

ma social pel *Vaquilla* i altres per l'estil van arribar a generar una autèntica subcultura (que el CCCB va visitar recentment amb una magnífica exposició sobre el fenomen *quinqui*). Aleshores es van donar, com ara, fets terribles protagonitzats per menors de molt curta edat, incloent-hi també, entre d'altres, brutals violacions en grup. Però aleshores hi havia l'element de la marginalitat en l'origen dels agressors, que contribuïa a una certa tranquil·litat d'esperit de la burgesia benpensant, i que com hem dit no sempre es dona ara.

k) Responsabilitat penal subsidiària dels pares?: aquesta proposta, que alguns s'han atrevit a aventurar, és un complet absurd des del punt de vista tècnic-jurídic, i ho és perquè està mancat de tot fonament lògic. Si s'obris la porta a considerar que es pot exigir la responsabilitat penal a persones que no han tingut cap intervenció directa ni indirecta (ni com a inductors, donat que la teoria de la solidaritat amb l'injust aliè no admet la inducció per imprudència), en fets constitutius de delictes o falta, estaríem negant tota seguretat jurídica al conjunt del sistema. Es tracta d'una proposta radicalment contrària a qualsevol principi racional, i òbviament a qualsevol principi consolidat del dret penal. *No hi ha delictes sense acció*, com sentència un dels principis bàsics de la teoria del delictes¹¹. Encara que podríem, no val la pena estendre's més en l'absurditat d'aquesta proposta. Altres han proposat la responsabilitat civil subsidiària dels pares quan aquesta derivi de delictes comesos pels seus fills menors d'edat. Seria una proposta a tenir en compte si no fos que ja opera amb tota normalitat (Art.118.1.1 del Codi Penal). Per últim, hi ha qui proposa que es contempli una circumstància agreujant per als majors d'edat que induïssin als menors d'edat a cometre delictes en benefici propi. Aquesta darrera és potser la més digna d'atenció de les propostes. Però cal recordar que no té connexió amb els casos que han originat el debat.

Cap a un concepte integral i no demagògic de la seguretat

Algunes de les preguntes que l'esquerra ha de respondre amb la valentia que a l'inici de l'article reclamàvem són: Quin tipus de resposta ha de donar la societat quan persones que encara no han madurat física ni mentalment cometes actes l'abast del qual difícilment poden copsar, però que per la seva naturalesa aberrant afecten de forma

tan greu a la convivència? Quines reformes i canvis d'actitud són necessaris per acompanyar millor a les víctimes i fer-los notar la solidaritat del conjunt de la societat? Com combatem les causes d'aquest tipus d'actes per evitar que es reproduïxin en el futur? Com construïm un concepte progressista de seguretat que no pretengui l'absència absoluta de conflicte, només possible en una distopia deshumanitzadora, sinó més aviat la gestió equilibrada d'aquest conflicte per permetre la convivència en societat? Si no entomem el debat, des de la perspectiva de l'esquerra, que comporta una visió no merament repressiva sinó integral del concepte de seguretat, provant de fer valdre tots els avenços que en la ciència penal, la sociologia, l'antropologia, la psicologia, l'urbanisme i l'economia s'han anat produint; si no ho fem insistint en el nostre concepte de dignitat de la persona, i també, sense complexos, en la nostra confiança en les persones (aquest optimisme antropològic que alguns consideren risible, però que ha estat el motor del millor que ha donat de si la nostra espècie), correm el risc de cedir tot el terreny als marcs conceptuals i ideològics dels elements reaccionaris que aprofiten l'ocasió amb desvergonyiment.

En l'antiguitat grega, es definia la demagògia com aquella manera de fer política consistent en regalar les oïdes del poble amb elogis i dient-los allò que volien sentir, i es tenia aquesta pràctica en molt baixa consideració. Avui la tendència segueix vigent, i ens trobem amb forces polítiques disposades a coquetejar amb la reinstauració de la pena de mort per a determinats delictes, o en tot cas per la imposició de cadenes perpètuas. Es tracta de veus que en l'antic i salvatge oest s'haguessin sumat alegrement a la massa camí d'un linxament, al crit de "que els pengin!", tot fos per liderar-la. Avui en dia, davant alguns terribles crims comesos, guarden rere el faristol dels micròfons el quitrà i les plomes, i enverinen demagògicament l'opinió pública reclamant, de forma reactiva a una trista notícia (que de forma nauseabunda aprofiten pels rèdits electorals que en puguin treure), que es rebaixi l'edat penal, que es rebaixi l'edat d'imputabilitat dels menors d'edat i que s'endureixin les penes i sancions... no gosen encara demanar que els pengin, però de cua d'ull miren el passat recent dels Estats Units d'Amèrica, on no passava any que no s'executés a presos que, en el moment de cometre els delictes pels quals se'ls va condemnar, eren menors d'edat¹². ■

¹⁰ Gabinete de Estudios de Seguridad Interior (GESI). La Criminalidad en España en 2006, Ministerio del Interior, Madrid, 2006. Segons aquest estudi complet, la taxa de criminalitat es manté estable amb lleugera tendència a la baixa. D'un índex de 48,8 infraccions penals per mil habitants l'any 2003 s'ha passat a un índex de 47,7 l'any 2006. Els avenços indiquen segons el mateix GESI un descens de 0,3 en aquest índex l'any 2007 i un augment de 0,1 l'any 2008. Aquesta taxa de criminalitat suposa que l'Espanya es situa 20 punts per sota (en infraccions per mil habitants), que la mitja de la UE-15, l'any 2006. Pel que fa a la criminalitat juvenil, segons la mateixa font, la registrada pel Cos Nacional de Policia i per la Guàrdia Civil l'any 2006 significava un descens del 4,4% respecte al 2005, i s'ha de tenir en compte que l'any 2005 s'havia registrat un descens del 5,2% respecte l'any 2004.

¹¹ La teoria del delictes es fonamenta en l'existència d'una conducta humana

(aquí s'ha d'entendre tant l'acció com l'omissió), sense la qual les notes de tipicitat, antijuridicitat i culpabilitat que caracteritzen el delictes juntament amb la primera, resulten inoperants. Per omissió es pot entendre la conducta en la qual existeix un comportament pel qual conscientment s'evita una acció concreta. Això constitueix el pilar de la consideració axiològica i natural del fet punible.

¹² Segons els informes anuals d'Amnistia Internacional, l'any 1990 hi havia 10 països al món que executaven presos que en el moment de cometre el crim eren menors d'edat: Afganistan, Aràbia Saudita, Xina, Estats Units, Iran, Nigèria, Paquistán, RD del Congo, Sudan i Iemen. Fins l'any 2005, en què la Cort Suprema dels EEUU va abolir la pena de mort per als menors de 18 anys, Estats Units encapçalava el rànquing d'execucions d'aquest tipus, degut al volum d'aquestes execucions que es duïen a terme a Texas. L'any 2007 ja només Iran seguia duent a terme aquest tipus d'execucions.

Una dura batalla para un resultado probablemente escaso: la reforma sanitaria de Obama

MARISOL RODRÍGUEZ

Catedràtica d'Economia de la Universitat de Barcelona

El presidente Obama se ha convertido en una especie de "estrella" mundial, y todo lo relacionado con sus políticas es seguido con muchísima atención, no sólo en Estados Unidos sino también en el resto del mundo. Incluso los asuntos internos, como la reforma del sistema sanitario, son objeto de escrutinio fuera del propio país. Entre otras razones, el tema interesa porque la introducción de cambios profundos en el caótico sistema de salud norteamericano era un elemento central —quizá el más sobresaliente en cuando a política nacional— en el programa electoral de Obama y, por tanto, el grado en que consiga introducir dichos cambios constituye una especie de test de la fortaleza de su presidencia.

Cuando a finales de febrero, recién estrenada la presidencia, Obama presentó su programa, la idea que transmitieron los medios de comunicación españoles y de otras partes del mundo era la de un cambio radical, por el que Obama iba, por fin, a llevar a Estados Unidos hacia un sistema sanitario a la europea, de cobertura universal. No olvidemos que EEUU es el único entre los países desarrollados que no tiene un sistema de aseguramiento sanitario obligatorio, financiado total o parcialmente con fondos públicos. Sin embargo, ni la reforma en su concepción inicial era tan revolucionaria como se decía, ni parece que vaya a llegar tan lejos como se pretendía. Los demócratas tienen mayoría tanto en la Cámara de Representantes como en el Senado, pero el presidente ha insistido en que la propuesta que finalmente se presente al Congreso sea el producto de un consenso entre los dos grandes partidos —o al menos, algunos de sus miembros— como garantía para la obtención del apoyo popular. Sin embargo, el propio Partido Demócrata está muy dividido con respecto a algunas de las cuestiones clave de la reforma; en parte, porque existen visiones diferentes, pero en parte también porque no están de acuerdo en cuánto se debe ceder para ganar el apoyo de algunos republicanos. Por otra parte, durante estos ocho meses ha quedado claro que las resistencias ideológicas y los poderes fácticos que tradicionalmente han dominado el sector (en este caso, principalmente la industria aseguradora) van a hacer muy difícil una revisión a fondo del sistema. El debate empezó a ser encarnizado a partir del verano, con dichos poderes fácticos utilizando sin escrúpulos la presión, el miedo y la desinformación en los medios de comunicación. A Obama se le comparó con Hitler, se le acusó de introducir la eutanasia (se habló de paneles de expertos que en los hospitales decidirían quién sobreviviría y quién no), se agitó

el término "medicina socializada", y al propio Obama se le colgó la etiqueta de "socialista", que allí constituye casi un insulto.

El sistema sanitario norteamericano

Estados Unidos tiene 304 millones de habitantes, casi igual que la EU-15. Su gasto sanitario per cápita es aproximadamente de 6.800\$ al año; más del doble que la media de los países de la OCDE, donde dicho gasto es de 2.750\$ (2.300\$ en el caso español). En términos macroeconómicos, el sector sanitario supone casi una sexta parte de la economía; concretamente, un 16,2% del PIB (en la OCDE la media es del 9%). La piedra angular del sistema sanitario norteamericano es el seguro privado obtenido a través de la empresa como parte del paquete salarial. Hay también dos seguros públicos: Medicare, que cubre a los mayores de 65 años, y Medicaid, que cubre a los más pobres, y un programa específico para niños (el *State Children's Health Insurance Program*, SCHIP, que alcanza solamente a algunos).

Redondeando, las cifras son las siguientes: el 61% de los norteamericanos tiene cobertura médica a través de su empresa; un 6% compra el seguro individualmente; un 18% está cubierto por alguno de los programas públicos antes mencionados y un 15% (46 millones de personas; esto es, el equivalente a toda la población española) no tiene cobertura. El número de los que obtienen el seguro a través de la empresa viene descendiendo desde hace tiempo, y ahora lo está haciendo más rápidamente, a medida que con la crisis ha ido aumentando el desempleo: seis millones más de parados en el último año. Para la mayoría de ellos, perder el empleo supone además perder su seguro de asistencia sanitaria.

Es importante remarcar que la cobertura que ofrecen las pólizas de seguro no es, en absoluto, uniforme ni completa. En general, las prestaciones están claramente delimitadas, y su amplitud es muy desigual; aunque normalmente no es tan abierta como en el sistema sanitario español donde, en principio, “todo entra”. Además, los copagos (la parte del servicio que tiene que costear directamente el asegurado en la forma de franquicia, límites asegurado y/o porcentaje del coste del servicio) suelen ser altos y existen muchas dificultades para ser admitido en una compañía si ya se padece alguna enfermedad crónica (asma, diabetes, epilepsia, etc.) Todo ello implica infra-aseguramiento; obviamente, más acusado cuanto más barata es la póliza. La prima por un buen seguro estándar es de unos 12.000 dólares, pero cada compañía dispone de una gran variedad de pólizas. En muchos estados unas pocas compañías concentran la mayor parte del mercado, pero en otros opera una gran cantidad de ellas (de hecho, en el conjunto del país hay más de 1.500 compañías de seguros), de modo que la oferta puede llegar a ser abrumadoramente diversa y dificultar la elección. El gobierno federal sólo tiene competencias legislativas sobre el área de medicamentos, y todo lo relativo a seguros y prestaciones es prerrogativa de los estados.

La parte de la prima del seguro que paga la empresa no es fija ni obligatoria; raramente llega al 100% y a veces es cero. Muchas empresas, sobre todo las más pequeñas, simplemente no ofrecen seguro sanitario a sus empleados. Dado esto, se calcula que la media del presupuesto familiar que se destina a atención médica es del 18%, y más de diez millones de norteamericanos gastan más de un 25% de su salario en servicios médicos. Para hacernos una idea, un 18% es lo que representa el capítulo de alimentos y bebidas no alcohólicas dentro del gasto total de los hogares españoles. Los 46 millones de personas (entre ellas, 8 millones de niños) que no tienen seguro tienen que acudir a las urgencias de los hospitales. Los que no tienen seguro son, fundamentalmente, personas con bajo nivel de renta, que trabajan en empresas pequeñas y/o a tiempo parcial. A menudo, la condición para que te ofrezcan seguro es trabajar a tiempo completo, pero algunas empresas recurren al truco de fijar la jornada en

una hora semanal menos de que lo que se considera tiempo completo para no tener que pagar el seguro. Entre los que no son ciudadanos estadounidenses, la tasa de no-cobertura es del 43%.

En cuanto a la forma de pago o reembolso a los proveedores (médicos y hospitales), predomina el pago por acto o servicio. Esto significa que se paga principalmente por “hacer”, lo cual incentiva la multiplicación de los actos médicos aunque dichos actos no estén siempre justificados o sean totalmente apropiados. La existencia de muchos tratamientos o actuaciones de efectividad no demostrada –o muy baja dado su coste– es un problema común a otros sistemas sanitarios, pero la interferencia de las consideraciones financieras en las decisiones clínicas es más probable y potente cuando el financiador (ya sea el seguro público o el privado) paga por acto. Contrariamente a lo que ocurre en algunos de los sistemas sanitarios públicos (el español, el sueco, etc.), hay muy pocos médicos asalariados o cobrando un tanto fijo por persona asignada –el denominado sistema de “capitación”– y los hospitales no se financian, como aquí, mediante presupuestos más o menos cerrados. De hecho, los hospitales se han convertido en “empresas de empresas”, que ofrecen espacio físico e infraestructuras para que médicos, laboratorios, cirujanos, empresas de catering y limpieza, etc. trabajen y facturen separadamente por sus servicios, con lo que eso conlleva de aumento de costes administrativos, riesgos de descoordinación y ausencia de un responsable claro.

El resultado de todo esto es: unos indicadores de salud muy por debajo de la mayoría de los países industrializados, unas primas de seguro elevadísimas y crecientes (sistemáticamente por encima de la inflación y de las subidas en el salario por hora) que dificultan la competitividad de las empresas norteamericanas (las grandes) e impiden que las empresas pequeñas puedan ofrecer seguro a sus trabajadores; poco interés en la prevención; escasa coordinación asistencial; numerosas demandas por mala práctica (que encarecen las primas e incentivan aún más el hacer por hacer) y, en fin, mucha insatisfacción entre la población. Si algo tiene claro todo el

EEUU es el único entre los países desarrollados que no tiene un sistema de aseguramiento sanitario obligatorio, financiado total o parcialmente con fondos públicos. Sin embargo, ni la reforma en su concepción inicial era tan revolucionaria como se decía, ni parece que vaya a llegar tan lejos como se pretendía

Durante estos ocho meses de gobierno de Obama ha quedado claro que las resistencias ideológicas y los poderes fácticos que tradicionalmente han dominado el sector (en este caso, principalmente la industria aseguradora) van a hacer muy difícil una revisión a fondo del sistema



mundo es que el sistema tal como está es insostenible. Supone una ruina tanto para las familias, las empresas y el gobierno.

Las líneas maestras definidas por Obama

Para intentar cambiar este estado de cosas, el plan original de Obama contenía las siguientes líneas maestras. Primero, aumentar el porcentaje de población con cobertura sanitaria ampliando los criterios de inclusión en los programas públicos Medicaid y SCHIP (que no alcanzaría, por cierto, a los niños indocumentados). Segundo –y esta era una de las grandes novedades– crear un nuevo plan de seguro público, que competiría con los planes de seguro privado existentes. Todos ellos estarían supervisados y regulados por una Oficina Central de Seguros Sanitarios de nueva creación. Tercero, subvenciones (según nivel de renta) para la compra de seguro en el caso de no disponer de seguro a través de la empresa. Cuarto, obligar a las empresas grandes y medianas a ofrecer cobertura sanitaria a sus empleados, o bien a pagar un impuesto para contribuir al sostenimiento del nuevo plan público. Las

La piedra angular del sistema sanitario norteamericano es el seguro privado obtenido a través de la empresa como parte del paquete salarial. Hay también dos seguros públicos: Medicare, que cubre a los mayores de 65 años, y Medicaid, que cubre a los más pobres, y un programa específico para niños para niños que alcanza solamente a algunos)

empresas pequeñas estarían exentas de esta obligación, pero obtendrían desgravaciones fiscales (adicionales a las ya existentes) en caso de ofrecer seguro a sus empleados. Finalmente, se incorporaban dos requisitos sumamente importantes en el contexto de los seguros privados norteamericanos: la “portabilidad” de seguro, es decir, que al cambiar de empleo uno se pueda llevar su seguro consigo, cosa que actualmente no ocurre; y la prohibición de que las compañías de seguro puedan rechazar a nadie por razones de estado de salud o existencia de enfermedades previas.

Paralelamente a estas medidas cuyo fin era ampliar la cobertura, el plan de reforma contempla otras medidas con el objetivo mejorar la eficiencia y disminuir el coste de las primas (2.500\$ de ahorro por familia al año en este capítulo era la promesa de Obama en su campaña electoral). Por ejemplo, aumento de la tecnología de la información aplicada a la medicina, más actividades de prevención y salud pública, más énfasis en la atención primaria, importación de medicamentos producidos fuera más baratos, fomento de los medicamentos genéricos, reducción de los gastos administrativos, programas de gestión

de las enfermedades crónicas, mejora de los estilos de vida, etc.

Las propuestas actuales de reforma

Por decisión estratégica, el plan de Obama sólo marcaba las líneas generales, dejando a la Cámara de Representantes y el Senado la tarea de concretar el contenido de las mismas. Se quería evitar así repetir uno de los errores de la Administración Clinton en 1993, cuando su propuesta de reforma sanitaria fue rechazada en el Congreso, en parte porque se le dio demasiado margen para el juego político y el consenso.

Sin embargo, el consenso se está revelando difícil. Desde marzo se viene trabajando en ambas cámaras en al menos doce borradores de propuestas legislativas, aunque sólo cinco –dos del Senado y tres de la Cámara de Representantes– han pasado la criba de los correspondientes comités. Y la única que ha obtenido el apoyo de al menos un voto republicano es la presentada por el senador demócrata Max Baucus, presidente del Comité de Finanzas del Senado. Pero ésta es también la única en la que no se contempla la introducción de un plan de seguro público, en competencia con los planes de seguro privado, como quería Obama.

Mantener o no la opción pública es la cuestión que más debate y desacuerdo está generando. Para muchos demócratas (entre ellos, el recientemente fallecido senador Edward Kennedy) este es un punto esencial e irrenunciable para aprobar la propuesta. Otros, más conservadores, están dispuestos a prescindir de ello si de esa manera se evita el rechazo frontal de los republicanos, totalmente opuestos a esta opción. El propio Obama parece indeciso y dispuesto a aceptar en su lugar la creación de cooperativas de seguro sin fin de lucro (a la manera de algunas de nuestras mutualidades). Los defensores del plan público, cuyo diseño podría seguir más o menos el modelo de Medicare, creen que serviría para introducir competencia en el mercado de seguros (conseguir que las compañías de seguros se “comporten honestamente”, dice Obama) y hacer accesible la compra de un seguro de calidad a aquellos que actualmente no

El 61% de los norteamericanos tiene cobertura médica a través de su empresa; un 6% compra el seguro individualmente; un 18% está cubierto por alguno de los programas públicos y un 15% (46 millones de personas; esto es, el equivalente a toda la población española) no tiene cobertura

Se calcula que la media del presupuesto familiar que se destina a atención médica es del 18%, y más de diez millones de norteamericanos gastan más de un 25% de su salario en servicios médicos. Si algo tiene claro todo el mundo es que el sistema tal como está es insostenible. Supone una ruina tanto para las familias como para las empresas y el gobierno

disponen de él. Las pequeñas empresas, para muchas de las cuales los costes actuales del seguro son prohibitivos, también podrían beneficiarse de esta opción. Sin embargo, los republicanos más extremistas replican que la opción pública acabaría expulsando a las aseguradoras privadas del mercado, reduciendo así la capacidad de elección de los consumidores –una de las nociones sagradas del ideario norteamericano– y conduciendo en última instancia al tan temido sistema “socialista” de un solo asegurador. Otros –especialmente los propios interesados– temen el impacto que dicho plan público tendría en el pago a los proveedores en el caso de seguir el ejemplo de Medicare, cuyas tarifas de reembolso a médicos y hospitales son sensiblemente inferiores a las que dichos proveedores negocian individualmente con las aseguradoras privadas. Por lo tanto, detrás de este debate hay mucho de ideología –diferente visión acerca del papel que el estado debe tener en la economía y en la vida de los ciudadanos– pero también mucho de interés.

El endurecimiento de la normativa aplicable a las compañías de seguros en el sentido de prohibir que se rechace a nadie en función de su estado de salud o que se use dicho estado de salud para fijar las primas está, sin embargo, logrando más acuerdo. Quizá porque el sistema ha llegado a extremos descabellados, como el recientemente aireado caso de la mujer a la que se denegó cobertura porque hacía años había tenido una cesárea. Pero la industria aseguradora quiere, a cambio, que la ley exija a todo el mundo que se asegure, para diluir el riesgo, y considere demasiado blandas las penalizaciones previstas en caso de no asegurarse (en la propuesta del senador Baucus se habla de hasta 3.800 dólares de multa a las familias que no compren seguro). Esto incentiva, argumentan, que la gente espere a comprar un seguro cuando ya están enfermos, sabiendo que no podrán ser rechazados. De todas formas, parece un contrasentido poner esas multas cuando el problema es que no compran seguro porque es muy caro. O las subvenciones para comprarlo son altas, o en términos éticos será difícil justificar las penalizaciones.

La cuestión de la generosidad de las subvenciones nos lleva a otro de los temas más peliagudos de la refor-

ma, que es su coste y quién pagará por ella. La Oficina de Presupuestos del Congreso ha estimado que los fondos adicionales que se necesitan para llevar a cabo la reforma van desde los 829.000 millones de dólares en 10 años en el caso de la propuesta del senador Baucus, hasta el billón de dólares en el caso de las otras propuestas. Cómo se financiará una suma tan importante de dinero partiendo de unas arcas públicas más que vacías será uno de los objetos de mayor disputa entre Republicanos y Demócratas. Precisamente a mediados de octubre se acaba de saber que el déficit fiscal se ha triplicado en el último año, como consecuencia de las medidas extraordinarias de estímulo fiscal y rescate bancario tomadas a raíz de la grave crisis económica que estamos padeciendo. El déficit fiscal ha alcanzado ya el 10% del PIB, y es de esperar que los Republicanos –y algunos Demócratas– no quieran oír hablar de nada que suponga incrementar dicho déficit.

Excluido el recurso a la deuda, a grandes rasgos, los Demócratas quieren financiar la mitad de la reforma con ahorros en el sistema sanitario actual y la otra mitad con impuestos nuevos. Una parte de los ahorros vendría de recortar los gastos de Medicare y Medicaid. En el caso de Medicare, que absorbe un altísimo 13% del presupuesto federal, una de las propuestas es aumentar los copagos, actualmente muy reducidos, de los beneficiarios acogidos a Medicare Advantage, una modalidad de la que disfrutaban casi una cuarta parte del total de miembros de Medicare. Otra parte se piensa obtener mediante la reducción de las demandas por mala práctica, verdadera plaga que asola el sistema y encarece muchísimo las primas; y también se pretende ahorrar en la compra de medicamentos y en costes administrativos, mediante la utilización de las nuevas tecnologías de la información.

En cuanto a los impuestos, además de los ingresos procedentes de las penalizaciones a los individuos o empresas que no compren seguro, las dos opciones que se han barajado hasta ahora son: un impuesto suplementario sobre la renta de las familias con mayores ingresos o bien un impuesto sobre las pólizas de seguro más caras (las denominadas pólizas *Cadillac*). El impuesto sobre las pólizas más caras sería pagado por las compañías de seguro, aunque se supone que éstas se lo trasladarían a sus clientes. Es posible que de esta forma empleadores y empleados se esfuercen en buscar pólizas más baratas para evitar el impuesto, lo cual presionaría a la baja el coste de las primas en general. Sin embargo, también es posible que el impuesto se traduzca simplemente en un

Después de la reforma todavía quedarán unos 17 millones de personas sin asegurar, un tercio de ellos, inmigrantes ilegales. Por lo tanto, no se alcanzará la cobertura universal sino que, como mucho, se estima que la ampliación de cobertura llegará a algo más de la mitad de los que hoy no tienen seguro

aumento del precio de las primas (que podría incluso transmitirse a las menos caras para repartir mejor la carga del impuesto), que acabaría siendo pagado por los trabajadores en la forma de menores salarios, una mayor participación en el coste de la póliza o menores prestaciones. Dado que el mercado de seguros es escasamente competitivo, es más probable que ocurra lo segundo que lo primero. Y entre esta forma de generar nuevos ingresos y la introducción de un nuevo impuesto sobre las rentas más altas, es más viable políticamente la primera, precisamente porque los afectados son más y el impacto queda más diluido.

Perspectivas de futuro

A mediados de octubre, el proyecto de reforma ha entrado en la fase final de elaboración, antes de ser enviada al presi-

dente para que éste la presente al Congreso. Obama siempre dijo que desearía firmar la ley antes de fin de año. Por lo tanto, los Demócratas tendrán primero que negociar intensamente entre ellos para llegar a refundir en un solo texto los cinco borradores actuales. Lo más probable, entonces, es que las cosas se queden en un mínimo común denominador. Porque aunque todo el mundo esté insatisfecho y en teoría todos quieren cambiar el sistema, las fuerzas del *statu quo* son muy potentes. Por un lado, están los 200 millones de norteamericanos que han comprado y tienen un seguro, que aunque caro e incompleto, es lo mejor que conocen, y para muchos de ellos eso es preferible a la incertidumbre de cuántos impuestos más tendrán que pagar para financiar la reforma. Los 45 millones de asegurados cubiertos por Medicare que han visto su programa señalado como fuente de despilfarro también tienen, a priori, más que perder que ganar. Por otro lado, las voces en contra de la reforma están más organizadas y se les oye más que a los que están a favor. Los ataques del pasado verano han mostrado que uno de los errores cometidos por la Administración Obama es haber desmantelado la tupida infraestructura de apoyo inteligentemente creada para la campaña electoral y que ahora sería de gran utilidad.

Por otro lado, si se quiere mantener el coste de la reforma en niveles razonables, la ampliación de la cobertura, ya sea a través de los programas públicos o de aumentar las subvenciones para la compra de seguro privado, será limitada. De hecho, se calcula que aún después de la reforma todavía quedarán unos 17 millones de personas sin asegurar, un tercio de ellos, inmigrantes ilegales. Por lo tanto, no se alcanzará la cobertura universal sino que, como mucho, se estima que la ampliación de

cobertura llegará a algo más de la mitad de los que hoy no tienen seguro.

La opción pública es posible que finalmente salga, y no tanto por los méritos propios que tiene, sino porque si a las compañías de seguros privadas se les restringe su capacidad para seleccionar riesgos, pronto verán la conveniencia de disponer de un seguro público al que “desviar” a sus clientes más gastadores. También es posible que si se establece algún tipo de paquete básico de prestaciones, se mejore algo la enorme diversidad actual en el grado de cobertura.

Pero la gran cuestión será si estos tímidos logros en cuanto a cobertura habrán merecido la pena en términos de coste. Es muy probable que no, porque el otro gran problema del sistema de salud norteamericano, el crecimiento acelerado de los costes, es difícil que se frene con esta reforma, ya que no se actúa sobre dos de los principales factores impulsores del aumento del gasto sanitario: la tecnología y la forma de pago a los proveedores. Todos los estudios económicos sobre el tema han señalado al progreso tecnológico como la principal causa del acelerado crecimiento de los costes en todos los sistemas sanitarios. Pero en los públicos existen más mecanismos para contener y regular la expansión de la tecnología que en los sistemas privados. Así, según los últimos datos de la OCDE, en Estados Unidos hay 26,5 aparatos de resonancia magnética y 33,9 TAC escaners por millón de habitantes, cuando la mediana de la OCDE está en 7,7 y 14,8 respectivamente. Y el número de personas en diálisis es de 115 por 100.000 en Estados Unidos, frente a 51 en la OCDE. En ninguna de las propuestas de reforma se contempla ningún mecanismo de regulación a la penetración y uso de la tecnología. Tampoco hay previsto ningún cambio en el modo de pago o reembolso a proveedores, más allá del aviso de que Medicare endurecerá sus términos de negociación.

Por todo ello, no cabe esperar grandes cambios en la futura sanidad norteamericana. Habrá sido una dura batalla para un magro resultado. Y es que la reforma se asienta (por decisión política) sobre los pilares ya existentes. Para empezar, no se revisa un elemento esencial, a saber, la consideración de la salud como un derecho fundamental del individuo. La protección de ese derecho aparece sancionado en la mayoría de las constituciones de los países desarrollados (la española lo hace

en el artículo 43) pero no así en la de los Estados Unidos. Y sin una revisión de esa noción básica, cualquier reforma sólo puede consistir en añadir piezas y parches al ya de por sí tremendo puzzle que es el sistema de salud estadounidense. Por otro lado, las medidas para mejorar la calidad y la eficiencia requieren de cambios en los comportamientos de los agentes (médicos y pacientes) que tampoco es seguro que se vayan a producir. Sobre todo, teniendo en cuenta que los incentivos se mantienen intactos. En definitiva, la reforma no toca un ápice de la esencia del sistema: ni obligatoriedad en la cobertura, ni instauración de un pagador único (en Europa, el Estado o la Seguridad

Social) ni establecimiento de una prima comunitaria que permita compensaciones sanos-enfermos, jóvenes-viejos, ni cambios en la forma de pago a los proveedores. Así, el sistema seguirá siendo extremadamente fragmentado y caro. El presidente tiene capacidad para introducir por la vía de decretos leyes algunos cambios una vez que la ley sea aprobada, pero de nuevo sólo podrán ser parches que no modificarán la estructura esencial. ■

Democràcia, lideratge i perspectives de futur pel *New Labour*

FRANCESC AMAT

Investigador a la Universitat d'Oxford

*Per damunt de tot, sigues fidel a tu mateix,
i a això seguirà, com la nit segueix al dia,
que no seràs fals amb ningú.*
William Shakespeare

En el present treball l'autor analitza, en primer lloc, les causes determinants de l'actual debilitat del laborisme anglès. El trauma de la guerra de l'Iraq, els escàndols dels diputats a Westminster i la crisi econòmica són factors que en part l'expliquen. Per altra banda, i segons l'autor, “una mala conjunció entre un caràcter poc comunicatiu i les herències del passat no han afavorit a Gordon Brown”, que no ha sabut convertir-se en un líder fort, com va ser Blair, capaç de definir un lideratge representatiu i fins i tot afectar les preferències dels ciutadans. Per tant, conclou l'autor, “la redefinició d'un nou projecte laborista resta per fer”.

El trauma de l'Iraq i el lideratge polític

El polèmic assagista Michael Ignatieff va escriure fa un temps un article¹ excel·lent on reconeixia el seu error en recolzar la guerra de l'Iraq. Una reflexió que el periodista Lluís Bassets va qualificar com “*un artículo de los que hacen época*”. En aquell text, però, Ignatieff no es limitava a un exercici d'autocrítica; el que feia és tota una revisió dels lideratges de George W. Bush i Tony Blair, una avaluació de les virtuts necessàries pel bon fer dels polítics i una aproximació als pilars de la democràcia representativa.

Malgrat que sembli un punt de partida allunyat del tema que ens ocupa, vull començar per aquí: desgranant els ingredients del *mea culpa* que va entonar Ignatieff. Perquè, de fet, en aquella reflexió Ignatieff feia dues coses a la vegada, dues tasques necessàries per entendre què ha passat amb el *New Labour*. Això és: (i) reflexionar sobre els criteris que han de guiar el lideratge i la presa de decisions; i (ii) analitzar els avantatges, inconvenients i dificultats d'una democràcia representativa. I la clau de volta de totes dues coses és el lideratge polític i els seus límits. Durant l'article aniré desenvolupant aquestes dues idees, contextualitzades en relació al projecte polític del *New Labour*, tant pel que fa a líders com a polítiques, per acabar reflexionant també sobre les seves perspectives de futur.

Una interpretació de la reflexió d'Ignatieff és que la guerra de l'Iraq va ser un dels errors que una democràcia representativa com la de Westminster pot acabar generant. Un error des del seu punt de vista, és clar, i del qual fa responsable a un lideratge polític inadequat. L'acusació més forta, dirigida a Bush i de forma indirecta també a Blair, és haver perdut el “sentit de la realitat” que tot bon polític hauria de mantenir al llarg del seu mandat. En una democràcia representativa, assenyala Ignatieff, és necessari que els polítics trobin l'equilibri desitjable entre l'estratègia política i la funció delegada o eminentment política. O, en altres paraules, tot bon polític hauria de cercar l'equilibri entre la proximitat a la ciutadania i, per altre costat, tirar endavant projectes sota la seva pròpia responsabilitat. Blair, en recolzar la intervenció a l'Iraq va portar fins a la màxima expressió el seu lideratge fort, allunyant-se de la funció de proximitat, i va arribar als límits de la pròpia democràcia representativa. La intervenció de Blair a l'Iraq és un exemple de l'assumpció d'una decisió política sense un suport explícit de la ciutadania.

La Figura 1 mostra la valoració de la gestió de Blair pel que fa a l'Iraq i la seva evolució: el març de 2003, pocs dies abans de la intervenció, un 54% dels britànics desaprovava la seva gestió, i els percentatges de desaprovació van augmentar fins a un altíssim 77% l'any 2007. Tot i això, és cert que la valoració del lideratge de Blair ja havia disminuït significativament l'any 2003, és a dir que l'Iraq no va enfonsar dra-

¹ Michael, Ignatieff "Getting Iraq Wrong", *The New York Times Magazine*,

05/08/2007.