

Obamacare: Ley para la Protección de Pacientes y Cuidados de la Salud Asequibles

I. Resumen Ejecutivo

La Ley de reforma sanitaria Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA¹), conocida popularmente como “Obamacare”, fue promulgada el 23 de marzo de 2010 y comprende una serie de reformas al sistema de salud de EEUU, país que realizó su última gran reforma en materia de salud en 1965 con la promulgación de los programas de cobertura médica pública: Medicare y Medicaid.

La ley ACA estableció un calendario muy escalonado de la entrada en vigencia de distintas medidas, siendo el 1 de enero de 2014 la fecha de entrada en vigor del mandato individual (parte central de la reforma), es decir, la obligación de la mayor parte de los ciudadanos norteamericanos de contar con cobertura sanitaria (o de lo contrario se exponían al pago de multas, salvo excepciones). Como contrapartida a ese mandato, el gobierno de los Estados Unidos se comprometió, legalmente, a garantizar que los ciudadanos obtendrían asistencia sanitaria de una forma asequible, es decir, a bajo costo o gratuita.

Ahora bien, para comprender el contexto en que se da esta reforma y su significado, se debe partir explicando lo siguiente:

El sistema sanitario en EEUU es el más caro del mundo. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE)², en el 2013 mientras los países de la OCDE gastaron en promedio 8,9% del PIB en salud³, EEUU gastó un 16,4% de su PIB. No obstante hay que considerar que EEUU es el país más rico del mundo (US\$ 16.700 billones), en todo caso países con niveles similares de PIB per cápita gastan aproximadamente el 11% de su PIB en salud. En términos per cápita, al año EEUU gasta US\$ 8.713 por persona⁴, cifra muy por sobre los US\$ 3.453 per cápita que gastan en promedio los países de la OCDE⁵.

Este importante crecimiento del gasto, y sus perspectivas futuras de crecimiento, motivaron el abordar una reforma de salud. Sin embargo, la razón primordial tras la reforma, fue que pese al enorme gasto que se realizaba en EEUU en salud, el número de estadounidenses que no contaban con algún tipo de cobertura médica había ido en aumento en la última década, profundizándose este aspecto tras la crisis *subprime* (2008-2015), situación que llevó a cuestionarse los problemas de acceso y equidad que existían en el

¹ En forma abreviada se habla de ACA.

² OCDE. Health at a Glance 2015.

³ Chile gasta un 7,3% de su PIB.

⁴ Le sigue Suiza, con un gasto en salud de US\$ 6.325 por persona, país que hay que señalar tiene un PIB per cápita superior a EEUU (US\$ 56.897 versus US\$ 52.592).

⁵ Chile gasta US\$ 1.606 per cápita al año en salud.

sistema de salud norteamericano. Según la oficina gubernamental, US Census Bureau⁶, en materia sanitaria, en el año 2012, 48 millones de estadounidenses no contaban con cobertura sanitaria, lo que equivalía a un 15,4% de la población.

En este contexto, el objetivo principal buscado por la Ley de Cuidados de la Salud, es reducir la brecha de personas sin seguro a un bajo costo. La nueva legislatura busca extender y mejorar el acceso a seguros médicos y así mejorar el acceso a los cuidados de salud. Adicionalmente, la ley pretende, mediante regulaciones, reducir el crecimiento del gasto en servicios de salud, así como también, mejorar la protección de la población ya asegurada (y futuros asegurados).

Cabe adelantar, que el objetivo de incrementar el acceso a la salud de familias de ingresos medios y bajos se ha cumplido, ya que desde los dos años que van desde la entrada en vigor del mandato individual la población no asegurada ha disminuido en cerca de 5%, básicamente, impulsado por el incremento de personas incluidas en Medicaid y la contratación de seguros por cuenta propia. Sin embargo, se observan problemas en el diseño de la reforma – como lo bajo de las multas y la obligación de aseguramiento para todos – que pueden llevar a algunas personas decidan desasegurarse, llevando al objetivo contrario buscado por la reforma. En tanto, respecto al control de costos aún no está claro que tan eficiente es esta ley en la búsqueda de este objetivo

⁶ “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012”. U.S. Census Bureau.

II. El Sistema de Salud en Estados Unidos: Algunas Estadísticas Previas a la Reforma

El sistema de salud en los EEUU no es gratuito y a diferencia de lo que vemos en países de Europa o de Latinoamérica, no cuenta con un sistema único nacional. El sistema de salud americano responsabiliza a los ciudadanos a obtener cobertura (no era obligatorio) a través de un seguro médico privado o en caso de que cumpla algunos requisitos, a obtenerlo sin costo del Estado⁷. En particular, los individuos que no califican para contar con la ayuda estatal, tienen la opción de afiliarse directamente a través de un seguro privado u obtener la cobertura que le ofrezca su empleador como parte de los beneficios de la empresa en que trabaja. En este contexto, en EEUU prevalecen los seguros y la asistencia sanitaria privada⁸.

Si bien la mayor parte de la población está asegurada en el sector privado, en EEUU existe la cobertura pública⁹, como se mencionó en el párrafo anterior. Estos seguros médicos financiados con ayuda Estatal se crearon en 1965 y corresponden a los programas de cobertura de seguridad social conocidos como Medicaid y Medicare para ayudar a personas de escasos recursos y jubilados, respectivamente.

El **Medicare** brinda atención médica exclusivamente a las personas mayores de 65 años o personas menores a 65 años que tienen insuficiencia renal permanente o ciertas discapacidades. El Medicare es cofinanciado con contribuciones obligatorias– “Impuesto Medicare” - que se descuentan de la nómina del trabajador¹⁰. Para acceder a Medicare, además de cumplir con la edad o condición de salud, se debe ser ciudadano norteamericano o ser residente durante 5 años seguidos, además se debe haber pagado el impuesto Medicare al menos durante 10 años o de lo contrario para acceder al programa se debe pagar una prima¹¹. Por su parte, el **Medicaid**, es un programa de asistencia médica que cubre gastos básicos de salud de personas de bajos ingresos (por debajo nivel de pobreza establecido por gobierno¹²) y también ayuda a costear parte del plan Medicare a

⁷ El departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, Health and Human Services) es el organismo de gobierno encargado de proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quienes no pueden proveérselos por sí mismos, institución que forma parte del poder Ejecutivo y del Congreso.

⁸ En EEUU los únicos prestadores públicos son los de las FF.AA., el resto de los prestadores son todos privados, incluyendo los centros de atención Medicaid y Medicare.

⁹ Del 16,4% del PIB que EEUU destina a salud, un 7,9% corresponde a gasto público y el 8,5% restante a gasto privado.

¹⁰ El impuesto corresponde a 2,9% de la renta. En el caso de los empleados dependientes, este impuesto lo paga la mitad el empleado y la otra mitad el empleador (1,45 de la renta cada uno). Los trabajadores independientes deben pagar 2,9% de su renta.

¹¹ Por cada parte (A, B y D) del Medicare se paga prima y las condiciones para poder hacerlo son distintas. Medicare tiene cuatro partes: La Parte A, que es una cobertura básica hospitalaria, la Parte B que es un seguro médico que cubre prestaciones ambulatorias (opcional y se debe pagar extra mensual) y la Parte D que da cobertura a recetas médicas (son planes ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare, la cobertura y medicamentos cubiertos varían según el plan). Luego está la Parte C (Medicare Advantage), que ofrece una combinación de la Parte A y B que es cubierta por compañías privadas aprobadas por Medicare (recibir beneficios de Medicare a través de planes privados de salud). Para acceder a la Parte C se debe tener Parte A y B y pagar una prima adicional. Y, por último, también el trabajador que se jubila puede suscribir una póliza como seguro complementario a Medicare, llamada “Medigap”, que es un seguro privado para ampliar la cobertura de las Partes A y B. Ni la parte A ni B pagan todos los gastos médicos de una persona. Las personas deben pagar deducibles y copagos en todas las prestaciones.

¹² En el año 2012, en EEUU 46,5 millones de personas vivían bajo la línea de la pobreza en EEUU (15% de la población).

pensionados de escasos recursos. Este programa es financiado por el gobierno Federal en conjunto con el gobierno Estatal, pero es el gobierno Estatal quien dirige el programa, por lo que los requisitos para acceder a Medicaid varían en cada Estado así como los beneficios médicos ofrecidos.

Según cifras del U.S. Census Bureau, en el año 2012¹³ Medicaid atendía a 50,9 millones de personas (16,4% de la población), mientras que Medicare a 48,9 millones de personas (15,7%)¹⁴, es decir, las personas que accedían a un seguro público con ayuda Estatal ascendían a un 32,6% de la población.

Por su parte, el gobierno federal es el proveedor directo de servicios de salud para el personal militar activo y en retiro y sus familias (TRICARE), los ex combatientes con discapacidades vinculadas con el servicio, los indios nativos estadounidenses y quienes integran las prisiones federales, además de encargarse de proveer servicios de salud a los ancianos y pobres a través de los programas antes mencionados; Medicare y Medicaid.

Adicionalmente, está el programa de seguro médico estatal para niños llamado “Children’s Health Insurance (CHIP)” que cubre la atención médica de menores de escasos recursos. Hay que señalar que la administración de Obama aumentó la cobertura de este programa desde 7 millones a 11 millones de niños, con el fin de ayudar a los niños de familias cuyos ingresos son muy altos para beneficiarse del programa Medicaid pero muy bajos para pagar un seguro privado.

Por su parte, el **sector privado** es el proveedor más grande de servicios de salud en EEUU, el cual al año 2012 proveía cobertura sanitaria a un 63,9% de la población (198,8 millones de personas, de los cuales un 88% corresponde a menores de 65 años). En su mayoría, los seguros privados contratados corresponden a seguros colectivos contratados a través del empleador (54,9%), con aportes conjuntos de los empleados y del empleado¹⁵, el resto de los seguros se obtiene por cuenta propia. Alrededor de un 10% de la población tiene seguro contratado por cuenta propia y algunas personas tienen 2 seguros, por ejemplo, el del empleador y uno contratado en forma individual.

En síntesis, en EEUU sólo los pensionados (y discapacitados) cuentan con cobertura sanitaria cofinanciado entre el Estado y las personas. Asimismo, las familias de menores recursos cuentan con ayuda Estatal. De este modo, las personas antes de los 65 años – y que no caigan en la categoría de necesitados - sólo pueden optar a seguros privados para su atención en salud, ya sea como beneficio de su empresa o a través de una cotización directa. En este escenario, y usando las cifras del U.S. Census Bureau, en el año 2012 sólo un 84,6% de la población norteamericana (263,2 millones) contaban con algún tipo de

¹³ Se presentan las cifras del año 2012 para evidenciar la situación del sistema previa la entrada en vigencia del mandato individual. Más adelante se muestra como cambiaron algunas de estas cifras tras la reforma.

¹⁴ Según información de U.S. Census Bureau en el año 2012 algo más de 43 millones de personas eran mayores de 65 años, lo que equivale a un 14% de la población (sólo un 1,5% de la población mayor a 65 años no estaba asegurada). Es decir, en EEUU los adultos mayores están cubiertos en salud (el número es algo mayor porque Medicare incluye algunos adultos con discapacidades).

¹⁵ Hay que señalar, que la crisis económica que afectó a EEUU entre los años 2008 y 2015 redujo fuertemente este beneficio.

cobertura médica - estatal o privada -, mientras que el 15,4% restante de la población (48 millones de personas) carecía de cobertura¹⁶. Ver Cuadro N° 2.

La no obligatoriedad a asegurarse unida a razones económicas explican este elevado número de no asegurados, y constituye una de las principales críticas que se le hace al sistema, puesto que lleva a que una parte importante de la población no esté asegurada porque no son lo suficientemente pobres para contar con la cobertura Medicaid o porque no son lo suficientemente ricos para pagar un seguro individual, a lo que se suma que una parte de la población que tiene los medios simplemente decide no asegurarse y la no obligatoriedad se los permite.

En este escenario, la reforma impulsada por el gobierno de Obama tenía como objetivo principal extender y mejorar el acceso a seguros médicos, pero a bajo costo, de modo que una mayor cantidad de personas pudiesen contar con algún tipo de cobertura médica y así reducir la brecha de no asegurados. Adicionalmente, se pretende mediante regulaciones, reducir el crecimiento del gasto en servicios de salud y brindar una mejor protección a la población ya asegurada (y futuros asegurados).

¹⁶ Entre 12 y 15 millones de éstos no cuentan con la ciudadanía, y por eso a veces se habla de que sólo hay entre 33 y 36 millones de personas sin seguro en los EEUU.

III. Ley para la Protección de Pacientes y Cuidado de la Salud Asequibles

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud Asequible (*Patient Protection and Affordable Care Act*, PPACA), conocida popularmente como “Obamacare”, fue promulgada con carácter de ley por el presidente de los Estados Unidos, Barack Obama, el 23 de marzo de 2010¹⁷.

Esta reforma fue diseñada para cubrir a los estadounidenses sin seguros públicos o privado de salud, los que según estimaciones gubernamentales alcanzaban los 48 millones de personas (cerca del 15% de la población). Este programa de gobierno fue ampliamente debatido y estuvo expuesto a grandes controversias, ya que mientras los Demócratas apelaban a la vulnerabilidad de millones de americanos sin seguro médico y a altos costos para la seguridad social, los Republicanos consideraban que la iniciativa hundiría - al considerado por ellos - al mejor sistema de salud del mundo y llevaría al país a la bancarrota debido a los altos costos que implicaría para el gobierno.

III.1 1 Enero de 2014: Entrada en Funcionamiento del Mandato Individual

El mandato individual, es la parte medular de la reforma sanitaria impulsada por Obama, y es la obligación, a partir de enero de 2014, de que la mayor parte de los ciudadanos adultos cuenten con un seguro médico que considere una “cobertura mínima esencial¹⁸” o reunir los requisitos para una exención¹⁹. De lo contrario, las personas deberán pagar una multa fiscal al año siguiente.

Como contrapartida a este mandato individual, la ley garantiza a los ciudadanos a obtener asistencia médica de una forma asequible, e incluso gratis en algunos casos. Para ello, (i) la Ley ACA amplía el programa público de asistencia sanitaria, Medicaid, (ii) establece un deber de las empresas de proveer seguros de salud a sus empleados y (iii) crea mercados de seguros de salud online. De este modo, habrá cuatro formas mediante las cuales las personas podrán obtener cobertura médica: el gobierno, el empleador, comprar su propio seguro o seguir sin seguro (o porque se está exento o porque se prefirió pagar la multa).

(i) Obtención de Seguros de Salud a través del Gobierno

Con la reforma más personas serán elegibles en el programa público de asistencia sanitaria Medicaid. En sus orígenes, el Medicaid, sólo cubría a menores de edad, mujeres embarazadas, padres con hijos menores, ciegos, discapacitados o ancianos, cuyos ingresos eran inferiores al umbral de pobreza establecido por el gobierno. Ahora, con la ampliación

¹⁷ Con la mayoría del Partido Demócrata, pero con la oposición unánime del Partido opositor Republicano.

¹⁸ Cualquier plan adquirido por medio del trabajo, en el mercado de seguros médicos, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE y el programa de atención médica de veteranos reúnen este requisito.

¹⁹ Si se considera que el se considera que el seguro médico no está al alcance de una persona, ésta podría recibir una exención fiscal. Las personas que no tienen seguro durante menos de tres meses consecutivos del año también están exentos. Existen otras exenciones.

del beneficio, se incluirán en este programa toda persona con ingresos familiares por debajo el 133% del umbral de pobreza, e incluso crea un margen del 5% que para efectos prácticos **incrementa la cobertura hasta el 138% del umbral de pobreza.**

La expansión de Medicaid fue una de las disposiciones más enjuiciadas en su tramitación, sentenciando la Corte Suprema que los Gobiernos Estatales serán los que deberán decidir si serán parte de la expansión de Medicaid o no²⁰. Por su parte, la expansión de Medicaid, será financiada los primeros tres años en un 100% por el gobierno federal (2014, 2015 y 2016, para los que iniciaron expansión en enero 2014) y en un 90% en adelante (10% restante será financiado por gobierno estatal).

Pese a que, los Estados deberán financiar sólo el 10% del costo de la ampliación del Medicaid (pasado los tres primeros años o a partir del 2010), sólo 31 de los 51 Estados (son 50 Estados más el Distrito Federal de Columbia) habían expandido Medicaid hacia fines de 2015²¹. En tanto, los Estados que optaron por no expandir Medicaid en su mayoría tenían gobernadores republicanos cuando se negó la expansión, partido opositor a Obama y su reforma, y como forma de rechazo a la ley no expandieron Medicaid. Otra razón que dieron algunos Estados fue por temas de costos, ya que eventualmente la expansión de Medicaid les iba a significar mayores costos o en la actualidad (sin la expansión de Medicaid) ya tenían problemas para financiar este programa.

Según cifras oficiales, la expansión de Medicaid benefició entre el 2014 y 2015 a cerca de 5,8 millones de personas (número de personas elegibles según los criterios de cada Estado), mientras que se estima cerca de 6,5 millones de personas quedaron fuera (Estados que optaron por no expandir Medicaid)²². Por su parte, estimaciones gubernamentales señalan que si todos los Estados expandieran Medicaid se podrían asegurar 21,3 millones de estadounidenses en la próxima década.

Por su parte, para los adultos mayores que hoy están asegurados en Medicare poco cambiará, habrá mejor cobertura en medicamentos recetados y medicina preventiva gratuita, en línea con las mejoras que se hicieron para todos los seguros. Además, habrá cambios en Medicare Advantage, puesto que la ley reducirá los pagos federales a los planes Medicare Advantage administrados por aseguradoras privadas como alternativa del Medicare tradicional²³.

²⁰ El Tribunal Supremo, en junio de 2012, limitó la capacidad de la Administración Federal (la ley original dejaba sin financiamiento para Medicaid a los Estados que no expandieran el programa) de penalizar a los Estados que no extendieran Medicare, lo que se traduce en que la expansión es opcional para los Estados.

²¹ En el 2014, 25 estados ampliaron Medicaid.

²² Fuente: <http://familiesusa.org/product/50-stete-look-medicaid-expansion>

²³ Antes, Medicare pagaba a estas compañías de seguros privadas mas de US\$ 1.000 por persona en promedio, respectod e lo gastado en Medicare tradicional. Estos pagos en exceso se están reduciendo lentamente y, en su lugar, las aseguradoras recibirán bonos por calidad.

(ii) Obtención de Seguros de Salud a través del Empleador

La nueva normativa estableció un deber para determinadas empresas de proveer a sus trabajadores asistencia sanitaria. A partir del 2016²⁴, las empresas tendrán que adherirse a un conjunto de normas de acuerdo con el tamaño de sus planillas y sus ingresos anuales, lo que se conoce extraoficialmente como el “mandato empresarial”. Asimismo, las empresas que no cumplan con la ley deberán pagar una multa dependiendo de su tamaño.

Las empresas que emplean a más de 100 trabajadores a tiempo completo²⁵ tendrán que proporcionar seguro médico para por lo menos el 70% de su personal a partir del 2015; en el año 2016, la cobertura aumentará hasta el 95%. Las empresas que cuentan con personal de 50 a 99 trabajadores tendrán que asegurar a su personal de tiempo completo en el 2016.

Por su parte, las empresas que tengan menos de 50 no están obligadas a dar cobertura de salud a sus empleados, por lo que no enfrentarán multas, pero se les incentivará a ofrecer seguros médicos a sus trabajadores. Para ello, las empresas que cuenten con menos de 50 trabajadores podrán recibir créditos que se descontarán de sus impuestos, además, de poder acceder al programa “Small Business Health Options Plans²⁶” (SHOPs), que es un mercado virtual de seguros médicos en donde podrán adquirir pólizas para dar cobertura a sus empleados. Se espera que si muchas pequeñas empresas demanden sus pólizas a través de este sistema, su poder negociador mejorará y podrán acceder a seguros con primas más bajas que si lo hicieran individualmente. Las empresas de entre 50 y 100 trabajadores también podrán adquirir sus pólizas a través de estos SHOPs, y si posteriormente supera los 100 trabajadores podrá continuar utilizándolos. Además, se espera que a partir de 2017 los Estados permitan a empresas de mayor tamaño participar en este programa.

(iii) Obtención de Seguros de Salud por Cuenta Propia, algunos con Opción de Subsidios Estatales: Los Mercados de Seguros de Salud²⁷

Para quienes no tengan acceso a atención médica por las dos vías anteriores – Medicaid o empleos – deberán comprar en forma individual una póliza de seguro, pero a un precio razonable, según establece la ley. Para garantizar este costo asequible se establecieron básicamente dos mecanismos: El otorgamiento de subsidios o créditos fiscales para la compra de seguros de salud y la puesta en marcha de lo que se conoce como el Mercado de Seguros de Salud (“Exchanges”). También está la opción de adquirir un seguro médico directamente con una aseguradora.

²⁴ El Gobierno estadounidense retrasó hasta el 2016 las multas a las empresas de más de 50 empleados que no ofrezcan cobertura médica en el marco de la reforma sanitaria.

²⁵ Se considera como trabajador de tiempo completo a quien trabaje al menos 30 horas a la semana, esto también incluye a trabajadores de medio tiempo, por ejemplo, si el empresario cuenta con 5 trabajadores, uno trabaja 35 horas semanales, 2 trabajan 28 horas y 2 más 20 horas, entonces el empresario tiene 4,4 trabajadores de tiempo completo ($35+28+28+20+20 = 131$ horas a la semana dividido en $30 = 4,4$).

²⁶ “Programa de Opciones de Salud para las Pequeñas Empresas”.

²⁷ Sección realizada en base a la Revista de Actualidad Internacional Sociolaboral N° 172. Octubre 2013. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Gobierno de España.

Los Mercados de Seguros de Salud

Este Mercado es una plataforma virtual administrada por las autoridades americanas, que concentra la oferta de seguros privados y facilita la consulta de opciones de aseguramiento. En esta plataforma, empresas y consumidores pueden adquirir su seguro de salud comparando y eligiendo entre distintos niveles de cobertura y precios.

Los 50 Estados y el Distrito Federal de Columbia pueden elegir entre gestionar su propio mercado de seguros, renunciar a la creación del mismo²⁸ – en cuyo caso la gestión recae sobre la Administración Federal -, o crear uno de gestión compartida con la Administración Federal²⁹.

Por otra parte, los seguros médicos se otorgan durante un registro abierto que para el último período comenzó el 1 de noviembre de 2015 y cerró el 31 de enero de 2016.

El gobierno de los Estados Unidos, busca con la creación de este sistema centralizado, transparente y que cuenta con un producto estandarizado (planes de seguros cumplen requisitos básicos), generar una mayor competencia y con ello primas más bajas.

Cómo se Accede a Asistencia Financiera

Como se mencionó, este mercado es un portal de internet (aunque también se puede acceder vía telefónica o a través de correo postal) en donde los planes ofrecidos son comparables entre sí y están regulados, de modo de facilitar la comparación entre distintas pólizas, y al mismo tiempo, verificar si se tiene derecho a algún subsidio para adquirir una póliza. Para ello, el usuario introduce su información a través de un formulario online, el cual contiene preguntas respecto al tamaño de su hogar, ingresos, localización de su vivienda y estatus de residencia.

Luego, el sistema le informa al solicitante si cumple los requisitos para recibir la cobertura sanitaria gratuita mediante Medicaid. Si no los cumple, le indicará si tiene derecho a subsidios para el pago de la póliza, subsidio al cual sólo tendrán derecho si el seguro se contrata a través del mercado virtual de seguros médicos. **Estos subsidios los recibirán residentes con ingresos entre 100% y el 400% del umbral de pobreza³⁰** y la entidad gubernamental enviará directamente el subsidio otorgado por el gobierno federal a la aseguradora que se contrate. Cuanto más bajo sea el ingreso familiar, mayor es el

²⁸ Han sido en su mayoría Estados republicanos, al igual que con la no ampliación de Medicaid.

²⁹ Los Estados que decidieron gestionar su propio mercado o hacerlo en conjunto con la Administración Federal han podido optar también por una ampliación del programa de cobertura sanitaria federal-estatal Medicaid.

³⁰ Para el 2015 esto equivalía a tener ingresos familiares anuales de entre (diferencias entre tramos de entre US\$ 4.160 y US\$ 16.640 a medida que se incrementa en 1 los miembros de la familia):

Familia de 1 persona: US\$ 11.770 a US\$ 47.080.

Familia de 2 personas: US\$ 15.930 a US\$ 63.720.

Familia de 3 personas: US\$ 20.090 a US\$ 80.360.

Familia de 4 personas: US\$ 24.250 a US\$ 97.000.

Familia de 5 personas: US\$ 28.410 a US\$ 113.640.

Familia de 6 personas: US\$ 32.540 a US\$ 130.280.

subsidio que cubrirá el gobierno federal para el pago de su prima, de modo que las familias que califiquen para el subsidio pagarán como mínimo un 2% de su ingreso anual (ingresos hasta el 133% del umbral de pobreza) y como máximo 9,5% (ingresos entre 300% y 400% del umbral de pobreza). Según información gubernamental, lo anterior se traduce en que la gente que es elegible para estos subsidios pagará en promedio una prima mensual de US\$ 82 por persona. Cabe señalar, que en el 2015 el 87% de las personas que eligieron un plan en el Mercado de Seguros obtuvieron algún tipo de ayuda financiera estatal.

Además de las subvenciones a las primas, las familiar que ganan menos del 25% del umbral de la pobreza (también con tramos definidos según número de personas por grupo familiar) serán elegibles para recibir subsidios adicionales, tales como deducibles y copagos.

Los subsidios también están disponibles para migrantes documentados cuyo ingreso está por debajo del 100% de la línea de la pobreza pero que no son elegibles para Medicaid porque han vivido en EE.UU. menos de 5 años.

Finalmente, el portal ofrecerá una lista de planes con las primas de los planes y sus copagos. Seleccionado el plan, el programa dirige al usuario a la web de la aseguradora para efectuar el primer pago, ya descontada la asistencia financiera estatal.

Planes de Salud y Cobertura Mínima

El Mercado de Seguros Médicos, se creó bajo la Ley ACA y hace posible que la gente compare en línea entre seguros acorde a sus necesidades e ingresos y al mismo tiempo, ayuda a saber si se está calificado para algún tipo de ayuda financiera en base a su ingreso familiar. Por otra parte, la ley establece que las aseguradoras no pueden cobrar primas más elevadas basándose en condiciones preexistentes o si se es mujer, debiendo ofrecer la misma prima para un mismo plan sin importar estado de salud y género. Sólo pueden variar sus primas basándose en la edad de las personas (aunque proporcionalmente las primas bajaran para los más viejos y subirán para los jóvenes), el número de miembros de la familia cubiertos y si es fumador de tabaco.

Todas las pólizas que se vendan en el Mercado de Seguros de Salud deben contar con una cartera mínima de prestaciones, las que incluyen: consultas, hospitalización, urgencias, maternidad, pediatría, salud mental, farmacia, laboratorio, servicios de rehabilitación, gestión de enfermedades crónica y medicina preventiva, esta última sin costo adicional.

Dependiendo de los copagos y las coberturas, los seguros se clasificaron en cuatro categorías: bronce, plata, oro y platino, con coberturas de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% y 90%, respectivamente. Asimismo, los planes con primas más bajas tendrán la cobertura mínima y deducibles y copagos elevados (desde plan bronce a plan platino), aunque habrá un tope anual de US\$ 12.000 por familia (*stop loss*). Cabe señalar, que el plan bronce también es conocido como el plan *benchmark* y se usa para determinar el monto del subsidio que se les otorga a las personas en el pago de seguros.

Adicionalmente, para que los jóvenes puedan mantener los costos bajos, podrán seguir en los planes de sus padres hasta los 26 años. También existirá la opción de seguros “catastróficos” disponibles para jóvenes sanos menores de 30 años o para quienes tengan escasos recursos pero los subsidios no aplican en su caso. Estos planes catastróficos cuentan con primas bajas pero con un alto deducible (US\$ 6.350 por persona), y se crearon pensando en que sólo se usaran en caso de una situación de urgencia o imprevista. Incluye, además, tres visitas anuales al médico sin costo y algunos exámenes y vacunas de atención preventiva.

Quiénes están Obligados a Acudir a estos Mercados de Seguros y Quiénes Quedarán Exentos

Acudirán a este mercado las personas sujetas al mandato individual que carecen de acceso a cobertura sanitaria a través de su empresa o de los programas públicos. La Ley ACA establece que ciudadanos y residentes estarán obligados a comprar seguros médicos, siempre y cuando paguen menos del 8% de su ingreso anual, sin importar ninguna condición de salud previa o características que haya impedido su elegibilidad para adquirir un seguro médico anteriormente. De lo contrario, tendrán que pagar una multa, a no ser que se encuentre exento de contar con un seguro.

En particular, quedarán exentos del mandato individual, entre otros:

- Aquellos que no tienen obligación de declarar impuestos debido a un sueldo muy bajo (US\$ 10.000 para un individuo y US\$ 20.000 para una familia).
- Tener un sueldo que no le permita pagar el seguro, es decir, en caso que la prima del seguro cueste más del 8% de su ingreso anual.
- Si la compra del seguro le causa dificultades. ACA permite que el Departamento de Salud juzgue a su discreción para otorgar un certificado a alguien que lo excuse de comprar el seguro médico porque le puede causar serias dificultades.
- No tener seguro por menos de tres meses al año.
- Si se encuentra dentro de los nuevos límites de ingreso de Medicaid, pero su Estado ha decidido no extender Medicaid.
- Los indios americanos, las personas encarceladas, los objetores por motivos religiosos, los inmigrantes indocumentados y los ciudadanos estadounidenses que vivan en el exterior.

Sanciones al No Aseguramiento

Las personas que, estando obligados, no se hayan asegurado deberán pagar una multa que se gestionará en el período de pago de impuestos³¹. El valor de la multa será en el año fiscal 2016, de US\$ 695 por miembro del grupo familiar (US\$ 347,5 es el pago por los menores de 18 años), limitado a 3 veces esa cantidad para cualquier familia, es decir,

³¹ La Corte Suprema dictaminó en junio de 2012 que el Mandato Individual es un impuesto legal, por lo que el IRS (Internal Revenue Service) es el responsable por el cobro y la recolección de esta sanción.

US\$ 2.085 de tope o bien 2,5% del monto de los ingresos anuales. Se elige el monto mayor para establecer la sanción y se paga proporcionalmente a los meses en que no se tuvo seguro. Luego, el valor de la multa se indexará de acuerdo al IPC.

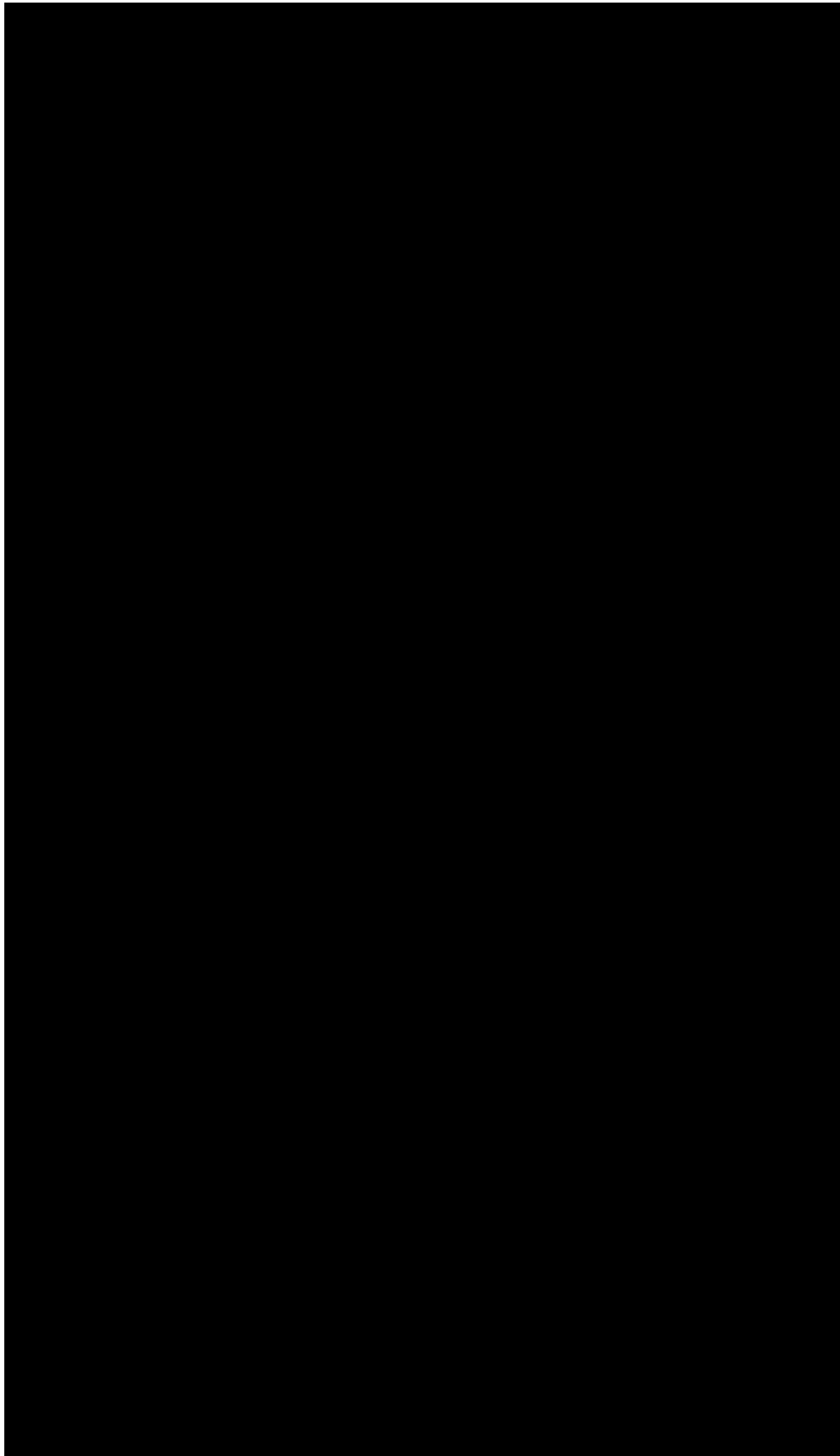
En cuanto a las empresas con más de 50 trabajadores a tiempo completo, si un trabajador accede a beneficios fiscales y no se aseguró o hay una cobertura ineficiente, la sanción (se retrasó el pago de multas para el 2016) dependerá del caso que se trate: (i) si se trata de ausencia de cobertura, la multa ascenderá a US\$ 2.000 al año por empleado sin cobertura (excluidos los 30 primeros). (ii) Si se trata de cobertura insuficiente, la penalización es de US\$ 3.000 por trabajador subsidiado, con un tope máximo de [US\$ 2.000* (N° trabajadores – 30)].

Pérdida de Cobertura por Término Relación Laboral

Si se deja el trabajo por cualquier motivo y se pierde la cobertura, las personas pueden comprar cobertura en el Mercado de su Estado en cualquier momento del año, es decir, fuera período de inscripción. Adicionalmente, se mantiene la Ley General Consolidada de Reconciliación del Presupuesto (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o COBRA), la cual es una ley que permite mantener el seguro médico ofrecido por su empleador por un período de 18 a 36 meses después de que concluya su empleo. Para ello, deberá pagar toda la prima mensual (tanto del trabajador como la que era aporte del empleador), además de un pago administrativo de 2%.

A continuación se presentará en forma esquemática las principales reformas contenidas en la Ley del Cuidado de la Salud.

Cuadro N° 1: Ley para la Protección de Pacientes y Cuidado de la Salud Asequibles



(iv) Aún Quedarán Personas sin Cobertura

Si bien todos estos cambios apuntan a tener seguros de calidad a menor costo, claro está que no todos podrán (indocumentados) o querrán (los que prefieren pagar multa y asumir riesgo financiero si se enferman) adquirir un seguro, lo que seguirá manteniendo a un porcentaje de la población sin seguro.

Para evitar comportamientos oportunistas, derivados del hecho que no se puede negar el seguro ni cobrar más por preexistencias - lo que llevaría a muchos a asegurarse una vez enfermos o que se lastimen -, es que existen los períodos de inscripción y el pago de multas para personas que no cumplan con el mandato individual. Pese a ello, en los casos de familias o personas jóvenes, donde el pago de la multa pudiese ser sustancialmente menor al pago de la prima, probablemente se dé que se prefieran pagar la multa (y la atención en salud en caso de enfermarse o lesionarse) y no asegurarse hasta ser mayores y requerir más atenciones en salud.

III.2 Las Primas de los Seguros de Salud³²

Varios factores influyen en las tarifas de los seguros –a lo que hay que sumar el poco tiempo de funcionamiento -, por lo que es difícil señalar cuál es el costo promedio de las primas con la nueva ley. En efecto, tanto en los seguros privados como en uno adquirido por la empresa donde se trabaja, los planes fluctuarán dependiendo de su cobertura y copagos. Además, algunas familias pueden calificar para los subsidios y créditos fiscales, lo que reducirá sus primas mensuales. En definitiva, la situación financiera y familiar de cada persona, así como su Estado de residencia y el plan que elija (y si fuma), definirán el precio mensual de su prima.

De acuerdo a información gubernamental³³, y a modo de ejemplo, una familia de 4 personas (dos adultos de 42 y 38 años no fumadores y dos menores de 18 años) que viven en Florida³⁴ y cuyo ingreso anual familiar es de US\$ 110.000, que no accede a seguro en su empresa y debe recurrir al mercado de seguros médicos, pero no podrá obtener subvenciones porque sus ingresos son mayores a cuatro veces el umbral de la pobreza. Por un plan bronce (60% cobertura) en el mercado de seguros, la familia pagará US\$ 9.600 por año, es decir, aproximadamente US\$ 800 por mes por su cobertura de salud (US\$ 200 por integrante al mes). Este monto representa un 11% de los ingresos del hogar de esta familia. Si se escogiera un plan plata (70% cobertura), la prima mensual subiría a US\$ 850 por mes para la familia (US\$ 10.200 al año).

Ahora, si esta misma familia no tuviera hijos y su ingreso familiar fuera de US\$ 70.000 al año, y el lugar donde trabajan no ofrece seguros y no pueden acceder a subvenciones fiscales. Para ellos, se tiene que por un plan bronce, deberán pagar US\$ 6.900

³² Según cifras gubernamentales, antes de Obamacare la prima media era de US\$ 14.000 al año para una familia de 4 integrantes.

³³ Esta información se obtuvo mediante el uso de la calculadora financiera de www.kff.org

³⁴ Este Estado no ha expandido Medicaid.

al año (US\$ 575 mensual por los dos), aproximadamente 10% de sus ingresos anuales. El costo del plan plata se incrementaría a US\$ 7.800 al año (US\$ 650 por mes).

En este último caso, la multa para la familia, por no tomar un plan, sería de US\$ 1.750 al año con base a sus ingresos (2,5% de US\$ 70.000), por lo que podrían optar por no tomar un seguro y pagar la multa hasta que cumplan más años y lleguen a una edad en que necesiten más atención médica.

Obamacare lo que busca es proporcionar una cobertura de salud más asequible, al mismo tiempo que aumente la conciencia general (de todos los participantes: pacientes, médicos, prestadores) para una mejor gestión de manejo de la salud pública. En este contexto, las primas para fumadores serán más altas. Si la familia del ejemplo comenzará a fumar, aumentarían tanto sus primas como los copagos.

Ahora tomemos como ejemplo a la familia “2” que vive en Idaho³⁵ y consta de dos adultos (33 y 35 años, no fumadores) y tres niños. Esta familia gana US\$ 60.000 al año y no acceden a seguros médicos a través de sus trabajos. Pero el ingreso familiar de ellos los hace calificar para recibir asistencia económica por medio del mercado de seguros. Sin ayuda, esta familia debería pagar por un plan bronce US\$ 7.200 al año y US\$ 10.200 para uno plata (pero no pueden pagar más del 8% del ingreso familiar, el cual en este caso es de US\$ 4.800). Pero con los subsidios, la familia “2” sólo deberá pagar US\$ 4.800 al año por el plan bronce (se subsidia cerca del 35% del plan).

Hay que recordar que en todos estos ejemplos se excluyeron a personas que calificaban para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños, ya que de calificar no necesitan preocuparse por la ley del mandato individual, ya que cumplirían con los requisitos de la ley al inscribirse en estos seguros.

III.3 Incremento en el Número de Personas Aseguradas

Como ya se ha señalado antes de que entrara en vigor la ley ACA³⁶, cerca de 48 millones de estadounidenses (15,4% de la población) no contaba con seguro médico. La mayoría de los no asegurados eran familias trabajadoras que simplemente no les alcanzaba para pagar un seguro médico y no eran elegibles para Medicaid. En este contexto, el objetivo principal de la ley era justamente ayudar a estas familias a tener seguro médico, ya sea mediante la expansión de la elegibilidad para obtener Medicaid, ofreciendo ayuda financiera a través de los Mercados de Seguros de Salud y/o transparentando y regulando mejor el mercado de seguros. Con ello, hacia fines del registro abierto del 2013 la tasa de no asegurados había disminuido a 13,4%, cifra que cayó a 10,4% hacia el 2014. Es decir, entre el año 2012 y el 2014 la tasa de no asegurados cayó en 5 puntos porcentuales, con lo cual en dos años se aseguraron 15 millones de personas, quedando aún sin asegurar cerca de 33 millones.

³⁵ Este Estado no ha expandido Medicaid.

³⁶ Si bien en el año 2014 entró en vigor la obligatoriedad de asegurarse, en el año 2013 comenzó la marcha blanca de los Mercados de Seguros sin el cobro de multas, por lo que el año 2012 será considerado como el año previo a la entrada en funcionamiento del Mercado de Seguros.

Por su parte, la población asegurada se elevó hasta un 89,6% en el 2014 (84,6% en 2012), impulsado básicamente por un incremento en el seguro estatal Medicaid (la población asegurada vía Medicaid aumentó 3,1% entre 2012 y 2014) y en los seguros adquiridos por cuenta propia (se incrementó en un 4,8% la población asegurada por cuenta propia). Por su parte, los seguros a través del empleador se incrementaron moderadamente, lo que posiblemente se debe a que el mandato de las empresas no es obligatorio hasta el 2016. Con todo, la población asegurada total paso de 263,2 millones en el 2012 a 283,2 millones en el 2014, lo que implicó un incremento del 5% en la tasa de asegurados.

Cuadro N° 2: La Cobertura de los Seguros de Salud en Estados Unidos

Millones Personas Año	Población Total	Cubiertos por un Seguro de Salud Privado o Gubernamental								No Cubiertos
		Total Asegurado	Seguro de Salud Privado			Seguro de Salud Gubernamental				
			Total S. Privado	Empleador	Compra Directa	Total S. Gobierno	Medicaid	Medicare	Seguro Salud Militar (1)	
1990	248,9	214,2	182,1	150,2	(NA)	61,0	24,3	32,3	9,9	34,7
1995	264,3	223,7	185,9	161,5	30,2	69,8	31,9	34,7	9,4	40,6
2000	279,5	242,9	205,6	181,9	28,4	68,2	28,1	37,8	8,9	36,6
2005	293,8	250,8	203,2	178,4	29,0	80,3	38,2	40,2	11,2	43,0
2010	306,6	256,6	196,1	169,4	30,3	95,5	48,5	44,9	12,9	50,0
2012	311,1	263,2	198,8	170,9	30,6	101,5	50,9	48,9	13,7	48,0
2013	313,4	271,4	201,1	169,0	34,5	107,6	54,1	49,0	14,1	42,0
2014	316,2	283,2	208,6	175,0	46,2	115,5	61,7	50,5	14,1	33,0
% del Total										
1990	100%	86,1%	73,2%	60,4%	(NA)	24,5%	9,7%	13,0%	4,0%	13,9%
1995	100%	84,6%	70,3%	61,1%	11,4%	26,4%	12,1%	13,1%	3,5%	15,4%
2000	100%	86,9%	73,5%	65,1%	10,2%	24,4%	10,0%	13,5%	3,2%	13,1%
2005	100%	85,4%	69,2%	60,7%	9,9%	27,3%	13,0%	13,7%	3,8%	14,6%
2010	100%	83,7%	64,0%	55,3%	9,9%	31,2%	15,8%	14,6%	4,2%	16,3%
2012	100%	84,6%	63,9%	54,9%	9,8%	32,6%	16,4%	15,7%	4,4%	15,4%
2013	100%	86,6%	64,2%	53,9%	11,0%	34,3%	17,3%	15,6%	4,5%	13,4%
2014	100%	89,6%	66,0%	55,4%	14,6%	36,5%	19,5%	16,0%	4,5%	10,4%

Fuente: U.S. Census Bureau

(1) Incluye TRICARE y CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veteran Affairs), como también la atención provista por el Programa Médico de Salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos.

III.4 ¿Cuánto Cuesta el Obamacare?

Estimaciones del Gobierno de los Estados Unidos, señalan que la nueva ley de salud tendrá un costo que irá entre los US\$ 1,36 y US\$ 2,6 miles de millones en los próximos 10 años. Al principio, esta reforma será costosa y difícil, pero se calcula reducirá el déficit fiscal por aproximadamente US\$ 145 mil millones en el mismo tiempo y hasta un billón de dólares en los próximos 20 años, según estimaciones gubernamentales. El presidente de los Estados Unidos y el Congreso insistieron en que este aumento en el gasto estaría cubierto para no ampliar aún más el déficit fiscal, pero lo anterior implica que los recursos deberán salir de algún lado.

Entonces, ¿cómo se financiara todo? Por una parte, a través de las multas tributarias a las personas que no cumplan con la ley. Adicionalmente, se incrementarán muchos impuestos pagados por la industria de la salud, como por ejemplo las compañías que fabrican aparatos médicos y hasta los salones de bronceado. Asimismo habrá un nuevo impuesto para las compañías de seguros que ofrezcan planes de beneficios de alto nivel.

Por otra parte, no se permitirá que las tarifas que paga el gobierno a los hospitales de Medicare suban tan rápidamente y se pagará menos a las compañías de seguro que prestan servicios en Medicare. Medicare probará nuevas formas para pagar a los médicos, hospitales y proveedores de modo que el sistema de atención médica sea más eficiente y mejore la calidad de la atención. Si esto funciona, se aplicarán en el sistema privado, lo que ayudará a bajar los costos.

Además, un nuevo Comité Federal de Asesoría hará recomendaciones sobre otras formas para hacer frente a los aumentos de costos de la atención médica.

Una parte importante del déficit en EEUU proviene de facturas médicas sin pagar, provenientes de personas que se declaran en bancarota. En este contexto, el nuevo programa de salud está diseñado no sólo para bajar los costos de las pólizas de seguro, sino también para reducir el riesgo de necesitar atención médica en el futuro. Por ejemplo, uno de los diez beneficios esenciales exigidos por la Ley de Cuidado de Salud Asequible es la atención preventiva gratuita. Ésta incluye tener acceso a exámenes anuales para detectar la presión arterial alta, el nivel del colesterol, el cáncer de mama y el cáncer de colon. Mientras más personas tengan acceso a estos servicios médicos de carácter preventivo, entonces la gente se podrá mantener saludable y reducir la carga sobre el sistema de salud en general. Con el tiempo, estos beneficios se suman a los ahorros reales en pago de primas y a un mejor cuidado de la salud.

Pese a todo, está la duda razonable, que esta ley no sea del todo eficiente en el control de costos, lo que unido a multas y cobros de impuestos que no parecen ser lo suficientemente altos, unido a la incorporación de usuarios riesgosos y la existencia de costos crecientes en salud, hacen prever no se logren los objetivos presupuestarios propuestos.

IV. Lo Positivo, lo Negativo y las Dudas Respecto a la Reforma de Salud Americana

El programa de salud Obamacare lleva poco tiempo como para sacar conclusiones en base a la evidencia, sin embargo, en este capítulo se detallarán los resultados que se tienen hasta el momento, así como, los comentarios de sus principales patrocinadores y detractores.

Primero, uno de los objetivos buscado por la reforma era **incrementar el acceso a la salud de familias de ingresos medios y bajos**. Dos años han transcurrido desde la entrada en vigor del mandato individual y pareciera ser que la ampliación de Medicaid (acceso gratuito a salud) y el otorgamiento de subsidios fiscales (ayuda para pagar primas) han contribuido con lo anterior. En efecto, antes de la ley ACA cerca de 48 millones de americanos no contaban con seguro de salud (en torno al 15,4% de la población), cifra que cayó a cerca de 33 millones hacia fines del 2014 (10,4% de la población), es decir, en un lapso de dos años se cubrieron cerca de 15 millones de personas.

De esta forma, **la población no asegurada ha disminuido en cerca de 5% en los últimos dos años**, sin embargo, aún queda una parte importante de la población que por diversos motivos sigue sin tener acceso a algún tipo de seguro para su atención médica. En particular, se estima que hacia el 2019 (cuando la ley este implementada por completo), cerca de 23 millones de personas no estarán aseguradas³⁷. Además, está el problema de los inmigrantes indocumentados, los que se estiman alcanzan entre los 12 y 15 millones de personas y que no son incluidos en esta ley, puesto que sin documentos migratorios que compruebe la residencia legal en EEUU de las personas, éstas no pueden acceder a comprar pólizas en los Mercados de Seguros.

Ahora bien, ¿qué pasa con las personas que contaban con seguros médicos? ¿Se han puesto los incentivos correctos para fomentar sigan en el sistema? Los críticos a la reforma postulan que la principal falencia de la reforma se encuentra en la característica del sistema que más atrae a sus partidarios. Y es que las personas que tienen graves enfermedades preexistentes pueden asegurarse en cualquier momento pagando la prima estándar. Lo anterior conduce a la **selección adversa** de los usuarios, por cuanto incentiva a que quienes no están enfermos no contraten seguros (y pagan la multa que les sale más barato), o incluso cancelen los seguros que ya tienen hasta que se enfermen y sus costos en salud se eleven, puesto que por ley deberán ser aceptados. La consecuencia de esto, es que al haber más asegurados riesgosos, aumentará el gasto per cápita en salud para las aseguradoras y, con ello, las primas que deberán cobrar. Y en la medida que suban las primas y las multas se mantengan sin cambios importantes, aún más personas relativamente sanas tendrán incentivos para abandonar sus seguros hasta enfermar, lo que seguirá presionando al alza los costos y por ende las primas.

A mayor abundamiento, para evitar ese círculo vicioso, los que diseñaron el sistema decidieron que la adquisición del seguro debería ser obligatoria y la no contratación por parte de empresas y personas estaría sujeta a multas (salvo excepciones). Sin embargo, **la obligación impuesta por ley pareciera ser poco eficaz**. En efecto, los empleadores pueden eludir la obligación reduciendo la cantidad de horas que trabajan los empleados a menos de 30 horas (lo que define la ley como jornada completa). Pero incluso, si no redujera las horas, las empresas pueden optar por pagar la multa la cual tiene un costo menor que ofrecer el seguro. Esta multa es de US\$ 2.000 por empleado (descontado los

³⁷ Fuente: "Patient Protection and Affordable Health Care Act of 2010". Pain Physician Journal 2011.

primeros 30 trabajadores), mucho menos que la prima promedio de US\$ 16.000 que pagan hoy en promedio las empresas por los seguros familiares de sus empleados³⁸. Esta opción de no pagar el seguro y pagar la multa es una opción aún más atractiva para una empresa si sus trabajadores tienen ingresos que les dan derecho al subsidio gubernamental. En este caso, el empleador en vez de incurrir en el costo de una prima por un contrato de seguro aprobado, puede pagar la multa por no otorgar seguro y aumentar el pago a sus empleados lo suficiente para que tengan más ingresos disponibles después de comprar el seguro subsidiado. Existe evidencia que indica que muchos empleadores ya están implementando estas acciones.

Las **bajas multas** no sólo se observan en relación a los empleadores sino que también en relación a las personas naturales, lo que pone en peligro el correcto funcionamiento del sistema. En efecto, muchas personas que no reciben seguros de sus empleadores optarán por no pagar el seguro y, en lugar de ello, pagarán la multa que en el 2015 correspondía al 2,5% de su ingreso. A ellos les conviene tomar un seguro sólo cuando se les diagnostique con una enfermedad de alto costo. El problema de esta estrategia es que la enfermedad que se les gatille no sea de largo aliento como un cáncer, una enfermedad crónica o una operación que puede esperar hasta el período de inscripción, sino que puede ser una urgencia como un ataque al corazón o accidente. En esos casos, la persona no asegurada deberá enfrentar altos costos hospitalarios y de atención en salud, lo que puede generarle graves problemas económicos e incluso no poder ser atendido. Sin embargo, ante esta posibilidad las compañías de seguros privadas han creado lo que se conoce como seguro de emergencia (baja prima por condiciones imprevisibles), el cual es un seguro que no cumple con la cobertura amplia que exige Obamacare (por lo que se paga multa), pero que cubre eventos fortuitos hasta el período de inscripción abierta a fines de cada año. Por lo que a muchos les conviene, financieramente hablando, pagar este seguro más la multa y no asegurarse hasta necesitarlo.

Respecto a la evidencia observada en las primas, los promotores de la ley aseguraron que las primas caerían en promedio en torno a US\$ 2.500 al año por individuo, sin embargo, los números han mostrado que **en un comienzo las primas se incrementaron significativamente**, básicamente, debido a que a partir de la ley es obligatorio asegurar al mismo precio (para un mismo plan) a personas con preexistencias, se permite la adición de los hijos hasta los 26 años en las pólizas de los padres y se crea un límite en el gasto de bolsillo de los usuarios (*stop loss*). Habrá que ver hacia el 2019, una vez que haya más estabilidad en los mercados que pasó finalmente con las primas, pero es de toda lógica que mayores exigencias, bajas multas para los que no se aseguren, unido a una población que envejece y la entrada de nuevas tecnologías, inevitablemente se traducirán en mayores costos y con ello, en mayores primas.

En otro ámbito, un desafío importante que deberá enfrentar el gobierno de los Estados Unidos es ver **qué pasará con las personas que pertenecen a los Estados que definitivamente decidan no ampliar Medicaid**. ¿Qué pasará con aquellas personas que no podrán acceder al seguro de Medicaid ni tienen derecho a ayudas fiscales para la compra en los Mercados de Seguros de salud? En este caso, los más afectados serán personas de escasos recursos, estimaciones indican que dentro de ellos las madres solteras y las personas de raza negra serán las más perjudicadas en los Estados que no se expanda Medicaid. Otra inquietud es respecto a cuál será la norma que rija cuando los Estados

³⁸ Información tomada del estudio “Un análisis Detallado del Controvertido Programa de Salud Obamacare”. Instituto Libertad.

presionen al gobierno Federal para ampliar Medicaid pero sólo bajo ciertas condiciones que dichos estados impongan, cómo ocurrió con el estado de Montana. ¿Bajo qué condiciones el gobierno Federal aceptará acuerdos especiales en conformidad con lo que estipula la ley?

Otro problema derivado de la reforma, es el cierre unilateral de planes de salud existentes. Las compañías de seguros aluden que esto se debe a las nuevas condiciones impuestas, por lo que los beneficiarios deberán contratar nuevos seguros que cumplan la normativa o en otros casos ya no podrán contar con todos los beneficios contratados, lo que ha generado gran descontento entre los usuarios.

Por otra parte, desde la puesta en marcha de los Mercados de Seguros virtuales se han presentado importantes fallas técnicas, presentándose quejas respecto del mal funcionamiento de algunos de estos mercados estatales o caídas del portal www.healthcare.gov, sitio oficial de la ley ACA y por donde se accede a los Mercados de Seguros de Salud y subsidios.

En tanto, hay que recordar que ley ACA no sólo busca una expansión de la cobertura médica, sino que también reducir el gasto en salud, para lo cual introdujo una serie de reformas en el sistema de pagos hospitalarios a partir del año 2010. Respecto a la evidencia numérica de la contención de costos las cifras son disímiles. A modo de ejemplo, la Oficina de Presupuestos del Congreso (CBO su sigla en inglés)³⁹ estimó en marzo de 2010, que la nueva legislación en salud reduciría el déficit fiscal en US\$ 143 mil millones durante la primera década y en más de US\$ 1,2 billones en la segunda década. Sin embargo, en ese momento diversos actores no concordaron con dichas cifras y señalaron que no había que olvidar que para que esta ley fuera políticamente aceptada, el gobierno debía de demostrar que no generaría un aumento en el déficit fiscal. Y el tiempo les dio la razón, puesto que posteriormente la CBO corrigió sus estimaciones respecto a la reducción del déficit fiscal (acotándolo), señalando que en el momento de la estimación anterior había ítems que no se contabilizaron.

Por su parte, las últimas estimaciones realizadas por la CBO señalan que los costos por paciente del sistema ha caído algo más de US\$ 1.000 en los últimos cuatro años (US\$ 50 mil millones en total). Sin embargo, nuevamente diversos economistas de la salud han cuestionado dichas cifras, y continúan sosteniendo que los efectos de la ley sobre el déficit fiscal serán acotados y lo más probable es los costos en salud sigan incrementándose. En particular, las proyecciones de CMS⁴⁰ apuntan a que los costos de salud se elevarán desde los US\$ 3,093 trillones en el 2014 a cerca de US\$ 4,6 trillones hacia el 2019. En concreto, se espera que el gasto en salud siga incrementándose en la medida que la cobertura en salud se expanda a una mayor proporción de la población que antes de ello no estaba asegurada. Por su parte, la NHE⁴¹ proyecta que entre el 2015 y 2019 el crecimiento anual promedio del gasto nacional en salud será de 6,7%, levemente por debajo la proyección previa a la reforma (6,8%).

Por último cabe señalar, que las medidas de contención de costos llevan muy poco tiempo desde su implementación a lo que hay que sumar una gran inestabilidad en el sistema dado el mayor número de personas que están incorporándose a las distintas

³⁹ Su función es vigilar la deuda y el gasto público americano.

⁴⁰ Centers for Medicare y Medicaid Service. Son parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS).

⁴¹ National Health Expenditure Data. organismo gubernamental que mide el gasto anual en salud de los EEUU (cuidado hospitalarios, servicios clínicos, prescripciones de medicamentos, gasto Medicare y Medicaid, entre otros).

aseguradoras. No obstante, actores del sistema ven difícil se revierta la tendencia en costos, puesto que señalan que la ley es débil en lo que se refiere a control de costos. En particular, una de las críticas hecha a esta ley por sus detractores, es que la reforma solo persigue asegurar más personas pero sin preocuparse de modernizar el sistema, el cual presenta serios problemas de contención de costos, calidad y sostenibilidad y sólo añade más burocracia y complejidad al sistema⁴². En este contexto, los opositores a Obamacare han realizado propuestas que posiblemente van en línea de una mejora del sistema, algunas de ellas son: Eliminar la barrera entre Estados para que la gente compre la cobertura médica que más se acomode a sus necesidades y de paso con ello se incrementaría aún más la competencia. Promover compras conjuntas a través de organizaciones de membresía individual y asociaciones sindicales, fraternales, étnicas y religiosas. Establecer un proceso justo y competitivo de licitación para determinar el pago gubernamental en programas tradicionales de pago por servicio prestados por Medicare y Medicaid. Intensificar los esfuerzos federales y estatales para combatir el fraude y el abuso en Medicaid.

Con todo, existe la duda razonable sobre el argumento de que la ley de salud haría frenar el fuerte aumento de los costos en el largo plazo, básicamente, porque el ahorro proveniente de los menores pagos que se harán a prestadores y proveedores de atención médica se prevén no serán suficientes para contener los gastos en salud, los que sabemos crecen por sobre la inflación y el crecimiento, y ahora deberían ser mayores al estar un mayor número de personas – que antes no lo estaban y en donde se incentiva el aseguramiento de riesgosos – aseguradas.

Ligado al tema de costos, respecto a Medicaid y Medicare, existen dos grandes aprensiones. Por una parte, se teme que la extensión de Medicaid genere problemas financieros, debido a la sobrecarga de pacientes y la mayor demanda de servicios que deberá soportar el gobierno, por lo que existen fundadas preocupaciones respecto a sus sostenibilidad en el largo plazo. Respecto a Medicare (no abarcado directamente en la reforma), se deberá afrontar una sobrecarga de beneficiarios en la medida que la población envejezca y que la generación de “*baby boomers*” (nacidos entre 1946 y 1965) siga alcanzando la edad de jubilación. Según reporta la Kaiser Family Foundation, cada día 10 mil personas pasan a ser elegibles para obtener Medicare, mientras que el número de trabajadores que pagan para ayudar a financiar el programa disminuye con los años.

En suma, pese a los desafíos que esta ley ha debido sortear y los retos que se vislumbran, lo concreto es que la tasa de personas sin seguro médico ha bajado, y ahora habrá que ver que pasa hacia delante y como el gobierno logra soslayar los desafíos legales para continuar logrando que cada vez una mayor proporción de la población cuente con seguro médico. Asimismo, habrá que ver como se financian estas nuevas coberturas.

⁴² Temen que este régimen regulado y administrado por burócratas lleve a que se beneficien más a personas que tengan mayor acceso e influencia con la administración.

V. Conclusiones

La reforma al sistema de salud de los Estados Unidos, Obamacare, se creó con el fin de solucionar la situación de vulnerabilidad que afecta a quienes no cuentan con seguros de salud y que corresponde a cerca del 15% de la población americana, resultados que han sido positivos en lo poco que va corrido desde su implementación. Sin embargo, cabe preguntarse si ¿la reforma ha sido eficaz en poner los incentivos para beneficiar a este grupo vulnerable, sin poner en peligro a los que ya cuentan con seguros de salud? ¿Se ha logrado reducir el nivel de las primas y contener los costos en salud?

Al respecto, pareciera ser que el diseño de la reforma no resolverá del todo los problemas de acceso a la salud que enfrentan las personas de menores recursos, incluso, puede llevar a que una parte de las personas que hoy cuentan con un plan de salud decidan dejarlo, debido al aumento en las primas en relación a las multas, unido a la obligación de ser asegurados - pese a presentar preexistencias - en los períodos de inscripción. Una parte importante de personas (y empresas) preferirán pagar la multa y no asegurarse hasta enfrentar un evento de salud de alto costo, lo que como se explicó, se traduce en un círculo vicioso en donde los más riesgosos se aseguran en una mayor proporción y por ende suben las primas. En este contexto, pareciera no estar bien puestos los incentivos para no perjudicar a quienes ya cuentan con cobertura de salud privada, considerando que individuos más riesgosos obtendrán planes por medio de las aseguradoras lo que subirá aún más la prima.

A mayor abundamiento, llama la atención como en EEUU, antes de la reforma, un 88% de los ciudadanos menores de 65 años contaban con aseguramiento privado, siendo que éste no era obligatorio. Por lo tanto, existe un temor que es válido que esta reforma al coartar las libertades personales termine perjudicando justamente al grupo de personas que sin imposiciones estaba asegurada. ¿Por qué como Estado no sólo preocuparse y destinar recursos a los grupos vulnerables y dejar al resto libre como lo era hasta antes de la reforma? Recordar, que en el caso de los mayores de 65 años prácticamente su totalidad está asegurado a través de Medicare (98,5%), por lo cual ellos no son motivo de preocupación de la actual reforma.

Por otra parte, con la reforma aumentará la participación del estado en la salud de sus ciudadanos, pero cabe preguntarse qué tan eficientes serán los gobiernos estatales para administrar esta relevante mayor cantidad de recursos. La crisis europea ya nos demostró que estos sistemas de seguridad social avalados por el Estado terminan en una gran deuda pública en la medida que se incrementan las demandas de sus ciudadanos, al mismo tiempo que en el caso de la salud, suben los costos de atención por sobre el crecimiento económico.

Unido a lo anterior, pareciera ser que la nueva legislatura en salud pone al gobierno y no a los pacientes-usuarios a cargo de sus decisiones privadas respecto a lo que consideran más óptimo para su calidad de vida (postura de los republicanos).

No obstante, pese a los obstáculos que ha debido sortear la reforma, tales como fallas técnicas, cancelaciones de pólizas antiguas, desconfianza, entre otros, lo cierto es que los indicadores muestran resultados positivos en EEUU, elevándose la tasa de asegurados y cayendo la de no asegurados. Sin embargo, nada asegura que ante una eventual nueva crisis económica, la pérdida de empleos y la menor disponibilidad de recursos, generen una caída en la tasa de asegurados (sobre todo de los que no cuenten con subsidios).

En síntesis, si bien aún ha pasado muy poco tiempo desde la puesta en marcha de la ley ACA, ésta paulatinamente sigue consolidándose, por lo que tanto sus detractores como

partidarios debiesen avanzar en mejorar las fallas que vayan detectándose, así como los vacíos legales que presenta. En particular, la sentencia de la Corte Suprema que hace que la ampliación de Medicaid sea opcional para los Estados ha limitado su efectividad y ha dejado a millones de personas de bajos recursos sin seguro médico (afectando principalmente a los Estados del sur⁴³), por otra parte, pareciera ser que el sistema de mercados estatales separados es poco eficiente (y resta competencia), mientras que el subsidio a través de créditos fiscales es a menudo complejo y burocrático, además de generar desconfianza de que se esté beneficiando a unos por sobre otros. Por otra parte, de no corregirse las bajas multas unido a la obligación de la incorporación de personas con preexistencias en los períodos de inscripción, llevarán a una mayor selección adversa y con ello a primas cada vez mayores. Finalmente, aún no está del todo claro si la ley es eficiente en el control de costos, además de crear cargas regulatorias extremas, elevar los impuestos y cobrar multas que aparentemente no son lo suficientemente altas. Sin embargo, pareciera ser que está cumpliendo con su principal objetivo; esto es: aumentar la cantidad de personas con cobertura médica, pese a lo cual, aún queda camino por recorrer antes de sacar conclusiones más definitivas.

⁴³ Población preponderantemente de raza negra y latinos, los que son más propensos a tener bajos ingresos y por lo tanto dependen más de programas como Medicaid.

VI. Referencias

Clínicas de Chile. 2010. “Reforma de Salud en EEUU: ¿Qué pasó con la idea Original? Abril, Temas de Coyuntura N° 27.

https://www.whitehouse.gov/issues/health_care/plan/es

<http://obamacarefacts.com/en-espanol/obamacare-espanol/>

<http://familiesusa.org/product/50-stete-look-medicaid-expansion>

<https://obamacare.net/cuanto-cuesta-el-obamacare>

Instituto Libertad. 2013. “Un análisis detallado del Controvertido Programa de salud Obamacare”. Diciembre.

Manchikanti L., Caraway D., Parr AT., Fellows B., Hirsh J. 2011. “Patient Protection and Affordable Care Act of 2010: Reforming the Health Care Reform for the New Decade”. Pain Physician Journal 2011; 14:E35-E67; ISSN 2150-1149.

OCDE. Health at a Glance 2015.

Organización Panamericana de la Salud. 2002. “Perfil de Sistemas y Servicios de Salud Estados Unidos de América”. Febrero.

Revista de Actualidad Internacional Sociolaboral N° 172. 2013. “EEUU: Informe sobre la entrada en vigor de la parte central de la reforma sanitaria. En particular, la puesta en funcionamiento de los mercados de pólizas”. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Gobierno de España. Octubre.

U.S. Census Bureau. 2013. “Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2012”. U.S. Department of Commerce. September.

U.S. Census Bureau. 2014. “Health Insurance Coverage in the United States: 2013”. U.S. Department of Commerce. September.

U.S. Census Bureau. 2015. “Health Insurance Coverage in the United States: 2014”. U.S. Department of Commerce. September.