

# La reforma al sistema de salud en Estados Unidos: saldos y pendientes

FERNANDO SEPÚLVEDA AMOR

Director del Observatorio de la Migración.

La reciente reforma de los sistemas de salud aprobada en Estados Unidos, en marzo de 2010, marca un parteaguas en la extensión de los servicios de atención médica a un segmento de la población estimado en 32 millones de personas para 2019. También será decisiva en la regulación de la industria de los seguros médicos para evitar las prácticas restrictivas en el otorgamiento de las pólizas.

La reforma establece la obligatoriedad de contratar un seguro médico o enfrentar sanciones monetarias (2014); ofrece subsidios para el pago de las primas para aquellas personas o familias con ingresos hasta cuatro veces el nivel de la pobreza establecido; expande el programa de Medicaid aproximadamente a 16 millones de personas de bajos recursos con ingresos hasta de 133% del nivel federal de la pobreza para 2019; apoya en la compra de medicinas con el programa público de Medicare para la atención de adultos mayores una vez rebasado el límite anual establecido (2011); extiende la cobertura de los seguros médicos de los padres a los hijos adultos dependientes económicamente hasta los 26 años o para adquirir seguros independientes a menor costo (2010); las empresas con más de 50 trabajadores estarán obligadas a proporcionar seguros médicos a sus empleados o pagar una multa (2014). En 2010 las pequeñas empresas podrán recibir créditos fiscales en la adquisición de seguros médicos para sus empleados.

Las empresas pequeñas, las personas que trabajan por su cuenta, y los no asegurados podrán comprar un seguro médico, a partir de 2014, a través de los denominados intercambios estatales de seguros, los que ofrecerán seguros grupales en las mismas condiciones y beneficios que los negociados por las grandes compañías, y podrán ser candidatos para recibir subsidios en la compra de los seguros.

Por medio de estos intercambios estatales las personas o empresas tendrán la opción de afiliarse a planes nacionales, sin fines de lucro, supervisa-

dos por el gobierno federal que atienden a los empleados federales o a los miembros del Congreso.

En 2010, las empresas aseguradoras tienen prohibido establecer límites máximos de cobertura económica en las pólizas; negar el seguro a niños con enfermedades preexistentes, o cancelar el seguro cuando una persona se enferma. A partir de 2011 las empresas de seguros deberán dedicar cuando menos 80% de sus ingresos a la atención médica en planes ofrecidos para individuos y pequeños grupos, y 85% en los planes de grandes grupos.

La reforma establece, a partir de 2014, prohibiciones a las aseguradoras: negar el servicio a personas con problemas médicos previos, cobrar por ese motivo, o por ser mujer.

Con el propósito de cubrir a las personas de alto riesgo que no se encuentran aseguradas se han creado seguros de grupo especiales que los cubran hasta 2014. Algunas provisiones de la reforma establecen que el costo de las primas de seguros más económicas no debe exceder 8% del total del ingreso individual o familiar y regulan el límite de los gastos de bolsillo que deben pagar los asegurados.

Esta reforma también beneficiará a los 16 millones de estadounidenses de bajos ingresos que estarán cubiertos por el programa Medicaid. Entre los individuos no asegurados se incluyen los cerca de 18 millones de jóvenes –30% del total– que estarán cubiertos por las pólizas de sus padres.

Las reformas aprobadas tendrán un costo de 940 mil millones de dólares a lo largo de diez años. La Oficina de Presupuesto del Congreso estima que esta medida reducirá el déficit federal en 138 mil millones de dólares en el periodo, y en 1.3 trillones de dólares en la siguiente década. A partir de 2014 hasta 2019 la nueva legislación dedicará 350 mil millones de dólares al pago de subsidios a 24 millones de personas de ingresos medios o bajos que comprarán sus seguros en forma independiente. Esta legislación extenderá los fondos del fidei-

comiso de Medicare para la atención de adultos mayores por otros nueve años, dado que se tenía proyectado que se agotarían en 2017.

No obstante, hay que destacar que la reforma de salud deja fuera de la cobertura de seguros médicos a entre 22 y 24 millones de personas para 2019, de los cuales 11.8 millones son ciudadanos estadounidenses sin capacidad para cubrir su seguro a pesar de los subsidios; 4.2 millones de inmigrantes legales, con estancia menor a cinco años, excluidos por ley de los beneficios de la asistencia pública; así como 6.6 millones de inmigrantes indocumentados que carecen de seguro médico, y que de acuerdo con las nuevas disposiciones se verán impedidos a adquirirlo con sus propios recursos en los intercambios estatales.<sup>1</sup>

Estas medidas obligarán a los hospitales públicos a cubrir la atención médica de las personas excluidas. Necesariamente se incrementarán los apoyos federales para su sostenimiento al disminuir la base de ingresos procedente de los nuevos pacientes asegurados que emigrarán a los hospitales privados.

### Efectos de la reforma

Una de las premisas básicas de la reforma de salud de Estados Unidos parte del aseguramiento médico universal para alcanzar la cobertura de la población. Esto no necesariamente es verdad, pues el contar con un seguro médico no se traduce automáticamente en una atención médica oportuna. Debido a los altos costos en el pago de los deducibles del seguro y del copago de los servicios, un importante porcentaje de la población asegurada actualmente ha pospuesto un tratamiento, la visita al médico, la realización de un procedimiento de diagnóstico, una prueba de laboratorio, una intervención quirúrgica o la compra de un medicamento.

De acuerdo con un reporte de la Kaiser Family Foundation las personas que compraron una póliza de seguro individual entre 2004 y 2007 acabaron pagando 52% de sus gastos de salud con recursos propios, y 30% los que contaban con un seguro médico en el empleo. Un análisis de la Oficina de Presupuesto del Congreso estima que con la nueva legislación los gastos totales en salud podrían promediar 20% del ingreso de algunas familias.

Es muy probable que las primas de seguros continuarán aumentando. En los últimos diez años se

incrementaron en 131%. De continuar esta tendencia con la tasa histórica de 8.7% de la última década, una prima anual familiar podría alcanzar en 2019 los 30 803 dólares anuales. Una tasa más moderada de 6.1% registrada en estos cinco años previos elevaría esta prima a 24 180 dólares.<sup>2</sup>

El incremento en el costo de las primas es resultado del aumento en los costos de la atención de los adultos mayores, del envejecimiento de la población, y del modelo de atención prevaleciente en EU que favorece el pago por procedimiento sobre el pago por resultados. Otra vertiente del problema es que el aumento constante de los costos de la atención médica resultará en seguros médicos con menores coberturas, lo que en el caso de eventos catastróficos los gastos se elevarán desproporcionadamente.

Si bien se alcanzó parcialmente uno de los grandes objetivos planteados –la reducción del número de personas sin un seguro médico– esto se logró mediante un enorme gasto fiscal del orden de un trillón de dólares.

La reforma de salud atendió la falta de aseguramiento mediante el subsidio de las primas pero no resolvió el problema del explosivo incremento de los costos de la atención médica, que se han incrementado en 27% en los últimos cinco años, contra un aumento de los ingresos de 18% y de 12% en la tasa acumulada de la inflación en el periodo.

Los elevados costos de la atención médica ha conducido a que en 2009 33% de las personas en Estados Unidos dijo tener problemas para pagar sus cuentas médicas, 56% ha pospuesto su atención médica por razones de costo, y 28% ha evitado hacerse pruebas de diagnóstico o algún tratamiento. Este porcentaje crecerá exponencialmente en los cinco años restantes antes de la entrada en vigor de la reforma en 2014, y aún así, los gastos de bolsillo rebasarán la capacidad de pago de un gran número de personas.

Otro efecto de la reforma es la incorporación de los 16 millones de personas de bajos recursos al sistema Medicaid, un crecimiento de 27.5%. Ello incrementará el gasto público, que representa 52% del total del gasto en salud en 2010 –2.7 trillones de dólares y 17.1% del PIB–, y que de continuar la tendencia actual alcanzará los 4.2 trillones de dólares –19.5% del PIB– en 2017, por lo que este aumento en la atención de Medicaid podría elevar el

gasto de los programas públicos a 58%, 2.5 trillones de dólares en esa fecha.

De no sufrir una modificación radical en los próximos diez años, esta tendencia hará insostenible al sistema de salud en Estados Unidos y obligará a las empresas a reducir en mayor proporción la cobertura de las prestaciones médicas, a transferir el incremento en los costos al empleado mediante el aumento del pago a su cargo –actualmente 30% para seguros familiares y 20% para seguros individuales–,<sup>3</sup> y al incremento en el pago de deducibles de los seguros y de los copagos en visitas al médico, estudios de diagnóstico, cirugías, tratamientos y medicamentos.<sup>4</sup>

Lo anterior podría derivar en que los individuos y las pequeñas empresas incapacitados para cubrir los gastos de los seguros médicos opten por pagar la multa en lugar de asegurarse, lo que impactará aún más en la carga de la atención médica prestada por los servicios de salud públicos.

Un elemento adicional es el ingreso de 32 millones de nuevos asegurados al sistema privado de salud, y de 16 millones de personas al sistema público de Medicaid en 2019, pues requerirá de instalaciones y de personal médico para atender a estos 48 millones de estadounidenses. Actualmente hay carencia importante de médicos de atención primaria, enfermeras y personal técnico. En 1960 50% de los médicos practicaban la medicina general; actualmente un poco más de 30% son médicos de atención primaria y solamente 8% de los estudiantes en 2009 estudiaba para ser médico familiar, contra 14% en el año 2000.

La Academia Americana de Médicos Familiares estima un déficit de 40 mil médicos de atención primaria para 2017, y la Asociación Americana de Colegios de Médicos plantea un déficit de 152 mil médicos generales para 2025.

El aumento de la demanda y la reducción de la oferta de servicios médicos impactarán negativamente la atención de la salud: habrá mayores tiempos de espera,<sup>5</sup> una selección adversa de pacientes inscritos en planes de salud con menor cobertura médica, y un menor número de pacientes atendidos por el rechazo de los médicos para atenderlos en los programas públicos Medicaid y Medicare, al sobrepasar la demanda la capacidad instalada de la oferta.

De acuerdo con los principios de la elasticidad de la demanda, a mayores costos, menor número

de personas podrán pagar el alto precio de la atención médica, lo que puede derivar en mayores subsidios gubernamentales; en que únicamente la población más adinerada reciba una atención médica de calidad; o en que colapse el sistema de salud obligando a un replanteamiento radical en la forma en que se prestan los servicios médicos.

El crecimiento de los costos del sector es insostenible por la distorsión económica que representa una participación de más de 20% del PIB estadounidense en los gastos de salud en 2020. Si bien la atención de la salud tiene un efecto positivo en la economía por la creación de empleos y las inversiones asociadas, es un gasto de consumo y no una inversión productiva, lo que repercute necesariamente en la competitividad y en el aumento del costo de sus productos.

Todo este gasto no representa, a final de cuentas, mejores niveles de salud. Estados Unidos se ubica en el lugar 37 en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con cinco indicadores de desempeño, y es el país con el mayor gasto en salud a nivel mundial. Ante la imposibilidad de cubrir la demanda con los recursos humanos y materiales existentes, e imposibilitado de proveer los servicios de atención médica a un menor costo, muy posiblemente Estados Unidos se verá obligado a contratar servicios médicos en el exterior, tal como actualmente se ha empezado a hacer con los servicios de interpretación de diagnóstico a distancia.

México debería estar preparado.

- 1 Se infiere que para 2019 no se ha aprobado una reforma migratoria integral que regularice la estancia legal de los cerca de 11.1 millones de inmigrantes indocumentados registrados hasta marzo de 2009.
- 2 Kaiser Family Foundation. Drew Altman, CEO and President. 2010
- 3 Hoy los empleados pagan en promedio 899 dólares en una póliza individual y 3 997 en una familiar.
- 4 Los copagos se ubican entre 10 y 15%, lo que puede variar entre 10 y 20 000 dólares, dependiendo del costo de la intervención o del procedimiento.
- 5 Incremento de 30 a 52 días para la atención en el programa de cobertura universal del estado de Massachusetts en 2009.