

LA REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

CECILIA GANDUGLIA

*Escuela de Salud Pública, Departamento de Gestión, Políticas de Salud y Salud Comunitaria,
Universidad de Texas, EE.UU*

Resumen A principios de 2010 se aprobó en EE.UU. la reforma del sistema de salud. La ley que legisla dicha reforma incluye cambios que apuntan a expandir la cobertura médica del pueblo, contener los costos y mejorar la calidad de atención. El debate previo a la aprobación de la reforma fue arduo, y no se consiguió finalmente un consenso entre los diferentes partidos políticos. Si bien la gran ampliación del sistema de cobertura médica no reduce a cero el actual grado de inaccesibilidad al sistema de salud, lo logrado puede ser considerado un muy importante primer paso. Aun así, la reforma promete continuar siendo tan polémica como las negociaciones previas que la concibieron.

Palabras clave: reforma de salud de EE.UU., políticas de salud en EE.UU.

Abstract *Health Reform in the USA.* The United States of America passed early this year the bill enforcing their health reform. This reform aims at achieving universal insurance, cost containment and improving quality of care. The debate around this reform has been long and unable to arrive to an agreement between the parts. Even if the expansion in the medical coverage system does not reduce to zero the current degree of inaccessibility to the health system, these achievements could be considered a very important first step. Nonetheless, chances are that this reform will continue being as polemic as the negotiations previous to its conception.

Key words: US health reform, US health care policy

El 23 de marzo de 2010 el presidente de los Estados Unidos, Barak Obama, firmó y convirtió en ley el acta llamada *Patient Protection and Affordable Care* (Protección del Paciente y Cuidado Accesible). Esta ley intenta converger otras dos leyes que ya habían sido aprobadas por separado en el año 2009. La primera de ellas aprobada por la Cámara de Representantes (220 votos a favor y 215 en contra) y la segunda aprobada por el Congreso (60 votos a favor y 39 en contra). Por otra parte, en la ley del 2010 se incluyen rectificaciones y enmiendas producto de las negociaciones entre demócratas y republicanos^{1,2}.

El debate por la reforma del sistema de salud fue arduo y extensivo. Había ya un consenso generalizado sobre la necesidad de modificar el modelo de prestación de salud a fin de generar un sistema que fuese económicamente sustentable y que mejorase la calidad de la atención médica. Igualmente se reconocía la importancia de incluir incentivos en forma de pagos por la calidad del servicio prestado. A fin de determinar cómo se emplearían estos incentivos, se preveía también la necesidad de generar

medidas de calidad para evaluar los resultados y los procesos. Por último, la amplia mayoría estuvo de acuerdo en la importancia de promover la prevención³.

Los temas que más polémica generaron en torno a la ley fueron: 1) la opción de desarrollar un seguro de salud público que compitiera en los mercados con los privados, 2) el nivel de subsidios necesarios para permitir una cobertura médica accesible, 3) los mecanismos para el financiamiento de la reforma y 4) la cobertura de abortos por planes de salud subvencionados por el estado federal. Este último punto generó disenso aun entre los mismos demócratas^{1,4}.

A fin de llegar a un acuerdo, la Casa Blanca organizó varios encuentros entre demócratas y republicanos, en los cuales también participaron representantes de las partes interesadas como asociaciones hospitalarias, aseguradoras, asociaciones médicas y de profesionales de la salud, entre otros. Obteniéndose poco consenso en estas reuniones y tras arduas negociaciones, se consiguió la aprobación en la Cámara de Representantes (219 votos favor y 212 en contra) de una versión modificada de la ley aprobada por el Congreso en diciembre del 2009. Todos los representantes republicanos y 34 demócratas votaron en contra de dicha ley. Finalmente, el 23 de marzo del 2010, Obama firmó el acta transformando en ley una

Recibido: 13-V-2010

Aceptado: 1-VI-2010

Dirección postal: Dra. Cecilia Ganduglia, 2121 Allen Pkwy, 1016, Houston, Texas, USA
e-mail: ceiliaganduglia@gmail.com

de sus mayores promesas durante su campaña por la presidencia de EE.UU.

En qué consiste la Reforma al Sistema de Salud de EE.UU.

Los cambios se harán con tres objetivos principales: expandir la cobertura médica del pueblo de los EE.UU. como paso a acceder a una cobertura universal, controlar los siempre crecientes costos del sistema de salud y mejorar el sistema de prestación de la salud^{2, 5}. A continuación mencionamos los puntos más relevantes, pero es importante tener en cuenta que el texto es muy extenso y establece un sinnúmero de modificaciones e innovaciones en el sistema, las cuales sería imposible enumerar en su totalidad en este documento.

La ley⁵ busca expandir el nivel de cobertura y el acceso a la salud conservando su actual sistema mixto, público-privado, caracterizado por seguros individuales basados en el empleo, *Medicare* y *Medicaid*. A tal fin implementará lo que se conoce como "mandato individual" por el cual se requiere que todos los ciudadanos de los EE.UU. y residentes legales tengan un seguro médico. Aquellos que no lo tengan, con algunas excepciones, deberán pagar una penalidad que irá en incremento a partir del año 2014 en adelante, hasta alcanzar un máximo del 2.5% del ingreso anual de una familia. Para facilitar el acceso, aumentará el nivel de cobertura de *Medicaid*, creará bolsas de intercambio de seguros de salud (*Health Insurance Exchange*) estatales, regulará los deberes de las aseguradoras y proveerá subsidios y préstamos accesibles para gastos médicos^{1, 2, 6, 7}.

Al momento *Medicaid*, el sistema de seguro social estatal-federal, que cubre a aquellos residentes de bajos recursos, cubre a un 20% de la población. Los requisitos personales necesarios para poder acceder a este seguro varían según los Estados. Así mismo, los beneficios que cubre *Medicaid*, son definidos por cada Estado en particular. A fin de conseguir mayor cobertura, la nueva ley aumentará el número de individuos cubiertos por *Medicaid*. El gobierno federal pasará a establecer que todos los niños, mujeres y hombres que sean ciudadanos de los EE.UU. o residentes legales (menores de 65 años) que se encuentren por debajo del 133% de la línea de pobreza (la línea de pobreza es 18 310 US\$ anuales para una familia de tres personas) deberán estar cubiertos. Esta reforma se implementará a partir del 2014 y será financiada los primeros años en un 100% por el gobierno federal, para luego ir incrementando los aportes que cada Estado deberá hacer. A esto debe agregarse que para el 2013, los reembolsos que *Medicaid* pagará a los diferentes proveedores deberán igualar a los que paga *Medicare* (al momento *Medicaid* paga a sus prestadores un porcentaje bastante menor que *Medicare* o los seguros

privados). Estos cambios buscan incrementar la cantidad y calidad de prestadores que deciden aceptar pacientes de *Medicaid*^{2, 6}.

Otra medida que busca mejorar el acceso y tipo de cobertura de los individuos y familias es la creación de bolsas de mercado de seguros (*Health Insurance Exchange*). Cada Estado podrá crear la propia, y en aquellos donde el Estado se niegue a hacerlo el gobierno federal creará una. En estos mercados, los individuos podrán comprar el plan médico que les resulte más conveniente, accediendo a subsidios destinados a todas aquellas familias que cobren entre 30 000 US\$ y 88 000 US\$ anuales. A estos mercados tendrán acceso sólo individuos sin seguro, individuos que trabajan para pequeñas y medianas empresas que ofrecen seguros limitados (o no ofrecen seguro directamente) y las pequeñas y medianas empresas en representación de sus empleados. A estas reglamentaciones se suma el establecimiento de un paquete básico de beneficios que deberán proveer las aseguradoras que participen en los mercados de seguros. El objetivo es limitar el costo final que tienen sobre una persona los gastos relacionados a la salud. Con este fin, se preestablecerán montos límites de primas y gastos individuales por co-pagos o servicios no cubiertos. Se espera incrementar de este modo el número de individuos que puedan acceder a seguros que cubran los servicios básicos^{2, 7}.

Otra importante modificación será la prohibición de rechazar a individuos con condiciones médicas preexistentes o de cobrar primas más caras secundarias a condiciones médicas (a partir del 2014). Los aumentos de primas debido a envejecimiento no podrán ser mayores a tres veces la prima de un individuo joven sano. Los jóvenes entre 19 y 25 años, que representan la franja etaria con la mayor proporción de individuos sin seguro médico, podrán estar cubiertos por los seguros de sus padres hasta los 26 años de edad a partir de septiembre de este año. Aquellos individuos con condiciones preexistentes que han estado sin seguro al menos seis meses, tendrán acceso a seguros de salud a través de bolsas o *pools* subsidiados temporales para individuos de alto riesgo^{2, 7}.

La Oficina de Presupuesto del Congreso estima que estas modificaciones reducirán para el 2019 el porcentaje de no asegurados de un 19% a un 8% de la población menor de 65 años (casi todos los mayores de 65 años se encuentran ya hoy asegurados a través de *Medicare*), esto equivale a 23 millones de individuos sin seguro contra un estimado de 54 millones de no asegurados si no se implementase modificación alguna⁸.

A fin de financiar estos cambios, se van a introducir paulatinamente una serie de impuestos nuevos, uno de los puntos más controversiales de la reforma. Se crearán aumentos tributarios para aquellos individuos que ganen más de 200 000 US\$ al año, retenciones sobre las primas

de los planes de salud más caros, y se aumentará el impuesto a las sumas provenientes de cuentas de ahorro especiales para gastos médicos que no sean usados a tal fin. Además, la ley planea generar una serie de impuestos nuevos sobre la industria que alcanzarán a la industria farmacéutica, las aseguradoras médicas y los productores de dispositivos médicos, entre otros^{2,7}.

La otra parte de la financiación provendrá de los costos que se espera contener. Dentro de las modificaciones que se encararán con el fin de reducir los costos, encontramos un profundo cambio en el sistema de reembolso de *Medicare* a los diferentes prestadores. Esto incluye poner un límite al monto total que se le puede pagar a un prestador, incluyendo bonos. Buscará establecer tasas de reembolso diferenciales según el método que el prestador utiliza para cobrar sus servicios. Por ejemplo, los prestadores que trabajen bajo pagos *per cápita* y sólo facturen por prestación específica algunos servicios, recibirán pagos por un mayor porcentaje de lo que facturen por prestaciones individuales que aquellos que facturen predominantemente usando este sistema. Otra modificación que se encara será la creación de “organizaciones responsables” (*Accountable Care Organizations*). Bajo esta figura, los prestadores que voluntariamente lleguen a ciertos niveles preestablecidos de calidad, podrán participar de los ahorros que generen a *Medicare*. Se reducirán asimismo los reembolsos por lo que se considere internaciones “prevenibles” en algunos hospitales, así como también pagos por complicaciones secundarias a infecciones intrahospitalarias (efectivo a partir del 2015). Se encarará una serie de modificaciones en los pagos a hospitales, que realizan *Medicare* y *Medicaid*. Se creará un comité independiente encargado de generar recomendaciones y propuestas legislativas sobre cómo reducir el incremento del costo *per cápita* de *Medicare*. Así mismo se creará un centro de investigación dentro de la estructura de *Medicare-Medicaid* cuyo fin sea la investigación y evaluación de diferentes modelos y métodos de pago que permitan reducir costos y mejorar la calidad del servicio².

La reforma del sistema de salud de los EE.UU. tiene su tercer pilar en la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios brindados. La nueva ley estipula que se deberá proveer estímulos orientados a incrementar la presencia de la atención primaria en un sistema donde predomina la subespecialización. Se invertirá en investigación sobre efectividad y valor de las intervenciones, y se aumentará la prevención y promoción de la salud^{2,7}.

Se creará un instituto de investigación sobre “resultados centrados en el paciente” (*Patient-Centered Outcome Research Institute*)^{2,9} cuya función será evaluar el valor y beneficio de las diferentes innovaciones en lo relacionado a la salud. La ley prolijamente explica que los hallazgos que se realicen al hacer valoraciones de costo-efectividad, costo-beneficio y comparaciones de efectividad no podrán ser utilizados para generar man-

datos o recomendaciones sobre cobertura de servicios, pagos o definir si se asegurará a un individuo o no. Esto es en respuesta al temor tradicional de la sociedad de EE.UU. sobre racionalización de servicios basados en su costo.

Se crearán fondos de becas para la investigación de diferentes modelos de pago (*bundle payments*), como sobre cuidados a domicilio, cuidados a pacientes de alto riesgo y alternativas a los modelos actuales de *mala praxis*, entre otros^{2,7}.

Se creará dentro del departamento de *Health and Human Services* (Departamento de Servicios de Salud y Cuidados Humanos) un “Consejo Nacional de Prevención y Promoción de la Salud y Salud Pública” que coordinará los esfuerzos federales relacionados a la Salud Pública. La ley establece el monto con el cual contará el organismo para financiar actividades, intervenciones e investigación en el área: 7 mil millones entre 2010 y 2015 y 2 mil millones por cada año fiscal posterior al 2015^{2,6}. Como parte de los programas de promoción de bienestar, se intentará implementar políticas específicas como subvenciones o créditos impositivos a las empresas que introduzcan programas de promoción de la salud entre sus empleadores. Los empleados que participen de los programas recibirán bonos o descuentos en primas.

Como se explicó, a fin de promover la atención primaria e incentivar la práctica de la misma, la ley establece la creación de nuevos puestos de trabajo priorizando puestos para médicos de atención primaria y cirujanos generales, principalmente en las zonas con índices médicos/población más bajos. Se crearán incentivos y modificaciones para promover las residencias en atención primaria al igual que aumentar el número de becas y préstamos para quienes decidan seguir esta profesión. Lo mismo se realizará para fomentar la carrera de enfermería. Prevé fondos para la investigación de nuevos modelos de prestación de servicios en atención primaria^{2,7}.

Cabe destacar, si bien no está incluido en la ley recientemente aprobada, que en 2009 el gobierno de Obama propuso y consiguió la aprobación dentro de su plan para la recuperación de la economía, de un fondo de 5 000 millones US\$ para la investigación, implementación y evaluación de proyectos de informática médica¹⁴.

Las diferencias

Según las estimaciones de la oficina de Presupuesto del Congreso de EE.UU., el costo total de la reforma será en 10 años de 938 mil millones de US\$. Como se explicó, el gobierno espera financiar este costo a través de una combinación de modificaciones en los programas de *Medicare* y *Medicaid* y una serie de impuestos y tarifas nuevas. Este organismo calcula que en 10 años los cambios que se implementarán permitirán reducir el déficit del país en 124 mil millones US\$^{2,8}.

Unos de los primeros puntos de disenso es el costo total de la reforma. El partido Republicano criticó duramente a lo largo del debate el costo de casi un billón (un millón de millones) de dólares que tendrán las modificaciones planteadas. Hizo hincapié en que la reforma en *Medicare*, no volverá al organismo más eficiente sino que recortará los cuidados de los mayores en casi 500 mil millones de US\$¹⁰. Si bien el partido Republicano reconoce la necesidad de una reforma, desde un inicio y al unísono se ha manifestado en contra de la propuesta demócrata. En su página Web (<http://www.gop.gov/solutions/healthcare>) publicaron una serie de propuestas a las cuales llaman "propuestas sensatas y accesibles para una reforma del sistema de salud"¹¹. Varias de sus propuestas fueron introducidas durante las negociaciones a la ley aprobada. De todas formas afirmando que la reforma aumentará el control del gobierno federal sobre los diferentes estados, los republicanos al unísono decidieron no apoyar la nueva ley. La opinión pública se encontró siempre dividida. Blendon y Benson publicaron en el *New England Journal of Medicine* un artículo analizando las varias encuestas de opinión que se llevaron a cabo por canales de noticias, universidades y organismos encuestadores⁴. Entre sus hallazgos encontraron que en las diez encuestas analizadas, no hubo en ningún momento apoyo mayoritario a la reforma por parte del pueblo de la Nación. Llama la atención cómo el apoyo ha estado muy definido por grupos. El 76% de los afiliados al partido Demócrata apoyó la reforma, mientras que el 79% de los republicanos no. El apoyo fue siempre significativamente mayor y constante entre los jóvenes que entre los mayores de 65 años (64% vs. 40%). En general, otros grupos como las minorías (latinos y afro americanos), las mujeres y aquellos de ingresos más bajos tuvieron opiniones más afines con la reforma.

Durante el debate de la reforma, el apoyo a la creación de un seguro público que compitiera con los privados varió mucho. Al momento de la sanción de la ley, el apoyo era sólo del 50%. Finalmente no se incluyó esto en la reforma. Como mencionamos, el financiamiento de abortos con dinero federal generó gran discordancia en la opinión pública. En consecuencia, la ley establece explícitamente que no se podrá usar dinero federal en forma de subsidios, préstamos u otros para financiar planes que cubran este procedimiento².

Aun después de sancionada la ley, la opinión del público sigue siendo dispar. Cuatro de cada diez americanos cree que el país estará mejor a raíz de la reforma, pero el mismo número cree que estarán peor. La opinión generalizada es que la suba de impuestos los afectará de alguna forma y que se beneficiarán las clases más bajas, pero no la clase media. La mayoría también considera que la reforma producirá "demasiada" intervención del gobierno en el sistema de salud⁴.

En conclusión: Obama propuso en su campaña electoral luchar por conseguir la cobertura médica universal para el pueblo de los EE.UU., algo en que presidentes como Truman, Nixon, Carter y Clinton trataron de lograr y fallaron¹². Asumiendo durante una gran crisis económica, tras duras negociaciones con el partido opositor y algunos de sus mismos copartidarios, el nuevo gobierno de los Estados Unidos aprobó una ley que promete ser una de las mayores reformas del sistema de salud que haya encarado este país. Si bien la gran ampliación del sistema de cobertura médica no reduce a cero la inaccesibilidad al sistema de salud, muchos consideran lo logrado un gran y muy importante primer paso¹³. Aun así, la reforma promete continuar siendo tan polémica como las negociaciones previas que la concibieron, e influenciar las tres elecciones legislativas y la elección presidencial que sucederán durante los casi nueve años que llevará la implementación de los cambios que legisla^{4, 14-17}.

Agradecimientos: A la Dra. Daniela Colaci por sus comentarios y consejos y al Dr. Guillermo Semeniuk por su invitación a escribir este artículo y sus correcciones al mismo.

Conflictos de interés: La autora no tiene conflictos de interés.

Bibliografía

1. Kaiser Family Foundation. Timeline: History of Health Reform Efforts in the United States, 2010. En <http://healthreform.kff.org/flash/health-reform-new.html>; consultado el 2/5/2010
2. Kaiser Family Foundation. Focus on Health Reform: Summary of New Health Reform Law, 2010. En: <http://www.kff.org/healthreform/8061.cfm>; consultado el 28/4/2010.
3. Iglehart JK. Visions for change in U.S. health care-the players and the possibilities. *NEJM* 2009; 360: 205-7.
4. Blendon R, Benson J. Public Opinion at the Time of the Vote on Health Care Reform. *NEJM* 2010; 362: e55.
5. Democratic policy Committee. Byron L Dorgan, Chairman. The Patient Protection and Affordable Care Act and the Health Care and Education Reconciliation Act. En: http://dpc.senate.gov/dpcdoc-sen_health_care_bill.cfm; consultado el 1/5/2010.
6. Kaiser Family Foundation. Focus on health reform: Health reform implementation timeline, 2010. En: <http://www.kff.org/healthreform/8060.cfm>; consultado el 28/4/2010.
7. The Congressional Budget Office. Cost Estimate of H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010, Mar. 20th, 2010. En: <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=11379>; consultado el 1/5/2010.
8. Wender R, Altshuler M. Can the Medical Home reduce cancer morbidity and mortality? *Prim Care Clin Office Pract* 2009; 36: 845-8.
9. Murray R, McElwee N. Comparative effectiveness research: Critically intertwined with Health Care Reform and the future of biomedical innovation. *Arch Intern Med* 2010; 170: 596-9.
10. The Commonwealth Fund. What will happen under Health Reform-and what's next? Supplement to the May/June 2010 Issue of the Columbia Journalism Review. En: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/>

- Other/2010/What-Will-Happen-Under-Health-Reform-and-Whats-Next.aspx*; consultado el 1/5/2010.
11. National Republican Congressional Committee: 2010 Issue Brief. Accessed Health Care, 2010. En: <http://www.nrcc.org/2010-races/2010-Issues/>; consultado el 2/5/2010.
 12. Gabel J. National Opinion Research Center. Does the Congressional Budget Office underestimate savings from Reform? A review of the historical record. Issue Brief. The commonwealth Fund, January 2010. En: <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Issue-Briefs/2010/Jan/Does-the-Congressional-Budget-Office-Underestimate-Savings.aspx>; consultado el 29/4/2010.
 13. Harvey Fineberg, MD, PhD, president of the Institute of Medicine of the National Academies. School of Public Health (University of Texas) Leadership Luminaries address. 22 de abril, 2010.
 14. Democratic Policy Committee. H.R. 1: The American Recovery and Reinvestment Act of 2009. Legislative Bulletin. 2 de febrero, 2009. En http://dpc.senate.gov/dpcdoc.cfm?doc_name=lb-111-1-12#_Toc221361774; consultado el 1/5/2010.
 15. Arvantes J. Congressional testimony underscores value of primary care in health reform plans. AAFP: News Now. 19/4/2009 En: <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/government-medicine/20090416dobson-tstmny.html>; consultado el 1/5/2010.
 16. Bristol N. US Passes Landmark Health-Care Bill. World Report. *The Lancet* 2010 375: 1149.
 17. Republicans in Congress. GOP Solutions for America: The Republican Plan: Common sense Health Care Reforms our Nation can afford, 2009. En: <http://www.gop.gov/solutions/healthcare>; consultado el 2/5/2010.

You don't write because you want to say something; you write because you have something to say.

Uno no escribe porque quiere decir algo; escribe porque tiene algo que decir.

F. Scott Fitzgerald (1896-1940)

The Crack-Up. Edited by Edmund Wilson. New York: New Directions, 1945.
The Note-Books: E. Epigrams, wisecracks and jokes. p 123