



Sanidad

Health Care

■ Hillary Rodham Clinton

El 25 de enero de 1993, Bill me invitó junto con otras dos personas a comer en el pequeño estudio presidencial cercano al despacho Oval. Los otros dos comensales eran Carol Rasco, la recientemente nombrada asesora de política interior de la Casa Blanca, y que había trabajado en la administración de Bill en Arkansas, y nuestro viejo amigo Ira Magaziner, un asesor y consultor empresarial de éxito que había elaborado un revolucionario informe de investigación sobre los costes de la sanidad.

Alto, angular e intenso, Ira tenía la costumbre de preocuparse incluso en los mejores momentos, y ese día parecía particularmente ansioso. En apenas unas pocas horas, Bill planeaba desvelar la creación de un equipo de trabajo concentrado en la sanidad, y anunciar que durante los primeros cien días de su mandato se propondría una reforma legislativa importante de esa área. Poca gente en la Casa Blanca sabía que Bill me había pedido a mí que presidiera el equipo de trabajo, o que Ira se encargaría de coordinar las operaciones diarias en tanto que asesor jefe de planificación y política para el presidente. Ira se había enterado de cuál sería su nuevo cargo apenas diez días después de la inauguración.

Bill deseaba aproximarse a la reforma sanitaria desde un nuevo ángulo. En ese sentido, Ira, gracias a su brillante y creativa inteligencia, tenía la habilidad de encontrar siempre maneras nuevas y originales de plantear las cosas. También poseía experiencia en el sector privado como dueño de una empresa de consultoría en Rhode Island, que asesoraba a empresas multinacionales sobre cómo ser más productivas y rentables.

Después de que los mayordomos navales nos trajeron la comida del refectorio de la Casa Blanca, Ira nos comunicó sus preocupantes noticias: algunos veteranos del Capitolio le habían advertido de que nuestro calendario para la entrega de una propuesta de ley de reforma

La autora es Licenciada en Humanidades (Wellesley College de Massachusetts) y en Derecho (Universidad de Yale). Ha sido primera dama de EE.UU. (1992-2000) y durante 1993 dirigió la comisión creada por el presidente Clinton para promover una reforma de la sanidad en aquel país. En la actualidad, es senadora por Nueva York, y acaba de publicar hace unos meses su último libro, *Living History*, que en español se ha impreso con el título *Historia viva*. Este artículo (Sanidad) corresponde a uno de los capítulos de su libro: Clinton HR. *Historia viva*. Barcelona: Editorial Planeta, 2003. El texto se reproduce con los oportunos permisos de Editorial Planeta. La traducción es de Claudia Casanova.

sanitaria en menos de cien días no era realista. El éxito electoral de Harris Wofford, el nuevo senador demócrata por Pennsylvania, nos había animado mucho. Wofford había participado en una plataforma a favor de la reforma, y su lema en los discursos solía ser: "Si los criminales tienen derecho a un abogado, los trabajadores norteamericanos también tienen derecho a un médico." Pero el mensaje que Ira había recibido era distinto.

"Piensan que nos van a destrozarse —dijo Ira, sin tocar su bocadillo—. Necesitaremos al menos cuatro o cinco años para trabajar en un paquete de medidas que se pueda aprobar en el Congreso". "Eso es lo mismo que dicen algunos amigos míos", respondí yo. Éste era un tema en el que llevaba trabajando mucho tiempo, aun antes de que Bill y yo nos dedicáramos a la política, y estaba convencida de que el acceso a una atención médica de calidad era un derecho que debería garantizarse a todos los ciudadanos norteamericanos. Yo sabía que Ira pensaba lo mismo. Y quizá ahí radique la razón por la cual no salí corriendo de la sala cuando Bill apuntó por primera vez la idea de que yo me encargara del equipo de trabajo y colaborara con Ira en esta iniciativa destacada de su administración. Ese día, el optimismo sin límites y la determinación de Bill fueron los que me mantuvieron quieta en mi silla.

"A mí también me llega lo mismo —dijo Bill—. Pero tenemos que intentarlo. Sencillamente, tenemos que hacer que funcione".

Había razones de peso que nos obligaban a seguir adelante. En el momento en que Bill se convirtió en presidente, treinta y siete millones de estadounidenses, la mayor parte trabajadores y sus familias, no tenían ningún tipo de seguro médico. No obtenían atención sanitaria hasta que se producía un incidente de crisis médica. Acababan en la sala de urgencias, donde la atención médica era más cara, incluso por los problemas médicos más habituales, o bien se arruinaban intentando pagar por su cuenta los gastos que generaban sus emergencias médicas. A principios de los años noventa, cien mil norteamericanos perdían su cobertura médica todos los meses, y otros dos millones también la perdían cuando cambiaban de empleo. Las empresas pequeñas no podían garantizar cobertura médica a sus empleados debido a la escalada de costes de las pólizas de los seguros. Y la calidad del servicio médico también se estaba resintiendo; en un intento por controlar los costes, las compañías aseguradoras a menudo denegaban o retrasaban los tratamientos que los médicos ordenaban para mejorar la cuenta de resultados corporativa de su empresa.

Los crecientes costes en materia de sanidad estaban minando la economía nacional, socavando la competitividad del país, y erosionando los sueldos de los trabajadores, a la par que incrementaban la tasa de bancarrotas personales e inflaban el déficit presupuestario. Nuestro gasto nacional en sanidad era más alto que el de cualquier otro país industrializado, un 14 por ciento de nuestro PIB. En 1992 se gastaron casi 45.000 millones de dólares sólo en los costes de gestión administrativa del gasto sanitario, dinero que hubiera estado mejor invertido en médicos, enfermeras, hospitales, residencias u otras infraestructuras sanitarias.

Este terrible ciclo de costes en aumento y de menor cobertura sanitaria era en gran parte el resultado de que un gran número de norteamericanos no tuvieran un seguro médico. Los

pacientes sin seguro raramente pueden permitirse pagar sus gastos médicos en dinero contante y sonante, de modo que sus costes los absorbían los médicos y los hospitales donde se les daba tratamiento. A su vez, médicos y hospitales aumentaban sus tarifas para cubrir el gasto de atención sanitaria a pacientes que no tenían cobertura o que no podían pagar, y por esa razón a menudo aparecían en las facturas hospitalarias conceptos como tabletas de aspirinas por valor de dos dólares o muletas por valor de 2.400. Las aseguradoras, obligadas a hacer frente a costes hospitalarios y minutas médicas más elevados, empezaron a reducir la cobertura y a subir el precio de las pólizas, de los pagos deducibles y de los pagos parciales para la gente con seguro médico. A medida que el precio de estos seguros subía, cada vez menos empleadores podían permitirse ofrecer cobertura médica a sus trabajadores, de modo que mucha gente perdía su derecho a la atención sanitaria. Y ese círculo vicioso seguía en marcha.

Resolver todos estos problemas era esencial para el bienestar de decenas de millones de norteamericanos y para nuestro país en conjunto. Pero, aun así, sabíamos que iba a ser una batalla que se presentaba cuesta arriba. Durante la mayor parte del siglo xx, diversos presidentes habían intentado reformar la sanidad nacional, con resultados desiguales y algún éxito. El presidente Theodore Roosevelt y otros líderes progresistas fueron los primeros en proponer una sanidad universal, casi cien años atrás. En 1935, Franklin D. Roosevelt acarició el proyecto de una sanidad nacional que complementase su sistema de Seguridad Social, la piedra angular del New Deal. La idea no llegó a realizarse, debido en gran parte a la oposición de la Asociación Norteamericana de Médicos (AMA), el grupo de presión que representaba los intereses de los médicos, que temían que el control gubernamental interfiriese con sus consultas privadas.

El presidente Truman también abordó la causa de la sanidad universal como parte de su Fair Deal, y la incluyó en su programa electoral durante las elecciones de 1948. Él también fue derrotado por la oposición coordinada y ampliamente financiada de la AMA, de la Cámara de Comercio norteamericana y de otros grupos que se negaban a que se garantizara atención sanitaria universal por razones ideológicas, insinuando que era una propuesta cercana a lo que proponían el socialismo y el comunismo. Los opositores también creían, tanto entonces como hoy, que el sistema existente funcionaba razonablemente bien, a pesar de que Estados Unidos gasta más dinero en sanidad que cualquier otro país y, paradójicamente, no garantizaba una cobertura completa a sus ciudadanos. Tras fracasar en su intento, Truman logró aprobar la propuesta más modesta y también más práctica que garantizaba seguro médico a los cotizantes de la Seguridad Social.

Durante las décadas de los cuarenta y los cincuenta, los sindicatos de trabajadores negociaron la inclusión de cobertura sanitaria en los contratos de los empleados. Otros patronos empezaron a ofrecer también las mismas condiciones a los trabajadores no afiliados, lo cual llevó a un sistema sanitario basado en el empleo, en el cual rápidamente la cobertura sanitaria estuvo ligada a la obtención y la conservación de un trabajo remunerado.

En 1965, la iniciativa por una Gran Sociedad del presidente Johnson llevó a la creación de Medicaid y Medicare, que proporcionaban seguro médico a cargo de fondos federales para dos grupos desfavorecidos, los ancianos y los pobres. Este programa hoy en día cubre las necesidades sanitarias de setenta y seis millones de personas. El esfuerzo de Johnson, que fue posible gracias a su arrolladora victoria electoral de 1964 y a una amplia mayoría demócrata en el Congreso, sigue siendo todavía el mayor éxito en materia sanitaria de este siglo y la iniciativa que hizo realidad el objetivo del presidente Truman.

Financiado por contribuciones de las nóminas de los trabajadores, Medicare terminó con la preocupación de las personas mayores de sesenta y cinco años de no poder aspirar a servicios hospitalarios y médicos. Aunque Medicare no cubre el coste de los fármacos —y debería hacerlo—, sigue siendo un servicio popular y clave para los ciudadanos de la tercera edad, y sus costes administrativos son mucho más bajos que los de las aseguradoras que ofrecen el mismo tipo de cobertura. Medicaid, el programa que se hace cargo de la atención sanitaria de las personas con ingresos reducidos y también de los discapacitados, está financiado conjuntamente por los estados y por el gobierno federal, y la administración es estatal, pero en función de una reglamentación federal. Es un programa políticamente más vulnerable que Medicare, porque atiende las necesidades de grupos con menor influencia política, pero ha sido como agua de mayo para muchos norteamericanos, especialmente niños y mujeres embarazadas.

El presidente Nixon supo reconocer los efectos perversos que los costes sanitarios representaban para la economía, y propuso una sanidad universal basada en lo que se conoce como el "mandato del empleador": todos los empleadores estarían obligados a pagar una cobertura médica mínima a sus empleados. Aunque se presentaron al Congreso unas veinte propuestas de ley distintas durante la administración Nixon, ninguna iniciativa de sanidad universal logró el voto mayoritario de un comité del Congreso hasta casi veinte años más tarde, en 1994.

Los presidentes Ford y Carter —republicano y demócrata, respectivamente— también persiguieron una reforma en los años setenta, pero se toparon con los mismos obstáculos políticos que habían bloqueado el cambio durante la mayor parte del siglo xx. A lo largo de varias décadas, las compañías aseguradoras habían crecido en tamaño y poder. Muchas de ellas se oponían a la sanidad universal porque temían que redujera sus beneficios y su capacidad de rechazar a pacientes de alto riesgo. Algunos pensaban que la sanidad universal era el primer paso hacia la demolición de la industria de los seguros privados.

La historia enseñaba que las apuestas estaban en contra de Bill, porque las actitudes respecto a la reforma sanitaria eran muy variadas, incluso entre los demócratas. Como un experto en esta cuestión dijo, las opiniones se "sostienen teológicamente", y así no atienden ni a la razón ni a las pruebas ni a los argumentos. Pero Bill sentía que debía demostrarle al público y al Congreso que tenía la voluntad política de avanzar y cumplir la promesa hecha durante su campaña electoral respecto a tomar medidas inmediatas acerca de la sanidad. La reforma no

era solamente una buena iniciativa pública que ayudaría a millones de norteamericanos, sino que también estaba inextricablemente ligada a la reducción del déficit.

Yo compartía la honda preocupación de Bill por la economía nacional y por la irresponsabilidad fiscal que había caracterizado los doce años anteriores, bajo el mandato de Bush y Reagan. Las últimas proyecciones del déficit de la administración Bush camuflaban el déficit real, subestimando los efectos de una economía estancada, el impacto de los costes sanitarios y el gasto federal en la devolución de ahorros y préstamos. Estos costes habían contribuido a inflar el déficit previsto hasta 387.000 millones de dólares en cuatro años, una cifra considerablemente más alta que la estimación que la administración Bush saliente había apuntado. Pero más allá de las cuestiones presupuestarias, yo estaba convencida de que la reforma de la sanidad podía aliviar la angustia de los trabajadores a lo largo y a lo ancho de todo nuestro privilegiado país. En tanto que esposa de un gobernador y ahora de un presidente, no tenía que preocuparme por el acceso de nuestra familia a la atención sanitaria. Y tampoco creía que nadie más tuviera que albergar dicha preocupación.

Mi trayectoria en el consejo del hospital Infantil de Arkansas y en la presidencia de una unidad de investigación sobre la sanidad rural me habían llevado a conocer los problemas intrínsecos de nuestra sanidad, entre los que se incluían las complicadas medidas de reforma y los dilemas financieros que acuciaban a las familias demasiado "ricas" para recibir la ayuda de Medicaid pero demasiado "pobres" como para afrontar sus gastos médicos sin ayudas. Viajando por Arkansas durante la década de los ochenta, y luego por todo el país durante la campaña presidencial, conocí a personas que reforzaron mi convicción de que era imperioso modificar las carencias del sistema sanitario. El compromiso de Bill con la reforma representaba nuestra mayor esperanza, la de garantizar a millones de esforzados trabajadores la atención sanitaria que merecían.

Bill, Ira, Carol y yo salimos del despacho Oval, dejamos atrás el busto de Abraham Lincoln realizado por Augustus Saint-Gaudens y cruzamos el estrecho vestíbulo hasta llegar a la sala Roosevelt, donde nos esperaban los secretarios del gabinete, los asesores jefe de la Casa Blanca y un gran número de periodistas para lo que la agenda oficial designaba como una "reunión del equipo de trabajo".

Pisar la sala Roosevelt es viajar en el tiempo hacia el pasado de la historia norteamericana. Uno está rodeado por las banderas de todas las campañas militares de Estados Unidos, las enseñas de todas las divisiones del Ejército, los retratos de Theodore y Franklin Roosevelt y la medalla del Premio Nobel de la Paz que Theodore Roosevelt recibió en 1906 por su papel como mediador en la guerra ruso-japonesa. Durante el tiempo que pasamos en la Casa Blanca, añadí un pequeño busto de bronce de Eleanor Roosevelt para que su contribución como una "Roosevelt" más también fuera reconocida en esta sala que toma el nombre de su tío y de su marido.

En esta sala histórica, Bill declaró que su administración presentaría una propuesta de reforma sanitaria al Congreso dentro de unos cien días, una propuesta que "tomaría medidas deci-

sivas para controlar los costes sanitarios y empezaría a proporcionar atención sanitaria a todos los ciudadanos".

Luego procedió a anunciar que yo dirigiría el recientemente formado equipo de trabajo presidencial para la reforma de la sanidad nacional, que incluiría la colaboración de la Secretaría de Sanidad y Servicios Humanos, el Tesoro, Defensa, Comercio y Trabajo, así como los directores de la Oficina de Veteranos, y la de Gestión y de Presupuesto, y los asesores jefe de la Casa Blanca. Bill explicó que yo trabajaría con Ira, el gabinete y otras personas para elaborar una propuesta basada en las líneas generales que él había esbozado durante su campaña y su discurso inaugural. "Nos veremos obligados a tomar decisiones duras con el fin de controlar los costes sanitarios... y también para ofrecer cobertura sanitaria universal —dijo—. Me siento agradecido porque Hillary haya aceptado presidir el equipo de trabajo, pues sé que eso significa que también será objeto de las críticas que despertará mi iniciativa."

Las críticas nos llovieron desde todas partes. El anuncio fue una sorpresa dentro de la Casa Blanca y de las agencias federales. Ciertas personas que trabajaban con Bill supusieron que yo sería nombrada asesora de política interna, pero ni él ni yo habíamos hablado de ello jamás. Otros pensaron que me dedicaría a la educación y a la salud infantil, sobre todo debido a mi experiencia anterior en estas cuestiones. Quizá deberíamos habérselo dicho a más gente de nuestro equipo, pero ya se había dado el caso de que información confidencial de gran importancia se había filtrado, y Bill quería ser el primero en anunciar la noticia y responder a las primeras preguntas que generaría.

Muchos ayudantes de la Casa Blanca pensaron que se trataba de una buena idea. Varios de los lugartenientes clave de Bill nos apoyaron, incluyendo a Robert Rubin, el presidente del Consejo Económico Nacional y más tarde secretario del Tesoro. Bob es una de las personas que más aprecio en la administración: fabulosamente inteligente y con mucho éxito, y aun así eficazmente discreto. Más tarde bromeaba acerca de su extraordinaria visión política, pues no adivinó que mi nuevo cargo despertaría repercusiones de tal calibre. A mí también me sorprendieron esas reacciones.

Alguno de nuestros amigos nos advirtieron jocosamente acerca de lo que nos esperaba: "¿Qué has hecho para que tu marido se enfade tanto contigo?", me preguntó Mario Cuomo, el entonces gobernador de Nueva York, durante una visita a la Casa Blanca. "¿Qué quieres decir?" "Bueno —respondió él—, seguro que tiene que estar molesto por algo, para encargarte un trabajo tan ingrato."

Yo escuché las advertencias, pero no comprendí realmente la magnitud de la empresa que íbamos a llevar a cabo. Mi trabajo en Arkansas, coordinando el equipo de trabajo de sanidad rural y en el Comité de Estándares Educativos de Arkansas, no podía compararse con la escala y las repercusiones de una reforma sanitaria nacional. Pero había desarrollado ambos trabajos con éxito, y eso me animaba y me daba esperanzas para enfrentarme a este nuevo reto. El mayor problema parecía ser la fecha límite que Bill había fijado. Había ganado unas elec-

ciones frente a otros dos candidatos y con menos de la mayoría del voto popular, un 43 por ciento, y no podía permitirse perder ni un ápice del ímpetu político que tenía al principio toda nueva administración. James Carville, amigo nuestro, asesor y una de las mentes tácticas más brillantes de Norteamérica, había advertido a Bill: "Cuanto más tiempo les des a los defensores del *statu quo* para que se organicen, más capaces serán de cerrar las filas para oponerse a tu plan, y aumentarán sus posibilidades de defenestrarlo."

Los demócratas del Congreso también nos exhortaban a movernos deprisa. Algunos días después del anuncio de Bill, el líder de la mayoría del Congreso, Dick Gephardt, pidió entrevistarse conmigo. Era muy conocido en el Capitolio por su sensibilidad y por sus raíces del Medio Oeste así como por sus conocimientos y su dominio en materia presupuestaria. Su compasión por las gentes necesitadas era un reflejo de su educación, y su compromiso con la reforma sanitaria era muy alto también en parte debido a la lucha que su hijo mantenía desde hacía años contra el cáncer. Gracias a su posición y su experiencia, Gephardt sería una de las voces más destacadas en cualquier debate sobre sanidad en el Congreso. El 3 de febrero, Gephardt y su principal ayudante en el campo de la sanidad vinieron a mi despacho en el ala Oeste para hablar de la estrategia que debíamos seguir. Durante la hora siguiente, escuchamos a Gephardt expresar sus preocupaciones acerca de la reforma. Fue una reunión muy intensa.

Uno de los puntos que más preocupaba a Gephardt era que no fuéramos capaces de unificar a los demócratas, que raramente formaban un grupo compacto ni en la mejor de las circunstancias. La reforma sanitaria aún acentuó más las divisiones existentes. Yo pensaba en el viejo chiste de Will Rogers: "¿Es usted miembro de algún partido político organizado?" "No, soy demócrata".

Era consciente de las divisiones potenciales, pero esperaba que un Congreso demócrata cerraría filas en torno a un presidente demócrata para demostrar lo que el partido podría lograr para Norteamérica.

Los congresistas demócratas ya habían empezado a manifestar cuáles eran sus propios modelos para la reforma, con el fin de influir en la propuesta del presidente. Algunos hablaban de un enfoque de "financiador único", a partir de la sanidad ya existente en Europa y en Canadá, que reemplazaría nuestro sistema basado en el empleador. El gobierno federal, mediante exacciones fiscales, se convertiría en la única fuente de financiación de la mayor parte del gasto médico. Unos pocos estaban a favor de una expansión de Medicare que terminara por garantizar la cobertura de todos los ciudadanos, empezando primero por la franja de los cincuenta y cinco hasta los sesenta y cinco años.

Bill y otros demócratas rechazaban ambos modelos, y se decantaban por un sistema casi privado que denominaban "competencia gestionada", que dejaba en manos de las fuerzas del mercado la reducción de los costes a través de la libre competencia. El gobierno tendría un papel menor, que se limitaría a la fijación de un estándar para los paquetes de seguros médicos y la ayuda para organizar cooperativas de compra. Las cooperativas se componían de gru-

pos de individuos y empresas creados con el propósito de adquirir un seguro. Con la fuerza de estar organizados, podrían negociar mejor con las aseguradoras para obtener mejores paquetes de seguros médicos con mejor cobertura a mejor precio, y utilizar su capacidad de negociación para garantizar una atención sanitaria de calidad. El mejor modelo era el Plan de Seguros Médicos para Empleados Federales, que cubría la sanidad de nueve millones de trabajadores federales y ofrecía una gama de opciones de seguro a sus miembros. Los precios y la calidad estaban supervisados por los administradores del plan.

En condiciones de competencia gestionada, los hospitales y los médicos no tendrían que soportar los gastos del tratamiento de pacientes sin cobertura médica porque todos tendrían un seguro a través de Medicare, Medicaid, los planes de sanidad de los veteranos y del ejército o cualquiera de los demás grupos de compra organizada.

Quizá más importante aún, el sistema permitiría que los pacientes eligieran a sus médicos, un punto no negociable según el planteamiento de Bill.

Dada la multitud de opciones abiertas sobre la reforma sanitaria, en el Congreso los sentimientos estaban divididos, según nos dijo el propio Gephardt. Apenas una semana antes, había mantenido una reunión sobre sanidad en su despacho del Congreso con otros dos congresistas en la que habían discutido tan violentamente que casi habían llegado a las manos. Gephardt insistía mucho en que la mejor opción para lograr que se aprobara la propuesta era ligar la reforma sanitaria a una reforma conocida como la ley de reconciliación presupuestaria, que el Congreso solía votar hacia finales de la primavera. La "reconciliación" combina una serie de decisiones del Congreso sobre impuestos y presupuesto en una sola ley, que se puede aprobar o no con una mayoría simple del Senado, sin el riesgo de que se produzca una obstrucción, una táctica dilatoria a menudo empleada para acabar con las propuestas legislativas que causan controversia; en caso de obstrucción, es necesario obtener sesenta votos para superarla. Muchos asuntos presupuestarios, especialmente los relacionados con la política fiscal, son tan complicados que los debates pueden paralizar eternamente el funcionamiento de la Cámara del Congreso y del Senado. La reconciliación es una herramienta de procedimiento, pensada para lograr aprobar en el Congreso las leyes que afectan al gasto y a la política fiscal susceptibles de causar polémica. La sugerencia de Gephardt radicaba en que se utilizara la reconciliación de una forma nueva: para legislar una importante transformación en la política social del país.

Gephardt estaba seguro de que los republicanos del Senado intentarían obstruir cualquier paquete de medidas sanitarias que presentáramos. También sabía que, en el Senado, sería difícil obtener los sesenta votos demócratas necesarios para detener la maniobra de obstrucción, dado que la ventaja demócrata era sólo de cincuenta y seis contra cuarenta y cuatro. Su estrategia, por tanto, era burlar la obstrucción situando la reforma sanitaria en el paquete de la reconciliación presupuestaria. Sólo haría falta una mayoría simple para aprobar esa ley y, si llegara a ser necesario, el vicepresidente Al Gore podría aportar el voto decisivo número cincuenta y uno.

Ira y yo sabíamos que el equipo económico de Bill en la Casa Blanca rechazaría con toda probabilidad una estrategia de reconciliación presupuestaria que incluyera un paquete sanitario, porque no haría sino complicar los esfuerzos de la administración en el plano económico y en el de la reducción del déficit. Disolvimos la reunión, y yo llevé a Gephardt directamente al despacho Oval, para que tuviera oportunidad de transmitir su punto de vista a Bill en persona. Gephardt logró convencerlo, y Bill nos pidió a Ira y a mí que estudiáramos la idea junto a los líderes del Senado.

Armados con las sugerencias de Gephardt y con la aprobación de Bill, Ira y yo nos dirigimos al Capitolio al día siguiente para ver al líder de la mayoría, George Mitchell, en su despacho del Capitolio. Ésa era la primera de un centenar de visitas que yo realizaría entre los miembros del Congreso durante el transcurso de la reforma sanitaria. El talante suave de Mitchell ocultaba su firme liderazgo de los demócratas del Senado. Yo respetaba su opinión, y estaba de acuerdo con Gephardt. Sería imposible aprobar la reforma a menos que se presentara conjuntamente con la reconciliación. A Mitchell también le intranquilizaba el papel que jugaría el Comité Financiero del Senado que, de haberse presentado la reforma por los cauces habituales, tendría jurisdicción sobre muchos aspectos de la legislación sanitaria. Estaba especialmente preocupado por si el presidente del comité, Daniel Patrick Moynihan, de Nueva York, un veterano demócrata tradicionalmente reacio a la reforma de la sanidad, reaccionaba en contra del plan. Moynihan era un gigante intelectual y su carrera académica incluía el haber sido profesor de sociología en Harvard antes de presentarse al Senado; también era un experto en pobreza y familia. Había luchado para que el presidente y el Congreso presentaran una reforma sobre la asistencia social en primer lugar, y no le había gustado que Bill anunciara que su objetivo prioritario dentro de menos de cien días era la reforma sanitaria. Y no dudaba en hacer saber a todo el mundo lo disgustado que estaba.

Al principio su postura me resultó frustrante, pero gradualmente fui comprendiéndolo. Bill y yo también compartíamos el interés del senador Moynihan por la reforma de la asistencia social, pero Bill y su equipo económico creían que el gobierno no podría controlar el déficit presupuestario federal a menos que los costes sanitarios se redujeran. Habían llegado a la conclusión de que las medidas sobre sanidad eran esenciales para la política económica, y que la asistencia social debía esperar. El senador Moynihan sabía lo difícil que resultaría conseguir aprobar la reforma sanitaria en su comité. También era consciente de que sobre él recaería la responsabilidad de acompañar el paquete de medidas económicas a través del Comité Financiero hasta llevarlo al Senado. Sólo esto ya requeriría una extraordinaria habilidad política y una notable capacidad de negociación. Algunos republicanos ya hablaban abiertamente de que tenían intención de votar en contra, sin que les importase cuál fuera el contenido concreto de la reforma. Y también habría que convencer a algunos demócratas, especialmente si la medida incluía algún tipo de aumento de impuestos.

Abandonamos el despacho de Mitchell con una noción más clara de lo que había que hacer, especialmente respecto a la reconciliación. Ahora teníamos que convencer al equipo econó-

mico —sobre todo a Leon Panetta, director de la Oficina de Gestión y Presupuestos— de que la inclusión del paquete de medidas sobre sanidad en la propuesta de ley presupuestaria sería beneficioso para la estrategia económica global que el presidente quería llevar a cabo, y que no restaría atención al plan de reducción del déficit. Bill sólo disponía de un determinado margen de capital político y tenía que utilizarlo para reducir el déficit, que también era una de las promesas centrales de su campaña. La opinión en algunos despachos del ala Oeste era que, si Bill se concentraba en la reforma sanitaria, esto distraería la atención de los norteamericanos de su mensaje económico, y enturbiaría las aguas políticas.

También teníamos la tarea de convencer al senador Robert C. Byrd de Virginia Occidental de que era adecuado tramitar la reforma sanitaria a través de la reconciliación. Presidente demócrata del comité de gastos de la cámara, Byrd llevaba en el Senado treinta y cuatro años. Majestuoso y de pelo cano, era el historiador no oficial del Senado y un genio parlamentario, famoso por su elocuencia en el estrado de la cámara, donde deslumbraba a sus colegas con sus citas de los clásicos. También insistía mucho en que se respetaran las reglas de procedimiento y de decoro, y se había inventado un obstáculo de procedimiento llamado la "regla Byrd", para asegurarse de que los puntos de la propuesta de ley de reconciliación presupuestaria pertenecían exactamente a conceptos fiscales y de presupuestos. Según él, se minaba la democracia si la reconciliación estaba atestada de apéndices que poco tenían que ver con la aprobación del presupuesto de la nación. La sanidad, en cierto modo, formaba parte de la legislación presupuestaria, ya que afectaba al gasto, a los impuestos y a los programas de derechos sanitarios. Pero si el senador Byrd no era de la misma opinión, sería necesario pedirle que hiciera una excepción a su regla y obtener su permiso para que la medida sanitaria entrara en la ley de reconciliación.

Poco a poco, me di cuenta de que intentábamos escalar una montaña muy alta. Puesto que el país no estaba pasando por una crisis grave, como una depresión económica, aprobar los paquetes de medidas económicas y la reforma sanitaria por separado ya era tarea difícil; intentar que fueran aprobadas a la vez era casi titánico. La reforma sanitaria quizá fuese esencial para el crecimiento económico a largo plazo de la nación, pero yo no sabía si la clase política podría digerir tanto en tan poco tiempo.

Nuestros objetivos eran bastante sencillos: queríamos un plan que hiciera frente a todos los aspectos de la sanidad, en lugar de uno que se limitara a quedarse en las cuestiones secundarias. Deseábamos un proceso que diese cabida a diversas ideas y que fuera el marco de un debate sano y constructivo. Y también queríamos respetar al mismo tiempo los deseos del Congreso tanto como fuera posible.

Casi de inmediato, empezaron los problemas.

Bill había designado a Ira como el encargado de organizar el proceso de la reforma, lo cual resultó ser una pesada e injusta carga para alguien que no formaba parte de los círculos políticos de Washington. Junto con el presidente del equipo de trabajo, en el que nos contábamos yo misma, los secretarios de gabinete y otros funcionarios de la Casa Blanca, Ira organi-

zó un enorme grupo de trabajo formado por expertos, los cuales se repartieron en equipos separados para analizar todos los aspectos de la sanidad. Este grupo, que comprendía casi seiscientas personas procedentes de distintas agencias gubernamentales, del Congreso y de varios grupos interesados en la sanidad, como médicos, enfermeras, gestores hospitalarios, economistas y otros, se reunía periódicamente con Ira para discutir y revisar en detalle partes concretas de la propuesta. El grupo era tan amplio que algunos miembros llegaron a la conclusión de que no estaban en el centro de la acción donde se estaba realizando el trabajo real. Algunos se sintieron frustrados y dejaron de asistir a las reuniones. Otros se concentraban exclusivamente en sus prioridades, en lugar de volcarse en el resultado de la propuesta en su conjunto. En definitiva, el intento de incluir a tanta gente y tantos puntos de vista como fuera posible —en principio, una buena idea— terminó por debilitar nuestra posición en lugar de reforzarla.

El 24 de febrero recibimos un golpe que cayó como un mazazo inesperado entre nosotros. Tres grupos afiliados a la industria sanitaria demandaron al equipo de trabajo a causa de su composición, afirmando que, puesto que yo no era técnicamente una empleada gubernamental (las primeras damas no reciben salario), no me estaba legalmente permitido presidir o siquiera asistir a las reuniones del equipo de trabajo. Estos grupos habían desenterrado una oscura ley federal, pensada para impedir que los intereses privados influyeran subrepticamente en el proceso de toma de decisiones del gobierno e impidieran que el público recibiera información de lo que estaba pasando. Ciertamente, no había nada secreto acerca de los cientos de personas que participaban en este proceso, pero la prensa, cuya presencia no estaba permitida en las sesiones de trabajo, aprovechó la ocasión. Si yo podía asistir a las reuniones sostenían los demandantes, las leyes de transparencia del gobierno también requerían que las reuniones a puerta cerrada se abrieran para otros, incluyendo la prensa. Era una hábil maniobra política, diseñada para entorpecer nuestro trabajo, y para fomentar la impresión entre el público y los medios de comunicación de que estábamos llevándolo todo en secreto.

Poco tiempo después, llegaron más malas noticias, esta vez del senador Byrd. Todos los emisarios demócratas que se nos habían ocurrido, incluyendo el presidente, le habían pedido que permitiera incluir la reforma sanitaria en la ley de reconciliación. Pero el 11 de marzo, en conversación telefónica con el presidente, el senador dijo que no estaba de acuerdo en cambiar el procedimiento establecido y que la "regla Byrd" sería respetada. El Senado sólo disponía de veinte horas para debatir la legislación presupuestaria, y él estimaba ese tiempo insuficiente para centrarse, además, en una propuesta de reforma sanitaria de tal magnitud. Era un tema demasiado complicado para añadirlo a la reconciliación, según le dijo a Bill. En retrospectiva, y después de haber pasado por mi propio cargo de senadora, estoy de acuerdo con su opinión. En ese momento, era un revés político que nos obligó a modificar nuestra estrategia para encontrar una forma de que se aprobara el paquete de medidas en el marco del proceso legislativo normal. Rápidamente, nos reunimos con los miembros del Congreso y del Senado para sentar las bases de la propuesta que íbamos a presentar al Congreso. No nos dimos cuenta de

que la opinión de Byrd sobre la reconciliación era una gran señal de stop. Estábamos yendo demasiado deprisa, con una reforma que había de cambiar radicalmente la política económica y social en los años venideros. Y ya estábamos perdiendo la carrera.

En este clima, y con Bill capeando la polémica acerca de la presencia de homosexuales en el Ejército y sus designaciones para el cargo de fiscal general, celebrábamos con fruición cualquier éxito que se cruzara en nuestro camino. A mediados de marzo, el Congreso aprobó el paquete de medidas económicas urgentes de Bill, y mi equipo y yo decidimos organizar una pequeña celebración. El 19 de marzo, una veintena de nosotros se reunió para comer en el refectorio de la Casa Blanca. La sala, con sus paredes forradas de madera de roble, los detalles navales y las sillas con asientos de cuero, era el escenario perfecto para conversar en privado y compartir unas risas. La reunión constituyó para mí una rara oportunidad de relajarme entre mis ayudantes de confianza, y hablar con claridad de cualquier tema que saliera en la mesa. Desde el momento en que entré en la estancia, sentí que mi ánimo mejoraba y que mi mente se relajaba por primera vez en muchos días.

Durante la comida, intercambiamos anécdotas sobre las primeras semanas que habíamos pasado en la Casa Blanca. Entonces, Carolyn Huber entró en la sala. Era una de mis antiguas ayudantes de Arkansas que se habla venido a Washington conmigo. Carolyn se acercó a mi silla y se inclinó para susurrarme al oído: "Tu padre ha tenido un ataque —dijo—. Está en el hospital."