

El debate sobre el sistema de salud estadounidense



ANA MALINOW, MD.

Anterior Presidenta de la ONG estadounidense, Médicos por un Programa Nacional de Salud.

*En Estados Unidos, 46 millones de personas no tienen seguro de salud porque no pueden pagarlo. 45.000 de ellas mueren anualmente como consecuencia directa de no estar aseguradas, o lo que es lo mismo, una muerte cada 12 minutos que podría evitarse si estas personas tuvieran acceso oportuno a los servicios de salud. El costo promedio del seguro médico para una familia de tres personas es de US \$13.000, una suma impagable para un sector cada vez más numeroso de la población, incluyendo a quienes están empleados de tiempo completo. Esta realidad que avergüenza al país económicamente más poderoso del planeta, explica la importancia y la intensidad con que se ha vivido en los últimos meses el debate sobre la reforma al Sistema de Salud, en el cual el presidente Obama se juega su credibilidad y buena parte del apoyo ciudadano, puesto que brindar cobertura universal en salud a bajo costo fue una de sus principales banderas de campaña electoral. Sobre este tema y sobre la propuesta de reforma que unifica a los sectores más progresistas del país, Bernardo Useche entrevistó en Houston para **Deslinde** a la Dra. Ana Malinow, pediatra que acaba de cumplir su periodo como Presidenta de “Médicos por un Programa Nacional de Salud” (PNHP por sus iniciales en inglés). PNHP es una asociación gremial que agrupa a más de 17.000 médicos y otros profesionales de la salud y que lucha por una reforma de la salud que excluya del sistema la innecesaria intermediación de las compañías privadas de seguros, con lo cual se ahorrarían cada año US \$400.000 millones, suficientes para brindar servicios integrales de salud a la totalidad del pueblo estadounidense. **DESLINDE***



Deslinde: *Dra. Malinow, usted es una pediatra dedicada a cuidar sus pacientes. ¿Cuándo se interesó en estudiar el sistema de salud estadounidense y por qué se unió a “Médicos por un Programa Nacional de Salud” (PNHP, por sus siglas en inglés), una organización de la cual usted fue la Presidenta inmediatamente anterior?*

Ana Malinow: *Me uní a “Médicos por un Programa Nacional de Salud” hace casi una década, pero sólo me hice activa en la organización hasta más tarde, cuando Lauren Oshman, por entonces una estudiante de medicina de tercer año, se acercó a mi oficina. Ella había oído que yo era miembro de PNHP y estaba buscando a un médico*



Ana Malinow, MD.

que la ayudara a crear una organización para lograr una salud universal en Texas. Tenía un mes para hacerlo. Eso fue en 2002. Yo sabía que se trataba de una tarea casi imposible de coronar en cualquier plazo, más aún en un mes, pero la verdad es que había estado esperando 15 años a que alguien me pidiera esto y, claro está, le dije que sí.

Decidimos que necesitábamos “educar” a la gente sobre el cuidado de la salud y sobre la reforma al sistema de salud. Pero cuando me senté a preparar mi primera presentación, me di cuenta que no sabía nada sobre el sistema de salud de EEUU. Parece extraño, pero después de cuatro años de estudios médicos universitarios, tres años de residencia en pediatría, cinco años de ser una pediatra de cuidados primarios y muchos años de enseñar en una institución académica, no sabía nada sobre el sistema de salud estadounidense. Rápidamente comprendí que primero

tendría que autoeducarme. Entonces eso fue exactamente lo que hice. Leí, leí y leí. Y lo que encontré me conmocionó. Desde aquella época he estado hablándole a la gente sobre el sistema de salud.

Por ese entonces, empecé a frustrarme crecientemente con la práctica médica. Estaba gastando más tiempo ayudando a las familias a negociar su atención en un fragmentado sistema de salud que a examinar oídos y escuchar corazones. También oí una historia que creo cambió el curso de mi vida. Una madre me contó sobre su hijo de 15 años de edad que carecía de seguro de salud y quien estaba tratando de ingresar al equipo escolar de baseball. Él estaba trabajando con su madre, limpiando los pupitres y pisos del colegio, con el fin de ganar suficiente dinero para comprarse un par de zapatos de baseball. Su entrenador le dijo que necesitaba un examen médico para poder jugar en el equipo. El muchacho fue donde su madre, quien le explicó que no tenían dinero para pagarle a un doctor por el examen. “No hay ningún problema,” dijo el muchacho, “Yo pagaré con el dinero que he ahorrado para pagarme los zapatos”.

Me indigné. ¿Cómo podía aceptar este tipo de sistema? El país más rico del mundo, ¿y un muchacho tenía que usar su dinero para los zapatos con el propósito de pagar un médico? Fue un momento clave de mi vida. Creo que en ese instante y lugar decidí que no me detendría hasta que el sistema se transformara en uno del cual no me sintiera avergonzada.

Deslinde: ¿Cuál es su diagnóstico sobre el actual sistema de salud de EEUU?

Ana Malinow: Creo que la mayoría de personas están de acuerdo que nuestro sistema de salud está enfermo, es injusto y requiere una reestructuración substancial. De hecho, cuando se les ha encuestado, una gran mayoría de los es-

tadounidenses creen que nuestro sistema de salud necesita un cambio significativo o fundamental. A partir de mi experiencia personal hablándole a cientos y cientos de personas, constato que los americanos están de acuerdo sobre el tipo de sistema de salud que quieren: comprensivo, costeable, confiable, accesible, universal y justo. Por tanto, el diagnóstico no es difícil; lo que está resultando complicado es la prescripción.

Claro está que creo que la única manera de lograr el tipo de sistema de salud que los americanos desean es a través de un programa nacional de salud de un pagador único. Analizándolo objetivamente, si ello es posible, dejando a un lado la política y la ideología, un sistema de pagador único es el único sistema que podría garantizar un paquete comprensivo de beneficios costeable, confiable, accesible, universal y equitativo. Todos los demás países desarrollados del mundo lo han descifrado y cayeron en cuenta de ello hace décadas: la salud, para ser universal y costeable, no puede ser una mercancía, comprada y vendida como un aparato de televisión. Tiene que considerarse un servicio público, como los bomberos o la protección policial, como la educación, como las carreteras. Infortunadamente, los estadounidenses han escogido un camino insostenible tratándose de este servicio público. Pero el costo está creciendo, tanto económica como moralmente, y por eso creo que eventualmente prevalecerá el sistema de un pagador único.

Deslinde: *¿Cómo puede compararse el sistema de salud de EEUU con el de otros países desarrollados como Inglaterra, Canadá y Francia?*

Ana Malinow: La salud, como todos sabemos, no es solamente el acceso a la atención médica. La salud es más que poder ir al médico y tomarse el medicamento

correcto. La salud, como la visualizamos en EEUU, no depende solamente de cuánto dinero un país gasta en el sistema de salud. Por ejemplo, Inglaterra gasta menos de la mitad en términos per cápita que EEUU, y sin embargo tiene una mayor expectativa de vida. Más allá de su constitución genética, la salud depende del barrio en que usted viva, el trabajo que tenga, las disparidades de ingreso entre usted y su jefe, el respaldo social que tenga, las presiones emocionales, financieras, físicas y éticas que enfrente diariamente, lo que usted coma, tome y respire, y muchos otros aspectos. Por tanto, mirar los resultados de la salud, que constituyen la manera más fácil de comparar los sistemas de salud de los países, para inferir que los sistemas de salud determinan los resultados de salud, probablemente resulta insuficiente cuando no francamente equivocado.

Habiendo aclarado lo anterior, en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud clasificó al sistema de salud de EEUU en el número 37 a nivel mundial y a Francia en el número uno. Adicionalmente al desempeño en salud, midió los niveles en la distribución de la salud, el nivel de respuesta, la justicia en la contribución financiera, los gastos de salud per cápita y los logros generales de metas. En comparación con cualquiera de los países industrializados, EEUU tiene la menor expectativa de vida, la mayor mortalidad infantil y la mayor mortalidad materna. Cuando se comparan el número de médicos y enfermeras, los escáneres MRI y CT, las camas hospitalarias y los pacientes atendidos per cápita, EEUU no clasifica consistentemente entre los mejores países industrializados; de hecho, frecuentemente tiene una clasificación promedio o menor. Al comparar las tendencias en muertes debidas a la atención en salud en 19 países industrializados, el descenso

El nacimiento y la persistencia de los seguros de salud con ánimo de lucro en EEUU figuran entre los múltiples determinantes que propenden sinérgicamente hacia el espiral de muertes que actualmente estamos experimentando en el sistema de salud.

en todos los países es mucho mayor que en EEUU. Si Estados Unidos pudiera reducir la mortalidad debida a la atención en salud al nivel promedio logrado en los tres países con mejores resultados, habría 101.000 muertes menos anuales. Un estudio reciente publicado por los cofundadores de PNHP estima que hay aproximadamente 45.000 muertes anuales en exceso relacionadas con la falta de cubrimiento de salud. Estos son americanos que no habrían muerto si hubiesen tenido un seguro de salud. Cuando se trata de gastar, somos los mejores. Somos los primeros en términos de gastos per cápita en el cuidado de salud.

Como resultado, EEUU gasta anualmente US \$2,5 billones (millones de millones) en la salud. En un sistema de salud con ánimo de lucro, hay muy pocos incentivos para mantener los costos bajos. Por tanto, el próximo año gastaremos más y el siguiente todavía más. Mientras que EEUU tenga un sistema de salud con ánimo de lucro, en el cual existen incentivos perversos para seguir gastando más, los costos continuarán aumentando. Infortunadamente, como lo estamos viendo, esto

no se traduce en mejorar los resultados de salud. En el futuro, mientras continuemos gastando más dinero en menos población, nuestros resultados generales de salud probablemente empeorarán.

Deslinde: *¿En qué momento el gobierno estadounidense le entregó el sistema de salud al capital financiero, las empresas aseguradoras y las corporaciones del negocio de la salud?*

Ana Malinow: Sería difícil precisar un evento o fecha, pero creo que el nacimiento y la perniciosa persistencia de los seguros de salud con ánimo de lucro en EEUU figuran entre los múltiples determinantes que propenden sinérgicamente hacia el espiral de muertes que actualmente estamos experimentando en el sistema de salud.

Hay tres “actores malos” en esta historia, todos motivados por la avaricia: el poder no cuestionado de la Asociación Médica Americana, el ascenso y caída de la Blue Cross/Blue Shield y el surgimiento de los seguros de salud con ánimo de lucro.

Antes de la década de 1920, EEUU carecía de un sistema organizado de hospitales, médicos o seguros de salud y la mayoría de gente pagaba directamente por la atención de salud. En 1930, la Asociación Americana de Hospitales estableció la Blue Cross y en 1939 los médicos en California establecieron la Blue Shield, lo cual resultó en que muchos estadounidenses gozaran de un seguro de salud, pero más importante que lo anterior, en que hubo una fuente constante de ingresos para los hospitales y los médicos a pesar de la depresión nacional. Otorgarle a los hospitales y médicos el control del aseguramiento en salud garantizó que el reembolso fuera generoso y que la contención de costos se relegara.

La Blue Cross fue creada como una empresa sin ánimo de lucro, regulada por el gobierno y con la obligación de ofrecer

seguros de salud a nivel comunitario, garantizando a todas las personas iguales servicios, sin importar sus condiciones de edad, médicas o de ingreso. Durante la Segunda Guerra Mundial, debido al congelamiento de salarios y precios, los empleadores empezaron a atraer trabajadores ofreciéndoles beneficios de salud en vez de aumentar sus salarios. De esta manera empezó el aumento de un siglo en los seguros de salud patrocinados por los empleadores, quienes continúan ofreciendo beneficios de salud a sus trabajadores como una especie de salario diferido.

En la década de 1940, el éxito de los seguros de salud patrocinados por los empleadores atrajo a las empresas comerciales de seguros al negocio de los seguros de salud, empresas que tenían como negocio obtener mayores ganancias que los "Blues". En vez de una tasación basada en la comunidad, las empresas de seguros comerciales usaron una tasación basada en la experiencia, determinando las primas de seguros según la experiencia, edad y condiciones de salud de los trabajadores.

Eventualmente, para sobrevivir a la competencia no regulada, la Blue Cross no tuvo otra opción que abandonar la tasación basada en la comunidad por la tasación basada en la experiencia, dejando sin seguro a los enfermos, personas de la tercera edad y pobres que no podían pagar las costosas primas basadas en la experiencia.

Esto se convirtió en un legado de "Salud para los Saludables", que constituye buena parte del actual sistema de salud estadounidense. Los seguros de salud fueron creados (es cierto, para garantizar clientes, pero también) como un esfuerzo de la sociedad por solucionar el problema de un sistema de salud incosteable en términos del sistema de pago en efectivo. Un sistema de salud más costeable

condujo a los abusos en su utilización, primero porque los bien asegurados no tenían incentivos para no usar el sistema de salud, y segundo porque existían pocos incentivos por parte de los médicos y hospitales para no utilizar el sistema de salud, teniendo en cuenta que a ellos les pagaban sus propias facturas. Los costos y las ganancias aumentaron. Esto funcionó para una sociedad con una tasación basada en la comunidad, en la cual existían subsidios cruzados, pero para mediados del siglo XX los seguros de salud recurrieron a una tasación basada en la experiencia, manteniendo a los saludables en un sistema que les brindaba salud y excluyendo a los enfermos, pobres y personas de la tercera edad. Todo el mundo circuló por el sistema de salud: quienes tuvieron suerte quedaron cubiertos, mientras que los infortunados quedaron excluidos. Para finales de la década de 1950, únicamente un 50% de las personas de la tercera edad tenían seguro de salud. ¿Qué se podía hacer con los pobres y las personas enfermas de la tercera edad que no podían pagar un seguro de salud? ¡El gobierno al rescate! En 1965, con la aprobación de Medicare para las personas de la tercera edad y de Medicaid para los pobres, el gobierno asumió la responsabilidad respecto de los elementos más costosos de atención médica, dejándoles las ganancias a las empresas de seguros privadas.

La razón por la cual incluyo a la Asociación Médica Americana (AMA) en este grupo de los "actores malos" es porque ella ha detentado un gran poder, especialmente durante el último siglo. En vez de usar su poder en pro de una reforma que favoreciera a los pacientes, consistente y rotundamente persiguió sus propios intereses contra los de un sistema de salud universal. Utilizó su no insignificante poder económico y de cabildeo para oponerse a cualquier reforma del sistema de salud

En 1965, con la aprobación de Medicare para las personas de la tercera edad y de Medicaid para los pobres, el gobierno asumió la responsabilidad respecto de los elementos más costosos de atención médica, dejándoles las ganancias a las empresas de seguros privadas.

desde 1916. Se opuso fervientemente a la aprobación de Medicare y hasta hace muy poco también a un sistema de salud universal. Afortunadamente, los líderes actuales parecen haberse iluminado y están trabajando con el presidente Obama para reformar el sistema de salud. Creo que la explicación de este cambio reciente es que la AMA se ha dado cuenta de que aunque puede tener dinero no tiene el respaldo de los médicos en EEUU. Menos del 30% de los médicos pertenecen a la AMA (algunos cálculos hablan de un porcentaje tan bajo como el 19%). Un estudio reciente publicado en los *Anales de Medicina Interna*, muestra que el 59% de los médicos estadounidenses escogidos al azar favorecen una legislación que establezca un programa nacional de salud. Esto significa un aumento del 10% en el apoyo a un sistema de pagador único en sólo 5 años.

Deslinde: *¿Cuál ha sido el papel de las empresas farmacéuticas en la actual crisis de salud en EEUU?*

Ana Malinow: El papel de las empresas farmacéuticas siempre ha sido

proteger sus intereses. El surgimiento de las empresas farmacéuticas empezó en 1980, cuando Ronald Reagan fue elegido presidente. Fue un año seminal, porque si usted mira el crecimiento de los gastos nacionales en productos farmacéuticos, comprobará que hubo un fuerte aumento sin precedentes empezando 1980, cuando los gastos totalizaron US \$8 mil millones anuales. Para 1985, los gastos por drogas crecieron a US \$22 mil millones y para 1990 a US \$40 mil millones. El único otro momento en que observamos un crecimiento tan exponencial en los gastos nacionales farmacéuticos es después de 2000, con la elección de George W. Bush. Para 2004, EEUU estaba gastando US \$188 mil millones anuales en fármacos.

Estimulando los crecientes gastos en medicamentos de EEUU estuvieron cuatro leyes, empezando con el Acto Bayh-Dole en 1980, el cual aceleró el proceso de comercialización de la investigación universitaria financiada federalmente; el Acto Hatch-Waxman en 1984, que promovió ostensiblemente las drogas genéricas pero que sobre todo otorgó periodos más largos de exclusividad en el mercadeo de los medicamentos a las empresas farmacéuticas; el establecimiento de la propaganda directa al consumidor en 1997, la cual está prohibida en la mayoría de países, medida que significó agregar más de US \$3 mil millones anuales a los cofres de la industria farmacéutica; y el Acto de Modernización de Medicare de 2006, que permitió la prescripción de medicamentos en Medicare (también conocido como Parte D), pero debido a que esta norma prohíbe que Medicare negocie directamente con las empresas farmacéuticas, conlleva vaciar el dinero de los contribuyentes directamente en los cofres siempre en aumento de la industria farmacéutica. En los primeros seis meses después de enero 1° de 2006, cuando entró

en vigencia el programa de medicamentos de Medicare, las ganancias de la industria farmacéutica aumentaron más de US \$8 mil millones.

Estas cuatro leyes hicieron más para aumentar las ganancias de las empresas de medicamentos en detrimento del público americano que cualquier otra legislación en la historia. Con la aprobación de cada nueva ley, las ganancias de la industria aumentaron, los esfuerzos de cabildeo se hicieron mayores y se aprobaron más leyes a favor de la industria. El resultado ha sido un crecimiento exponencial de los gastos de salud nacionales en productos farmacéuticos.

Es interesante notar que uno de los extraños acompañantes del actual debate sobre la reforma del sistema de salud estadounidense ha sido Big Pharma, representante oficial de la industria farmacéutica, la cual está gastando US \$150 millones en una campaña de propaganda a favor de la reforma de salud de Obama. En un acuerdo detrás de telones, Big Pharma está poniéndose de acuerdo para contribuir US \$80 mil millones durante 10 años para costear el programa de salud, siempre y cuando la Casa Blanca acepte respaldar varios negocios de la industria farmacéutica, incluyendo oponerse a la reimportación de medicamentos desde Canadá y apoyar el status-quo frente a Medicare Parte D. Pero US \$80 mil millones durante 10 años son poco comparados con las ganancias de Big Pharma. Un análisis realizado por CBO sobre los precios de los medicamentos de prescripción en Medicare Parte D, muestra que los contribuyentes podrían ahorrarse US \$370 mil millones durante diez años si se permite que Medicare negocie precios como lo hace la Administración de Veteranos, entidad prestadora de servicios de salud a los veteranos de las fuerzas militares de Estados Unidos. La industria entrega

US \$80 mil millones pero retiene US \$290 mil millones. A diferencia del gobierno estadounidense, Big Pharma sabe lo que está haciendo.

Deslinde: *¿Puede resumir la posición del presidente Obama en relación con la reforma de salud actualmente en discusión?*

Ana Malinow: La posición del presidente Obama frente a la reforma de salud puede sintetizarse en cuatro puntos claves:

Uno, incluirá un mandato individual en relación con los subsidios. Todas las personas en EEUU por encima de cierto nivel federal de pobreza estarán obligadas a tener un seguro de salud privado, o tendrán que pagar una multa de miles de dólares cada año. Infortunadamente, las matemáticas no concuerdan. Con un ingreso de US \$49.000 de los hogares promedios estadounidenses y un costo promedio de US \$13.375 de las primas de salud familiares, la familia típica americana tendrá que gastar hasta el 27% de su ingreso anual en seguros de salud. Eso para 2009. Dado que el seguro de salud privado ha aumentado 131% en diez años, más de tres veces que los salarios y cuatro veces que la inflación, las primas de seguros de salud probablemente acapararán una mayor parte de los ingresos de los trabajadores americanos en el futuro. Por esta razón, los subsidios, pagados por los contribuyentes, seguramente serán necesarios para aliviar la dificultad de pagar un seguro de salud privado.

Dos, el mandato de los empleadores. La mayoría de empleadores necesitarán ofrecer algún tipo de seguro de salud a sus trabajadores o enfrentarán multas. Detalles como qué proporción pagarán los empleadores, qué tan comprehensivo será el plan y la modalidad de deducción atada al plan, deberán acordarse en algún momento. Ciertamente, algunos

empleadores también recibirán subsidios tributarios para que ofrezcan seguros de salud a sus empleados.

Tres, la expansión de Medicaid y del Plan de Seguros de Salud para Niños (CHIP en su sigla en inglés). En promedio, los Estados financian aproximadamente el 40% de todos los gastos de Medicaid y el 30% de todos los gastos del CHIP. Estados que tradicionalmente no han sido muy generosos con sus programas públicos, como Texas y otros Estados sureños, encontrarán enormemente costoso expandir Medicaid y el CHIP. Entre mayor sea el nivel de pobreza en el Estado, mayor será la cantidad de personas elegibles para Medicaid y el CHIP. Paradójicamente, se espera que los Estados pobres, con bajos ingresos, paguen una parte significativa de esta reforma.

Cuatro, un "intercambio" nacional, que ofrecerá algún tipo de seguro de salud privado regulado, y posiblemente algún tipo de opción pública de seguro a aquellos individuos que no estén cubiertos por el seguro de salud patrocinado por el empleador. Estos seguros no podrán discriminar por razones de condiciones

médicas preexistentes y tendrán prohibido incurrir en políticas de rescisión, esto es, políticas de cancelación de servicios debidas a costos excesivos de salud en que incurra la empresa aseguradora. No es claro cuánto costarán estas políticas y qué tipo de controles de costo existirán.

Supongo que esta modalidad de enfoque tibio sobre la reforma del sistema de salud podría funcionar si fuera sostenible, que no lo es. Las medidas de control de costos propuestas por el presidente Obama (registros médicos electrónicos, ahorros en Medicare y Medicaid, etc.) nunca estarán cerca de financiar este sistema abstruso, que se ahogará debido a su propia ineficiencia y desperdicio extremo.

El presidente Obama está modelando su reforma de salud según el esfuerzo de reforma fallida de Massachusetts en 2007. El único ganador allí ha sido Blue Cross/Blue Shield, el cual se está embolsillando US \$1 millones mensuales. La reforma del Presidente no es más que otro costoso rescate corporativo, esta vez en favor de la industria de seguros de salud.

Deslinde: *¿Cuál es su evaluación del discurso sobre la reforma a la salud, pronunciado ante el Congreso por el presidente Obama?*

Ana Malinow: Estoy de acuerdo con el Presidente de que el cuidado de la salud es un asunto moral, pero no concuerdo con él en cómo reformar el sistema de salud. No necesitamos botar más dinero bueno después de haber desperdiciado dinero malo. Ya sobrepasamos a prácticamente todos los otros países industrializados casi por el doble y constatamos que gastar dinero no se traduce en mejorar los resultados de salud. La industria privada de seguros de salud necesita hacer algo más que vender seguros de salud. No añade nada a nuestra salud. Es innecesaria y constituye un impedimento para una verdadera reforma. Desearía

Uno de los extraños acompañantes del actual debate sobre la reforma del sistema de salud estadounidense ha sido Big Pharma, representante oficial de la industria farmacéutica, la cual está gastando US \$150 millones en una campaña de propaganda a favor de la reforma de salud de Obama.

que el Presidente hubiera dicho en su discurso al Congreso y hubiera actuado en consecuencia, que iba a aprobar una legislación para expandir Medicare a favor de todos. Eso es realmente todo lo que se necesitaría. Una ley de un solo artículo: El Congreso expande Medicare a todos los estadounidenses.

Deslinde: *Si Obama no está proponiendo una reforma comprehensiva e integral que afecte los intereses de las grandes empresas de seguros y farmacéuticas, ¿cómo puede explicar la campaña radical emprendida por organizaciones del ala derecha contra la propuesta del Presidente?*

Ana Malinow: Creo que la campaña radical lanzada por las organizaciones del ala derecha contra la propuesta de salud del presidente Obama tiene poco que ver con su propuesta de salud. Hay dos movimientos: el intenso cabildeo en Washington adelantado por la industria de seguros de salud, la cual está gastando diariamente US \$1 millones cabildeando en el Congreso, y la campaña del ala radical contra el propio presidente Obama. No debemos confundir las dos.

Usted nota que Big Pharma no está gastando millones para desprestigiar al Presidente, de hecho, es todo lo contrario: está contribuyendo millones para respaldar las iniciativas presidenciales. La Asociación de Planes de Seguros de Salud, el grupo de las industrias de seguros, ha estado en todas las audiciones y reuniones que el Congreso ha efectuado sobre el sistema de salud. Si las propuestas del Presidente pasan, las industrias farmacéuticas y de segu-

ros de salud estarán más que contentas. Sería su rescate. Están gastando millones cabildeando a favor del Presidente, no en su contra.

La derecha radical ha asumido el tema de la salud como su grito de guerra; eso era lo que estaba ocurriendo en agosto. ¿Quién está financiando a los “Tea Baggers”, los “Birthers” y a otros extremistas de derecha? Personas como Dick Armey, anterior líder de la mayoría de la Cámara de Representantes, quien ahora dirige FreedomWorks, una organización que promueve manifestaciones racistas en reuniones a lo largo de todo el país. Corporaciones como Koch Industries, que hace generosas donaciones tanto a Americans for Prosperity como al grupo de Dick

Armey. Estas campañas, basadas en la decepción, el racismo, el sexismo y el odio, están orquestando las protestas contra Obama. Que estos individuos protesten contra la posición de salud del Presidente es consistente con su ideología, la cual incluye oponerse a cualquier cosa defendida por Obama. Su mensaje es irracional, como el gerente que grita, “¡Mantenga las manos del gobierno lejos de mi Medicare!”.

Deslinde: *¿Cuáles son los principales componentes del Seguro Nacional de Salud de pagador único, propuesto por PNHP y otras organizaciones?*

Ana Malinow: Los principales componentes del sistema nacional de salud de pagador único, o “Medicare para Todos”, están materializados en la HR 676, legislación introducida por los Representantes Conyers y Kucinich. Ella resultaría en

La reforma del Presidente no es más que otro costoso rescate corporativo, esta vez en favor de la industria de seguros de salud... Lo que se necesitaría es una ley de un solo artículo: El Congreso expande Medicare a todos los estadounidenses.

un sistema de salud universal, comprensivo, confiable, accesible, costeable y equitativo.

Significa que todos estén incluidos, que nadie quede por fuera. Es portátil, de empleo a empleo, de empleo a desempleo, de Estado a Estado. Tiene beneficios uniformes y comprensivos; incluye todos los servicios internos y externos a los pacientes: dentales, de visión, de salud mental, medicamentos, equipos médicos, servicios de abuso de drogas y cuidados de larga duración. Promueve el cuidado primario y apoya la prevención. Permite escoger médicos y hospitales. Acaba con toda la influencia de la industria de seguros, reduce el desperdicio administrativo, lo que significa ahorros de US \$300 a US \$400 miles de millones anuales, suficientes para pagar por todos los que no están asegurados y para llenar los vacíos padecidos por quienes están subasegurados. Significa el final de la quiebra médica. Tiene un presupuesto basado en el sentido común: presupuestos globales para los hospitales y tarifas negociadas para los médicos, así como una vigilancia pública. Es el sistema de salud que la gran mayoría de estadounidenses ha deseado durante 60 años.

Los seguros nacionales de salud se pueden financiar de manera muy sencilla con los ingresos federales existentes para el sistema de salud (Medicare, Medicaid, CHIP, VA, Plan de Beneficios de Salud de Empleados, etc.), un impuesto modesto y progresivo sobre la nómina y sobre los ingresos de quienes se autoemplean, aumentando el impuesto de renta personal para el 5% de quienes obtengan mayores ingresos, un pequeño impuesto sobre las transacciones de bolsa, ahorros administrativos y compras al por mayor de medicamentos y suministros médicos. Abolviendo los premios, copagos, deducibles o coseguros. El 95% de los americanos se

beneficiaría con una disminución de sus gastos generales en salud. Mientras que la financiación sería pública, el suministro de la atención médica continuaría siendo privado, sin ánimo de lucro. Habría pocas desventajas para los pacientes, ya que podrían seguir viendo a los mismos médicos, o a diferentes si lo prefieren. Los médicos y hospitales le cobrarían a un pagador único, que estaría administrado por el gobierno. Lo único que el gobierno tendría que hacer es recolectar el dinero de los contribuyentes y pagar las cuentas.

Todas las demás naciones democráticas desarrolladas han podido conseguir un sistema de salud universal. EEUU también puede lograrlo.

Deslinde: *¿Esta propuesta de un pagador único tiene apoyo en el Congreso de EEUU?*

Ana Malinow: Hay dos propuestas de pagador único en el Congreso: la S703, que es la propuesta de Sanders en el Senado, y la HR 676, que es la propuesta de Kucinich-Conyers en la Cámara. A la HR 676 la apoyan 86 copatrocinadores. Existen dos modificaciones muy importantes, una modificación de sustitución presentada por el representante de Nueva York, Anthony Weiner, para reemplazar el lenguaje de la HR 3200 de la Cámara con el lenguaje de la HR 676 que habla de un pagador único, modificación que será debatida y votada en la Cámara en otoño. También está la modificación de Kucinich en la HR 3200, la cual le permitiría a los Estados la opción de promover programas de pagador único. Será una votación histórica, dado que el asunto del pagador único nunca había sido debatido en el Congreso. Pero el apoyo en el Congreso sólo será tan fuerte como lo hagan los constituyentes. Estamos tremendamente superados en número por los cabildantes; seis de ellos

por cada miembro de la Cámara y del Senado —3.300 cabildantes que ejercen influencia sobre el sistema de salud, y tres nuevos cabildantes uniéndose a la lucha diariamente. La oposición que enfrentamos es tremenda y no debe subestimarse.

Deslinde: *¿Qué acciones están emprendiendo las organizaciones que proponen el sistema de pagador único para presionar una reforma comprehensiva del sistema de salud?*

Ana Malinow: Me enorgullezco profundamente de lo que los defensores del sistema del pagador único han logrado. Recuerde, esta lucha se viene librando desde 1916 y la oposición sólo se ha hecho más fuerte y rica. Hemos visto que, como ocurre con la industria farmacéutica, entre más ricos se hacen, se tornan más fuertes. Pero a pesar de todos los cabildantes y millones, los defensores del sistema de pagador único han triunfado en lograr que dos modificaciones y propuestas lleguen hasta ambas cámaras parlamentarias por primera vez en la historia. Hemos logrado que políticos como el senador Max Baucus y la representante Nancy Pelosi reconozcan que el sistema de pagador único es popular. Hasta el presidente Obama dijo, “Si pudiéramos empezar de cero, optaría por el pagador único”. Eso no ocurrió por que los cabildantes se lo hayan pedido. Se debió a la presión de las bases ejercida por los activistas del sistema de pagador único.

Más de 500 sindicatos locales han respaldado el sistema de pagador único, como lo han hecho los gobiernos de ciudades importantes como Philadelphia y Boston, San Francisco y Detroit, el Consejo Nacional de Alcaldes e importantes congregaciones de fe.

Los activistas del sistema de pagador único están realizando actos de desobediencia civil. Médicos y enfermeras fueron arrestados durante las audiencias

del Comité de Finanzas, encabezado por el senador Baucus. Los activistas están inundando los periódicos con mensajes y cartas a los editores. Estamos protestando y marchando. Estamos enviando miles de correos electrónicos y faxes a los representantes, haciendo miles de llamadas telefónicas en las cuales insistimos que voten Medicare para Todos. Estaremos pendientes de cómo votan. Estamos participando en el proceso democrático.

Deslinde: *¿Cuál es su opinión sobre el futuro de la reforma del sistema de salud en EEUU?*

Ana Malinow: Si hay una cosa que los movimientos de derechos civiles —y éste es el mayor movimiento de derechos civiles estadounidense en el siglo XXI— nos han enseñado, es lo siguiente: estamos comprometidos a largo plazo. Realmente no sabemos qué inclinará la balanza a favor de la justicia. Estamos seguros que cada uno de nuestros esfuerzos, sin importar que tan pequeños o insignificantes aparenten ser, nos están acercando a un sistema de salud comprehensivo, costeable, confiable, accesible, universal y equitativo. Por tanto, la respuesta corta a su pregunta es que todavía tenemos un largo camino que recorrer y una gran cantidad de trabajo que hacer. Pero eso es lo que esperábamos. **D**

Traducido por Juan Pablo Arango P.



Enfermeras exigen el sistema de pagador único, frente al Capitolio en Washington.