

# La reforma al sistema de salud en Estados Unidos: implementación y participación social

Arturo Vargas Bustamante<sup>1</sup>

## Resumen

Aunque Estados Unidos es el país que dedica mayor gasto privado y más dinero en salud por individuo, no parece tener ningún tipo de beneficio en cuanto a la expectativa de vida de sus habitantes. El 16% de su población no cuenta con un seguro de salud, situación atípica en relación con otros países europeos, Japón o Australia. Este artículo presenta los objetivos que persigue la reforma al sistema de salud de los Estados Unidos, así como los mecanismos de implementación para aumentar la cobertura en salud, controlar el incremento en los costos de la salud y el cambio en las reglas del mercado de aseguramiento médico. Por otro lado, el artículo presenta la implementación de la participación social como estrategia para lograr que la población se incorpore a la reforma.

## Palabras clave

Reforma, Estados Unidos, salud.

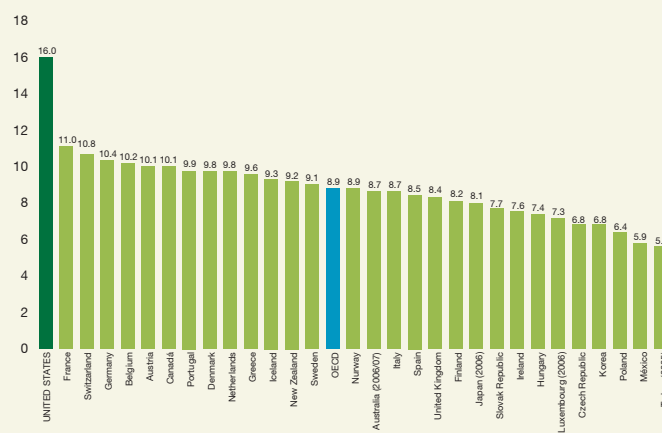
<sup>1</sup> Este artículo es producto de las memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013. La ponencia fue presentada por el doctor Arturo Vargas Bustamante, Licenciado en Política y Administración Pública por el Colegio de México. PhD en Políticas Públicas. Magister en Ciencias Económicas y en Políticas Públicas. Ha trabajado como consultor en el Banco Interamericano de Desarrollo y en el Programa de Acceso a la Atención en California. Actualmente es Profesor-Investigador. Universidad de California, Los Ángeles (UCLA).

## Introducción

Mientras que en los países europeos generalmente el porcentaje de financiación pública en salud está entre el 60% y el 90%, en los Estados Unidos no pasa del 45%, situación comparable con países como México y Turquía, en vías de desarrollo, en donde el gasto privado en salud tiene una mayor relevancia que el gasto público (1) (figuras 1 y 2).

A pesar que Estados Unidos es el país que dedica mayor gasto privado en salud y más dinero en salud por individuo, no parece tener ningún tipo de beneficio en cuanto a la expectativa de vida de sus habitantes. Por ejemplo, la expectativa de vida de las mujeres en Estados Unidos es de 78 años, similar a la de países como República Checa, Polonia y Dinamarca, que dedican menos dinero al sector de salud, comparados con Estados

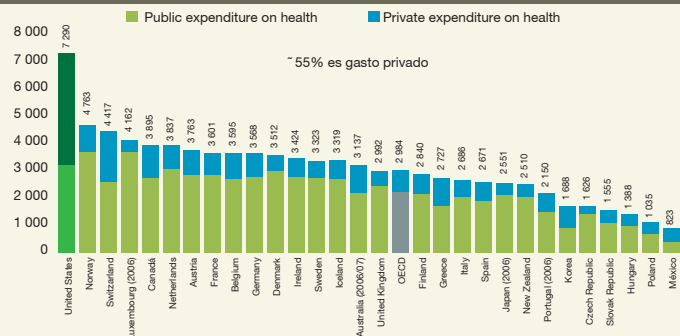
**Figura 1.** Gasto en salud y porcentaje del producto interno bruto (PIB) en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)



Source: OECD Health Data 2009.

Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

**Figura 2.** Comparación entre el gasto en salud público y privado



Source: OECD Health Data 2009. Figures are adjusted to US\$ using Purchasing Power Parities - see Annex 2.

Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

Unidos. Por otro lado, países con las mayores expectativas de vida, como Japón –con 86 años–, España y Francia –con 84–, dedican menos dinero al sector salud comparado con Estados Unidos (2) (figura 3).

Así mismo, se presenta un comportamiento similar en cuanto a la expectativa de vida de los hombres; así, los países en donde los hombres viven más tiempo son Islandia (80 años), Suiza (79) y Japón (86). Estados Unidos nuevamente se ubica en el grupo de países en donde los hombres viven menos, junto con México, República Checa y Portugal, que dedican mucho menos al sector salud que Estados Unidos y sin embargo obtiene resultados similares (figura 4).

En la actualidad, el 84% de la población de Estados Unidos cuenta con seguro médico, lo que significa que el 16% de su población no lo tiene, situación atípica en relación con otros países europeos, Japón o Australia, en donde prácticamente toda la población cuenta con seguro médico.

En cuanto a la distribución del aseguramiento, el 60% de las personas con seguro médico lo obtienen a través de sus empleadores, el 6% lo conforma el grupo de autoasegurados (los empresarios o trabajadores independientes), los militares (el 3%) cuentan con su propio sistema de aseguramiento, el seguro “medicaid” provee servicios médicos al 13% de la población que presenta bajos ingresos (en Estados Unidos se miden tres líneas de pobreza: 100%, 200%, 300%, todos aquellos que se encuentran por debajo de la línea de pobreza del 100% se encuentran en este seguro). Por otra parte, la población conformada por los mayores de 65 años de edad es elegible al seguro “medicare”, que cuenta con el 3% de la población afiliada (figura 5).

En cuanto a la distribución por edad (0-80 años) de la población que corresponde al 16% no asegurado, se observa un pico en las personas entre los 15 y 35 años, presentándo-

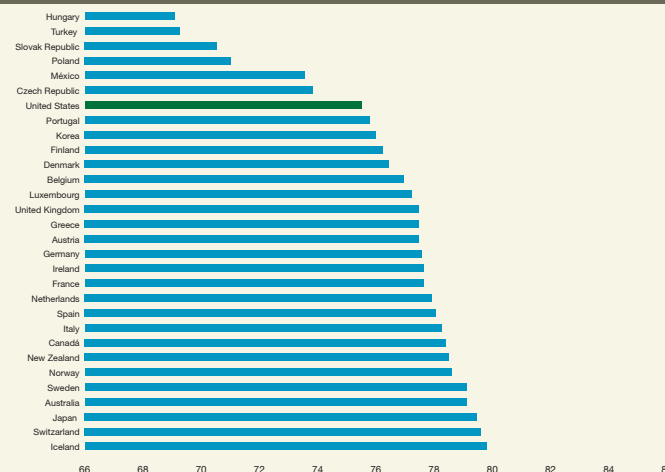
Figura 3. Expectativa de vida de las mujeres en diversos países



Source: Organizador for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data, 2008 (Paris, OECD, 2008). Note: For countries not reporting 2006 data, data from previous years is substituted.

Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

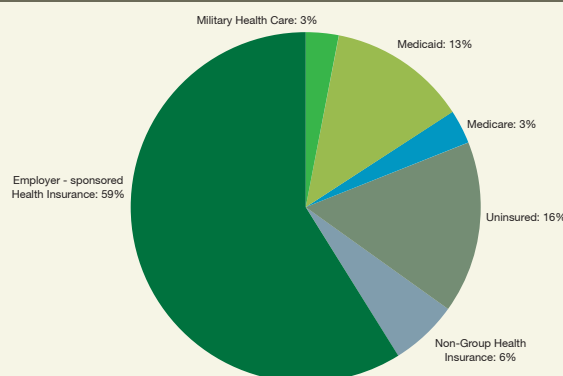
Figura 4. Expectativa de vida de los hombres en diversos países



Source: Organization for Economic Cooperation and Development. OECD Health Data, 2008 (Paris OECD, 2008) Note: For countries not reporting 2006 data, data from previous year is substituted.

Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

Figura 5. Distribución del aseguramiento en salud en Estados Unidos



Source: CEA (2009)

Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

> En la actualidad, el 84% de la población de Estados Unidos cuenta con seguro médico, lo que significa que el 16% de su población no

se una caída muy drástica en el grupo de los 65 años, debido a que gran parte de ellos son elegibles al seguro "medicare" (3) (figura 6).

El principal objetivo de la reforma en Estados Unidos es que las personas no aseguradas paguen por un seguro de salud y subsidien a las personas mayores que se encuentran enfermas.

Por las situaciones descritas anteriormente, los tomadores de decisiones en Estados Unidos pensaron en un cambio en el sistema de salud con el propósito de lograr una mayor eficiencia, equidad y calidad.

### La reforma al sistema de salud en Estados Unidos de América

A continuación se describen los principales objetivos que dieron origen a la reforma, así como sus mecanismos de implementación.

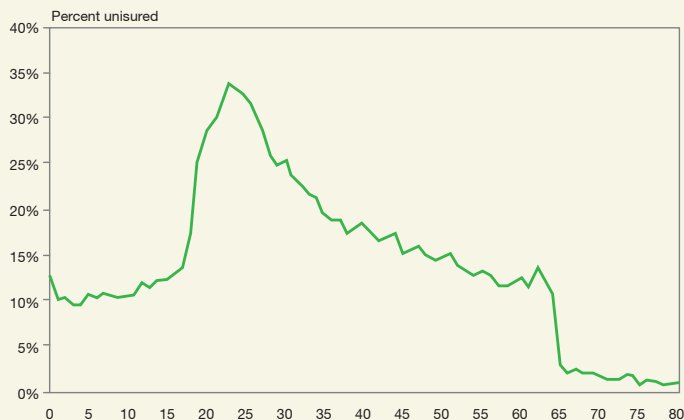
#### 1. Incrementar la cobertura del aseguramiento en salud

La reforma persigue que el 16% de la población no asegurada cuente con una cobertura básica en salud.

De acuerdo a lo planteado por la reforma, se espera ofrecer cobertura a 32 de los 45 millones no asegurados; su implementación sería gradual a partir de octubre de 2013 hasta el año 2019.

Para lograr el incremento en la cobertura, se crearon dos mandatos. El primero de ellos: "todos los residentes en Estados Unidos deben contar con un seguro médico, o de lo contrario serán multados". En el 2014, primer año de implementación

**Figura 6.** Grupos de edad a los que corresponde la población no asegurada en Estados Unidos



Source: U.S. Census Bureau. 2008 Annual Social and Economic (ASEC) Supplement. Tomado de: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

de la reforma, la multa sería muy baja, pero cada año se incrementaría hasta llegar a 695 dólares en el año 2016. El objetivo de esta estrategia es incentivar a las personas que no cuentan con un seguro de salud para que paguen por su aseguramiento o, de lo contrario, tendrían que pagar mayores impuestos a través de una multa.

El segundo mandato consiste en que todos los empleadores con más de 50 trabajadores ofrezcan seguros de salud a sus empleados; de lo contrario, tendrían que pagar una multa que se utilizaría para subsidiar la compra de seguros médicos privados en un nuevo mercado de aseguramiento. Los nuevos mercados de aseguramiento tienen el nombre de "exchanges", similares a bolsas de valores en donde se compran y se venden acciones, pero en los mercados de salud se compran y se venden seguros. Con estos se proveerá de subsidios a las personas de bajos ingresos.

Una medida adicional para expandir la cobertura es la ampliación del seguro "medicaid", en donde las personas elegibles cambiaron de 100% al 138% por debajo de la línea de pobreza.

Uno de los aspectos más polémicos de la reforma en Estados Unidos fue originado por la exclusión de

los trabajadores indocumentados —el 70% latinos—, muchos de ellos no elegibles a los programas disponibles con la reforma de salud. Por esta razón se triplicaron los fondos para las clínicas comunitarias que ofrecen servicios a las personas que no podrán incorporarse a los servicios de salud dentro de la reforma (tabla 1).

**Tabla 1.** Incremento de la cobertura del aseguramiento en salud

- Mandato I: todos los ciudadanos y residentes deben tener seguro médico. De lo contrario, serán multados (multa de 695 dólares en 2016).
- Mandato II: empleadores con más de 50 trabajadores deben ofrecer seguro o pagar una multa.
- Nuevos mercados de aseguramiento ("exchanges") con subsidios para personas de bajos ingresos.
- Amplían elegibilidad de Medicaid (del 100% FPL a 138% FPL), para ofrecer seguro subsidiado.
- Triplican fondos para clínicas comunitarias.

Fuente: memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

> Los tomadores de decisiones en Estados Unidos pensaron en un cambio en el sistema de salud con el propósito de lograr una mayor eficiencia, equidad y calidad

## 2. Controlar el incremento en los costos de la salud

La reforma persigue el control en el costo y gasto en salud mediante el cambio de las reglas de mercado. Se propuso la implementación de programas piloto para encontrar medidas y políticas útiles en reducir los costos.

Inicialmente se propone una implementación de cambios graduales en la estructura de pagos a proveedores. De igual forma, se propone la implementación de estos programas piloto en el seguro "medicare" para mayores de 65 años (esto como consecuencia de su desfinanciamiento y el incremento en los costos de forma acelerada).

Finalmente, se creó un paquete de 22 intervenciones preventivas. La reforma promueve que la prevención adquiera una mayor prioridad que la provisión de servicios. Estas intervenciones se proveerán sin costo a las personas que cuenten con el seguro, sin copagos ni deducibles (tabla 2).

**Tabla 2.** Control del incremento en los costos de la salud

Simplificación administrativa y cambios graduales en la estructura de pagos a proveedores médicos.

- Programas piloto en Medicare: Reducir el crecimiento en los costos de los adultos mayores.
- Paquete de 22 intervenciones preventivas sin costo (i. e. no copagos e independientes de deducibles).

**Fuente:** memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013



## 3. Cambiar las reglas del mercado de aseguramiento médico

Considerando que muchas personas entrarán al mercado de aseguramiento y que se controlarán los costos, se requiere el cambio de las reglas del aseguramiento para prevenir el comportamiento estratégico de los aseguradores privados de salud. Se trata de cambiar las reglas de aseguramiento para evitar que sucedan los fraudes y que se afecte el incremento en la cobertura y la reducción en los costos.

Se instauraron medidas para que el mercado se comporte mejor con los usuarios; así, inicialmente se prohibió que se impusieran límites de gastos en todos los seguros individuales y colectivos. Adicionalmente, se prohibió la terminación temprana de coberturas (en el pasado en los seguros privados a la persona que se enfermaba y era muy costosa su atención al siguiente año le cortaban su cobertura), solamente siendo factible la terminación de la cobertura, en el caso en que se demuestre fraude. De igual forma, se excluyeron las preexistencias.

Adicionalmente, los jóvenes hasta los 26 años de edad podrán permanecer en las pólizas de sus padres (en la actualidad permanece hasta los 21 años). Como se mostró en la figura 1, el mayor grupo de edad sin aseguramiento está conformado por los jóvenes, que muchas veces no cuentan con empleos remunerados o de tiempo completo que permitan tener seguros de salud. Esta política trata de expandir la brecha de edad para que las personas jóvenes compren su propio seguro en los mercados de aseguramiento o sean cubiertas por las pólizas de sus padres (tabla 3).

**Tabla 3.** Cambios en las reglas del mercado de aseguramiento

- Prohibición de límites de gasto en todos los seguros individuales y colectivos.
- Prohibición de terminación temprana de cobertura: No se podrán cancelar coberturas injustificadamente.
- La exclusión por preexistencia prohibida.
- Jóvenes de hasta 26 años pueden permanecer en las pólizas de sus padres.

**Fuente:** memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

## Implementación de la reforma

En el año 2012 la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos ratificó la legalidad de la ley, pero hizo voluntaria la expansión del Medicaid; los republicanos se han opuesto a la ley desde su aprobación y han sido obstruccionistas en todos los aspectos de la implementación, marcada por líneas partidistas.

La reforma ha experimentado problemas de implementación; en general, el 44% de los estadounidenses se oponen a la reforma porque la mayor parte de ellos cuentan con un seguro de salud que les permite resolver sus problemas, mientras que únicamente el 38% de la población

Son cuatro estrategias para lograr que la población se incorpore a la reforma, implementando la participación social

está a favor de la reforma y el 18% se ha mantenido escéptica sobre los beneficios (4) (figura 7).

### Participación social

Son cuatro estrategias para lograr que la población se incorpore a la reforma, implementando la participación social: la primera, una campaña de medios y redes sociales; la segunda, la participación de promotores o facilitadores que llegan a las casas de las personas o realizan llamadas telefónicas para dar a conocer sus derechos para incorporarse a un programa de salud; la tercera la constituye la organización de ferias de salud en donde se invita a la población sin seguros de salud a conocer los beneficios o derechos; y, finalmente, la convocatoria de líderes comunitarios que transmiten el mensaje sobre los diferentes programas de seguros de salud (tabla 4).

**Tabla 4.** Afiliación y participación social

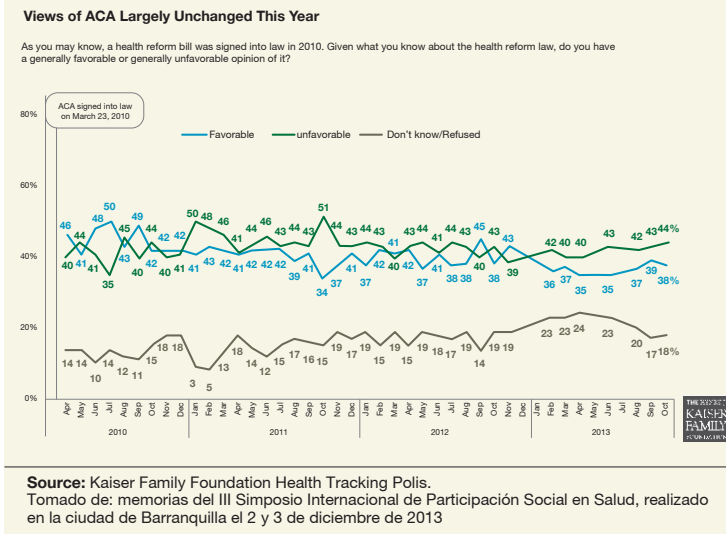
- Campaña en medios y redes sociales.
- Visitas a casas y llamadas: promotoras.
- Organización de ferias de salud.
- Líderes comunitarios organizan campañas de afiliación.

**Fuente:** memorias del III Simposio Internacional de Participación Social en Salud, realizado en la ciudad de Barranquilla el 2 y 3 de diciembre de 2013

### Conclusiones

- El alto gasto en salud, la cobertura limitada del sistema actual y los pocos resultados en salud

**Figura 7.** Sondeo de opinión sobre la reforma en los Estados Unidos



reflejados en la esperanza de vida de sus habitantes originaron en Estados Unidos una reforma al sistema de salud.

- La reforma persigue incrementar la cobertura en salud a través de mecanismos como la ampliación del seguro "medicaid" y la implantación de multas por no asegurarse, dinero que se utilizaría para subsidiar la compra de seguros médicos privados a las personas de bajos ingresos.
- La reforma busca el control en los costos y gasto en salud mediante el cambio de las reglas de mercado. Se propuso la implementación de programas piloto para encontrar medidas y políticas útiles en reducir los costos. Se creó un paquete de 22 intervenciones preventivas para promover su prioridad sobre la provisión de servicios.
- La reforma requiere el cambio en las reglas del mercado del aseguramiento médico para evitar fraudes y la afectación en el incremento en la cobertura y reducción en los costos. Dentro de algunas medidas implementadas se encuentra la prohibición para imponer límites de

gastos en todos los seguros, la prohibición para la terminación temprana de coberturas y la exclusión de preexistencias.

### Referencias

1. Organization for Economic Cooperation and Development-OECD. Health data, 2009.
2. Organization for Economic Cooperation and Development-OECD. Health data, 2008.
3. U.S. Census Bureau. 2008. Annual Social and Economic (ASEC) supplement.
4. Kaiser Family Foundation Health Tracking. 2013.

