la mayoría buscó formas para deshacerse de la carga.

Esto enfrentó a empresarios –que se retiraban de la completa financiación empresarial al actual laberinto familiar de copagos, primas y franquicias fraccionadas– y trabajadores. Y enfrentó a los empresarios con los hospitales y aseguradoras, en la medida en que la eficiencia y la competencia controlada se colocaron en el centro.

A lo largo de los 80, el *espíritu de la época* de la reforma sanitaria se basó particularmente y sin descanso en reducir los costes empresariales, conservando poco más que una bendición federal de las *Health Maintenance Organizations*.

En 1992, espoleada en gran medida por la preocupación empresarial por los costes, la administración Clinton abordó la reforma de la salud. Como, por desgracia, dejan claro los expedientes, la *Health Care Task Force* (grupo de trabajo sobre la salud) de su administración desdeñó las soluciones audaces y fue cuidadosamente solícita con los intereses creados en la salud. Una orientación política, como señaló una voz crítica, "próxima a entregar una hoja en blanco a los grupos de interés y decirles: ¡hazlo tú!".

Los médicos y hospitales saturaron la *Health Care Task Force* de recomendaciones y preocupaciones, pero parecían resignados al hecho de que estaban en el ojo del huracán de cualquier reforma; que al final el Estado o las compañías de seguros iban a restringir su autonomía profesional con soluciones ahorradoras (algunos señalaron que el seguro sanitario de pago único sería la mejor garantía tanto para el control de costes como para la práctica médica; una sugerencia que era, al mismo tiempo, razonable y blasfema).

Los empresarios estaban divididos, viendo en la reforma (dependiendo de sus costes y cargas sanitarias) una oportunidad para socializar los costes o librarse de ellos completamente. La Asociación de Compañías de Seguros Americana (HIAA) lideró la oposición al plan de Clinton. Como ocurre ahora, las aseguradoras estaban preocupadas fundamentalmente de que las nuevas normas de regulación federal restringieran la actividad industrial (valorar los seguros en virtud del riesgo, basado en edad o en condiciones preexistentes, o negar la cobertura por completo). Pero, al menos al comienzo del debate, la *Banda de los Cinco* de la industria (Prudential, CIGNA, Aetna, MetLife y John Hancock) rompió con la HIAA, confiados de que serían los líderes tanto en dar forma a la ley como en gestionar sus planes. Sin embargo, tanto

los empresarios como las principales aseguradoras se dieron cuenta de que la administración Clinton iba por otros derroteros y se apartaron.

La ironía de la *Affordable Care Act* (ACA)

La espectacular quiebra del intento de reforma de Clinton expulsó la reforma sanitaria de la agenda nacional, aun cuando los problemas subyacentes –colapso de la cobertura y disparo de los costes– continuarían hostigando a la gente trabajadora normal.

Cuando la administración Obama entró en la pelea quince años después, el número de personas sin seguro aumentó un punto, casi el 16%; la promesa de una cobertura basada en el trabajo se había debilitado, con apenas la mitad de personas cubierta por su empresario, y la parte del gasto sanitario en el PIB había ascendido del 13% al 16%.

Debido a todo el veneno volcado sobre la aprobación, gestión y revocación de la ACA, fue una intervención tímida. La administración Clinton barajó una idea y luego dejó que los *lobbies* de la sanidad se hicieran con ella; la administración Obama empezó con los intereses de la sanidad y luego, de hecho, se hizo con la idea de aquellos.

La *Affordable Care Act* (ley de cuidados de salud asequible –ACA–) estaba determinada por cuatro retrocesos o concesiones significativas. Primero, el colapso de la opinión pública y la decisión de la Corte Suprema en *NFIB v Sebelius* (que daba primacía a la opción individual, pero permitía a los estados optar a una expansión de Medicaid) dejó gran parte de la amplitud de la ley a discreción de los estados. El resultado fue una amplia laguna en la cobertura a la gente adulta pobre en estados que no pusieron en pie el Medicaid. Mientras, las cifras de gente no asegurada cayó en picado tras la ACA y cobró una nítida forma racial y regional: de la gente demasiado pobre para participar en el cambio (del tipo de seguro) pero que no tenía derecho al programa Medicaid de su estado, cerca del 90% vivía en el sur (solo el 44% en Texas y Florida), y la mitad era gente de color.

Segundo, a diferencia de los empresarios e ideólogos promercado, la posibilidad de cambiar de seguro que estaba en el centro del nuevo programa reformuló la asistencia sanitaria y su cobertura como un mercado para consumidores individuales. Este diseño seguía la pauta de la Fundación Heritage y otros impacientes por desplazar la prestación sanitaria y sus ventajas fiscales del empresario/pagador al individuo/consumidor.

Tercero, como compensación a las aseguradoras y proveedores, la ACA prometió una amplia expansión del subsidio del mercado de asistencia sanitaria privada. Como las aseguradoras eran contrarias a nuevas regulaciones sobre seguros contra riesgos, quedaron contentas por la perspectiva de millones de clientes nuevamente asegurados (los ingresos de la industria del mercado individual casi se doblaron entre 2012 y 2013) y amplió la oportunidad para dar forma a las normas

1. EL DESORDEN GLOBAL

(especialmente en los intercambios de estados) cuando estuvieran en funcionamiento. Al final, lo que realmente preocupaba a las aseguradoras era el débil riesgo –pronto eliminado– de una opción pública.

Cuarto, como concesión a los proveedores y a la industria farmacéutica, los legisladores renunciaron a hacer uso del considerable peso de la ACA –vía expansión de Medicaid o subsidios para cambiar de seguro– con el objetivo de tener algún control importante de los costes. El *lobby* farmacéutico trabajó con la administración Obama desde el primer día.

A cambio de algunas modestas concesiones (incluyendo los grandes descuentos de Medicaid y un impuesto sobre fármacos de marca), las grandes empresas farmacéuticas fueron capaces de evitar importantes riesgos (incluyendo la reimportación de fármacos y la regulación de los precios de los fármacos de Medicaid). Gracias a los nuevos asegurados, se proyectaba aumentar los beneficios de 10.000 a 30.000 millones de dólares la década siguiente, con pocos costes políticos o de regulación.

El resultado final fue una ley que los *lobbies* sanitarios habían modelado según sus intereses. Incluso aquellos que al principio habían dudado, apoyaron (o al menos se adaptaron) a la ACA, una vez aprobada; un hecho subestimado por su silencio durante la lucha sobre la constitucionalidad de la ACA.

Pero también fue una ley cuya prognosis era incierta en estados donde Medicaid no se había expandido y, tras las elecciones de 2016, la persistente oposición de algunos sectores (especialmente pequeños empresarios y aquellos afectados por los impuestos que acarrea) y los partidarios de la derogación pasaron de la adaptación a la ansiedad.

Para los *lobbies* sanitarios, la aprobación y aplicación de la ACA presentaba claros riesgos y oportunidades. El redoble de tambores de la derogación sobredimensionó los riesgos e hizo más inciertas las oportunidades.

¿Qué viene ahora?

¿Qué significa todo esto en el panorama de la política sanitaria actual y de cara a las perspectivas de conseguir una asistencia médica universal (*Medicare for All*)?

Empecemos por la alineación de intereses en torno a *derogación y sustitución*. Aunque los accionistas se han presentado como la última defensa contra la compulsión y la medicina socializada, sus intereses materiales se han impuesto a su ideología.

Para la mayoría, esto significó reformar la ACA más que oponerse a ella. Y significó defender la ACA una vez que estaba en funcionamiento; aunque solo fuera porque la consistencia y la predictibilidad son más prudentes que desasegurar a millones y reinventar las reglas y los incentivos cada seis meses.

El cuerpo médico y los hospitales no querían tener nada que ver con la *American Health Care Act* o sus variantes. La mayoría de las ase-

guradoras, que tenían más en juego, pensaba casi de igual forma. El éxodo de compañías de seguro de los intercambios entre estados el año pasado no fue un voto contra la ACA; es el juego de la gallina espoleado por los esfuerzos del Congreso y la administración Trump por cerrar el grifo de los subsidios por cobertura para gente con bajos ingresos.

El peor resultado posible para las aseguradoras no es la ACA o su derogación, sino su derogación *parcial*; un mundo en el que debe ofrecerse cobertura, pero sin subsidios federales o sin los mandatos que empujaban a enfermos y sanos a apuntarse por igual. Las aseguradoras han hecho pocos esfuerzos por ocultar su desdén ante los planes de derogación que inundarían el mercado con *opciones del consumidor* poco reguladas.

Las empresas, representadas especialmente por la *National Federation of Independent Business* y la Cámara de Comercio de los EE UU, han sido las voces más críticas y más ruidosas a favor de su derogación. La Cámara quiere afirmar a la vez el principio de prestación sanitaria basada en el trabajo y sus considerables ventajas fiscales, pero se opone a cualquier intento de cobertura obligatoria o a regular las prestaciones

“Es una gran reforma sanitaria que carece de base social estable entre los lobbies de la salud”

de cobertura. Y ha sido rápida en aprovechar cualquier prueba anecdótica de pérdida de horas o empleo debida a la ACA, a la vez que se desentendían del grave impacto de la derogación en el empleo.

Gran parte de la fuerza detrás de este sector de oposición proviene, sin embargo, de la fracción más pequeña de los intereses empresariales. Los requisitos de cobertura de la ACA tienen poco

impacto en planes colectivos más grandes o en los planes de salud autoasegurados (estos últimos agrupan el 60% de los cubiertos por planes basados en el trabajo). Los mandatos recaen en gran medida en las empresas de tamaño medio que no ofrecen cobertura en la actualidad, pero no imponen nuevos costes netos a las empresas grandes y en realidad reducen los costes sanitarios en las empresas pequeñas. Que las empresas fracasasen en *derogar y sustituir* depende en gran medida de sus compromisos actuales, del tamaño de la empresa (al igual que el acceso a la cobertura colectiva) y del sector en que compitan.

El esfuerzo por derogar es, en otras palabras, algo curioso: es una gran reforma sanitaria que carece de base social estable o significativa entre los *lobbies* de la salud, muchos de los cuales tienen serias reservas a seguir por ese camino.

En cierto sentido, el partidismo ha sustituido a la política convencional. El GOP del Congreso tiene en su punto de mira la ACA desde hace

1. EL DESORDEN GLOBAL

tanto tiempo que nadie puede disuadirle de apretar el gatillo. En cierto sentido, la antipatía de las derechas radicales a cualquier expansión de la política social ha aplastado el debate sobre la asistencia sanitaria. Y en algunos aspectos, la *derogación* estaba menos dirigida a la ACA que a sus impuestos, a revertir el impacto redistributivo de la ley sin reflexionar en la cobertura o costes sanitarios.

Que los *lobbies* sanitarios no hayan hecho oír sus preocupaciones sobre la derogación o se hayan mordido la lengua ayuda a explicar la dificultad del GOP para llevar a cabo su promesa en siete años. Una cosa es que los legisladores proporcionen un camuflaje ideológico o partidista a los intereses a los que sirven, otra cosa muy distinta es cuando el partidismo carece tan claramente de cualquier base material.

La actual alineación de *lobbies* sanitarios, a su vez, no es muy buena guía para saber dónde pueden situarse si la reforma es impulsada en otra dirección, es decir, hacia *Medicare for All*.

Sea cual sea el camino hacia la reforma, la lógica política y fiscal es la misma: estamos pagando el precio (con creces) de un servicio de salud universal, pero obteniendo menos —en términos de cobertura o beneficios sanitarios—. Para anticiparse o entender los obstáculos a la reforma tenemos que mirar a dónde va el dinero.

La grieta más grande es esta bañera con fugas es el gasto. El sistema sanitario norteamericano, como lo caracterizó el economista Henry Aaron, es "una monstruosidad administrativa, una mezcolanza realmente extraña de miles de contribuyentes con sistemas de pago que difieren sin ninguna razón socialmente benéfica, y por sistemas públicos pasmosamente complejos".

El gasto administrativo se genera por unas cuantas cosas: la tarea de comercializar los planes de seguro sanitario, la labor actuarial de aceptar o denegar reclamaciones y la carga de los proveedores de saber quién está asegurado (y quién no) y procesar después las reclamaciones por múltiples pagadores. Este desorden administrativo produce un gasto operativo y clínico; los patrones de prestación son ineficaces, duplicados o cuestan más de lo necesario.

La principal culpable aquí es, por supuesto, la industria de seguros médicos, que es capaz de seguir paralizando el sistema, en gran parte, por su considerable peso político. Desembolsa de 50 a 80 millones de dólares anualmente en gastos de *lobby*, presume de tener 700 *lobistas* y tiene estrechos vínculos con demócratas y republicanos por igual.

Pero este poder político no se corresponde con el poder en el mercado. Como la industria está tan dispersa y fragmentada, ejerce poca influencia en el precio de bienes y servicios médicos (que son, de nuevo, mucho más altos en EE UU que en cualquier otro lugar).

Cualquier esfuerzo serio de reforma se enfrentaría a estos dos problemas y a los intereses que representan. ¿Qué pasa con los otros in-

tereses en juego? Parece que algunos intereses con mucho dinero no resistirían al desentrañamiento de los seguros privados.

El sector médico y los hospitales no son *fans* de la industria de seguros de salud que impone una enorme carga administrativa y supone una gran amenaza a la autonomía profesional de cualquier contribuyente público. A la vez, con la sencillez del pagador único vendrían costes significativos y controles de precios, y esto dificultaría las ventas de los proveedores.

¿Qué hay de las empresas? El servicio sanitario basado en el trabajo impone importantes costes, no solo en las nóminas sino también en la competitividad de las empresas norteamericanas. Tras haber defendido durante décadas el seguro basado en el trabajo como defensa contra la medicina socializada, las empresas y sus *lobistas* presionan ahora en favor de *soluciones eficaces del sector privado*, en referencia al mercado de seguros sin la expectativa de prestación empresarial.

Pero las empresas son también económica y políticamente diversas: por cada empresa que emplea 500 trabajadores (y ofrece asistencia sanitaria al 99% de ellos), hay 240 empresas de menos de 10 (en las que la cobertura es solo del 22%). Y políticamente, las empresas y sus *lobbies* tienen cosas más importantes que hacer.

Dada la actual alineación de la política empresarial, desde la derecha hasta la derecha-loca, es difícil imaginar a los empresarios alineándose con los defensores del servicio sanitario universal incluso bajo criterios estratégicos, o dedicando sus recursos o capital político a algo que les costaría aliados y votos en otras cuestiones.

El pago único sanitario beneficiaría a los *lobbies* sanitarios de muchas formas, pero sería fácil que cada cual se aferre a un aspecto —desplazamiento de seguros privados, expansión del Estado de bienestar, controles de los costes en bienes y servicios médicos, nuevos flujos de ingresos— y lo ven como un riesgo.

Si la trayectoria histórica del compromiso empresarial con la asistencia sanitaria da alguna guía es que los *lobbies* sanitarios son políticamente poderosos y desorganizados. Recelan tanto unos de otros —y están en juego miles de millones en gasto público y privado— como de la intrusión o innovación política.

Mirando hacia delante, quizá lo mejor que podemos esperar es que el esfuerzo por el pago único enfrente a proveedores, aseguradoras y empresas, abriendo una oportunidad en la que el apoyo popular pueda tener éxito.

Colin Gordon es profesor de Historia en la Universidad de Iowa

Extractos del artículo original publicado en www.jacobinmag.com/2017/07/trumpcare-obamacare-us-health-care

Traducción: **viento sur**