

Breves de Política Pública



Universidad de Santiago de Chile - Facultad de Administración y Economía
Magíster en Gerencia y Políticas Públicas. No 4, julio 2010.

La Reforma a los Seguros de Salud en Estados Unidos

El presidente Barack Obama enfrenta una delicada agenda internacional y doméstica, con dos guerras en curso y temas como la crisis económica global y el gigantesco derrame de petróleo causado por BP en el golfo de México. No obstante, ha logrado una reforma histórica en un área en la que Estados Unidos no calificaba dentro de los países desarrollados modernos, reforma que vale la pena reseñar. El 24 de marzo de 2010 el presidente Obama pudo por fin declarar: "hoy, casi un siglo después del primer intento; hoy, tras casi un año de debate; hoy, después de que todas las votaciones hayan cuadrado; hoy, la reforma del seguro de salud se convierte en ley en Estados Unidos".

La legitimidad de la intervención pública en el campo de la salud no es cuestionada en casi ningún lugar en el mundo, con la excepción notable de Estados Unidos, país en el que el individualismo de mercado tiene una fuerte raigambre. No obstante, las razones para la intervención pública y la limitación del libre mercado en salud son poderosas.

Asimetrías de información. La insuficiente información de la población respecto de las consecuencias de sus decisiones en materia de salud obliga al poder público a intervenir sustituyéndose a las opciones individuales, a diferencia de los bienes privados normales. La puesta bajo tutela de los consumos ligados a

la salud equivale a un reconocimiento de una responsabilidad de los individuos limitada por la asimetría de información y la toma en consideración de las externalidades positivas y negativas asociadas a los estados de salud individuales. Las asimetrías de información entre pacientes y tratantes y entre tratantes y pagadores de las atenciones, han llevado universalmente al establecimiento de fuertes regulaciones de la oferta de servicios médicos.

Esto incluye desde la estricta acreditación de profesionales habilitados para realizar las prestaciones hasta el modo de funcionamiento de los seguros que cubren el financiamiento de eventos de enfermedad.

Seguros médicos. La incertidumbre sobre el estado de salud futura constituye para toda persona la justificación primera para contratar un seguro médico. El mecanismo de mutualización de los riesgos es el fundamento de los mercados de seguros. Siendo la distribución global de los riesgos en una población bastante conocida, el seguro reparte el costo total esperado sobre el conjunto de los individuos asegurados. En materia de seguros médicos, dos principios se oponen respecto a la manera de realizar este reparto: el principio del seguro (o de neutralidad actuarial), que vincula las primas (o las cotizaciones) individuales al riesgo esperado, y el principio de solidaridad, que desconecta las primas de los riesgos individuales y los vincula a características observables como el ingreso. El principio del seguro es aplicado por las aseguradoras privadas (salvo cuando la regulación pública impone primas uniformes). El principio de solidaridad es la base de los seguros sociales o públicos de origen europeo, tanto en el modelo alemán heredado de Bismarck (financiamiento por cotizaciones salariales obligatorias) o el modelo británico inspirado por Beveridge (financiamiento por el impuesto).

Los problemas de eficiencia. Los seguros médicos, como toda actividad aseguradora, están confrontados al problema de que solo los individuos de alto riesgo se aseguren, mientras los de bajo riesgo prefieran no hacerlo en razón de un costo del seguro fundado sobre un riesgo promedio más importante que el suyo propio. En estas condiciones, el seguro no es viable financieramente o bien debe incrementar las primas y limitar el mercado. Si además el seguro logra informarse sobre los riesgos por clase de edad o grupo social, o incluso los riesgos individuales, y no se compromete en un seguro a largo plazo, explota su adquisición de información excluyendo los altos riesgos o imponiéndoles cotizaciones

prohibitivas. Como el riesgo de transformarse en mal riesgo no es asegurable, las compañías no pueden ofrecer un seguro a largo plazo y van a seleccionar los riesgos y no cubrir a los que más lo necesitan. El mercado funciona mal o simplemente desaparece para una parte de la población.

Los problemas de equidad. La legitimidad de que todo ciudadano pueda tener acceso a un nivel adecuado de cuidados independientemente de su ingreso parece universalmente admitida. Desde este punto de vista, el seguro médico privado de tipo actuarial reparte los riesgos entre una misma clase de riesgos. En cambio, un seguro en el que las primas son independientes del riesgo individual reparte los riesgos entre distintas clases de riesgo. Esta solidaridad entre pequeños y grandes consumidores de cuidados es de naturaleza redistributiva y conforme al principio de equidad. Desde el punto de vista de la equidad, las condiciones de acceso al seguro médico deben ser independientes del estado de salud y del riesgo esperado. El Estado debe intervenir produciendo por sí mismo el seguro, mutualizando los riesgos, o imponiendo reglas de cálculo de las primas y tasas de cobertura a compañías privadas conformes a este principio.

Los problemas del sistema de salud estadounidense

Alto costo, baja efectividad. Estados Unidos destina alrededor del 17% de su PIB a gastos de salud. Sin embargo, sus índices de mortalidad infantil y esperanza de vida son peores que los de otros países ricos que destinan un menor porcentaje de su PIB a esta área. Más aún, cerca de 50 millones de sus habitantes no cuentan con cobertura médica alguna. Según los *OECD Health Data* de 2009, a modo de comparación, Suecia, con un sistema público que en Estados Unidos es visto mayoritariamente como

expresión de una especie de colectivismo inaceptable, destinó el 9% de su PIB a salud y logró una tasa de mortalidad infantil de 4.4 muertes por 1000 nacidos, contra una tasa de 6.6 muertes por 1000 nacidos en Estados Unidos, que sin embargo se encuentra en la frontera tecnológica en todos los ámbitos de la atención de salud.

Insuficiente cobertura. El sistema de cobertura de seguros de salud en Estados Unidos está basado en seguros colectivos voluntarios negociados a nivel de la empresa en condiciones muy variadas, mientras solo un 5,1% de los estadounidenses del norte contrata una póliza individual. El gobierno subsidia, desde los años sesenta, a las personas de rentas bajas (con el sistema *Medicaid*) y a los mayores de 65 años (con el sistema *Medicare*). Pero sobre todo, un 15 por ciento no tiene cobertura de seguro alguna. Del total de personas sin seguro médico, 35 por ciento son hispanos, 35 por ciento indígenas americanos, 18 por ciento afroamericanos y el 12 por ciento blancos. Así, la mayoría de los estadounidenses no ancianos y sus familias reciben cobertura de asistencia médica a través del seguro subsidiado por el empleador. Sin embargo, debido a que el seguro está ligado al empleo, los cambios laborales pueden precipitar la pérdida de la cobertura del seguro médico. Hasta ahora, si una persona o miembro de la familia cambia de trabajo, pierde el trabajo, trabaja menos horas, se jubila antes de que comience la cobertura de Medicare, o se enferma, la cobertura de la que depende una familia entera puede desaparecer en un instante. Debido al miedo que provocan las consecuencias de la pérdida de cobertura, los estadounidenses generalmente toman decisiones en base al seguro médico sin tener en cuenta su calidad de vida o estado de salud. El "anclaje al trabajo" resultante, en el que las personas no pueden cambiar de trabajo por miedo a perder los beneficios de salud, ha tenido, según datos recopilados por

el gobierno, un costo para las familias trabajadoras de 3.7 mil millones de dólares en concepto de salarios perdidos. No obstante, entre 2000 y 2009 el porcentaje de empresas que ofrecían cobertura de seguro médico a sus empleados se redujo de 69 a 60; en el caso de las empresas con menos de 10 trabajadores, la disminución fue aún mayor: del 57 al 46 por ciento. Uno de cada seis estadounidenses con seguro subsidiado por el empleador en 2006 perdió su cobertura en el 2008.

Discriminaciones. Según los datos del gobierno de Estados Unidos, con el sistema de atención médica previo a la reforma en 45 estados las compañías de seguros pueden discriminar a personas por sus afecciones preexistentes cuando tratan de comprar un seguro médico directamente a estas compañías en el mercado de seguro individual. Las aseguradoras pueden negarles cobertura, cobrarles primas más altas y/o rehusarse a cubrir esa afección médica en particular. Unos 12.6 millones de adultos no ancianos, el 36 por ciento de los cuales trataron de comprar un seguro médico directamente en una compañía de seguros en el mercado de seguro individual, fueron discriminados debido a una afección preexistente del 2004 al 2007. Los adultos mayores también tienen dificultades para encontrar una cobertura asequible. En 33 estados, se permite a las compañías de seguros, sin restricción de ningún tipo, cobrar primas más elevadas a los individuos mayores y los índices de rechazo de las compañías de seguros médicos son más del doble que los índices de rechazo para las personas de entre 60 y 64 en comparación con las de entre 35 y 39.

Incluso para las personas con seguro, la cobertura no es siempre confiable. Cuando a una persona se le diagnostica una afección costosa, algunas compañías de seguro revisan el cuestionario inicial sobre el estado de salud de la misma. En los mercados de

seguro individual de la mayoría de los estados, las compañías de seguro pueden cancelar retroactivamente toda la póliza si se olvidó de informar sobre una afección, incluso si la afección médica no está relacionada o si la persona desconocía la presencia de la afección en ese momento. La cobertura también puede revocarse para todos los miembros de la familia, inclusive si sólo un miembro de la familia no informó sobre una afección médica.

Inflación de las primas de seguro. Las primas del seguro médico promedio adquiridas a través de un empleador han aumentado en más del 100 por ciento desde el año 2001. Las familias estadounidenses han destinado una creciente parte de sus ingresos en primas de seguro médico: en el 2009, la prima promedio para un plan familiar adquirida a través de un empleador es de 13,375 dólares, más del doble que la vigente en el año 2000. Las primas han aumentado tres veces más rápido que los salarios. Los costos de las primas son sólo una manera en que las familias estadounidenses cargan con los crecientes costos de la atención médica. Los deducibles, copagos y otros gastos de bolsillo en aumento también contribuyen a más gastos inasequibles para las familias. El deducible promedio para una familia aumentó en un 44 por ciento en sólo tres años para los planes de organizaciones de proveedores preferidos (PPO). Y las familias que compraron su seguro médico en el mercado individual enfrentan gastos en efectivo incluso mayores: aproximadamente un 60 por ciento más en deducibles y copagos que una familia que obtiene su seguro a través del empleo.

Deterioro de la atención sanitaria. Según el gobierno, el continuo aumento en los costos de atención médica está obligando a un número creciente de estadounidenses a permanecer sin cobertura sanitaria o bien a obtener una cobertura de menor calidad, o peor aún a ser víctimas de agobiantes deudas

de atención médica o directamente no recibir los servicios de atención que necesitan. La cantidad de personas en las familias trabajadoras que gastan más del diez por ciento de su ingreso en atención médica se ha elevado a más del triple. Una encuesta reciente indicó que 72 millones de personas, o sea el 41 por ciento de los adultos que no son ancianos, acumularon deudas por servicios médicos o tuvieron dificultad en pagar las facturas médicas durante el último año, y el 61 por ciento de los mismos contaba con seguro médico. Como consecuencia de los costos en aumento, las familias estadounidenses se privan de exámenes y controles médicos regulares, omiten medicamentos y evitan otras medidas de prevención, tengan seguro o no. En 2007, el 45 por ciento de adultos no ancianos informaron que tenían dificultades para obtener la atención que necesitan debido al costo, desde el 29 por ciento en el 2001. Incluso entre los adultos asegurados, más de un tercio dijo que tenía dificultades.

La situación es peor para las familias que no tienen acceso a una cobertura de seguro asequible. Las personas sin cobertura de seguro tienen menos probabilidades de recibir atención preventiva, más probabilidades de ser hospitalizados por afecciones que se podrían haber prevenido, y más probabilidades de morir en el hospital que las personas aseguradas. Se estima que la falta de seguro médico provoca la muerte prevenible de decenas de miles de personas cada año. Los niños sin seguro tienen menos acceso a las consultas regulares, inmunizaciones, servicios odontológicos básicos, y medicamentos recetados. Y las familias sin cobertura de seguro deben enfrentar cargas financieras mayores y luchar por satisfacer sus necesidades básicas y pagar sus facturas médicas, problemas que rápidamente generan una deuda médica.

Las claves de la reforma

Un debate polarizado. Es este contexto, y con el antecedente de que el gobierno de Clinton fracasó en el intento y de una larga resistencia de los grupos de interés involucrados prácticamente durante todo el siglo XX para establecer un sistema de seguridad social en salud en nombre de las libertades individuales, se produjo el debate sobre la reforma al actual sistema de salud en Estados Unidos. Los detractores actuaron con un grado de virulencia pocas veces visto y también con eficacia, pues la opinión pública se dividió sobre el proyecto y resintió el argumento de su alto costo fiscal. La aprobación parlamentaria final fue muy estrecha (219 votos contra 212 en contra en la Cámara de Representantes), sin ningún voto republicano y con defecciones de demócratas de cierta magnitud, a pesar de las múltiples concesiones respecto del proyecto original, y en particular respecto de la creación de un seguro público. La idea original de Barack Obama era la de incluir en la reforma la opción de un seguro público (para un 5% de la población, aproximadamente), pero eso fue rechazado durante el debate en el Congreso. Un seguro exclusivamente público al estilo europeo es de difícil implantación en un país de las dimensiones de EE UU y no cuenta con suficiente apoyo popular por razones de carácter cultural, histórico y político.

El objetivo de la reforma aprobada en marzo de 2010 ha sido para la Casa Blanca el de reducir los costos generales del sistema, extender los cuidados de salud a cada estadounidense y asegurar que sean accesibles para todos. Junto a estos amplios principios, Obama también ha establecido varias reformas específicas para la industria que quiere ver implementadas. El gobierno quiere evitar que las aseguradoras rechacen a sus clientes con condiciones preexistentes; poner un tope a la cantidad de cobros menores que las aseguradoras puedan hacer

a sus miembros; poner un freno a las aseguradoras para que dejen de quitar la cobertura a miembros que se enferman de gravedad y que no rechacen renovar la cobertura a clientes seriamente enfermos; obligar a las aseguradoras a cubrir cuidados preventivos completos; prohibir topes anuales o de por vida a las cantidades que los miembros puedan reclamar e impedir que las aseguradoras cobren más sobre la base del género. La reforma sanitaria, con un costo de 938.000 millones de dólares en 10 años, se centra en ayudar económicamente a las familias que no pueden pagar las primas de seguro actuales y en frenar los abusos de las aseguradoras. Éstas son algunas de las claves de la nueva legislación:

Avances en la cobertura. Con esta reforma el Gobierno asume el papel de intermediario entre el público y las compañías privadas y se responsabiliza de que la cobertura sea adecuada y más amplia, aunque no universal. La ley aprobada obliga a todos los ciudadanos norteamericanos y residentes legales a disponer de un seguro médico a partir de 2014 o pagar una multa si no lo hacen. Como la mayor parte de la población es asegurada por la empresa en la que trabaja, hasta ahora al perder el trabajo se perdía también el seguro. Con esta ley, los desempleados recibirán ayuda para comprar un seguro en una bolsa que se creará para ese fin. A su vez, las empresas estarán obligadas a ofrecer seguro a sus trabajadores. Habrá ayudas para las pequeñas empresas que no puedan afrontar este gasto por peligro de quiebra. La reforma proporcionará a las pequeñas empresas créditos impositivos para ayudarlas a ofrecer seguro médico a sus empleados. Esto hará que la atención médica sea más asequible para las pequeñas empresas y sus trabajadores, disminuyendo las primas a los empleadores a tanto como el 50 por ciento, fortaleciendo y afianzando la cobertura subsidiada por el empleador. Para ayudar a las personas de rentas más bajas, el Estado

subvencionará a todas aquellas familias con ingresos anuales inferiores a 88.200 dólares o individuos con ingresos hasta 29.300 dólares anuales. La Oficina de Presupuesto del Congreso calcula que 32 millones de personas sin seguro contarán con asistencia sanitaria en los próximos años. Quedan fuera entre 15 y 20 millones de personas, en su mayor parte inmigrantes irregulares. El Gobierno puede eximir también de la obligación del seguro a ciertos colectivos por razones religiosas o étnicas. Se calcula también que un grupo significativo quede sin cobertura por vivir en la marginalidad.

Ventajas para los que ya tienen seguro. La reforma mejorará las condiciones de las actuales pólizas privadas. **Las compañías no podrán rechazar a un cliente por sus condiciones médicas preexistentes o expulsarlo al contraer una enfermedad de larga duración.** Esto permitirá asegurar a miles de enfermos de sida o a mujeres con cesáreas previas. La reforma evitará que cualquier aseguradora niegue una cobertura en base a un problema de salud subyacente, incluyendo información genética. Pondrá fin a la discriminación consistente en cobrar más a las familias que tienen un miembro con alguna enfermedad y **limitará las diferencias en las primas según la edad.** Evitará que las compañías de seguro cancelen o reduzcan la cobertura si un miembro de la familia está enfermo. La reforma fijará un límite en las obligaciones de pago que imponen las compañías de seguro con relación a los gastos en efectivo y deducibles. La reforma asegurará que los estadounidenses cuenten con opciones de seguro médico transferibles, lo que dejará en libertad a los que se sientan atrapados en empleos por el miedo a perder el seguro y brindará seguridad a millones de personas que pierden sus empleos y la cobertura cada año. El intercambio del seguro médico unirá los planes dentro de un solo mercado para que las familias puedan comparar precios y planes. La reforma

garantizará que todos tengan opciones para elegir un seguro médico asequible y de calidad ante la eventualidad de pérdida o cambio de empleo, mudanza o enfermedad.

Disminución de costos. El gobierno estima que las diversas regulaciones del sistema privado de seguros incluidos en la reforma permitirán una disminución de los costos de atención médica. Por cada un 1 por ciento de disminución se incrementaría el ingreso familiar en 6,800 dólares hacia el 2030, sobre la base de reducir las primas y limitar los gastos en efectivo que salen del presupuesto familiar. La reforma del seguro médico produce un "intercambio" o mercado en la competencia de seguros que reducirá el precio de las primas. La Oficina de Presupuesto del Congreso calcula que las reformas disminuirán el precio de las primas de un plan similar en el mercado individual entre un 7 y 10 por ciento. Para aquellas familias que reciben mayor asistencia, la Oficina de Presupuesto del Congreso estima que, con la reforma, el promedio de primas será inferior a la mitad de lo que sería sin ella. La reforma reducirá los costos al mejorar la coordinación de cuidados, reducir los errores médicos y fomentar planes de salud más efectivos. Se ha estimado que el costo del papeleo innecesario del seguro es de entre 23 y 31 mil millones de dólares por año. Al simplificar y estandarizar el papeleo y computarizar los registros médicos, la reforma ahorrará miles de millones de dólares cada año. Las reformas para mejorar la eficiencia y calidad del sistema de atención médica, como reducir las rehospitalizaciones evitables, fomentar la coordinación de la atención y racionalizar los planes de salud, podrían ahorrar hasta \$3,000 por persona hacia el 2019. Las primas también son altas debido, en parte, al "impuesto encubierto al seguro" de más de 1,000 dólares en cada plan familiar para cubrir los costos de atención médica no pagados de las personas sin cobertura: ésta

carga se aliviará de manera significativa con la ampliación de la cobertura.

Entrada en vigencia de la reforma. Las medidas más relevantes, como las subvenciones a los no asegurados o la obligación de las aseguradoras de aceptar a todos los enfermos, empezarán a aplicarse en 2014. Se ha argumentado que técnicamente es imposible que el sistema asuma de una vez 32 millones de nuevos usuarios.

Esta brecha de entrada en vigencia será utilizada por los movimientos conservadores para procurar derribar más adelante la ley. Pero los estadounidenses apreciarán algunas ventajas antes de 2014: entre las medidas que entraron en vigor con la firma de la ley

hay algunas muy importantes como la prohibición de que las aseguradoras rechacen por condiciones médicas preexistentes a los menores de 19 años, la autorización de que los hijos puedan permanecer en el seguro de sus padres hasta los 26 años o las ayudas a los jubilados para pagar las medicinas.

Cobertura Sanitaria en Estados Unidos

Tipo de seguro	Millones de personas	% de la población
Sin Seguro	45,7	15,3
Póliza individual	15,3	5,1
Medicaid (rentas bajas)	37	12,4
Medicare (más de 65)	42	14,1
Seguros de empresa	158	53,1

Fuente: OCDE.



Editor: Gonzalo D. Martner

Breves de Política Pública tiene por propósito promover el debate sobre los asuntos públicos, es de responsabilidad de la dirección del Magíster en Gerencia Pública de la Facultad de Administración y Economía y no representa necesariamente la opinión de sus autoridades ni de las de la Universidad de Santiago de Chile.