



¿Qué es el «Obamacare»?

What is «Obamacare»?

■ Alonso Gil Salinas*

■ 1. La ley

The Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), comúnmente conocida como *Affordable Care Act* (ACA) u *Obamacare* es una ley federal de EEUU sancionada el 23 de marzo de 2010 por el presidente Barak Obama. Su objetivo es reducir todo lo posible el número de estadounidenses sin cobertura médica regulando el mercado del seguro sanitario mediante cuotas de afiliación más baratas que las vigentes antes de la nueva ley. Pero como ésta no contempla la creación de un sistema universal de cobertura, debido a que la normativa legal vigente impide que se obligue a una persona a *comprar algo* (en este caso, un seguro), prevé una multa para quien opte por no adquirirlo. La mayor parte de los aspectos que recoge la nueva ley entrarán en vigor el primero de enero de 2014¹.

2. La situación previa

Para poder apreciar el impacto que tendrá la nueva ley es importante tener en cuenta la situación previa a su implantación. Desde mediados de los años 60 existen dos grandes programas de Salud Pública en EEUU: *Medicare* y *Medicaid*. Aunque la mayor parte de los ciudadanos cuenta con algún tipo de cobertura privada, estos servicios se crearon con el fin de dar cobertura a los más desprotegidos. El primero está concebido esencialmente para los mayores de 65 años (aunque también incluye a ciertos discapacitados y a enfermos renales) y el segundo está primordialmente destinado a personas con escasos recursos. Ambos programas suponen un gasto considerable para las arcas públicas: en 2011 fue de 769.000 millones de dólares, el 21% del presupuesto

* El autor es ingeniero químico por la Universidad Iberoamericana (Ciudad de México) y MBA por el Instituto Tecnológico de Monterrey. Reside en España y trabaja como consultor. Hay una versión electrónica de este texto en: www.fundacionpfizer.org y www.dendramedica.es.



FIGURA 1.—El 30 de julio de 1965 el presidente Lyndon B. Johnson, a la izquierda y acompañado de su esposa, sancionó la ley de *Medicare* en la Biblioteca Harry S. Truman (Independence, Missouri). El expresidente Harry S. Truman, sentado a la derecha y acompañado también de su esposa, estuvo presente en el acto. La ley impulsada por el presidente Obama representa la mayor reforma del sistema sanitario de EEUU desde la aprobación de *Medicare* y *Medicaid* en 1965 (Lyndon Baines Johnson Library; National Archives and Records Administration, National Archives Identifier: 596403).

federal para ese año². Y, si a esto se le añaden los servicios de salud específicos para las Fuerzas Armadas, podemos apreciar que el esfuerzo del Gobierno ya era considerable desde mucho antes del *Obamacare*.

Casi todos los mayores de 65 años tienen posibilidad de acceso *gratuito* al tramo principal de *Medicare*: el seguro hospitalario. El programa se concibió para que cuando se alcanza la edad en la que ya es difícil contar con un empleo, se pudiera disfrutar de una cobertura sanitaria por el mero hecho de haber trabajado un mínimo de 10 años y pagado los impuestos correspondientes³. Esto es, aunque a menudo se le dé el calificativo de tramo *gratuito* en la prensa, el hecho es que una gran mayoría de los afiliados han contribuido previamente. Y hablamos de la *gran mayoría* porque, si no se tiene la historia laboral requerida, cualquier ciudadano o residente legal mayor de 65 años puede, pagando una prima (441 dólares mensuales en 2013), afiliarse al programa. Aunque casi

nadie lo hace, ya que esa cantidad no se aleja mucho del coste de una póliza privada.

El siguiente tramo de cobertura que ofrece *Medicare* es el seguro médico. Pero esta parte ya no es *gratuita* ni para quienes pagaron regularmente sus impuestos. No obstante, casi todos los afiliados optan por pagarlo (104,90 dólares mensuales en 2013) con el fin de redondear su cobertura. Existen además otros dos tramos, uno que da acceso a proveedores de servicios de salud específicos, y otro que cubre los medicamentos, en los que las primas dependen de cada caso y del plan que se elija, siendo menos los afiliados que deciden pagarlas.

Pero no pensemos que con el pago de las primas de *Medicare* terminan los desembolsos sus afiliados. Adicionalmente a los gastos mensuales de cada uno de los tramos, existen además diversos deducibles y copagos cuya cuantía depende según la incidencia médica que sobrevenga⁴.

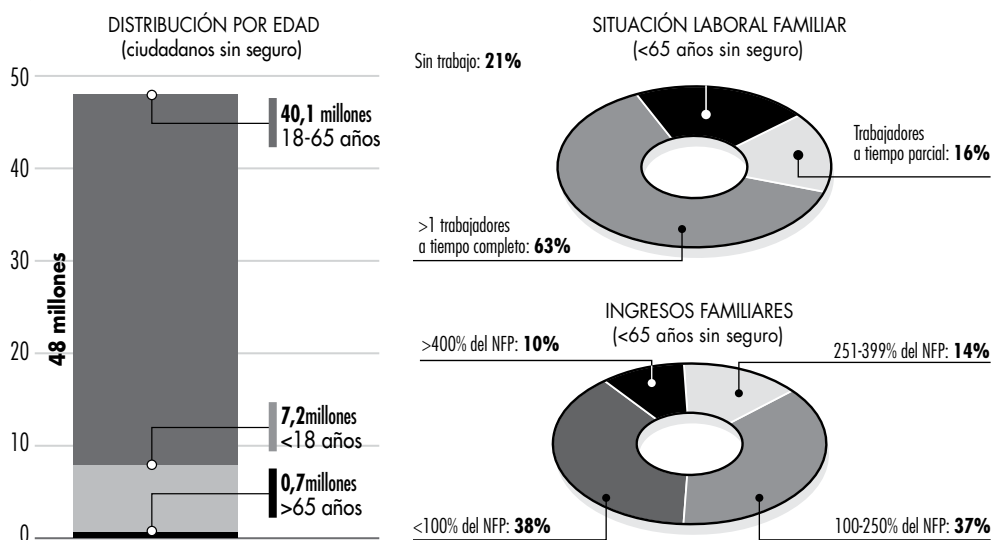
Para optar por el otro gran programa de salud, *Medicaid*, es necesario estar dentro de ciertas *categorías específicas* sujetas a la ayuda gubernamental. En otras palabras, no se tiene acceso a los servicios de salud por el mero hecho de carecer de recursos económicos para pagarlos. Las categorías se determinan en función de los bienes que se tengan, de la edad (el programa cubre sobre todo a niños), o de si se trata de una embarazada o de una discapacitada. El detalle de la normativa legal es complejo y obviamente no cubre a todos los necesitados.

Es más, aun teniendo en cuenta que está previsto que una persona que sea *pobre y mayor* puede estar en *Medicare* y *Medicaid* simultáneamente, los partidarios de la reforma han resaltado sin descanso las carencias del sistema, lamentando lo vergonzoso que es que incluso con todo lo anterior, hubiese casi 50 millones de personas sin seguro en EEUU en 2010⁵.

Los datos disponibles más recientes nos permiten analizar el perfil de la población sin cobertura. Como puede observarse en la figura 1, del total de los 48 millones no asegurados en 2012, la gran mayoría (47,3 millones) eran menores de 65 años, pertenecían a familias en las que sólo un 21% tenía a todos sus miembros sin trabajo y los ingresos de 9 de cada 10 de esas familias eran *bajos o moderados*, esto es, estaban por debajo del 400% del *Nivel Federal de Pobreza* (NFP)⁶, que en 2012 se situó en 1.962,50 dólares mensuales (23.550 dólares anuales) para una familia de cuatro personas.

Pero, el caso es que no todos los norteamericanos ven el panorama tan mal. De hecho, los contrarios al *Obamacare* suelen resaltar el hecho de que la gran mayoría de la población ya estaba cubierta antes de la ley y, por lo tanto, que no tenía sentido haber forzado el sistema. Su punto de vista puede resumirse como sigue: en 2010, el año en que fue aprobada la nueva legislación, la población norteamericana era de 306 millones y el 85% de la población ya estaba asegurada. Es más, gracias a *Medicare* y *Medicaid* los segmentos más débiles de la población ya estaban ampliamente cubiertos: sólo el 2% de las *personas mayores de 65 años* y el 9,8% a los *menores de 18 años* carecían de seguro médico⁷.

Obviamente, han sido más, pero no muchos más, los que han compartido el punto de vista de los partidarios de la nueva ley. Entre otras cosas, por eso eligieron al Pre-

Figura 1.- Perfil de los 48 millones de ciudadanos sin seguro sanitario en EEUU (2012)

Nota: En 2012 el Nivel Federal de Pobreza (NFP) en EEUU fue de 23.000 dólares para una familia de cuatro miembros (los totales no suman el 100% debido al redondeo).
Fuente: «Key Facts about the Uninsured Population» (véase nota bibliográfica 6).

FIGURA 2.—Perfil de los 48 millones de ciudadanos sin seguro sanitario en EEUU (2012) (ilustración de Pedro Pablos).

sidente Obama. Pero con la aprobación del *Obamacare* la polémica quedó servida, ya que una enorme proporción de la ciudadanía está convencida de que mientras menor sea la intervención del Gobierno en los mercados, mejor funcionarán. Por eso no puede extrañar, al sentirse ampliamente respaldados por sus votantes, la fuerte oposición que siguen mostrando muchos políticos conservadores.

3. El cambio

Las actuaciones de la nueva ley pueden englobarse en cuatro grandes apartados:

1. La *ampliación* (oprativa, según decida cada gobierno estatal) de los servicios de *Medicaid*.
 2. La creación de un *mercado de seguros de salud* en cada estado de la Unión Americana, en donde se podrán adquirir seguros subsidiados por el gobierno.
 3. La *nueva reglamentación* que deberán seguir las nuevas pólizas.
 4. Las *multas*, tanto a individuos que decidan no asegurarse, como a grandes empresas que no ofrezcan seguros a precios razonables a sus empleados.
- La nueva reglamentación es bastante compleja e incluye diversas particularidades y

excepciones en cada apartado. Más aún, dado que los gobiernos estatales cuentan con opciones y márgenes de actuación para poner la ley en marcha, hasta la fecha no todo está completamente definido. No obstante, una descripción de las líneas generales de actuación en cada apartado será suficiente como para comprender el profundo cambio que se espera. Veámoslo.

3.1 *La ampliación de los servicios de Medicaid*

La ampliación optativa de *Medicaid* implicará, por un lado, elevar el mínimo de ingresos brutos para poder acceder al servicio al 133% del *nivel federal de pobreza* que establece el gobierno cada año y, por otro, la eliminación de la limitación que prohíbe a los adultos sin hijos dependientes acceder al servicio⁸. Un estudio de la Universidad de Michigan prevé que, asumiendo que los 50 estados de la unión amplíen el servicio, el número de personas cubiertas pase de 50 millones a 55 o 60 millones. Asimismo, estima que la población cubierta será más joven, menos obesa y con menos propensión a la depresión. Es decir, se espera que mejoren las condiciones de las personas que hasta ahora usualmente ha estado cubriendo el servicio: familias pobres, mujeres embarazadas y discapacitados.

Sin embargo los pesimistas afirman que lo anterior está por verse, ya que a principios de septiembre de 2013, sólo 24 de los 50 Estados y el Distrito de Columbia se habían adherido al programa de ampliación. Y, dado que muchos de los Estados que han manifestado declinar la opción a ampliar el servicio son de los más pobres de la Unión, puede ocurrir que, aunque la población atendida por *Medicaid* pueda ser más saludable en un futuro, también es posible que muchos de los ciudadanos más pobres sigan quedando descubiertos y que, además, cuando lleguen a *Medicare*, lo hagan con una salud más deteriorada, empeorando así el gasto gubernamental total⁹.

3.2 *La creación de un mercado de seguros de salud*

La ley estipula que para el uno de enero de 2014 deberá haber un *mercado de seguros de salud* en cada Estado; un mercado que podrá depender del gobierno estatal; del estatal y del federal a la vez; o bien, sólo del federal. Dicho con otras palabras: si los gobiernos estatales deciden no implementarlos, el gobierno federal deberá intervenir o hacerse cargo.

Estos mercados de seguros serán *mercados online*, donde tanto personas como pequeñas empresas podrán adquirir seguros de salud, al tiempo que podrán determinar si tienen opción (y cuál será la cuantía) a los importantes subsidios gubernamentales que contempla la ley¹⁰. Dichos subsidios, que serán fundamentales para incentivar las compras, estarán disponibles para familias con ingresos bajos o moderados, que son los que están entre el 100 y el 400% del *nivel federal de pobreza*¹¹.

El principal objetivo de los mercados serán tanto las personas que no estén aseguradas, como aquellas que se paguen su seguro personalmente y no a través de la

empresa en la que trabajan, pero sin convertir el canal de venta en obligatorio¹². Cada Estado determinará tanto la oferta de seguros como las compañías que participarán. En algún mercado podrá haber un par de aseguradoras y en otro una docena o más, y lo mismo sucederá con los distintos tipos de planes. Pero, independientemente de ello, todas las pólizas deberán ofrecer como mínimo lo que se conoce como «los 10 beneficios esenciales» para el asegurado: asistencia extra-hospitalaria, servicios de urgencia, asistencia hospitalaria, maternidad, salud mental, medicamentos, rehabilitación, laboratorio, medicina preventiva y pediatría¹³.

Además de lo anterior, y con el fin de simplificar la adquisición de una póliza en el marco del complejo y variado mercado de seguros privados, cada plan deberá quedar enmarcado dentro de cuatro categorías distintas denominadas: bronce, plata, oro y platino. Estas categorías distinguirán cada opción en función de la manera en que la aseguradora y el cliente compartirán los gastos de salud. Es decir, se agruparán en función del precio de la póliza en contraposición con los deducibles, copagos y coseguros asociados a las primas. La elección de la categoría obviamente implicará un riesgo para el tomador del seguro en función de sus expectativas de gasto sanitario durante el período de la póliza, siendo la póliza bronce la que menos proporción de los costes cubrirá (y por lo tanto la más barata) y la platino la que más¹⁴.

Para que el sistema tenga éxito se espera que a la larga el tramo correspondiente a *jóvenes y saludables* (18 a 65 años) quede masivamente asegurado, ya que ahí se encuentra la mayoría de los actualmente descubiertos; y, además, será la forma de que se inyecte la mayor cantidad de dinero al sistema, lo que permitirá abaratar las pólizas en su totalidad.

Pero, aunque uno de los objetivos sea reducir el coste promedio del total de las pólizas a nivel nacional, eso no implica que *todos* los ciudadanos necesariamente resulten beneficiados a nivel individual. Muy probablemente el nuevo sistema hará que las pólizas de los *jóvenes y saludables* sean más caras y las de los *mayores y enfermos* más baratas. Es más, dado que el colectivo de *jóvenes y saludables* ya encontraba el coste de las pólizas muy oneroso cuando eran más baratas (razón por la que no se aseguraban), puede resultar que si las pólizas (para ellos) suben de precio con el nuevo sistema, les salga más a cuenta pagar las multas que suscribir un seguro. Esto explica porqué los mencionados subsidios serán determinantes para el éxito del sistema¹⁵.

3.3 La nueva reglamentación

Quizá la característica más significativa consiste en que las aseguradoras no podrán negar el seguro a nadie, independientemente de su estado de salud o la edad que tengan al solicitar la póliza. Y más aún, no podrán variar los precios en función del estado de salud o sexo de la persona que pretenda asegurarse.

Lo anterior se presta a que, por ejemplo, si una persona se encuentra *joven y sana*, puede en primera instancia decidir pagar la multa o adquirir una póliza muy barata y si más adelante enferma de gravedad, por ejemplo por un cáncer de costoso trata-



FIGURA 3.—El presidente Barack Obama, el entonces vicepresidente Joe Biden y otros miembros del staff aplauden en la sala Roosevelt de la Casa Blanca la aprobación en la Cámara de Representantes la aprobación de la ley de reforma sanitaria el 21 de marzo de 2010 (Pete Souza, Executive Office of the President of the United States).

miento, decida *entonces* adquirir un seguro que la cubra adecuadamente. Recordemos que no sólo no podrán negárselo, sino que tampoco le podrán poner un precio alto en función de su condición de enfermo de cáncer al solicitarlo.

Si lo anterior parece poco para un seguro de salud privado, la nueva reglamentación incluye otros puntos que merece la pena mencionar: *a)* las primas solamente podrán variar en función de la edad (en una ratio de 3 a 1); *b)* el área geográfica de residencia; *c)* el consumo de tabaco (en una ratio de 1,5 a 1); y, *d)* el número de miembros de una familia. Además, los jóvenes podrán permanecer en las pólizas de sus padres hasta los 26 años; no podrá imponerse un límite al gasto sanitario total a lo largo de la vida de una persona; quedará prohibido rescindir la cobertura salvo por fraude; deberán cubrirse ciertos servicios de medicina preventiva sin copagos; los aumentos de las primas estarán sujetos a revisión; y, finalmente, las aseguradoras deberán gastar como mínimo el 80% de sus ingresos por primas en gastos médicos, o en su defecto pagar reembolsos a sus afiliados¹⁶. ¡Un enorme abanico de beneficios para el consumidor! Sin embargo, está claro que aun con todo lo anterior, una gran cantidad de los no asegurados optarían por seguir siéndolo de no ser por los mencionados subsidios gubernamentales.

3.4 *Las multas*

Pero si todo lo anterior no es suficiente, aún queda el cuarto apartado para *incentivar* el aseguramiento: las *multas*. Cabe señalar aquí que sólo una muy pequeña proporción de la población quedará excluida del mandato de la multa, entre los que se encuentran los objetores de conciencia por motivos religiosos, los encarcelados, los miembros de las tribus indígenas y algunos otros casos todavía más excepcionales¹⁷.

La multa anual irá en aumento desde la entrada en vigor del *Obamacare* en 2014, cuando será sólo de 95 dólares por persona; pasando a 325 en 2015 y 695 en 2016. Habrá un límite de 2.085 dólares por familia para aquellas familias que ingresen menos de 110.000 dólares anuales en el 2016, y el último techo estará en función de un porcentaje del ingreso bruto anual por familia: 1% para 2014, 2% para 2015 y 2,5% en adelante¹⁸.

Dependiendo de cómo se planteen estas cifras, de nuevo nos encontramos con interpretaciones muy enfrentadas. Desde quienes afirman que se trata de una *modesta tarifa* que hay que pagar por negarse a comprar un seguro, hasta quienes dicen que si bien el pago no es tan alto como para que no haya más remedio que comprarlo, a la larga para muchas personas este *impuesto* equivaldrá al coste de una cara póliza privada.

Con respecto a las empresas, la gran mayoría de aquellas con más de 50 empleados a tiempo completo ya ofrecían planes de seguro a sus empleados antes de esta ley. Sin embargo, la reforma prevé incentivar aún más la cobertura con fuertes medidas sancionadoras si se da el caso de que algún empleado consiga un seguro subsidiado más barato que el que se le ofrezca en su trabajo. En concreto, las empresas de más de 50 empleados deberán pagar una multa si al menos uno de sus trabajadores recibe un subsidio a través de los nuevos mercados de seguros. En otras palabras, la oferta de seguro sanitario dentro de las compañías de más de 50 empleados deberá ser más atractiva que fuera de ella.

En el extremo opuesto, las pequeñas empresas estarán exentas de multas y las que tengan menos de 25 empleados incluso podrán optar a subsidios gubernamentales para cubrir a sus trabajadores¹⁹.

Como en prácticamente en todos los apartados, los que se oponen a la nueva ley claman que con éstas últimas medidas se estará desincentivando la contratación, perjudicando a las empresas estacionales o favoreciendo la subcontratación al impulsar a muchas empresas a permanecer en la categoría de *pequeñas*.

4. ¿Tendrá éxito?

Para finalizar, reflexionemos un poco más sobre el posible éxito de la reforma de Obama, ya que no es posible saber con certeza si cumplirá con su cometido. Hemos observado que se trata de la *regulación de un mercado* y no de una ley al estilo de las que *determinan* el funcionamiento de la mayoría de los sistemas públicos de salud

Europeos; rasgo, por cierto, que en principio debería haber hecho el proyecto más aceptable para los conservadores.

Por señalar, sólo como ejemplo, uno de los tantos posibles escenarios no deseados, consideremos el caso de una espiral negativa de precios. Si un número suficiente de personas inmersas en ella decidiese pagar la multa en lugar de asegurarse, el precio de las pólizas subiría en lugar de bajar; esto ahuyentaría a un número mayor de potenciales compradores, lo que encarecería las pólizas aún más, creandose así un círculo vicioso.

Por otro lado, está el hecho de que la nueva ley ha sido diseñada por verdaderos expertos y cuando ya existía la experiencia de una reforma parecida ensayada en el Estado de Massachusetts en 2006²⁰, lo que es un buen augurio. Pero debemos terminar recordando que también otros expertos diseñaron la regulación de los mercados financieros que desencadenaron la crisis económica que todavía vivimos. ¡Así son los mercados! Con esto en mente, sólo nos queda desear a la ley la mejor de las suertes.



Bibliografía

- ¹ ObamaCare facts: Dispelling the myths [página web en Internet]. Disponible en: <http://obamacarefacts.com/obamacare-facts.php> [consultado: 11.10.2013].
- ² Leonard, D. Medicare and Medicaid must be cut. *Period. Business Week* [publicación periódica en Internet]. 8 nov 2012. Disponible en: <http://www.businessweek.com> [consultado: 11.10.2013].
- ³ How do I determine my Medicare eligibility? Extend Health, Inc. [página web en Internet]. <https://www.extendhealth.com/medicare/medicare-eligibility> [consultado: 11.10.2013].
- ⁴ Medicare.gov. The Official US Government Site for Medicare. Disponible en: <http://www.medicare.gov> [consultado: 11.10.2013].
- ⁵ Number of uninsured americans drops by 1,3 million. *Kaiser Health News* [página web en Internet]. Disponible en: <http://www.kaiserhealthnews.org/daily-reports/2012/september/13/census-numbers.aspx> [consultado: 11.10.2013].
- ⁶ Key facts about the uninsured population. The Henry J. Kaiser Family Foundation [página web en Internet]. 26 sep 2013. Disponible en: kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population [consultado: 11.10.2013].
- ⁷ Overview of the uninsured in the United States: a summary of the 2011 current population survey. ASPE. hhs.gov. US Department of Health & Human Services [página web en Internet]. <http://aspe.hhs.gov/health/reports/2011/cpshealthins2011/ib.shtml> [consultado: 11.10.2013].
- ⁸ Affordable Care Act Provisions: Eligibility. Medicaid. gov [página web en Internet]. Disponible en: <http://www.medicare.gov/AffordableCareAct/Provisions/Eligibility.html> [consultado: 11.10.2013].
- ⁹ Mukherjee S. What will Medicaid look like under Obamacare? *Thinkprogress* [publicación periódica en Internet]. 20 sep 2013. Disponible en: <http://thinkprogress.org/health/2013/09/10/2595851/medicaid-looks-like-obamacare/> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁰ Se espera que el subsidio promedio por persona enrolada sea de 5.290 dólares en 2014. En: CBO's may 2013 estimate of the effects of the affordable care act on health insurance coverage. Congressional Budget Office [página web en Internet]. Disponible en: http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/44190_EffectsAffordableCareActHealthInsuranceCoverage_2.pdf [consultado: 11.10.2013].
- ¹¹ Excepto Alaska y Hawaii, donde el nivel es más alto. 2013 Poverty Guidelines. ASPE.hhs.gov. US De-

- partment of Health & Human Services [página web en Internet]. Disponible en: <http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm> [consultado: 11.10.2013].
- ¹² FAQ: All About Health Insurance Exchanges And How To Shop For Coverage. The affordable care act, explained [publicación periódica en Internet]. National Public Radio (NPR). Disponible en: <http://www.npr.org/2013/10/11/230916150/faq-all-about-health-insurance-exchanges-and-how-to-shop-for-coverage> [consultado: 11.10.2013].
- ¹³ Ten health care benefits covered in the health insurance marketplace. Health Insurance Blog. Healthcare.gov [página web en Internet]. Disponible en: <https://www.healthcare.gov/blog/10-health-care-benefits-covered-in-the-health-insurance-marketplace> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁴ How to choose between bronze, silver, gold and platinum health insurance plans. Investopedia. Forbes Magazine [publicación periódica en Internet]. 1 oct 2013. <http://www.forbes.com/sites/investopedia/2013/10/01/how-to-choose-between-bronze-silver-gold-and-platinum-health-insurance-plans/3> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁵ Houston WW. The rate-shock danger. The Economist [publicación periódica en Internet]. 4 jun 2013. Disponible en: <http://www.economist.com/blogs/democracyinamerica/2013/06/implementing-obamacare> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁶ Health Reform. The Henry J. Kaiser Family Foundation [página web en Internet]. 2013. Disponible en: <http://kff.org/health-reform> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁷ Obamacare Mandate-9 Exemptions. Citizens Council for Health Freedom [página web en Internet]. Disponible en: <http://www.cchfreedom.org/pr/ObamacareMandate-9Exemptions.pdf> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁸ Turner GM. How Much Is Obamacare Mandate Going to Cost You? Forbes Magazine [publicación periódica en Internet]. 24 jul 2012. Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/gracemarieturner/2012/07/24/how-much-is-the-obamacare-mandate-going-to-cost-you> [consultado: 11.10.2013].
- ¹⁹ The employer mandate. Obamacare Watch. e21 Economic policies for the 21 st century. Disponible en: <http://www.obamacarewatch.org/primer/employer-mandate>. [consultado: 11.10.2013].
- ²⁰ Ramírez T, Kalupa A, Haneveld N. Mitt Romney Healthcare. Prezi Inc [página web en Internet]. Disponible en: <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=5330854>. [consultado: 11.10.2013].