

El acuerdo entre bambalinas que podría haber dado un sistema sanitario de “single payer” a los estadounidenses

Enrique Díaz-Álvarez

En marzo de 2009, filtraciones de la Casa Blanca a blogs afines dejaron claro que la solución del *single payer* (el seguro sanitario único y público, como el que existe en Canadá) había sido descartada como opción de cara a la reforma del sistema sanitario estadounidense. El presidente Obama renunciaba a la reforma más sencilla y obvia del desastroso sistema sanitario de Estados Unidos. El *single payer* habría conllevado acabar con el negocio de las aseguradoras privadas y extender a toda la población alguno de los dos seguros públicos existentes a escala federal, Medicare (para los ancianos) o Medicaid (para los necesitados). En lugar de ello, se nos presentó el plan conocido universalmente como Obamacare, un invento más propio del *TBO* caracterizado por una enorme complejidad, mal diseñado, peor ejecutado y que parece ser cada vez más odiado por sus teóricos destinatarios.

La decisión de abandonar la nacionalización de las que son, seguramente, las empresas más impopulares de Estados Unidos se suele atribuir al conservadurismo de la Administración Obama y a su poca disposición a enfrentarse a las aseguradoras, las farmacéuticas o cualquier grupo de presión con capacidad para gastar millones en el tráfico de influencias, la financiación de campañas electorales y la contratación de ex políticos. La lenidad de Obama se convirtió en un lugar común entre los estadounidenses de centroizquierda. El Obamacare, afirman, es la mejor reforma posible que se podría haber negociado con las aseguradoras privadas.

¿Es verdad que todos los trapicheos que dieron lugar al Obamacare constituían una alternativa más fácil que la nacionalización? Un sencillo análisis financiero revela exactamente lo contrario. En términos económicos, la nacionalización habría sido la opción más sencilla. Habría costado relativamente poco y habría supuesto un ahorro inmediato a la vez que facilitaba un acceso universal a la sanidad. Y en términos políticos, Obama habría podido contar con el apoyo de un aliado inusual, los accionistas de las aseguradoras, teóricos propietarios de las mismas, a quienes se les habría liberado de su por entonces dudosa inversión con enormes beneficios.

A finales de 2008, el **mercado estadounidense de seguros médicos privados** cubría al 60% de la población. Este mercado se dividía entre empresas privadas y aseguradoras mutualizadas, aunque las primeras tenían un peso cada vez mayor. Las cinco aseguradoras más grandes dominaban el 60% del mercado, y cuatro de ellas eran empresas privadas. A falta de una segunda revolución bolchevique, la implantación de un seguro público hubiera

supuesto una compensación apropiada por la pérdida de ingresos para los propietarios, los accionistas de las empresas privadas y, supuestamente, los asegurados en el caso de las mutuas.

¿Qué compensación? A mediados de 2009, el valor total en bolsa de las cuatro mayores aseguradoras privadas era de unos 60.000 millones de dólares. El mercado ya se había recuperado en parte del desplome de 2008-2009, y la incertidumbre sobre el Obamacare se había disipado. Por tanto, estas valoraciones no eran particularmente bajas. Extrapolando ese valor al resto de las aseguradoras y mutuas, obtenemos un precio total de 120.000 millones de dólares para todo el sector.

Esto significa que la nacionalización de las aseguradoras sanitarias privadas al completo, incluida una prima extraordinariamente generosa para los accionistas de, pongamos, el 100%, le hubiera supuesto al Tesoro estadounidense un desembolso de unos 240.000 millones de dólares; es decir, un 2% del producto interior bruto del país en 2009. Tengamos en cuenta que esta cifra está casi con toda seguridad muy inflada. Las primas que se pagan en ofertas públicas de adquisición de empresas establecidas rara vez exceden el 50% del valor de mercado, y en general suelen estar más cerca del 20%. Además, el análisis asume que las aseguradoras mutualizadas, teóricamente propiedad de los propios asegurados, supondrían el mismo nivel de desembolso que las aseguradoras que cotizan en el mercado bursátil, cosa harto improbable dada la debilidad jurídica de los derechos de dichos asegurados en comparación con los de los accionistas.

Queda claro que semejante operación habría puesto contentísimos a los accionistas de las aseguradoras privadas de todo el país. Pero ¿qué habría obtenido el Tesoro a cambio de desembolsar 240.000 millones de dólares? Una vez más, los números son claros. Los seguros sanitarios privados estadounidenses constituyen probablemente la burocracia más ineficiente de la historia; la antigua oficina soviética del Gosplan sería a su lado un prodigio de eficiencia. Las estimaciones sobre el despilfarro administrativo que generan los seguros privados estadounidenses oscilan **entre el 0,75% y el 2%** de toda la producción de bienes y servicios del país.

Si extrapolamos de nuevo los datos de las cuatro mayores aseguradoras, en 2008 el sector gastaba un 18,5% de las primas cobradas en costes administrativos. (Por cierto, el 81,5% restante que se dedicó a pagar asistencia sanitaria a los asegurados es lo que se conoce como “medical loss ratio”; la principal prioridad de los ejecutivos de las aseguradoras es minimizarlo.) El seguro público que cubre a los mayores de 65 años, Medicare, gasta **menos del 2%** en este concepto. La diferencia en cuanto a eficacia entre el seguro público y los privados supone 130.000 millones de dólares al año en

despilfarro administrativo. A esta cantidad hay que añadir el coste de la ingente burocracia que las aseguradoras privadas imponen a hospitales y médicos a la hora de cobrar. Según *Health Affairs*, esto supone otros 28.000 millones de dólares al año. También habría que agregar un capítulo por el coste que tiene para el ciudadano de a pie lidiar con toda esta maraña burocrática. Desafortunadamente, resulta imposible cuantificar este concepto, aunque el coste es muy real para cualquiera que haya pasado una tarde al teléfono hablando con una aseguradora privada para intentar que esta pague lo acordado.

En resumen: la nacionalización de los seguros privados en 2009 habría supuesto un desembolso de no más de 240.000 millones (de hecho, probablemente bastante menos). Sustituir la ineficiente burocracia privada por el seguro público de Medicare habría conllevado un ahorro de no menos de 158.000 millones al año, es decir, un retorno anual del 66% sobre el dinero invertido por el Tesoro. Tan sólo dieciocho meses de ahorros habrían sido suficientes para financiar la operación, a los que hubiera seguido una eternidad de eficiencia administrativa sin coste alguno. Y, además, los accionistas estarían encantados de la vida.

Tampoco se trata de una operación excepcional. Abundan ejemplos de situaciones en que el Estado compra empresas a los accionistas en términos aceptables para ambas partes. El caso más conocido probablemente sea la nacionalización por parte del Estado británico de las llamadas “cumbres dominantes” de la economía después de la Segunda Guerra Mundial. También existen los casos de las minas de potasio en Canadá, los ferrocarriles en Nueva Zelanda, la minería del hierro en Suecia y, en España, la minería del carbón, entre otros muchos.

Es cierto que, en la mayoría de estos casos, fue el contribuyente el que se llevó la peor parte, al pagar precios abultados por activos poco rentables. En este caso, no habría motivo para la preocupación. Habríamos sido perfectamente conscientes de que comprábamos empresas ineficientes. Tras cerrar el trato con los accionistas, sólo habría quedado liquidar las empresas, vender los edificios y subastar los muebles. Todo el mundo gana. Bueno, casi todo.

Obama ha dejado claro en numerosas ocasiones que es un gran partidario de los mercados. Así pues, ¿por qué descartó de entrada una solución tan obvia? La respuesta es que Obama es partidario de un tipo muy determinado de mercados: complejos, opacos, con muchas reglas, variables, excepciones y complejidades, y con abundantes oportunidades para la extracción de rentas. Recordemos que lo que para una persona es despilfarro, para otra constituyen sus ingresos. Por tanto, resulta útil analíticamente considerar esos 130.000

millones (que hoy serían 150.000) no como un derroche sino como extracción de renta. ¿Quién la extrae? Para averiguarlo, echemos un vistazo a las cuentas financieras de las aseguradoras privadas.

En 2007, el margen neto de beneficios generado por la póliza de seguro médico típica era tan sólo de un 0,6% (tras ajustar por el hecho de que muchas grandes empresas asumen ellas mismas los riesgos sanitarios de sus empleados y pagan a las aseguradoras un canon por gestionar la burocracia; solamente el canon aparece como ingresos, lo que sesga al alza los márgenes publicados). Por cada 100 dólares que se pagan en concepto de prima a un asegurador privado, el beneficio neto extraído por su teórico propietario es de apenas 60 centavos. Quizá no sea ésta la publicación adecuada para verter lágrimas por los pobres accionistas anónimos, pero desde luego queda claro que éstos tan sólo se llevan unas migajas del festín.

¿Adónde va el resto del dinero? Fundamentalmente, a las nóminas del medio millón de empleados del sector, que cobran por término medio un 46% más que el trabajador estadounidense medio. Los ejecutivos del sector sanitario tienen los sueldos más altos del país, y, dentro de este sector, las aseguradoras se llevan la palma. El director general de United HealthCare, por ejemplo, se embolsó la notable cantidad de 42 millones de dólares en un solo año, 2011. La compensación media anual de las cuatro mayores aseguradoras fue de 14 millones de dólares. A modo de comparación, el presidente de Goldman Sachs tuvo que contentarse con la mísera cantidad de 9 millones.

Éste es el panorama que surge de la extracción de rentas en las aseguradoras privadas: masas de titulados universitarios muy bien pagados en la franja central y, por encima de ellos, en la cúspide, el miasma de ejecutivos, consultores, traficantes de influencias y relaciones públicas, con credenciales académicas impecables y envidiables redes de contactos personales (en otras palabras, la espina dorsal de la clase dirigente estadounidense en la economía postindustrial). Los capitalistas tradicionales de sombrero de copa y puro al estilo de Andrew Carnegie han sido reemplazados por hordas de ejecutivos, traficantes de influencias y extractores de rentas, así como por decenas de miles de poseedores de un máster en administración de empresas con sus presentaciones en Powerpoint. No se puede decir que la situación haya mejorado.

¿Cuánto costaría implantar la nacionalización de los seguros sanitarios hoy en día? Desde 2009, cuando Obama descartó esa posibilidad, la bolsa ha subido con fuerza, gracias en parte a los estímulos monetarios inyectados por la Reserva Federal en sus intentos por contrarrestar la austeridad fiscal y la desinversión pública y privada. El desembolso del Tesoro tendría que ser mayor hoy en día, quizás en torno a los 500.000 millones de dólares (mucho

menos si la prima a pagar a los accionistas se rebajara del nivel colosal que he descrito arriba a una cantidad meramente enorme). En cualquier caso, el retorno social de dicha inversión, en términos estrictamente financieros, sería superior al 30%.

Los seguros sanitarios privados estadounidenses son increíblemente ineficientes. Su eliminación liberaría tantos recursos que podríamos compensar a los accionistas sin mayor problema. Eso sí, el medio millón de empleados de las aseguradoras tendrían que ponerse a buscar un empleo decente. Eso incluiría a miles de ejecutivos, traficantes de influencias y consultores, que verían desaparecer sus salarios millonarios. Obama nunca permitirá que suceda semejante tragedia.

Estados Unidos no tiene un problema de seguro sanitario, sino un gravísimo problema de costes sanitarios. La falta de cobertura sanitaria universal es un síntoma, no la enfermedad. Sucede simplemente que el parasitismo de las aseguradoras es más palmario que otros, pero no es ni mucho menos el único. Desde médicos sobrepagados a hospitales usureros que cobran 500 dólares por punto de sutura, pasando por empresas farmacéuticas que cobran miles de dólares por tratamientos dudosos, hay demasiada gente cobrando demasiado dinero simplemente porque pueden.

Por desgracia, parece que tienen un amigo y protector en la Casa Blanca.

[Enrique Díaz-Álvarez trabaja en el sector financiero en Nueva York. Este artículo, traducido por el propio autor, fue publicado originalmente en inglés en la revista estadounidense *Jacobin*.]

9/12/2013