

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1p07-21>

EL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS: MITOS Y REALIDADES (PARTE I)

O sistema de saúde dos Estados Unidos: mitos e realidades (Parte I)

The United States health care system: myths and realities (Part I)

Celia Iriart¹

Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP). Professora Associada Universidade de Novo Mejiço-Programa de Saúde Pública.

E-mail: ciriart@salud.unm.edu

Resumen

Objetivos: Analizar el sistema de salud de los Estados Unidos (EUA) considerando la compleja red que oculta el concepto de sistema basado en la ideología del libre mercado, el financiamiento administrado sustancialmente por compañías de seguro y administradoras de medicamentos, y la provisión por proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) y estatales altamente comercializados. La importancia de desarrollar este análisis radica en lo poco que se conoce en otros países cómo funciona este sistema y en la admiración que produce en el imaginario colectivo, en especial, cuando grupos de interés lo muestran como la solución para supuestos déficits fiscales del sector salud y la ampliación de la oferta de alta complejidad y medicamentos de última generación en países con sistemas basados en acceso universal y provisión pública (total o parcial). **Métodos:** Analítico-interpretativos de datos secundarios. **Fuente de datos:** Mayoritariamente fuentes gubernamentales o documentos basados en ellas. **Resultados:** Los datos analizados contextualizan a nivel socio-demográfico, laboral y económico la reforma del sistema de salud aprobada en el 2010, analiza las desigualdades en acceso a seguro médico, así como las dificultades de obtener servicios debido a los altos costos que deben pagar

¹ Doctorada en Saúde Coletiva (UNICAMP, Brasil), Socióloga (Universidad de Mar del Plata, Argentina). Por más de dos décadas investiga las reformas del sector salud, con énfasis en las disputas y re-acomodamientos inter-capitalistas que se sucedieron en la mayoría de los países a partir de la masiva entrada del capital financiero en el sector y la exportación de modelos neoliberales aplicados a salud desde los Estados Unidos. De su particular interés es el estudio de los procesos de biomedicalización y los efectos subjetivo-ideológicos que se operan en los proveedores de salud y en los usuarios.

asegurados y no asegurados. Conclusiones: Es imperioso extraer lecciones de la reforma de los EUA que obliga a que individuos y empleadores deban comprar seguros a empresas privadas que dan cobertura según la capacidad de pago de los contratantes. La ausencia del derecho a la salud deja a los usuarios librados a reclamar derechos en tanto consumidores, no como ciudadanos de pleno derecho.

Palabras claves: Estados Unidos; Sistema de salud; Reforma; Derechos; Desigualdades.

Resumo

Objetivos: Analisar o sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA) considerando a complexa rede que oculta o conceito de um sistema baseado na ideologia do livre mercado, no financiamento administrado substancialmente por companhias de seguro e administradoras de medicamentos, e na provisão de serviços pelos privados (lucrativos e não lucrativos) e estatais altamente comercializados. A importância no desenvolvimento desta análise é radicada no pouco conhecimento que se tem, nos outros países, de como funciona este sistema e na admiração que é produzida, no imaginário coletivo, em especial quanto grupos economicamente interessados o apresentam como uma solução, em países com sistemas baseados no acesso universal e oferta pública de serviços (total ou parcial), do suposto “déficit fiscal” do setor saúde, e a possibilidade de ampliação de acesso às tecnologias de alta complexidade e aos medicamentos de última geração. Métodos: Analítico-interpretativos de dados secundários. Fonte de dados: Majoritariamente fontes governamentais ou documentos produzidos pelas instâncias governamentais. Resultados: Os dados analisados contextualizam o nível socio-demográfico, do trabalho e econômico a

reforma do sistema de saúde, aprovada em 2010, analisa as desigualdades de acesso aos seguros médicos, assim como as dificuldades na obtenção dos serviços de saúde pelo alto custo que os segurados e não segurados devem pagar. Conclusões: É fundamental tirar lições da reforma dos EUA, que obriga os indivíduos e os empregadores comprarem seguros de saúde de empresas privadas, que dão cobertura de acordo com a capacidade de compra dos contratantes. A ausência do direito à saúde coloca os usuários como meros consumidores e como tal reclamarem direitos enquanto tais e não como cidadãos plenos de direitos sociais.

Palavras chave: Estados Unidos; Sistema de saúde; Reforma; Direitos; Desigualdades.

Abstract

Objectives: Analyze the US health care system considering the complex network that is hidden under the concept of a system based on the ideology of free market, on the financial management by insurance companies and by those that manage medical drug benefits, and on the provision of services by private (for-profit and not-for-profit) and highly commercialized governmental services. The importance of developing this analysis resides on the lack of knowledge in other countries in regards to how the system works and the fascination created in the collective vision by interest groups. These groups show this type of system as a solution to reduce supposed fiscal deficits and expand access to high technology and the most advanced medical drugs in countries with systems based on universal access and public provision of services (total or partial). Methods: Analytical-interpretative, based

on secondary data. Data sources: Mostly governmental sources and documents based on them. Results: The analyzed data contextualizes the health care system reform approved in 2010, at socio-demographic, labor and economic levels, and it analyzes the inequities in medical insurance access, as well as the difficulties in obtaining health care services as a consequence of the high costs that must be paid by insurer, underinsured and uninsured populations. Conclusions: It is imperative to extract lessons of the US health care reform, which requires that individuals and employers purchase insurance from private companies that provide coverage based on payment capacity. The absence of health rights leaves the users of health care services with only the option of demanding consumer rights, not citizenship (in ample sense) rights.

Keywords: United States; Health Care System; Reform; Rights; Inequalities.

En este artículo me propongo analizar el sistema de salud de los Estados Unidos (EUA) teniendo en cuenta la compleja red que se oculta en el concepto de un sistema basado en la ideología del libre mercado, el financiamiento administrado sustancialmente por compañías de seguro y administradoras de medicamentos, y la provisión en manos de proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) y estatales altamente comercializados. La importancia de desarrollar este análisis radica en lo poco que se conoce en otros países cómo funciona este sistema, los gastos totales y per cápita, qué significa ser un usuario o en realidad un cliente o consumidor, y cuáles son los resultados de salud que produce. Esta importancia está también relacionada con la admiración que produce en el imaginario colectivo de otras sociedades, en especial, cuando grupos de interés lo muestran como

la solución para supuestos déficits fiscales del sector salud y la ampliación de la oferta de alta complejidad y medicamentos de última generación en países con sistemas basados en acceso universal y provisión pública (total o parcial).

El sistema de salud de los Estados Unidos: mitos y realidades (Parte I)

Para entender este complejo sistema no basta leer estadísticas o materiales que lo describan, hay que vivenciarlo y por eso es importante que explicito desde dónde hago este análisis (objetivar al sujeto objetivante en términos de Pierre Bourdieu).¹ Vivo en los EUA, en el estado de Nuevo México, desde hace casi 20 años (mi país de origen es Argentina), trabajo como profesora en un programa de salud pública inserto en una escuela de medicina de una universidad estatal, que tiene el hospital universitario de mayor complejidad del estado. Tengo seguro de salud vía mi empleador y enseño el curso de sistema de salud de los EUA desde hace más de 10 años en la maestría de salud pública. Esto me permite compartir las experiencias de los estudiantes que tienen variadas situaciones de seguro médico y, en muchos casos, son proveedores en los servicios de salud. También he desarrollado investigaciones sobre acceso a los servicios de salud con comunidades de inmigrantes y no inmigrantes de bajos recursos y sobre el impacto de la introducción del capital financiero en los sistemas de salud de varios países latinoamericanos.²⁻⁶ Estas aclaraciones son importantes porque los EUA tienen un sistema sumamente complejo y fragmentado, que hace casi imposible entender las coberturas y sumamente difícil de navegar y acceder a los servicios.

Tanto para usuarios como para proveedores es imposible saber de antemano cuales serán los gastos que un determinado servicio supondrá para el usuario, ya que los proveedores no tienen acceso a esta información, sólo marcan códigos que serán transformados en dólares por las áreas administrativas, que remitirán las facturas al usuario (si no tiene seguro) o a los seguros. Los seguros determinarán luego el monto que según los acuerdos firmados con los proveedores les reconocerán (siempre menos de lo facturado) y le enviarán al usuario la factura con la parte que le corresponde pagar según su cobertura financiera, por deducibles, coseguros, copagos, u otros gastos directos de bolsillo. Esto es así aún en el caso de los hospitales de propiedad estatal, ya que no existe en los EUA ninguna categoría de hospitales a los que se acceda sin pagar, salvo en el caso de la emergencia, donde todos los hospitales están obligados atender a los pacientes y darle los primeros cuidados independiente de su condición financiera o de su calidad de asegurado. Aun así, a posteriori la persona recibirá las facturas, sumamente abultadas en todos los casos que, de no pagar en un determinado plazo, serán mandadas a las agencias privadas de colección de deuda. Si un usuario no paga en un tiempo determinado cualquier deuda proveniente de servicios de atención médica, se lo declara insolvente, lo que implica que el puntaje de su crédito será reducido, dificultándole incluso la posibilidad de poder alquilar una vivienda o de conseguir un empleo, ya que, en los EUA para todo tipo de transacción económica se verifica el puntaje del crédito. Es decir, que una persona puede ser convertida, por una deuda con los servicios de atención médica, en un insolvente, con serias consecuencias para su vida y la de su familia. Las deudas al sistema de salud son las primeras causas de bancarrota personal en los EUA, siendo que del total de personas que presentan quiebra por

este motivo, el 78% declara tener algún tipo de seguro médico. El tema es que la parte que le toca pagar al usuario puede ser tan alta que es imposible de afrontar, en especial en caso de enfermedades prolongadas o tratamientos costosos (este es el caso, por ejemplo, de tratamientos por cáncer) o tratamientos que el seguro médico se niega a pagar por sus altos costos.⁷

A esta altura los lectores se preguntarán: ¿qué hace una persona que no tiene seguro médico en los EUA? Una persona sin seguro deben recurrir a las llamadas clínicas comunitarias (primero y segundo nivel de atención) y pagar de su bolsillo honorarios basados en una escala de ingresos. El usuario no debe tener casi ingresos para poder ser atendido sin pagar. Si una persona considera que tiene una emergencia o algo le sucede después de las cinco de la tarde, cuando la mayoría de los servicios regulares dejan de atender, deberá ir a la emergencia y recibir abultadas cuentas a pagar o caer en insolvencia. En muchos hospitales se puede solicitar ayuda financiera para pagar las deudas haciendo un plan de pago de acuerdo a lo que la persona pueda pagar por mes.

Por lo expuesto, es de suma importancia entender cómo opera este sistema, qué resultados de salud produce y cuánto cuesta, para saber a qué se exponen los países que se proponen adoptar, total o parcialmente, este modelo de supuesta eficiencia financiera, para palear supuestos déficits fiscales y dejar en manos del mercado la regulación de la oferta y la demanda de servicios de salud, así como el acceso a las tecnologías y tratamientos más avanzados. Para lograr esta comprensión debemos empezar por deconstruir la forma en que entendemos en otros países varios conceptos y estar alertas a las recetas tecnocráticas que de manera descontextualizada proponen reformas que suenan técnicamente muy apropiadas por hacer abstracción de los

procesos que operan en los contextos específicos. Asimismo, las mismas palabras esconden conceptos muy diferentes que, de no ser clarificados pueden generar una gran confusión y problemas no deseados cuando se reforman los sistemas de salud. Este es el caso, por ejemplo, de lo público y lo estatal, el papel del sector privado y gubernamental en el financiamiento y en la provisión de servicios, el papel y financiamiento de las agencias gubernamentales a cargo de la salud pública, el reemplazo de la categoría de usuario por la de cliente o consumidor, el concepto de libre elección y libre mercado, la “imposibilidad” de conocer los costos y la consecuente imposibilidad de que una “cliente/consumidor” pueda determinar si puede o no afrontar el gasto, entre muchas otras categorías y situaciones que iré desglosando a lo largo del análisis.

Para empezar a conocer este complejo sistema voy a dividir el análisis en dos partes, en la primera, que será incluida en este artículo, me propongo describir y analizar aspectos demográficos, socio-culturales, laborales y económicos de los EUA, y el impacto de la reforma aprobada en el 2010 en relación a la cobertura financiera para acceder a la atención médica. En una segunda parte, a publicarse en el próximo número de Saúde em Redes, analizaré los resultados de salud en comparación con otros países, el gasto en salud, la administración del financiamiento vía múltiples seguros privados y gubernamentales, y la organización de la provisión de servicios colectivos y personales.

Contextualizando el sistema de salud de los EUA: pobreza, desigualdades y ausencia de derechos

De acuerdo a las más recientes estimaciones del censo de los EUA, la población total se estima en algo más de 320 millones de personas, dividida casi en partes iguales entre hombres y mujeres. Los menores de 5 años representan, en porcentajes redondeados, el 6%, los menores de 18 años y mayores de 5 años el 17%, los adultos jóvenes (18-44 años) el 40%, los adultos de 45 a 64 años el 22% y los mayores de 65 años el 15%. La población que declara ser blanca no-hispana o latina es 62%, latina o hispana 18%, negra o afro-americana 12%, asiática 6% e indígena americana o nativos de Alaska 1%, con importantes variaciones entre estados.⁸

A nivel educativo, para el año 2015, el 12% de los estadounidenses mayores de 25 años no completaron el secundario, del 88% que lo completó, 27% tiene además algún nivel universitario (completo o no), y solo 12% completó además estudios superiores (medicina y leyes que se cursan luego del nivel universitario inicial, y maestrías y doctorados). Estos porcentajes presentan grandes variaciones al considerar raza o etnicidad, estando los hispanos o latinos muy por debajo del resto de la población. Otro dato de importancia es que 13% de la población que residen en EUA nació fuera del país, y 21% de la población mayor de 5 años habla en la casa otro idioma diferente al inglés.⁹

La estimación para el 2014 de la media de ingresos anuales en bruto (las contribuciones por impuestos son muy altas en los EUA) de los hogares era U\$S 53.687 y el ingreso per cápita U\$S 28.555. Estos promedios encubren diferencias de ingresos muy grandes, ya que el 90%

de la población tenía un ingreso anual de U\$S 33.068, mientras que el 10% percibía un promedio de U\$S 295.845 al año y el 1% ganaba anualmente en promedio U\$S 1.260.508. EUA es el país más inequitativo entre los países de altos ingresos.¹⁰ En este sentido al considerar la definición de la línea de pobreza que realiza el gobierno federal (LFP) y aplica a todos los estados (excepto Alaska y Hawaii), hay que tener en cuenta que son valores que realmente no cubren las necesidades básicas de las familias. Para el 2016, una familia de cuatro personas está a nivel de la LFP si gana anualmente en bruto U\$S 24.300 o U\$S 2.025 por mes).¹¹ En base a estos valores se establece que el porcentaje de personas bajo la LFP es de casi 15% (o 46 millones de personas), que aumenta al 21% si consideramos solo a la población infantil. Considerando la población por su raza o etnicidad la pobreza entre la población negra asciende al 26% y entre los hispanos o latinos al 24%. El porcentaje de la población viviendo con inseguridad alimentaria es del 14%.¹²

Para entender en otros países estos valores es importante que se considere que, según estimaciones del gobierno, una familia tipo debe gastar U\$S 565 en vivienda (viviendo en general en lugares alejados, peligrosos, y pequeños); U\$S 250 en servicios básicos (electricidad, gas y agua); U\$S 345 en transporte (mayoritariamente automóvil por la falta de transporte público en la gran mayoría de las ciudades), U\$S 220 en cuidado institucional de niños si se tienen subsidios (prácticamente no hay instituciones públicas de cuidado o educativas para menores de 5 años); U\$S 356 en alimentos (sin acceder a comida fresca y con baja elaboración industrial); U\$S 220 en atención de la salud, aún teniendo algún tipo de seguro debido a copagos, coseguros, etc.; y a esto aún falta sumarle ropa, calzado, materiales escolares, acceso a internet, teléfono, pérdida de salario si el adulto que trabaja se enferma o debe cuidar

a un niño enfermo que lo obliga a perder días de trabajo (como veremos pocos trabajos ofrecen pago por días no trabajados por enfermedad del trabajador, mucho menos por cuidar a un familiar directo).¹³ Es decir, sólo contando gastos muy básicos, una familia tipo no alcanza a cubrir sus necesidades básicas si sus ingresos están en la LFP o por debajo. También pasan muchas restricciones las familias que ganan lo que se considera es el promedio de ingresos del 90% de la población (U\$S 33.068).

La mayoría de los países de altos ingresos, e incluso muchos de ingresos medianos, tienen formas de redistribución de la riqueza vía educación pública (en todos los niveles incluyendo universitario) y cuidado de niños pequeños de calidad, cuidados de salud (incluidos programas de promoción y protección de la salud), derechos laborales (vacaciones, días pagos por enfermedad para el empleado y para cuidar a su familia, días pagos por maternidad y paternidad, entre otros derechos laborales). Los EUA no tienen casi ninguno de estos derechos laborales, en este país se llaman beneficios (encubriendo así que es salario indirecto) y no es obligatorio ofrecerlos.^{14,15} Recién en este último año se empezó a discutir en algunos estados la necesidad de legislar en el tema de licencias por maternidad/paternidad (llamadas "parental leave"). Esta, como la mayoría de las políticas laborales, sanitarias, educativas y sociales son aprobadas y aplicadas de manera muy fragmentada, implicando que algunos estados las adoptan y otros no, los gobiernos federal y estatales puede establecerlas para todas o algunas de sus agencias o poblaciones bajo su incumbencia, las instituciones (públicas y privadas) a su vez establecen sus propias políticas y aún una misma institución puede establecer diferentes políticas para diferentes categorías ocupacionales o sub-organizaciones. Por este motivo es necesario recurrir a ejemplos concretos para entender

estas políticas diferenciales que crean enormes desigualdades e inequidades. Por ejemplo, en la universidad estatal donde trabajo, existen tres regímenes para la licencia por maternidad/paternidad, una parte de los profesores tiene asegurados seis meses de licencia, otros (llamativamente los del Centro de Ciencias de la Salud) tienen sólo ocho semanas y el personal administrativo y profesional que no entran en el régimen de los profesores, no tienen ningún día pago, solo pueden faltar 12 semanas sin recibir salario, con la garantía de reserva del trabajo, aunque no necesariamente el mismo puesto que dejaron para tomar la licencia.¹⁶⁻¹⁸ Lamentablemente, esta última es la modalidad más común en los EUA. Esto hace que muchas mujeres deben regresar a trabajar casi inmediatamente después del parto o usar vacaciones o días por enfermedad (si es que tienen estos “beneficios” en su empleo), para cubrir algunos días adicionales luego del parto. Esto afecta también mucho la posibilidad de las madres de amamantar a sus hijos, en los EUA sólo 49% de los niños fueron amamantados hasta los seis meses en el 2014, porque generalmente tampoco existe reducción horaria u otras facilidades para que las madres trabajadoras amamenten a sus hijos.¹⁹ Todo esto como bien sabemos afecta la salud de madres y recién nacidos.

Los días por enfermedad, en el caso de aquellos empleados que tienen ese beneficio, son de todas maneras muy limitados. En mi universidad se ganan ocho horas por mes trabajado, es decir que para tener una semana de licencia por enfermedad un empleado tiene que haber trabajado sin faltar cinco meses (y esta universidad es un empleador que, en el contexto estadounidense, otorga buenos beneficios a sus trabajadores). La mayoría de las personas que trabajan en los EUA en puestos de media y baja calificación no tienen estos beneficios y si faltan pierden salario y hasta pueden perder el trabajo.

El porcentaje de desempleo aparentemente es muy bajo (5%); sin embargo, el tener un empleo en los EUA no garantiza que el empleador ofrezca seguro de salud. Recién a partir del año 2015-16, bajo la ley aprobada en 2010 (Patient Protection and Affordable Care Act por su nombre en inglés, popularmente conocida como “Obamacare”), los empleadores están obligados a proveer seguro sólo en el caso en que tengan más de 50 empleados que trabajen un mínimo de 30 horas a la semana. De no cumplir con este mandato legal deben pagar una multa al ente que recauda impuestos. Los hijos menores de 26 años están incluidos en esta obligación de provisión de seguro médico por parte de los empleadores, pero no las esposos/as y si el seguro es demasiado caro para los hijos, el empleado puede declinarlo y buscar comprar seguro individual, subsidiado, en el llamado mercado de seguros privados, inicialmente organizado por el gobierno federal. Seguro dental y de visión no son parte del seguro médico (se deben contratar aparte) y no están legislados por esta ley. Por su parte, si el empleador tiene menos de 50 empleados trabajando tiempo completo, no esta obligado a ofrecer seguro médico, dejando a estos trabajadores obligados a comprarlo individualmente para no ser penalizados, ya que la ley obliga a todos los residentes documentados a estar cubiertos por un seguro.²⁰

La contribución de empleados y empleadores al seguro médico se basa en valores fijos, no en porcentajes, siendo estas contribuciones altamente regresivas para los asalariados de menores recursos. Por ejemplo, en la universidad donde trabajo las escalas para el año fiscal 2017 son: 1) hasta U\$S 34.999, 2) entre U\$S 35.000 y 49.999 y 3) más de U\$S 50,000. La universidad contribuye más para los empleados de tiempo completo (en este caso 40 horas) pero en porcentajes diferenciales (80% para aquellos en la escala 1, 70% para los

que están en la escala 2 y 60% para los ubicados en la 3. Un número importante de empleados administrativos, profesores y trabajadores en las especialidades clínicas ganan muy por encima del límite inferior de la tercera categoría, con lo cual para ellos es muy baja la contribución, pero ésta puede resultar imposible de afrontar para los empleados en las escalas salariales inferiores. La universidad no contribuye nada para aquellos que trabajan menos de 50%. Mucho del personal que gana salarios bajos no puede aceptar el seguro para sí y otros deben declinarlo para su familia, debiendo recurrir a la compra en el mercado de seguros con subsidios estatales o acogerse a programas de cobertura para personas de bajos ingresos si califican, tal el caso de Medicaid (programa gubernamental para personas de muy bajos ingresos) u otros.

Asegurados, sub-asegurados y no-asegurados: quiénes y cuántos son

La ley aprobada en el 2010 (conocida también por la sigla ACA – Affordable Care Act) consta de casi 1000 páginas de intrincados, fragmentados y complejos mecanismos, cuyo objetivo central es que la mayoría de la población (residente documentada) de los EUA tenga alguna cobertura financiera para afrontar gastos médicos. El total de las provisiones entrarán en vigencia en el 2018 y varias importantes, en relación a aumentar cobertura financiera, como la obligatoriedad de los grandes y medianos empleadores de ofrecer seguro médico fueron aplazadas (del 2014 al 2015 y del 2014 al 2016, respectivamente).²¹

El nombre de la ley indicaría que propicia que la población pueda tener cuidados de salud económicamente accesibles, sin embargo, es sólo una ley que impulsa que la mayoría de la población

obtenga una cobertura financiera vía un seguro médico mayoritariamente provisto o administrado por empresas privadas. Esto nada tiene que ver con que los asegurados accedan a la atención, ya sea por falta de proveedores en su área o por temor a no poder pagar los costos que le corresponden según los contratos.

La ley estaba originalmente basada en tres pilares: a) la expansión en cada estado del programa de asistencia médica llamado Medicaid, para cubrir a los adultos sin hijos menores, que reciban en el 2016 un ingreso anual bruto, según la declaración de impuestos, por debajo del 138% de la LFP (U\$S 16,404 para individuos); b) la obligatoriedad de los empleadores con más de 50 empleados de tiempo completo de ofrecer seguro médico; y c) el mandato individual, para lo cual se estableció un mercado de seguros privados, accesibles a través de portales (llamados Health Exchange), desarrollados por el gobierno federal, algunos estados, y por empresas privadas lucrativas y no lucrativas. En estos portales empresas de seguro médico lucrativas y algunas cooperativas, ofrecen opciones de diverso costo para quienes tienen que comprar seguros de manera individual o colectiva. Según la ley todos los residentes documentados están obligados a tener seguro aunque, como veremos, la fragmentación del sistema y las fallas de la ley y de su reglamentación han dejado aún a millones de personas sin ninguna cobertura financiera y a muchos otros con coberturas financieras muy parciales. Para facilitar el cumplimiento del mandato individual, el gobierno federal otorga subsidios variables vía crédito impositivo o subsidio directo dependiendo el ingreso anual. A este subsidio pueden acceder aquellos individuos que demuestren que sus ingresos están entre 100% (U\$S 11,172 para un individuo y U\$S 31,812 para una familia de cuatro) y 400% de la LFP (U\$S 47,520 para un individuo y U\$S 97,200 para una familia de cuatro).²²

Uno de estos pilares fue cuestionado por la Corte Suprema en el 2012, dictaminando que los estados no están obligados a aceptar la expansión de Medicaid. Esto redundó en que hasta el momento, 19 estados gobernados por el partido opositor al gobierno no aceptaron la expansión, dejaron a millones sin acceso a este seguro y obligados a comprar seguros de bajo costo y cobertura para no ser penalizados, pero sin poder obtener subsidios si están por debajo del 100% de la LFP.²³ Una provisión de la ley que facilitó expandir la cobertura financiera fue la prohibición a las empresas que ofrecen seguros individuales de rechazar asegurados por tener condiciones de salud preexistentes o negarse a renovarles las pólizas. Entre estas condiciones preexistentes las compañías de seguro incluían el “riesgo” de cubrir mujeres en edad reproductiva. También extendió la obligatoriedad de los empleadores de proveer seguro a los hijos dependientes hasta los 26 años (antes era hasta los 25).²⁴

La ley ha permitido aumentar la cantidad de población con algún tipo de seguro médico aunque, como veremos a continuación, con muy variada cobertura prestacional y financiera. La oficina del censo de los EUA define que una persona está asegurada (seguros privados o gubernamentales) para afrontar contingencias de salud, si tuvo un seguro comprensivo (con limitados gastos de bolsillo luego del pago de la póliza) durante todo o parte del año en que se toma la encuesta. No-asegurados son aquellos que no han tenido ninguna cobertura durante todo el año y sub-asegurados quienes han tenido que afrontar, en los 12 meses previos, un pago de bolsillo del 10% o más de sus ingresos anuales (excluyendo el pago de la póliza), o han pagado de su bolsillo el equivalente a 5% o más de un ingreso familiar por debajo del 200% de la LFP, o si la cantidad a pagar antes de que el seguro comience a cubrir los gastos (deducible) es del 5% o

más del ingreso familiar. En el caso de los sub-asegurados, el pago de bolsillo sólo se contabiliza si el usuario inició un proceso de atención vía el seguro médico, no si paga de su bolsillo servicios o tratamientos que usó por fuera del seguro.^{25,26} En el caso de los asegurados la definición oficial sobreestima la cantidad de los mismos, ya que incluye a aquellos que pueden haber tenido seguro sólo algunos meses en el año. Mientras que la definición de sub-asegurados no incluye a aquellos que incurren en gastos médicos que comprometen sus ingresos, pero no los hicieron vía el seguro o si no usan servicios por temor a no poder pagarlos, como veremos más adelante.

En 2009, antes de la aprobación de la ley, se estimaba que la cantidad de personas sin ninguna cobertura financiera para afrontar la atención médica eran 58.7 millones de personas (casi 20% de la población). De esta cantidad, 83% tenían entre 18 y 64 años y 16% tenían 17 años o menos.²⁷ Básicamente todos los ciudadanos estadounidenses acceden al seguro provisto por el gobierno federal llamado Medicare al cumplir 65 años, por ese motivo, a partir de esa edad, prácticamente no hay ciudadanos estadounidenses sin cobertura financiera, aunque ésta puede ser muy parcial y entrar en la categoría de sub-aseguramiento.

El número de no-asegurados ha ido descendiendo desde la aprobación de la reforma, los últimos datos de la encuesta del censo de los EUA muestran un descenso de 8.8 millones de personas sin ninguna cobertura financiera entre el 2013 y el 2014. Esto coincide con la entrada en vigencia de las más importantes provisiones de ampliación de cobertura financiera de la ley aprobada en el 2010, quedando el número de no-asegurados en 32.3 millones, es decir 10% aproximadamente de la población. Esta disminución de los no-asegurados entre 2013 y 2014 se debió, en primer lugar, a que más personas debieron comprar seguro individual por la entrada en vigencia del

“mandato individual”, y en segundo lugar, por el aumento de personas cubiertas por Medicaid como efecto de la expansión prevista por la ley y aceptada por 32 estados.²⁸

En el 2014 más gente tuvo seguro privado que gubernamental (66% vs 34%). Las personas cubiertas por seguros basados en el empleo fueron 55%, por Medicaid 20%, por Medicare 16%, por compra individual 15% y por el seguro militar 5% (no da 100% por múltiples coberturas). El nivel educativo pesa en relación a la posibilidad de acceder al seguro y al tipo de seguro (privado o gubernamental, comprensivo o con altos pagos de bolsillo). Como se observa en los datos provistos por las encuestas inter-censales, en el 2014, al considerarse la educación de los asegurados entre 25 y 64 años, obtuvieron seguro médico 95% de aquellos con estudios de pos-graduación o profesionales, 92% de los que tienen un título universitario inicial, 82% de los que tenían estudios secundarios y sólo 60% de aquellos que no completaron el secundario. La educación además impacta en el tipo de seguro, ya que 90% de quienes obtuvieron estudios de pos-graduación accedieron a seguros privados, mientras que sólo 40% de quienes no completaron el secundario lo hicieron. Estos tuvieron más cobertura vía programas gubernamentales (35% vs 9% para los de educación superior). El nivel educativo alcanzado está en relación también con tener trabajo formal de tiempo completo o parcial. Aquellos con menor capacitación acceden menos a trabajos de tiempo completo (90% vs 83%) y como vimos el empleador no tiene obligación de proveerles cobertura, por lo que deben comprarla individualmente o acceder a un programa gubernamental.²⁸ Grandes corporaciones como Wal-Mart y McDonald, que tienen muchos empleados de tiempo parcial o pagan salarios muy bajos, pero también universidades (privadas y estatales) que cada vez más ofrecen cursos dictados por profesores de tiempo parcial y precaria relación

laboral, representan una carga impositiva al conjunto de la sociedad estadounidense de 153 mil millones de dólares. Esto se debe a que estos empleados deben recurrir a los programas gubernamentales para cubrir sus necesidades de cobertura médica, suplementación alimentaria, entre otros, generándose un subsidio indirecto desde los contribuyentes hacia las grandes corporaciones multinacionales y otros grandes empleadores.²⁹

En relación a la etnicidad, se observa que entre el 2013 y el 2014, hubo un aumento de 5% de afroamericanos y otro tanto de hispanos o latinos que obtuvieron seguro médico, y algo menos entre la población definida como blanca no-hispana o latina (3%). También se observa que entre 2013 y 2014 hubo un crecimiento en la cobertura médica entre la población de menores ingresos: 6% en las franjas de población que están por debajo del 100% de la LFP y también entre los que están entre 100% y 249% de este indicador, mientras que para los que están entre el 250% y el 399%, el crecimiento fue del 2% y casi del 1% para quienes están por encima de 400%.²⁸

De los 32.3 millones que permanecían no-asegurados en el 2014, 54% tenían un ingreso anual familiar por debajo del 200% de la LFP y otro 29% estaba entre el 200% y el 300% de este indicador. Los hispanos o latinos y los afroamericanos representaban el 21% y el 13% respectivamente de los no-asegurados, mientras que entre la población denominada blanca-no hispana o latina solo el 9% no estaba asegurada. El 14% de los adultos menores de 65 años no estaba asegurado, mientras que entre los menores de 18 este porcentaje era del 6%. En el 2014, tendencia que continúa, las diferencias en relación a la cantidad de personas sin seguro también estaban determinadas por lugar de residencia, los estados con más porcentaje de población sin seguro eran los que no aceptaron expandir Medicaid, colocándose en el extremo superior Tejas (19%), y Florida

y Alaska (17%). Estados pobres que en algún caso expandieron Medicaid (Nuevo México) y en otros no (Luisiana y Misisipi) estaban en alrededor del 15% de la población sin seguro, mientras que los estados más ricos estaban por debajo del 10%, hasta llegar al 3% en Massachusetts.²⁵

En líneas generales, la legislación ha tenido un impacto positivo en incrementar la cobertura financiera, particularmente entre los sectores con mayores desigualdades en este sentido. Sin embargo, hay otros elementos que hay que considerar para comprender si tener cobertura financiera para cubrir gastos médicos es suficiente para acceder a la atención. Para eso es importante analizar cuántas personas están sub-aseguradas en los EUA en base a la definición oficial que dimos anteriormente. Para el año 2014, se estimó que 31 millones de personas estuvieron sub-aseguradas, de las cuales 20% estaban cubiertas por un seguro provisto por su empleo, con porcentajes mayores para aquellos trabajando en pequeñas y medianas empresas (menos de 100 empleados). Las personas sub-aseguradas con seguros individuales fueron 37%, con Medicaid 22% y con Medicare 42%. Los estados con porcentajes más altos de población sub-asegurada fueron Tejas y Florida (31% y 29% respectivamente) y aquellos con menos sub-asegurados, California y New York (19% y 22% respectivamente).²³

La causa más importante del sub-aseguramiento fue el alto valor de los deducibles, esto es, lo que la persona debe pagar antes de que el seguro comience a cubrir los gastos médicos. El porcentaje de gente con seguros sin deducible cayó del 40% al 25% entre 2003 y 2014. Al mismo tiempo el monto de los deducibles aumentaron, en el 2014 más de 1 en 10 adultos (11%) con un plan privado tenían un deducible de U\$S 3.000 o más, comparado con el 1% en 2003. Las personas con seguro individuales que tienen seguros con altos

deducibles era el 24% en 2014 comparado con el 7% en 2003. De nuevo Florida y Tejas se colocaron a la cabeza en cantidad de personas con seguros con altos deducibles (12% y 15% respectivamente), mientras que California y Nueva York mostraron los menores porcentajes (6% cada uno).

En el 2014, 42% de aquellos considerados sub-asegurados estaban por debajo del 200% de la LFP. La gente con problemas de salud más serios estuvieron en mayor riesgo de estar sub-asegurados (30% vs 16% de los que se consideraron más saludables). El 51% de los adultos sub-asegurados reportaron para ese mismo año, problemas para pagar las cuentas relacionadas con servicios médicos o que estaban pagando deudas de esa índole. Esto representa el mismo porcentaje de adultos que estuvieron sin seguro en 2014 y más del doble de lo que reportaron quienes no tienen problemas de sub-aseguramiento. Cerca de la mitad de los adultos sub-asegurados (47%) que tienen problemas para pagar deudas por cuentas médicas o tienen deudas por esto, dijeron que usaron todos sus ahorros para pagarlas y 44% dijo que el puntaje de su crédito se vio afectado por este tipo de deudas, 34% de los sub-asegurados con deudas médicas morosas manifestaron haber tomado deuda de una tarjeta de crédito para poder pagar y 7% de los sub-asegurados indicó que tuvo que declarar la bancarrota por las deudas médicas.

Otra consecuencia importante de estar sub-asegurado -- y esto aplica aún a aquellas personas que según la definición de la encuesta oficial no entran en esta categoría y por lo tanto no están cuantificadas por los datos oficiales -- es la tendencia a no buscar atención médica, debido al temor a no poder pagar deducibles y copagos. En el caso de los sub-asegurados considerados por la encuesta, el 44% indicó no haber tenido la atención médica necesaria en el 2014, dejando de hacerse exámenes de

laboratorio o tratamientos indicados, o consultas con especialistas a los que habían sido derivados. Este porcentaje fue del 23% para aquellos que tuvieron seguros con menores copagos por parte del usuario y del 57% en el caso de la gente sin seguro. Los sub-asegurados con seguros con altos deducibles fueron los más impactados con relación a postergar atención médica, 44% de ellos con un deducible de U\$S 3.000 versus 16% de aquellos sin deducible. El 24% de los sub-asegurados también reportó no haber comprado medicamentos prescritos o saltar dosis debido al costo, comparado con 7% de los asegurados que no están en esta situación de sub-aseguramiento. Más sub-asegurados con enfermedades crónicas indicaron haber ido a la sala de emergencia o haber estado internados, que los que tenían seguros con menos copagos.

La tendencia observada es hacia un crecimiento de las coberturas de seguro con altos deducibles y copagos, así como mayores límites de lo que el asegurado debe pagar anualmente antes de que el seguro cubra el 100%. Esto tiene un efecto muy pernicioso en las personas que más necesitan recibir atención médica, esto es, enfermos crónicos, en especial los mayores y aquellos de menores recursos.²⁶

Cierre provisorio

En síntesis, lo que la reforma aprobada en el 2010 principalmente propició es que individuos y empleadores deban comprar seguros médicos a empresas privadas que dan cobertura financiera de acuerdo a la capacidad de pago de los contratantes. En los EUA, los derechos que se pueden reclamar en caso de no cumplimiento del contrato, son derechos como consumidor, no como ciudadanos (en sentido amplio), y como consumidor sólo se tiene derecho en

base al poder adquisitivo. El concepto de derecho a la salud es inexistente en un país con el producto interno bruto (PIB) más alto del mundo, que gasta en salud 3 billones de dólares anuales, que representan el 17.5% del PIB y U\$S 9.523 por persona.³⁰ En EUA mueren muchos pacientes por cánceres o hepatitis C, sólo para mencionar dos tipos de patologías para las cuales se han desarrollado tratamientos de alta eficacia, aprobados la mayoría de las veces primero en este país, pero comercializados a costos inalcanzables para la mayoría de los pacientes y que los seguros se niegan a pagar.

En países como Brasil y otros latinoamericanos, y muchos de los europeos, donde existe el derecho universal a recibir el tratamiento más avanzado que se haya aprobado en el país, aquellos críticos de los sistemas públicos y de la regulación estatal en salud, deberían replantearse qué significa tener un sistema basado en seguros privados que determinan según cálculos actuariales qué tratamientos van a incluir y cuáles no, cuánto va a pagar el usuario, la lista de profesionales a los que puede consultar, y muchísimas limitaciones más que dejan a muchos, como vimos, con coberturas médicas parciales, a pesar de gastar mucho por mes en el pago de seguros y gastos médicos. Los EUA, país que hegemoniza el capitalismo globalizado, invierte los impuestos del conjunto de la población en financiar investigación y desarrollo de tratamientos que suelen ser muy eficaces, pero que comercializados por empresas farmacéuticas privadas y con ninguna regulación en la fijación de precios, convierte a la innovación tecnológica, cada vez más, en el privilegio del 1% de su población. En los EUA la diferencia en la esperanza de vida del 1% más rico en relación al 1% más pobre es de 14.6 años para los hombres y 10.1 para las mujeres. Esta diferencia ha crecido entre el 2001

y el 2014; la esperanza de vida aumentó 2.34 años para los hombres y 2.91 para las mujeres en el 5% más rico, mientras que entre el 5% más pobre el aumento sólo fue de 0.32 años para los hombres y 0.04 para las mujeres.³¹ En la segunda parte de este

artículo analizaré en más detalle gastos e indicadores de salud, la organización de los servicios, los seguros privados y gubernamentales ofrecidos y los múltiples intereses que se disputan esta gigantesca porción de la riqueza.

Referencias

1. Bourdieu P. Cosas Dichas. Buenos Aires: Gedisa Editorial; 1986.
2. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. [Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector in the context of reform]. *Cad Saude Publica*. 2000 Jan-Mar;16(1):95-105.
3. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001 Apr;52(8):1243-53.
4. Iriart C, Waitzkin H. Argentina: no lesson learned. *Int J Health Serv*. 2006;36(1):177-96.
5. Iriart C. [Financial capital versus medical-industrial complex: challenges for the regulatory agencies]. *Cien Saude Colet*. 2008 Sep-Oct;13(5):1619-26.
6. Iriart C, Franco T, Merhy EE. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. *Global Health*. 2011;7:2.
7. Himmelstein D, Woolhandler S. Medical Debt: A Curable Affliction Health Reform Won't Fix. Physicians for a National Health Program; 2013. Disponible en: <http://www.pnhp.org/news/2013/june/medical-debt-a-curable-affliction-health-reform-won%E2%80%99t-fix>. Accesado en: Marzo 2016
8. United States Census Bureau. Quick Facts. Disponible en: <http://www.census.gov/quickfacts/table/PST045215/00>. Accesado en: Marzo 2016
9. United States Census Bureau. Educational Attainment in the United States: 2015. Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p20-578.pdf>. Accesado en: Febrero 2016.
10. Institute for Policy Studies. Income Inequality. Disponible en: <http://inequality.org/income-inequality/>. Acceso en: March 2016.
11. National Conference of State Legislatures. 2016 Federal Poverty Level Guidelines. Disponible en: <http://www.ncsl.org/research/health/2014-federal-poverty-level-standards.aspx#1>. Accesado en: Abril 2016.
12. Catholic Campaign for Human Development. Poverty Facts. Disponible en: <http://www.povertyusa.org/the-state-of-poverty/poverty-facts/>. Accesado en: March 2016.
13. Catholic Campaign for Human Development. Poverty USA Tour. Disponible en: <http://www.povertyusa.org/the-state-of-poverty/poverty-usa-tour/>. Accesado en: Marzo 2016.

14. Center for Economic and Policy Research (CEPR). No-Vacation Nation Revisited. 2013. Disponible en: <http://cepr.net/documents/publications/no-vacation-update-2013-05.pdf>. Accesado en: Abril 2016.
15. Jorgensen H, Appelbaum E. Documenting the Need for a National Paid Family and Medical Leave Program: Evidence from the 2012 FMLA Survey. Center for Economic and Policy Research. Disponible en: <http://cepr.net/documents/fmla-paid-leave-2014-06.pdf>. Accesado en: Abril 2016.
16. University of New Mexico. C215: Parental Leave Policy. Approved November 29, 2011. Disponible en: <http://handbook.unm.edu/policies/section-c/leave-absence/c215.html>. Accesado en: Abril 2016.
17. University of New Mexico. Administrative Policies and Procedures Manual Policy 3440: Family and Medical Leave. Date Originally Issued: 05-5-1995 last revised: 01-08-2015. Disponible en: <https://policy.unm.edu/university-policies/3000/3440.html>. Accesado en: Marzo 2016.
18. University of New Mexico Health Sciences Center. Parental Leave Policy. Approved July 1, 2013. Disponible en: <http://hsc.unm.edu/policyoffice/administration/faculty-parental-leave.html>. Accesado en: Marzo 2016.
19. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding Report Card United States 2014. Disponible en: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf>. Accesado en: Marzo 2016.
20. Internal Revenue Service. Find out how ACA affects Employers with fewer than 50 Employees. Disponible en: <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families/Find-out-how-ACA-affects-Employers-with-fewer-than-fifty-Employees>. Accesado en: Marzo 2016.
21. Kaiser Family Foundation. Health Reform Implementation Timeline. Disponible en: <http://kff.org/interactive/implementation-timeline/>. Accesado en: Marzo 2016.
22. Obamacare Facts. ObamaCare Subsidies. Disponible en: <http://obamacarefacts.com/obamacare-subsidies/>. Accesado en: Marzo 2016.
23. Families USA. A 50-State Look at Medicaid Expansion. Disponible en: <http://familiesusa.org/product/50-state-look-medicaid-expansion>. Accesado en: Abril 2016.
24. Tolbert J. The Coverage Provisions in the Affordable Care Act: An Update. Kaiser Family Foundation. Disponible en: <http://kff.org/health-reform/issue-brief/the-coverage-provisions-in-the-affordable-care-act-an-update/>. Accesado en: Abril 2016.
25. Smith J, Medalia C. Health Insurance Coverage in the United States: 2014. United States Census Bureau. Disponible en: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p60-253.pdf>. Accesado en: Octubre 2016.
26. Collins S, Rasmussen P, Beutel S, Doty M. The Problem of Underinsurance and How Rising Deductibles Will Make It Worse. The Commonwealth Fund. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2015/may/problem-of-underinsurance>. Accesado en: Abril 2016.
27. Centers for Disease Control and Prevention. CDC MMWR Report. Vital Signs: Health Insurance Coverage and Health Care Utilization - United States, 2006-2009 and January-March 2010. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm59e1109a1.htm>. Accesado en: Enero 2012.

- ²⁸. The Commonwealth Fund. New U.S. Census Data Show the Number of Uninsured Americans Dropped by 8.8 Million. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org/publications/blog/2015/sept/us-census-data-shows-uninsured-americans-drop>. Accesado en: Diciembre 2015.
- ²⁹. Jacobs K. Americans are spending \$153 billion a year to subsidize McDonald's and Wal-Mart's low wage workers. April 15, 2015. The Washington Post. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/posteverything/wp/2015/04/15/we-are-spending-153-billion-a-year-to-subsidize-mcdonalds-and-walmarts-low-wage-workers/>. Accesado en: November 2015.
- ³⁰. Centers for Medicare and Medicaid Services. National Health Expenditures 2014 Highlights. Disponible en: <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/downloads/highlights.pdf>. Accesado en: Octubre 2015.
- ³¹. Chetty R, Stepner M, Abraham S, Lin S, Scuderi B, Turner N, et al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. JAMA. 2016 Apr 26;315(16):1750-66.