



TRUMP CONTRA OBAMACARE. UNA REFLEXIÓN LATINOAMERICANA SOBRE EL SISTEMA DE SALUD ESTADOUNIDENSE

Asa Cristina Laurell*

Las insensateces y controversias de Donald Trump han causado un diluvio de información en los medios de información, opiniones, artículos analíticos y protestas masivas. Sus desplantes autoritarios son los acontecimientos más contestados no sólo en los EUA sino también en el mundo y en particular en América Latina.

Este trabajo tiene por objetivo analizar el trayecto de los intentos por derogar la *Affordable Care Act* (ACA) o *Obamacare*, y sustituirlo por la *American Health Care Act* o otra con cualquier nombre. Fue un compromiso de campaña de Trump que recogió una de las principales propuestas del Partido Republicano (GOP¹). ¿Por qué analizar un tema que fue temporalmente derrotado en el Congreso?

El tema de salud ilustra las características del Estado de Bienestar “liberal” estadounidense (Esping-Andersen, 1990). Así los EUA es el único país de desarrollo económico alto que no garantiza la realización de un derecho social y humano considerado básico, o sea el derecho a la salud, al no disponer de mecanismos públicos o regulaciones estatales para que su población acceda a los servicios médicos. No obstante, su segmentado e incoherente sistema de salud con alta participación privada y subsidios públicos focalizados es el patrón promovido mundialmente en los ajustes estructurales neoliberales por los organismos supranacionales (World Bank, 2002). El análisis de la contra-reforma promovida por Trump y el GOP nos permite revisar cuales son las fuerzas involucradas y comprender con más profundidad los motivos de la agenda neoliberal general y de Trump en particular. Estos elementos facilitan entender con más precisión por qué Trump hizo una propuesta de salud que victimiza especialmente su base social dura.

LAS LUCHAS HISTÓRICAS POR LA SALUD EN LOS EUA

Desde el horizonte latinoamericano resulta poco comprensible que los EUA no tengan una cobertura de servicios de salud semejante al resto de los países desarrollados a pesar de una larga disputa sobre el tema en este país. Están de un lado los que consideran que no se puede permitir que los individuos se mueran por falta de dinero o por carecer de un seguro médico. El otro bando son aquellos que sostienen que la salud es una responsabilidad individual y un asunto de libertad. Es entonces una disputa político-ideológica entre las fuerzas progresistas, que plantean a la salud como una cuestión de justicia social, y

1. GOP “Good Old Party” es la denominación más utilizada en la prensa de los EUA.

* Investigadora independiente. Miembro del Grupo de Trabajo CLACSO *Estudios sociales para la salud*.

la ultraderecha libertaria. En el espectro partidista dominante los demócratas han tendido a promover reformas al sistema de salud argumentando que es un elemento importante de la desigualdad ya que las minorías tienen la tasa más altas de no-aseguramiento (Hellander, 2015). Los republicanos por su parte defienden un sistema de salud basado en la libertad de la empresa e individual y en restricciones a la intervención del Estado, particularmente el federal.

Desde el punto de vista social hay otros argumentos. Uno es que carecer de un seguro médico incrementa la probabilidad morir hasta en un 29% (Woolhandler y Himmelstein, 2017). Otro es que el costo de una enfermedad cara puede causar un empobrecimiento grave de las personas y las familias al obligarles a vender sus bienes y a endeudarse; situación denunciado por Michel Moore en su película *Sicko*. Asimismo al incluir el gasto en salud en el cálculo de la pobreza incrementaría la población pobre en un 3.3%.

No obstante, dos razones económicas son actualmente las más importantes (Anderson et al., 2005). Una es que el gasto total en salud de EUA crece inconteniblemente y representa del orden del 17 al 18% del PIB mientras que los otros países desarrollados tiene un gasto total de entre el 9 y 11% (OCDE, 2014). Existe un alto consenso de que ninguna economía aguanta un gasto tan alto en salud lo que explica el énfasis actual en la contención de costos de la atención médica y en la disminución del déficit fiscal. Por otra parte, el actual sistema de aseguramiento como prestación laboral negociado incrementa los costos de producción y repercute en la competitividad internacional de los productos estadounidenses. Se suscitó incluso una controversia entre los EUA y Canadá sobre el TLCAN original ya que el lobby del complejo médico-industrial-asegurador² consideraba que el sistema canadiense de salud era una competencia desleal (Arborelly y Bolis, 1999).

La historia de la lucha sobre el sistema de salud en los EUA tiene muchos capítulos y el *Obamacare* fue el sexto intento de reformar este irracional sistema (Geyman, 2015 pp. 7-32). La atención a la salud estaba entre los temas del *New Deal* rooseveltiano como ocurrió en países europeos en la segunda posguerra. Finalmente la salud no se introdujo en la reforma de la seguridad social que sólo terminó en una pensión universal básica y programas focalizados para los pobres.

La única reforma exitosa se dio en 1965 como parte de las políticas del presidente demócrata Johnson de la *Great Society* en respuesta a las enormes movilizaciones sociales de los afro-americanos y en contra de la guerra de Vietnam (Geyman,

2. Este complejo se compone de los médicos privados, las empresas hospitalarias, las aseguradoras, las industrias farmacéutica y de tecnología médica.



2015 a; Gaffney y Waitzkin, 2016). Los nuevos programas fueron dos seguros con financiamiento público, el *Medicaid*, para la población pobre y el *Medicare* para los mayores de 65 años. Ambos pasaron el Congreso con votos a favor de demócratas y republicanos. El *Medicaid* es un programa focalizado que actualmente garantiza un paquete de servicios de salud a los que comprueban tener un ingreso por debajo de 130% de la línea federal de pobreza. El *Medicare* cubre a los mayores de 65 años y garantiza su acceso a los servicios médicos y los medicamentos. Ambos programas tienen financiamiento federal pero los estados intervienen en su manejo y pueden ampliar o restringir los beneficios por lo que puede haber variaciones en los programas entre uno y otro estado. Algunas entidades administrativas de menor nivel han operado y financiando sistemas públicos (Gaffney y Waitzkin, 2016).

La propuesta de reforma del presidente Clinton en 1993 fracasó pero se legisló el Programa de Seguro de Salud para los Niños (*CHIP* por sus siglas en inglés) en 1997. Está diseñado para niños y jóvenes menores de 20 años de familias de bajos ingresos pero demasiado altos para tener derecho al *Medicaid* y tiene el financiamiento público más grande desde la aprobación del *Medicaid* y *Medicare*. Todos los estados lo tienen bajo alguna modalidad y algunos han incluido a las mujeres embarazadas (Centers for Medicaid and Medicare Services, 2013).

EL SEGMENTADO SISTEMA DE SALUD ESTADOUNIDENSE

Para comprender los cambios que significó el *Obamacare* es necesario recapitular los rasgos básicos del sistema de salud estadounidense. Primero, hay una diferencia de cobertura entre la población menor y mayor de 65 años ya que ésta tiene cobertura del *Medicare* en alguna modalidad. La población en edad productiva tiene como principal vía de acceso a los servicios médicos un seguro como prestación laboral que incluía al 57% de esta población en 2015 (CBO, 2016). Estos seguros empero han tenido una gradual disminución de su cobertura médica llevando al sub-aseguramiento de algunos beneficiarios. Además, las empresas que ofrecen este tipo de seguro bajaron del 66% en 1999 al 57% en 2013. Adicionalmente la prima del trabajador ha incrementado con el resultado de que en ocasiones no la puede pagar por el estancamiento de su salario. Ahora el *Medicaid* y *CHIP* son un sostén importante del aseguramiento para personas adultas en edad productiva de limitados y bajos ingresos y para los niños y jóvenes. Algunos empleados públicos federales, la mayoría de los veteranos y las fuerzas armadas tienen algún seguro federal que cubre a ellos y sus dependientes pero en muchos casos pagan parte de la atención. El aseguramiento privado individual no sobrepasa el 5% de la población y corresponde a la población de muy altos ingresos.

Como se observa, la diferencia entre uno y otro segmento de la población se refiere al *financiamiento de sus servicios de salud vía un seguro* mientras que *la atención médica en todas sus modalidades es principalmente privada con fines de lucro*. La excepción más importante son los centros de salud comunitarios sin fines de lucro en zonas rurales y urbanas pobres. Proporcionan atención integral de primer nivel de buena calidad y atienden a un 7% de la población. Son financiados con recursos público y por organizaciones filantrópicas y han tenido una expansión importante con la ACA (Kaiser Family Foundation, 2017).

Ante este panorama la reforma de servicios médicos concierne principalmente a la población adulta en edad productiva de limitados o bajos ingresos incluyendo a muchos trabajadores en activo. Sin embargo, el *Medicare* es el programa cuyo costo para el erario crece más debido al aumento de la población de 65 años y más. La Oficina de Presupuesto del Congreso estima que su costo corresponderá al 60% del incremento de recursos fiscales, el *Medicaid* al 20% y el seguro para discapacitados al 20%, si *Obamacare* continuara (CBO, 2016: 217).

Esta oficina subraya que una parte importante del incremento del *costo por beneficiario* se debe al creciente gasto en tecnología médica y en nuevos medicamentos de patente (CBO, 2016: 216). En este contexto es de recordar que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (ministerio federal de salud) tiene por ley prohibido negociar los precios de los medicamentos con los productores o restringir su catálogo de medicamentos a los más costo-efectivos mientras que los privados pueden hacerlo (Cubanski y Neuman, 2017).

CARACTERÍSTICAS DEL OBAMACARE

La promulgación del *Obamacare* en 2010 fue tardado y difícil y resultó en una ley compleja de unas mil páginas. Fue negocia-

da paso a paso con el complejo médico-farmacéutico-asegurador que logró afianzar sus intereses y con el GOP (Hellander, 2015). Esta ley mantiene básicamente el sistema privado de prestación de servicios, las concesiones a la industria farmacéutica y el aseguramiento privado para grandes grupos. A pesar de ello el GOP, incitado por su ala ultraconservador e invocando la libertad individual, ha desarrollado una resistencia obstinada a su aplicación.

La ACA hace obligatorio el aseguramiento y aplica sanciones por incumplimiento. La federación subsidia a los estados para que expandan el seguro público *Medicaid* y amplía el límite de ingreso para tener derecho a este seguro a entre 133 y 138% de la línea federal de pobreza y para el *CHIP* cuando menos al 200%. La ACA proporciona distintos tipos de subsidios vía los impuestos a las personas y a las empresas para que cumplan con el aseguramiento obligatorio. Establece además un “mercado de seguros” a nivel estatal donde se pueden cotejar precios y comprar seguros pero fracasó la inclusión en estos mercados de un seguro público. Se permite la inclusión en el seguro de los padres a sus hijos hasta los 26 años. A pesar de estas características la ACA es muy importante ya que, según las estimaciones de la Oficina de Presupuesto del Congreso, disminuiría el número de personas sin un seguro de salud en 25 millones para 2025 pero dejaría fuera del aseguramiento a 27 millones y a 10 millones de indocumentados (Gaffney & Waitzkin, 2016).

Otro rasgo importante del *Obamacare* es que establece un paquete obligatorio de servicios para los seguros contratados vía el mercado de seguros que, al igual que el *Medicaid*, incluye consulta médica, hospitalización, medicinas recetadas, ciertas pruebas preventivas así como acciones preventivas para los niños y salud reproductiva para las mujeres. En muchos estados el *Medicaid* incluye además diferentes tipos de cuidado no-médico para adultos mayores y discapacitados. La ACA prohíbe a las aseguradoras participantes tener cláusulas de exclusión de enfermedades pre-existentes o excluir a personas que se enfermen de un padecimiento contenido en su paquete de servicios. Son claves para la certidumbre de los asegurados y de las aseguradoras al diluir el riesgo de un padecimiento grave entre muchos. Aún así los esquemas de la ACA tienen beneficios, cobertura médica y acceso a los servicios diferenciado en función de la prima pagada. Es decir, aún teniendo un seguro las personas pueden estar sub-aseguradas y algunos no pueden atenderse por falta de dinero.

Desde la promulgación de la ACA, el GOP ha desplegado una serie de maniobras para sabotear o frenar sus disposiciones (Buettgens et al., 2017). Atajó la expansión nacional del *Medicaid* logrando que la Suprema Corte lo declarara opcional para los estados en 2012. Como resultado 19 estados con fuerte influencia del GOP se han negado a recibir el subsidio correspondiente dejando sin acceso a los servicios médicos a una parte de la población pobre. La falta de cobertura médica por la no-expansión del *Medicaid* atañe a unos 2.4 millones de personas de las cuales un 89% viven en estados sureños, un 50% son trabajadores del campo e igual porcentaje laboran en empresas de menos de 50 trabajadores (Garfield y Damico, 2017).

Otra acción del GOP ha sido impedir o retrasar el establecimiento del mercado de seguros en los estados. Impugnó también este aspecto de la ACA ante la Suprema Corte para que se declarara anti-constitucional. Sin embargo, ésta la sostuvo pero los estados no están obligados a constituir los mercados de seguros pero en estos casos las personas pueden recurrir al mercado federal de seguros. Su máximo logro fue pasar una ley en el Congreso en 2016 que deroga la ACA pero fue vetada por el presidente Obama (Buettgens et al., 2017).

Cuando Trump tomó posesión se calcula que 20 millones de personas habían logrado un seguro médico gracias a la ACA, particularmente la población pobre y perteneciente a las minorías étnicas (Buettgens et al., 2017). El sesenta por ciento de los niños y el 30% de los adultos discapacitados están asegurados (Godbolt, 2017).

DESVENTURAS DE LA CONTRA REFORMA DE SALUD

Durante su campaña Trump prometió derogar *Obamacare* y sustituirla con otra ley, particularmente después de ganar la candidatura republicana, sin que tuviera una idea precisa respecto a los problemas que conllevaría. Fue una concesión al GOP que lo tenía como bandera desde hace siete años. Hilary Clinton tampoco presentó una propuesta nueva de reforma de salud a pesar de su importante papel en la fallida reforma de su esposo y su contrincante interno, Bernie Sanders, no tenía el tema en su plataforma.

Una vez electo presidente, Trump lanzó como un tema legislativo principal la derogación y sustitución del *Obamaca-*

re y su cruzada arreció cuando tomó posición. Jugó un papel importante al respecto la nueva correlación de fuerzas interna del partido con un poder cada vez mayor de la ultraderecha libertaria agrupada en el “Tea Party” o “Freedom Caucus” con una ideología semejante a la de Trump.

La operación para derogar y reemplazar la ACA quedó en manos del primer secretario de salud de Trump, el médico y ex-senador Tom Price, y el presidente de la Cámara de Representantes, Paul Ryan. El resultado fue la *American Health Care Act 2017* que deroga artículo por artículo la ACA bajo el pretexto de incrementar la libertad individual, restringir el poder del Estado federal y disminuir el déficit presupuestal. La mayoría de los cambios concierne el *Medicaid* y todas las medidas para expandir el aseguramiento privado son revocadas (United States Congress, 2017). Es un catálogo de prejuicios de la derecha contra los pobres que, en su opinión, lo son por merecerlo. Fortalece además las medidas generofóbicas contra las mujeres, por ejemplo excluyendo el aborto³ del *Medicaid* y retirando el apoyo a las organizaciones sociales que proporcionan servicios de salud reproductiva. Esta propuesta de ley pasó la Cámara de Representantes y fue celebrada por Trump como su primer gran victoria legislativa. Sin embargo causó protestas y resistencias muy importantes no sólo de los demócratas sino de diversas organizaciones de usuarios de los servicios, de los médicos, de los hospitales e incluso de las aseguradoras.

Los argumentos contrarios a la propuesta fueron muchos y variados pero los más importantes fueron: que incrementaría el número de persona sin aseguramiento en unos 24 millones⁴ para 2021; que las familias de bajos ingresos recibirían mucho menos servicios médicos y; que el ahorro de recursos fiscales sería mucho menor que lo afirmado por los republicanos (Buetgens et al., 2017). En consecuencia, el GOP no logró los votos suficientes en el Senado a pesar de sus maniobras y una fuerte presión de Trump. El fiel de la balanza fueron unos senadores del *Freedom Caucus* que consideraron que la ley hacía demasiadas concesiones a los “liberales”. Posteriormente el GOP hizo varios intentos de pasar alguna legislación derogatoria pero sin éxito. Fiel a su estilo personal Trump decretó suprimir los subsidios federales a los seguros contratados en el mercado de seguros en octubre de 2017.

El último intento de derogar una parte de la ACA está en la ley de *Tax Cut and Jobs Act*. Consiste en quitar la obligatoriedad y los subsidios al aseguramiento individual para ahorrar recursos en el presupuesto federal. Pasó en la Cámara de Representantes pero encontró una resistencia fuerte en el Senado y en la sociedad principalmente porque privilegia cínicamente a los muy ricos pero también por su contenido derogatorio de la ACA. Sin embargo, pasó el Senado a pesar de que la Oficina Presupuestal del Congreso calculó que 4 millones perderán su seguro de salud por no poderlo comprar por el aumento de las primas. También está en riesgo el financiamiento del *CHIP* por el enorme déficit que causa la nueva ley de impuestos.

Los demócratas por su lado se han centrado en oponerse a las propuestas republicanas pero no se han unificado alrededor de una contrapropuesta de reforma a pesar de que el representante demócrata Conyers introdujo en 2003 una propuesta de ley sobre un sistema de pagador único, o sea de seguro público, repitiéndola en cada nuevo Congreso. Actualmente 116 de los 194 representantes demócratas la apoyan. El senador Sanders introdujo en el Senado una propuesta semejante llamado “*Medicare for all*” en septiembre de 2017 pero no está costado a diferencia de la propuesta de *Physicians for a National Health Insurance* (2017).

EL SISTEMA DE SALUD ESTADOUNIDENSE, SU ARREGLO INSTITUCIONAL Y LA IDEOLOGÍA LIBERAL

El proceso político para derogar y reemplazar el *Obamacare* demuestra las tensiones y contradicciones del sistema estadounidense de salud y de su sistema político. Se podría pensar que el fracaso de derogar y sustituir la ACA obedeció a que una mayoría de los estadounidenses considera que todos los ciudadanos deben tener acceso a los servicios médicos como lo demuestra encuesta tras encuesta, aunque la ACA sólo tenía apoyo del 40% de la población en 2010 en septiembre de 2017 el 54% la apoyaba según el PEW Institute (2017). Así

3. El aborto es legal en los EUA después de un fallo de la Suprema Corte en 1973.

4. Hay varias estimaciones dado que intervienen muchas variables que requieren de un modelaje económico complejo pero las mayoría de las estimaciones coinciden con las de la Oficina Presupuestal del Congreso.

visto los actores políticos deberían cuidarse de aprobar una legislación que tendría un impacto negativo sobre sus electores. Sin embargo, el complejo médico-industrial-asegurador gasta anualmente decenas de millones de dólares en propaganda para apuntalar sus intereses, dan grandes aportaciones a las campañas de ambos partidos y sus cabilderos están entre los más poderosos del Congreso estadounidense Así los políticos a veces toman decisiones que convienen a sus intereses particulares y no a los de sus electores. Por ejemplo, la contra reforma de Trump es particularmente adversa para su base dura de votantes de hombres blancos en edad productiva, frecuentemente desempleados y de bajo nivel educativo que además son las víctimas más frecuentes de las llamadas “muertes de desesperación” (Case y Deaton, 2015).

La complejidad del sistema de salud dificulta tener información comprensible y precisa sobre éste lo que añade a la confusión sobre el significado de las distintas propuestas. Ilustra este hecho que el gobierno de los EUA tiene un glosario oficial de cuidado a la salud con más de 100 entradas, casi todas referidas a la racionalidad y operación de los seguros y de los proveedores de servicios de salud (HealthCare.gov, 2017). Por otro lado, existe una investigación muy abundante sobre el sistema de salud pero la diversidad de enfoques, generalmente no explícitos, dificultan su interpretación. Es además usual la investigación sobre pedido y financiado por los actores. No extraña entonces que existan distintas narrativas sobre qué es el sistema y cómo una reforma lo cambiaría.

No hay que subestimar tampoco el peso de la derecha ultraconservadora libertaria extra-parlamentaria con patrocinadores muy poderosos como los hermanos Koch y Robert Mercer, ambos financieros multimillonarios con intereses en industrias contaminantes. Tienen una relación oscura y contradictoria con Trump pero comparten con él lo que Naomi Klein (2017) llama un uso *kleptocrático* del gobierno. Aunque no sean actores destacados del Wall Street promueven los intereses propios y del capital financiero al igual que Goldman Sachs que domina el gabinete de Trump.

La preservación del arreglo institucional en salud del Estado liberal no es casual. Pone en juego el 17.8% del PIB y su importancia resalta si se compara con el gasto militar de 4.35% del PIB (CIA, 2017). Eso es, el complejo médico-industrial-asegurador es cuatro veces más importante que el complejo industrial-militar en la economía de los EUA. Así visto, la parte del gasto público, el 8.5% del PIB, es un subsidio público al sector privado y se gasta mayormente en atención médica y clínica y hospitales privados así como en medicamentos, insumos y tecnología médica. El gasto privado en salud, un 9.5% del PIB, se distribuye entre las aseguradoras además de los rubros arriba señalados. En ambos casos los actores privados se quedan con una parte del dinero en forma de ganancias.

Existe una literatura abundante para explicar las razones por las cuales los servicios médicos estadounidenses son tan costosos en comparación con otros países desarrollados (ver por ejemplo Anderson et al., 2005; International Federation of Health Plans, 2015). Los distintos integrantes del complejo médico-industrial-asegurador culpan a los “otros”: las aseguradoras a los hospitales y médicos; los hospitales a las aseguradoras y las farmacéuticas; los médico a los hospitales y las farmacéuticas; etcétera. Hay empero cierto consenso de que los altos costos se deben a la falta de regulación de precios y a las tendencias de monopolización. A pesar de ello no ocupa un lugar destacado el cuestionamiento del carácter privado del sistema de salud en el debate. Los más críticos proponen un sistema de pagador único o un seguro público que excluiría a las aseguradoras y que permitiría al pagador, el Estado, incrementar su poder económico-político sobre el complejo médico-industrial. Es la prueba más contundente de la hegemonía político-ideológica casi absoluta del liberalismo.

Los intereses económicos de los agentes privados determinan así la conformación del sistema de salud estadounidense y defienden sus ganancias incluso en detrimento del déficit fiscal federal. Los respalda un discurso ideológico sobre la libertad de elegir el médico y el hospital; sobre la responsabilidad individual de atender la salud, sea en la familia o a través del mercado; sobre la libertad de los estados de hacer sus políticas de salud sin subordinarse a la Federación y; sobre una ayuda de un paquete mínimo de servicios médicos a los pobres.

El *Obamacare* intentó ampliar el derecho a la salud como derecho humano y un valor humanista de las sociedades modernas pero al instrumentarlo se garantizó la satisfacción de las demandas del complejo médico-industrial-asegurador y topó

sistemáticamente con la resistencia de la derecha libertaria. El pragmatismo legislativo de los demócratas hizo que no apelaran y movilizaran al pueblo o convirtieran la cuestión de salud en un tema clave de su campaña electoral. Fue un grave error de cálculo como demostró la gran movilización social posterior para detener la derogación de la ACA.

ALGUNAS CONCLUSIONES Y ENSEÑANZAS PARA AMÉRICA LATINA

En el análisis del proceso, temporalmente fallido, de derogación y remplazo del *Obamacare* promovido por Trump y el GOP resalta que su punto de partida ideológico e institucional discrepa de la situación de América Latina. Aunque las propuestas y avances neoliberales en el ámbito de salud han avanzado en el continente, no tienen la hegemonía ideológica y hay arreglos institucionales diferentes. Es así porque partimos de un proceso histórico de constitución de los sistemas de salud que básicamente se fundamenta en el reconocimiento del valor del derecho a la salud y que tiene diferentes arreglos institucionales públicos (ministerios de salud e institutos públicos de seguro social) o casi-público (por ejemplo, las Obras Sociales). Eso es, hay una disputa importante entre dos visiones: la neoliberal y la del sistema público y universal como obligación del Estado (Laurell, 2014).

Precisamente porque esta disputa sigue abierta no hay que abandonar la idea del derecho social y colectivo a la salud como base del sistema de salud para no deslizarse hacia la idea neoliberal de que la salud es un bien de consumo y una responsabilidad individual. Es más, la segmentación intrincada y los altos costo del sistema de salud estadounidense con sus inequidades e injusticias y pésimos resultados en las condiciones de salud señala lo que no hay que hacer. Sostener que la competencia e inclusión de los privados se traducen en contención de costos y mejor calidad no tiene fundamento, como lo demuestra el sistema estadounidense, y tiende a destruir las instituciones públicas y erigirse en un obstáculo formidable al acceso a los servicios necesarios. En este contexto también hay que cuestionar las distintas formas de la Nueva Gerencia Pública que obedecen a la misma concepción y han tendido malos resultados por ejemplo en Inglaterra (Reynolds y McKee, 2012) y Suecia (Dahlgren, 2014).

Por otra parte hay que analizar críticamente el discurso ideológico (neo)liberal de los organismos supranacionales que nos llega como una versión “periférica” del discurso estadounidenses dominante. Argumenta que sus planteamientos están “basados en evidencias” lo que es falso ya que no hay evidencia ninguna o se basan en investigaciones a modo financiadas de estos mismos organismos supranacionales. Por ejemplo, el argumento que “ningún país puede dar todo a todos” para justificar los paquetes reducidos de servicios médicos de la política en boga de la Cobertura Universal de Salud (CUS) vía el aseguramiento no resiste un escrutinio serio porque otros países ejercen una regulación que permite reducir costos frenando la voracidad de la industria farmacéutica y de tecnología médica, por ejemplo el NICE de Inglaterra.

Un problema ideológico-político importante en América Latina es que la idea de que los servicios de salud es un bien de consumo y no un derecho ciudadano está llevando a los grandes sindicatos en varios países a negociar un seguro médico privado para sus agremiados. Es decir, se está dando un paso hacia el establecimiento del pilar privado más importante en los EUA sin entender sus consecuencias futuras plenamente visibles y sufridos por los estadounidenses. Es más, en América Latina los efectos seguramente serían más graves debido a los altos índices de trabajo irregular y la pobreza generalizada.

Por último pero el hecho más importante es que los servicios de salud se están convirtiendo en un ámbito privilegiado de acumulación de cara a los problemas de generación de ganancias en otras esferas económicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson Gerard, Hussey Peter, Frogner Bianca & Waters Hugh 2005 “Health spending in the United States and the rest of the industrialized world” *Health Affairs* 4(4): 903-14.
- Arbolada, Julio y Bolis Mónica 1999. *Acceso a los servicios de salud en el marco del TLC*. (Washington DC: OPS)
- Buettgens Matthew, Blumberg Linda, Holahan John & Ndwandwe Siyabonga. 2017 *The cost of ACA repeal*. (Princeton: Robert Wood Johnson Foundation)
- Centers for Medicaid and Medicare Services 2013. *Children’s Health Insurance Program (CHIP)* <https://www.medicaid.gov/chip/index.html>. Consultado 7/11, 2017.
- Case, Anne & Angus, Deaton 2015 “Rising morbidity and mortality in midlife among White non-Hispanic Americans in the 21st century” *Proceedings of the National Academy of Sciences* 112(49): 15078-83.
- CIA 2017 *The world factbook* (<https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/rankorder/2034rank.html#od>) Consultado 23/10, 2017.
- CBO 2016. *Options for reducing the deficit: 2017 to 2026*. (Washington DC: Congressional Budget Office). Capítulo 5 Health options pp. 215-275. <https://www.cbo.gov/publication/52142> Consultado 4/9, 2017.
- Cubanski, Juliette & Neuman, Tricia 2017 *Searching for savings in Medicare drug price negotiation* (Kaiser Family Foundation: Princeton).
- Dahlgren Göran 2014 “Why public health services? Experiences from profit-driven health care reforms in Sweden” *Int. Jour. Health Serv.* 44 (3): 507-524.
- Esping-Andersen Gosta 1990 *The three worlds of Welfare Capitalism* (Princeton: Princeton University Press).
- Gaffney, Adam & Waitzkin, Howard 2016 “The Affordable Care Act and the transformation of US health care” *Cuad. Relac. Labor.* 34(2) 2016: 239-261
- Garfield, Rachel & Damico, Antony 2017 *The Coverage Gap: Uninsured poor adults in states that do not expand Medicaid*. (Princeton: Kaiser Family Foundation).
- Geyman, John (2015). *How Obamacare is unsustainable* (Fridau Harbor: Copernicus)
- Geyman, John 2015b “A Five-Year Assessment of the Affordable Care Act” *Int. Jour. Health Serv* 45(2): 209-225.
- Godbolt, Dawn 2017 *Medicaid: America’s Largest Health Insurer*. (Center for Global Policy Solution: Washington D.C.).
- HealthCare.gov Glossary (2017) www.healthcare.gov/glossary/ Consultado 20 de noviembre, 2017 Consultado 25/9, 2017.
- Hellander, Ida 2015 “The U.S. health care crisis five years after passage of the Affordable Care Act” *Int. Jour. Health Serv* 45(4): 706-728.
- International Federation of Health Plans (IFHP) 2015 *2015 Comparative Price Report* (London: IFHP)
- Kaiser Family Foundation 2017 *Community Health Centers: Recent Growth and the Role of the ACA*. (Princeton: Kaiser Family Foundation).
- Klein, Naomi 2017 *NO is not enough*. (London: Penguin Random House UK)
- Laurell, Asa Cristina 2014 “Contradicciones en salud” *Saúde em Debate* 38 (103): 873-87.
- OCDE (2104) Health data. www.oecd.org/health/healthdata
- PEW Institute 2017 <http://www.pewresearch.org/topics/health-care/> Consultado 1/12, 2017.
- Physicians for a National Health Insurance 2017 *Single-Payer National Health Insurance* <http://www.pnhp.org/facts/single-payer-resources> Consultado 10/9, 2017.
- Reynolds, Lucy & McKee, Martin 2012 “GP commissioning and the NHS reforms: what lies behind the hard sell?” *Jour Royal Soc Med* 105: 7-10.
- Unites States Congress (2017). *American Health Care Act of 2017*. <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-bill/1628> Consultado 11/11, 2017
- Woolhandler, Steffie & Himmelstein, David 2017 The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Ann Intern Med.* doi:10.7326/M17-1403
- World Bank (2002). *Social protection strategy*. Washigton DC, World Bank.