

REFORMA DEL SISTEMA DE COBERTURA SANITARIA PARA JUBILADOS (MEDICARE)

Antecedentes

Tras la aprobación por el Congreso en 1965 del programa Medicare, el presidente Lyndon Johnson dijo: “No se negará a los estadounidenses mayores de edad, el milagro de la medicina moderna”. En la actualidad Medicare en muchos sentidos ya no se mantiene a la par con los adelantos médicos modernos. Aunque su cobertura para servicios de medicina preventiva ha sido ampliada significativamente durante los últimos cinco años, Medicare aún ofrece prestaciones basadas en el paquete más popular de Blue Cross/Blue Shield de la era del presidente Johnson, en realidad un estándar de excelencia inadecuado.

El presidente de los Estados Unidos, George Bush, ha manifestado que al igual que las pensiones de la Seguridad Social, Medicare representa una promesa que el Gobierno ha hecho a sus ciudadanos de la tercera edad, “una promesa que debemos renovar su cumplimiento día a día”. “La modernización y preservación del programa Medicare debe estar entre las prioridades más urgentes de este país”.

Para muchos ancianos, Medicare no ofrece las opciones de cobertura que muchas personas con seguros privados médicos están acostumbradas a recibir. Uno de los mayores fallos de la cobertura actual de Medicare es que no cubre las medicinas que requieren receta médica, en el caso de los pacientes ambulatorios.

Situación actual

Aproximadamente el 98% de los planes privados de seguro médico ofrecen medicamentos con receta o un límite en los gastos que pagan los asegurados como parte integral del paquete de prestaciones. Las compañías privadas de seguro médico reconocen la importante función del tratamiento con medicamentos de la atención médica. A menudo los medicamentos pueden consistir en terapias económicas preventivas que evitan la necesidad de hospitalizaciones largas y costosas y otros tratamientos de carácter urgente o intensivos.

La necesidad de reforma del Medicare no está relacionada solamente con la condición financiera del Programa o la falta de cobertura adecuada, quizá de igual importancia es la complejidad e inflexibilidad de la propia burocracia de Medicare. El actual sistema tiene cada vez más y más páginas de reglamentos, regulaciones administrativas y otras directivas interminables emitidas mensualmente y a menudo desconcierta y frustra tanto a los proveedores de los servicios médicos como a los beneficiarios del sistema.

El sistema actual es demasiado complejo, centralizado y burocrático y todos los años se complica aún más, según la Administración Bush. Los reglamentos agobiantes y otras directivas del Gobierno federal obligan a que los proveedores dediquen menos tiempo a sus pacientes para cumplir trámites burocráticos, excesivos y complejos.

La excesiva complejidad administrativa de Medicare también le hace vulnerable al fraude y al abuso. En 1999 el Inspector General del Departamento de Salud y Asuntos Sociales determinó que Medicare realizó pagos inadecuados de más de 13.000 millones de dólares. Dada la complejidad de Medicare, a menudo es difícil determinar dónde acaban los errores sinceros y dónde toma carta de naturaleza el fraude abierto y declarado. La Oficina General de Contabilidad (GAO) concluyó en enero de 2001, en su Informe actualizado sobre Altos Riesgos en la Administración de Financiamiento de la Atención Médica (HCFA por sus siglas en inglés), que “carece de suficiente información sobre los sistemas de pago recientemente diseñados para determinar si los proveedores están siendo pagados adecuadamente por los servicios que prestan”.

Mantener el programa del Medicare para futuras generaciones de beneficiarios requerirá que el Gobierno federal haga un esfuerzo sincero y franco para tratar de resolver estos problemas. La Reforma de Medicare también requerirá reformar el HCFA. Esto conllevará utilizar todas las estrategias apropiadas para mejorar la calidad de las opciones de atención a la salud para los beneficiarios en lugar de depender de regulaciones cada vez más estrictas y sistemas de precios múltiples y arbitrarios.

Actualmente, Medicare cubre apenas el 53% de los gastos médicos anuales de las personas mayores. El programa Medicare está agobiado por una gran complejidad burocrática, y funciona de manera no competitiva e ineficiente, según la Administración Bush. Además, el programa carece de la flexibilidad necesaria para funcionar de otra manera.

- Aunque se han ampliado significativamente los servicios de atención preventiva ofrecidos bajo Medicare aún son insuficientes para ayudar a que los ancianos de hoy permanezcan saludables y, por lo tanto, eviten una atención médica más costosa en el futuro.
- Los servicios rutinarios tales como los reconocimientos médicos anuales, exámenes de la vista y los audífonos no están cubiertos;
- Tiene una estructura de distribución de los costos con pagos de tarifas por servicios que aún hace que los ancianos sean vulnerables a altos costes y que incide negativamente para asegurar el uso adecuado de la atención médica.
- Actualmente mantiene fondos fiduciarios separados, uno para atención a los pacientes internados en hospitales y para aquellos en período de recuperación y otro para los honorarios médicos y otros costes del tratamiento ambulatorio. Esta separación puede

llevar a conclusiones falsas sobre la financiación del Medicare y refleja una era distinta en la medicina.

Razones financieras para realizar las reformas

Además de la manera en que el Medicare deja de prestar la atención médica adecuada que merecen los ancianos existe evidencia irrefutable de que la situación financiera de Medicare está en camino de la bancarrota, según la Administración Bush. Al igual que la Seguridad Social, el financiamiento a largo plazo de Medicare está dictado por significativas tendencias demográficas que comenzarán a tomar forma en unos diez años.

Entre el año 2010 y el 2030 el número de personas de 65 años o más edad, aumentará de 39.7 millones a 69.1 millones lo cual constituye un promedio de un millón y medio de ancianos adicionales al año, durante 20 años. Los actuarios del Medicare prevén que durante ese mismo periodo los gastos del Programa se incrementarán de \$324 mil millones a \$694 mil millones en dólares constantes del año 2000.

Este cambio en las características demográficas de la población se iniciará con la jubilación de aquellos nacidos durante el auge de la natalidad (baby boom). Los grandes adelantos del Siglo XX en las áreas de salud y bienestar traerán como consecuencia aumentos significativos en la expectativa de vida durante el Siglo XXI. Los expertos en demografía vaticinan sobre la base de sus proyecciones que las personas nacidas en el año 2000 vivirán hasta la edad de 76 años de promedio, un aumento de casi seis años al compararse con las personas nacidas en 1970.

Como resultado de ello, se calcula que habrá un cambio permanente en la relación de trabajadores a beneficiarios del Medicare, pasando de 4.0 trabajadores en la actualidad a 2.3 en el año 2030 y 2.0 en el 2070. Estas tendencias demográficas alterarán drásticamente los desembolsos tanto de la Seguridad Social como del Medicare, pero, probablemente, el problema será aún más pronunciado en el caso de Medicare debido a los aumentos proyectados en el coste de la atención médica por beneficiario. Se calcula que los desembolsos per cápita de Medicare superen con mucho el índice de precios al consumo durante los próximos 25 años.

Estas tendencias demográficas están teniendo un impacto negativo en todo el programa, lo cual crea una necesidad crítica de concentrarse en la solvencia del Medicare, en su integridad.

Mientras que es cierto que se proyecta un superávit en el Fondo Fiduciario del Seguro Hospitalario durante los próximos diez años, concentrar tanta atención en solamente uno de los dos fondos fiduciarios del programa, que representa apenas el 60% de los gastos totales del Medicare, es conceptualmente incorrecto. Una evaluación completa de la situación financiera de Medicare muestra que los gastos sobrepasan el total de los ingresos (descontados de las nóminas) y las primas actualmente destinadas a Medicare, y se calcula que esa "disparidad financiera" aumente drásticamente. Esta disparidad fue de 51.000 millones de dólares en el año

2000 y aumentará hasta llegar a 216.000 millones (en dólares constantes) en el año 2020, y 368.000 millones de dólares en el año 2030. Actualmente, el superávit de Medicare no sólo es inexistente, sino que existe un gran déficit.

Aún sin el grave problema financiero, la modernización de Medicare es necesaria para asegurarse que los beneficiarios reciban atención médica de alta calidad. Pero el amenazante déficit financiero hace que las reformas sean aún más urgentes. Para que tenga éxito la reforma se debe mejorar substancialmente el financiamiento a largo plazo del Medicare.

La estrategia del presidente Bush para mejorar y fortalecer Medicare

El presupuesto, en combinación con un esfuerzo sistemático por cambiar el anticuado programa de Medicare y su administración, dedicará 156.000 millones de dólares este año 2003 y durante el transcurso de diez años, para la modernización requerida urgentemente, que incluirá la disposición de un plan integrado de medicamentos con receta.

El presidente Bush piensa reformar Medicare sobre la base de los siguientes principios:

- Mantener la garantía actual de acceso de las personas mayores al Medicare.
- Cada beneficiario de Medicare debe contar con alternativas de planes de seguro médico, entre ellas la opción de inscribirse en un plan que cubra los medicamentos con receta.
- Medicare debe cubrir los gastos médicos de las personas mayores de bajos ingresos.
- La reforma debe proporcionar acceso eficiente a la más reciente tecnología médica.
- No deben aumentarse los impuestos sobre la nómina salverdana, para Medicare.
- La reforma debe establecer una manera de cuantificar de manera exacta la solvencia de Medicare.

El presidente Bush propone un programa interino para brindar asistencia inmediata a las personas mayores más necesitadas hasta que se promulguen y lleven a cabo las reformas de Medicare. Asimismo, considera esencial brindar ayuda a las personas mayores en la actualidad. Piensa que es igualmente esencial que el Gobierno y ambos partidos en el Congreso colaboren para asegurar que la reforma de Medicare produzca un mejor programa que sea financieramente racional.

La propuesta de reforma del presidente Bush incluye:

- Fondos para una ayuda inmediata que se distribuirán entre los Estados para ofrecer asistencia a corto plazo y rápida a los ancianos de bajos ingresos para pagar todo o parte del coste de los medicamentos con receta y cobertura de los medicamentos en caso de situaciones económicamente catastróficas para todas las personas mayores.
- Cobertura de medicamentos con receta para las personas mayores cuyos ingresos equivalen al 135% del nivel de pobreza, sin primas o co-pagos nominales. La propuesta del presidente también dispone la cobertura parcial para aquéllos que se encuentran entre el 135 y el 175% del nivel de pobreza.
- Fondos para que los estados brinden cobertura en caso de enfermedad grave a todas las personas mayores con más de 6,000 dólares de gastos propios en medicamentos al año.

El presidente de los Estados Unidos, según Thomas A. Scully, administrador de los Servicios de Medicare y Medicaid dentro del Departamento de Salud y Asuntos Sociales (Health and Human Services), ha utilizado el foro de la declaración del Estado de la Unión del día 28 de enero de 2003 para proclamar que la reforma de Medicare (para las personas mayores) constituye una de sus prioridades más urgentes a escala nacional.

El presidente Bush ha ido más allá de prometer nuevos subsidios federales para ayudar a las personas mayores a que los medicamentos sean menos onerosos. Ha dicho que estas medidas, sin frenar los altos costes de las medicinas, están abocadas al fracaso. Al mismo tiempo urgió al Congreso para que se reestructure el programa para pasar de un sistema de Fee for Service, sistema tradicional seguido hasta ahora, a un sistema de seguros privados.

Bajo el plan de la Casa Blanca, las compañías de seguro venderían el programa Medicare incluyendo prescripciones médicas. Estas empresas competirían entre sí y con el plan tradicional de Fee for Service. Se espera que algunas compañías ofrezcan precios más bajos y mejores prestaciones. Para alentar a las personas mayores a participar el Gobierno subsidiaría una parte de las pólizas de seguro. Este cambio trasladaría una mayor carga de los futuros incrementos de precios a las personas mayores y fuera de la esfera del contribuyente en general. El Senador Don Nicles, Republicano por Oklahoma y presidente del Comité de Presupuestos del Senado, aliado de la Casa Blanca, ha manifestado que “no podemos dejar a nuestros hijos un sistema que no esté saneado financieramente”.

Críticas al Plan Bush

Los demócratas e, incluso, algunos republicanos no aceptarán estas propuestas. Están preocupados de que el nuevo sistema no ahorrará mucho dinero, incluso que sería peor el remedio que la enfermedad dado que las personas más enfermas se quedarían en el sistema tradicional. Asimismo, argumentan que anteriores experimentos para reformar el sistema con

los Health Maintenance Organizations, han fracasado. Max Baucus, el Senador Demócrata por Montana y que forma parte del Comité de Finanzas del Senado, ha manifestado que no apoyará un sistema reformado usando planes privados de seguro, concretamente a través de la Asistencia Sanitaria Dirigida (HMOs, siglas en inglés).

Los aliados y partidarios de la Casa Blanca arguyen que subvencionar las prescripciones médicas como objeto único de una reforma de Medicare es demasiado oneroso y que tendría que ser parte de un sistema general más eficiente. Los gastos farmacéuticos suben un 10% cada año. El precio del plan inicial del presidente Bush sería de 180.000 millones de dólares en un periodo de 10 años. Los expertos en estos temas estiman que un subsidio del 20% a las prescripciones médicas costaría más de 400.000 millones de dólares.

La pregunta que se hacen los expertos en estos temas es si el Congreso podrá alcanzar un compromiso en 2003 después de haber fracasado tantas veces en el pasado. Una personalidad importante, el Senador John B. Breaux Demócrata por Louisiana, ha tratado de sacar adelante la reforma por años. A diferencia de Baucus, Breaux se inclina por una reforma general del Programa en vez de solamente añadir un subsidio para ayudar a compensar los altos precios de los medicamentos. Otro jugador de peso en esta batalla es la ARPP, el lobby de las personas mayores. John Rother director del Departamento de Política, ha indicado que la ARPP apoyará algunas reformas pero que no se trata de dañar los intereses de las personas que quieren el sistema de "Fee for Service" de Medicare, también llamado tradicional. Otra voz crítica es el líder de la mayoría del Senado, Bill Frist Republicano por Tennessee, comprometido en la reforma de Medicare.

Los congresistas expertos en este tema piensan que las probabilidades de que la reforma pueda ser legislada este año es del 50%. Si el presidente Bush se lo propone se podría llevar a cabo algún tipo de reforma y poder adjudicarse el mérito en 2004, de ayudar a las personas mayores a pagar los medicamentos. Esto podría neutralizar el fuerte movimiento de los demócratas en aquellos estados en donde existe un gran número de retirados como en Pennsylvania y Florida.

La gran pregunta es si el presidente, que tendrá que ocuparse de Iraq, la guerra contra el terror y una batalla en torno a la reducción de impuestos tendrá tiempo para ocuparse de este tema. En el discurso del Estado de la Unión, dentro de la parte dedicada al "Conservadurismo con Compasión", el presidente George W. Bush calificó el programa Medicare como "el eje central en torno al cual se aglutina la voluntad nacional de una sociedad que quiere darse hacia los demás". A pesar de estas frases tan rimbombantes, el presidente Bush ha señalado su intención de lanzar un asalto al programa Medicare.

Medicare, en la actualidad, cubre a las personas mayores confiriéndoles dos tipos de derechos. Uno, el derecho a optar por unos servicios médicos especificados y el otro, el derecho a elegir entre diferentes proveedores de servicios médicos, en lo que se considera la manera tradicional, es decir, de pagar individualmente por cada servicio prestado.

A pesar de las promesas y declaraciones del presidente Bush, de que las personas mayores podrán seguir cubiertas por Medicare igual que lo están actualmente, el plan según algunos analistas representa una profunda amenaza a estos dos tipos de derechos adquiridos. El presidente, según sus críticos, está indicando su voluntad de romper la fundamental promesa del Programa que es la de proveer la misma cobertura a todos los beneficiarios sin tener en cuenta los ingresos de estas personas.

El presidente Bush ha propuesto, en unas recientes declaraciones, añadir nuevas prestaciones al Medicare tales como subvencionar las prescripciones médicas, pero, según sus críticos, limitando estas ayudas a aquéllos que optan por tener sus cuidados médicos a través de planes privados de asistencia sanitaria. En otras palabras, las personas mayores que no están satisfechas con el sistema actual, dado que no cubre el pago de las medicinas, no podrán conservar el plan actual viéndose forzados a elegir entre planes de asistencia sanitaria privados que provean o subvencionen las medicinas, pero que puedan recortar otras prestaciones médicas que reciben en la actualidad a los mismos precios y niveles de calidad. Tampoco se ve que exista alguna garantía de que se pueda optar o acceder sin cortapisas a estos planes entre los diferentes proveedores. De hecho, se piensa que dicha garantía quedará seriamente erosionada.

El plan de Bush para Medicare refleja dos realidades políticas en conflicto, la creciente presión de proveer medicamentos a las personas mayores y la implacable oposición de los laboratorios farmacéuticos a la tasa de reembolso o control del precio de los medicamentos para contener los gastos generales del programa.

Existe un fallo estructural en la solución de compromiso del presidente Bush con respecto a Medicare. Dado que no se ofrece un subsidio generoso por parte de la Administración, las compañías privadas que ofrecen planes de asistencia sanitaria se resisten a ofrecer un plan médico que cubra los medicamentos a precios asequibles a las personas mayores ya que las personas que escojan tales planes son las que incurren en mayores gastos de medicinas. El plan de Bush ofrece la posibilidad a estos proveedores de asistencia sanitaria de que escatimen otros servicios de Medicare para compensar los gastos incurridos en las prescripciones médicas.

El concepto de competitividad entre varios proveedores de servicios médicos es algo central en el plan del presidente Bush para reformar Medicare. A estos proveedores se les permitirá competir entre ellos y con el programa del Gobierno. Para fomentar dicha competencia el Gobierno ofrecerá a los beneficiarios la opción de entrar al programa tradicional de Medicare o participar en seguros privados de asistencia sanitaria aprobados por el Gobierno para dispensar estos servicios subvencionando la Administración una parte de la póliza. En teoría, la competencia entre los proveedores de servicios médicos podría hacer bajar los costes de estos servicios. Pero para que esto suceda en realidad, es decir, para aumentar la eficiencia en vez de reducir la calidad, todos los planes que entraran en competencia tendrían que ofrecer los mismos servicios garantizando que la competencia se enfocara en precios y calidad de los servicios ofrecidos, pero no en diferencias en la cobertura.

Incluso una propuesta bien construida para añadir el elemento de la competencia al Programa Medicare no haría mucho por solventar el problema financiero a largo plazo del mismo. Los críticos de Medicare manifiestan que los costes están fuera de control a causa de la mala administración burocrática y la excesiva generosidad de los servicios ofrecidos pero la evidencia no concuerda con estas interpretaciones. Dos factores alimentan el incremento de los costes de Medicare, el envejecimiento de la población y el hecho de que el gasto de asistencia sanitaria debido a la demanda de estos servicios y las nuevas tecnologías y adelantos, están aumentando más rápidamente que la economía en general.

Medicare se enfrenta a un futuro déficit incluso si los costes per cápita continúan creciendo al mismo ritmo que los gastos en asistencia sanitaria privada per cápita. La promesa del presidente Bush de proponer gastar 400.000 millones de dólares para Medicare en los próximos diez años no cerrará la brecha entre gastos e ingresos y, mucho menos, financiar el pago de los medicamentos.

A su llegada a la Casa Blanca, el presidente Bush rechazó las propuestas demócratas de dedicar una parte del proyectado superávit para paliar el déficit de Medicare pero los mismos han desaparecido debido a cortes impositivos del Presidente. El plan de Bush de introducir el elemento de la competitividad no solamente no será capaz de recuperar los recursos perdidos, sino que socavará los dos tipos de derechos adquiridos tal como se ha enunciado antes.

Última intervención de la Casa Blanca sobre la reforma de Medicare

La Casa Blanca, el 4 de marzo de 2003, dio a conocer finalmente su plan para reformar Medicare mencionando el hecho de que dicho plan proporcionaría prescripciones médicas con receta y servicios de medicina preventiva a las personas que formaran parte de los planes de seguro privados. Estas prestaciones médicas serían muy importantes por lo que las personas mayores se sentirían incentivadas a formar parte de estos planes privados. El presidente Bush expuso su plan ante la American Medical Association en el Washington Hilton. Esta exposición fue de tipo general y sin dar detalles específicos.

Más del 85% de los 40 millones de beneficiarios de Medicare están en la actualidad recibiendo servicios en la modalidad original que se llama "Fee for Service", es decir, pago por cada servicio médico individual prestado, que se traduce en tener una gran libertad en la elección del médico o proveedor de servicios de asistencia sanitaria pero que no ofrece medicamentos fuera del hospital. Los congresistas demócratas han atacado estos planes como insuficientes e inadecuados.

La Casa Blanca ha manifestado que la inclusión de los medicamentos dentro de estos planes podría entrar en vigor el 1 de enero de 2006 si el Congreso pasara la legislación necesaria este año. Para solucionar este problema el presidente Bush propondría una tarjeta de descuento para las todas personas mayores que necesitan prescripciones médicas y un subsidio de 600 dólares para los participantes de bajos ingresos para sufragar, en parte, los costes de los

medicamentos. La Administración quiere de esta manera reducir el precio de las medicinas entre un 10% y un 25% de acuerdo con la propuesta actual que, con toda seguridad, cambiará de nuevo antes de convertirse en ley y ello si llega a convertirse.

Dentro de la propuesta de la administración Bush de planes de pensiones privados, fórmula por la que se ha optado en vez de otras, los participantes tendrían servicios adicionales como la medicina preventiva, incluyendo las que afectan al cáncer sin deducibles o copagos. Además, se añadirían nuevas medidas para combatir las enfermedades graves y terminales, según ha propuesto el Senador Charles E. Grassley, Republicano por Iowa.

Si bien algunas compañías de seguros médicos como Aetna, han favorecido estas propuestas, el Senador Edward M. Kennedy, Demócrata por Massachusetts, ha dicho que la propuesta del Presidente Bush está seriamente viciada de origen dado que las personas mayores tendrán que abandonar el plan tradicional para poder obtener las medicinas sin desembolso alguno o mínimo por parte del paciente. Nuevos estimados de la Congressional Budget Office muestran que las prescripciones médicas durante la siguiente década alcanzarán la cifra de 1.800.000 millones de dólares y no los 400.000 millones mencionados por el presidente Bush. El razonamiento del presidente Bush es que la participación en estos planes privados ofrecerá más opciones a las personas mayores y una adaptación a los rápidos cambios de la medicina incluyendo las nuevas tecnologías.

Los demócratas y muchos republicanos han manifestado su oposición a este plan que se basa desproporcionadamente en planes privados de asistencia sanitaria. Muchos Health Maintenance Organizations, HMOs, han optado en los 5 últimos años por no colaborar con Medicare al considerar que los reembolsos por los servicios sanitarios prestados a estos pacientes eran inadecuados. En la actualidad, los HMOs deciden condado por condado si aceptan o no a los pacientes de Medicare. En 12 Estados, estos beneficiarios de Medicare no tienen acceso a los HMOs y muchos condados solamente tienen un plan privado de asistencia sanitaria para las personas mayores. En contraste, con el plan del presidente Bush la nación estaría dividida en 10 regiones y el Gobierno firmaría contratos con varias compañías que ofrecieran estos planes de asistencia sanitaria en cada región.

El Senador Grassley ha mencionado que el monto monetario de las medicinas que se reciben por medio del llamado plan tradicional (Fee for Service) ha de ser equivalente a lo que se reciba de acuerdo a los nuevos planes, aunque pudiera no ser exactamente igual. Los demócratas van más allá en esta polémica, todavía no terminada, y pretenden que el plan tradicional tenga el mismo valor en medicinas que los planes privados. La Senadora Debbie Stabenow, Demócrata por Michigan, ha dicho que “cuando el presidente Bush habla de la reforma del programa Medicare en realidad se refiere a privatizar el programa”. Los demócratas en el Congreso piensan iniciar legislación para cubrir las prestaciones de medicinas y que sería del orden de 700.000 a 900.000 millones de dólares. Los senadores demócratas piensan que una cantidad de alrededor de los 600.000 millones sería suficiente para los próximos 10 años.

Los economistas versados en temas de asistencia sanitaria han manifestado que el plan propuesto por el presidente Bush será una bonanza para las compañías farmacéuticas y los HMOs. Marylyn Moon, una economista del Urban Institute, ha manifestado que el plan Bush dará una tremenda fuerza al poder negociador de las compañías de seguros de asistencia sanitaria.

La propuesta de Bush sigue siendo vaga en muchos aspectos, incluyendo las condiciones para los aseguradores. Tricia Neuman, vicepresidente de la Kaiser Family Foundation ha dicho que el plan Bush representará una gran bonanza económica para las compañías de seguros o de lo contrario se espera que muy pocas participasen para que el plan propuesto pueda funcionar. Bruce C. Vladeck, antiguo vicepresidente, con Bill Clinton, de la agencia federal que gestiona el programa Medicare, ha manifestado que el plan Bush es “el plan que las compañías farmacéuticas hubieran diseñado ellas mismas”.

Si la propuesta del presidente Bush es promulgada por el Congreso de los Estados Unidos se traducirá en grandes ganancias económicas para las compañías que han sufragado las campañas electorales de los republicanos. El Center for Responsive Politics, por medio de sus interlocutores ha manifestado que en las dos últimas elecciones legislativas combinadas, los laboratorios farmacéuticos han dado 30 millones de dólares a los republicanos y 8 millones a los demócratas. Los HMOs han donado por su parte 10 millones a los republicanos y 5 millones a los demócratas en el mismo periodo.

Por su parte, la Administración responde que las críticas a su nuevo plan ignoran los beneficios que obtendrían los pacientes de Medicare que tendrán un mayor acceso a los medicamentos y mejores oportunidades de elegir una compañía aseguradora. Thomas A. Scully, administrador de los Centros de Medicare y Servicios de Medicaid (asistencia sanitaria para personas de bajos ingresos) es contrario a las observaciones de los críticos de la Administración y sostiene que la competitividad de los planes privados para proveer servicios médicos resultará en la misma prestación, pero a un precio inferior, tanto para el Gobierno como para el paciente.

El plan de Bush hará también bajar los precios de los medicamentos a través de la competitividad. Karen Ignagni, presidente de la Asociación Americana de Seguros Médicos, piensa que los HMOs mejoran la calidad de los cuidados médicos al poner el énfasis en la importancia de la medicina preventiva y el uso de productos farmacéuticos genéricos. En resumen, puede decirse que la nueva propuesta de la Casa Blanca de reformar el programa Medicare no hace nada por acortar las diferencias en el Congreso de los Estados Unidos que repetidamente han impedido reformar Medicare aunque el punto de la financiación de los medicamentos ha sido una propuesta clave en las campañas electorales de los dos partidos.

Los demócratas han vuelto a criticar el plan como un intento de privatizar la asistencia sanitaria en lo que se considera un derecho adquirido. Otros republicanos importantes han dicho que esta versión actual de reforma no pasará en el Congreso a no ser que la propuesta sea más generosa con las prescripciones médicas. El punto clave según el congresista W.J. “Billy” Tauzin

Republicano por Louisiana, presidente del Comité de Energía y Comercio del Congreso, es “que a las personas que prefieran permanecer dentro del sistema tradicional hay que darles una cobertura adecuada”.

Fuente: Actualidad Internacional Socio-laboral Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España