

Análisis Macroeconómico

La Ley de sanidad asequible: 5 años después

Amanda Augustine

- **El número de asegurados se ha incrementado, pero los proveedores de servicios de atención sanitaria tienen dificultades para satisfacer las necesidades de los nuevos asegurados**
- **Los estados que no han ampliado Medicaid renuncian a miles de millones de pagos de fondos federales y ofrecen menos acceso a la sanidad**
- **Las disposiciones de la ley (ACA por sus siglas en inglés) con respecto a Medicare han logrado ahorrar en costos y reducir ineficiencias**
- **Se espera que las empresas estadounidenses ajusten las remuneraciones y los precios en respuesta al mandato del empleador**

La vida antes de la reforma

La Ley de protección del paciente y sanidad asequible, promulgada en 2010 y conocida comúnmente como ACA (Ley de sanidad asequible) o como Obamacare, es la renovación más importante realizada en el sistema de salud de EEUU desde que se aprobaron Medicare y Medicaid en la década de 1960. La ACA se diseñó para corregir las graves ineficiencias existentes en la prestación de servicios sanitarios y en la estructura de pagos. En 2009, según la OCDE el gasto sanitario de EEUU representaba 17.4% de su PIB: el mayor porcentaje de todos los países de la OCDE y muy superior al promedio de dicha organización, situado en 9.6%.¹ A pesar de este nivel de gasto sanitario, EEUU tenía peor cobertura de seguros de salud que la mayoría de los países: el nivel más bajo de cobertura pública y el cuarto índice más bajo de cobertura total entre todos los países de la OCDE.

El objetivo principal de la Ley de sanidad asequible y el Título I de la ley es “Sanidad asequible y de calidad para todos los estadounidenses”. Este objetivo fundamental se puede desglosar en los siguientes objetivos: ampliación de la cobertura de seguros de salud, mejora de la calidad de la atención sanitaria y reducción de los gastos sanitarios para el gobierno y las empresas. Aunque la ACA ha logrado su objetivo de ampliar la cobertura, todavía hay mucho trabajo por hacer en la mejora del acceso a una sanidad de calidad y en la reducción del gasto en atención sanitaria.

¿En qué punto estamos?

El número de asegurados ha aumentado, pero no al nivel que se preveía en 2010

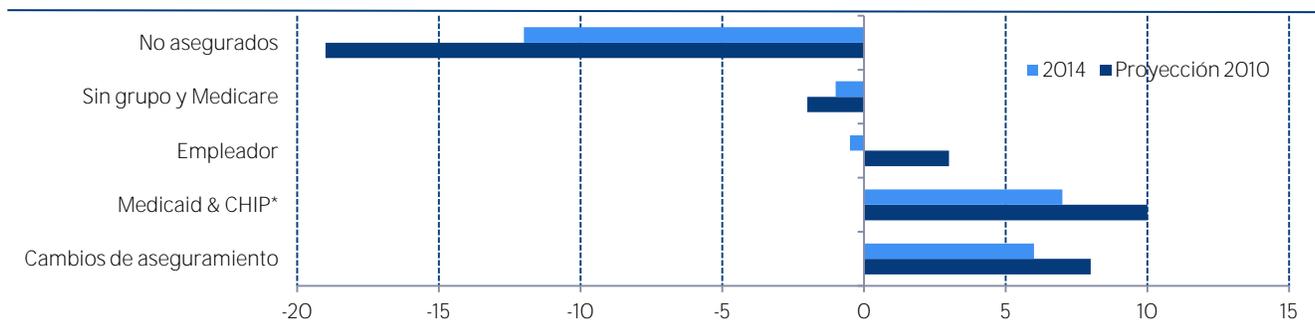
Tras la promulgación de la ACA en marzo de 2010, la Oficina Presupuestaria del Congreso y el Comité Conjunto de Tributación calculaban que en 2014 diecinueve millones de personas estarían aseguradas como consecuencia de la ley, y que en 2019 este número llegaría a treinta y dos millones de estadounidenses.² La cifra real de los que habían obtenido seguros en 2014 fue más baja, debido principalmente a cambios políticos como la decisión del Tribunal Supremo de que la ampliación de Medicaid en los estados fuera opcional. Tal como fue diseñada, la ACA no amplía la cobertura a determinados grupos de personas, como los inmigrantes no autorizados, que no tienen derecho a subvenciones ni a prestaciones de Medicaid.

¹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

² <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconprop.pdf>

Gráfica 1

Evolución de la cobertura como resultado de las disposiciones de la ACA, 2014 (millones de personas)



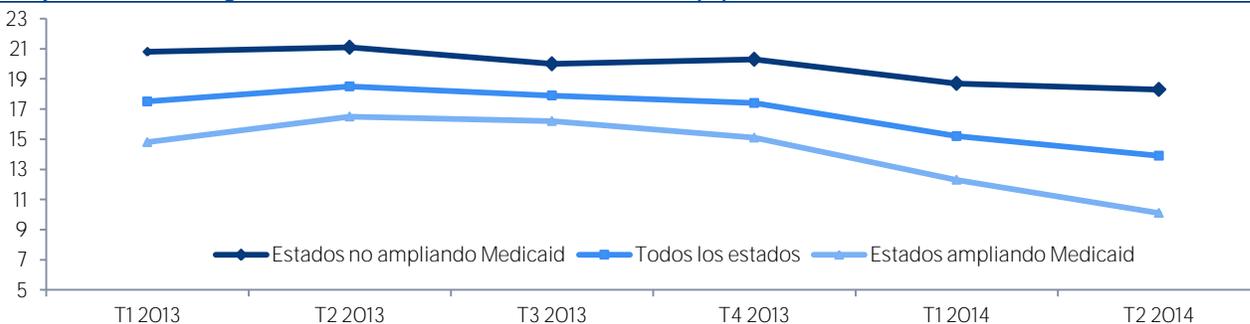
Fuente: Oficina Presupuestaria del Congreso y el Comité Conjunto de Tributación

Enfermedades previas: Aunque uno de los objetivos de la ACA era poner fin a la discriminación contra las personas con enfermedades previas o crónicas, la cobertura ha sido menor de lo que se esperaba para este grupo de riesgo. La puesta en marcha de las disposiciones con respecto a los que tienen enfermedades previas tiene marcado su inicio en 2014. En consecuencia, la ACA creó el Plan de seguro para enfermedades preexistentes (PCIP) con el fin de que aquellas personas con enfermedades previas a esa fecha pudieran tener a su disposición un seguro de salud. En febrero de 2013, cuando se suspendió la inscripción en el PCIP debido a los crecientes costos y a las limitaciones del financiamiento, se habían inscrito en el plan más de 114 mil estadounidenses.³ Esta cifra está por debajo de las previsiones iniciales de una inscripción total que variaba entre 200 mil y 400 mil personas.⁴

Jóvenes: Un caso en que las disposiciones de la ACA han superado las expectativas es en el número de jóvenes asegurados. La ACA exige a las compañías de seguros que ofrezcan cobertura para los hijos hasta de 26 años, mientras que en el pasado los planes de seguros podían dejar de cubrir a los hijos a los 19 años o a los 22 años si se trataba de estudiantes a tiempo completo. Esta disposición fue una de las primeras en entrar en vigor tras la firma de la ACA; por tanto, algunos de los mejores datos iniciales del impacto de la ley se refieren al segmento de los jóvenes. El porcentaje de jóvenes no asegurados entre 19 y 25 años ha caído a 21% en 2014 desde 34% donde se situaba en 2010. En 2010, la estimación del gobierno sobre el número de personas que carecían de seguros y que pasarían a estar cubiertos bajo los planes de sus padres era de solo 1.7 millones en 2013.⁵ En realidad, el número de jóvenes que obtuvieron seguros como resultado de la ACA superaba ya los 3 millones a mediados de 2012.⁶

Gráfica 2

Tasa de personas sin seguros entre los adultos de mediana edad (%)



Fuente: Urban Institute Health Policy Center

³ <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Fact-Sheets-and-FAQs/pcip-enrollment.html>

⁴ <http://www.gao.gov/new.items/d11662.pdf>

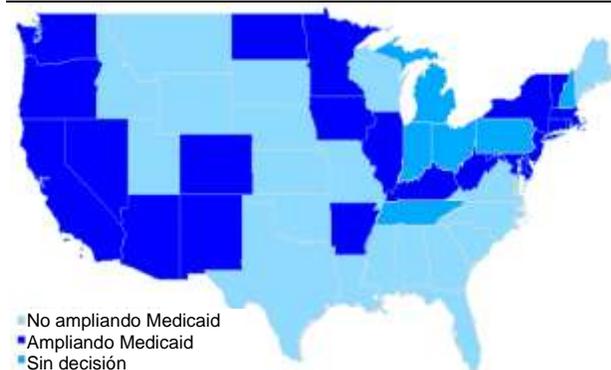
⁵ <http://webapps.dol.gov/FederalRegister/PdfDisplay.aspx?DocId=23865>

⁶ <http://aspe.hhs.gov/aspe/gaininginsurance/rb.cfm>

Medicaid: Aunque la ACA amplió la cobertura de Medicaid para incluir a personas con ingresos de hasta 138% por encima del umbral de la pobreza, el éxito de esta disposición ha sido desigual debido a que el Tribunal Supremo resolvió más tarde que la ampliación de Medicaid era opcional para los estados. En la actualidad, 28 estados (más el Distrito de Columbia) han optado por ampliar Medicaid, mientras que 15 no lo han hecho y 7 no han tomado todavía una decisión. La tasa de personas no aseguradas en los estados donde se ha ampliado Medicaid es 10.2%, frente a 15.1% en los estados que no lo han hecho.⁷

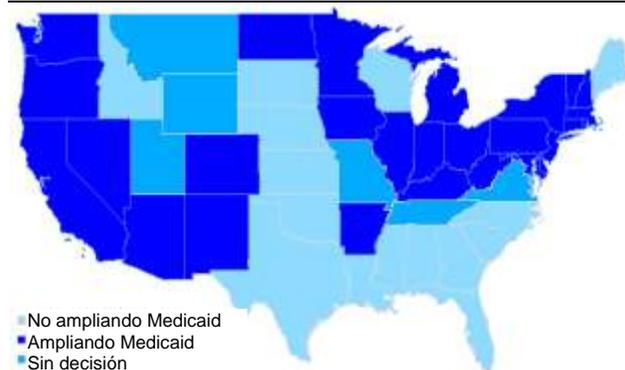
Los estados que se han negado a ampliar Medicaid renuncian a generosos pagos federales y podrían, en última instancia, experimentar una caída de su capital humano. En un estudio del *New England Journal of Medicine* se informaba de que “las ampliaciones de Medicaid en los estados para cubrir a los adultos con ingresos bajos estaban muy ligados a la reducción de la mortalidad así como a la mejora de la cobertura, el acceso a la asistencia y el estado de salud según los individuos”.⁸ Para fomentar que los estados ampliaran Medicaid, el gobierno federal ofrecía cubrir el 100% de los costos de ampliación de Medicaid de 2014 a 2016, cobertura que después bajaría al 90% en 2020 y años sucesivos. Los estados que se niegan a ampliar Medicaid renuncian a 8,400 millones de dólares de transferencias de fondos federales hasta 2016, y tendrán 3.6 millones menos de asegurados por no participar.⁹ Como se muestra en las Gráficas 3 y 4, cada vez hay un número mayor de estados que se decantan por ampliar Medicaid, lo que demuestra que la mayoría de los estados, con independencia de su afiliación política, consideran que la expansión es favorable en términos de costos totales y ahorro.

Gráfica 3

Expansión de Medicaid por estados (a Jul/2013)

Fuente: Kaiser Family Foundation

Gráfica 4

Expansión de Medicaid por estados (a Ene/2015)

Fuente: Kaiser Family Foundation

El aumento de cobertura no significa mayor acceso a la atención sanitaria

La Ley de sanidad asequible se centra en conseguir que haya más estadounidenses asegurados, más que en garantizar que las personas reciban la atención sanitaria que necesiten. Aproximadamente la mitad de las compañías de seguros de las bolsas de seguros de salud (o del mercado) son o bien organizaciones para el mantenimiento de la atención sanitaria o bien organizaciones de proveedores exclusivos, que solo permiten la atención dentro de su red. En algunos casos, estos planes permiten a sus participantes salir de la red solo en caso de emergencia o a través de un largo proceso de apelación; de lo contrario, los participantes se ven obligados a pagar por sí mismos el 100% de sus gastos para obtener prestaciones fuera de la red.

Aunque los planes del mercado deben cumplir los requisitos federales y estatales para ofrecer una red aceptable, tienen cierta flexibilidad para diseñar redes menos amplias que las de los planes patrocinados por los empleadores. Un estudio de la American Heart Association comprobó que los planes de los mercados regionales presentan una gran variedad en

⁷ <http://hrms.urban.org/briefs/Health-Insurance-Coverage-under-the-ACA-as-of-September-2014.pdf>

⁸ <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1202099>

⁹ <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23733976>

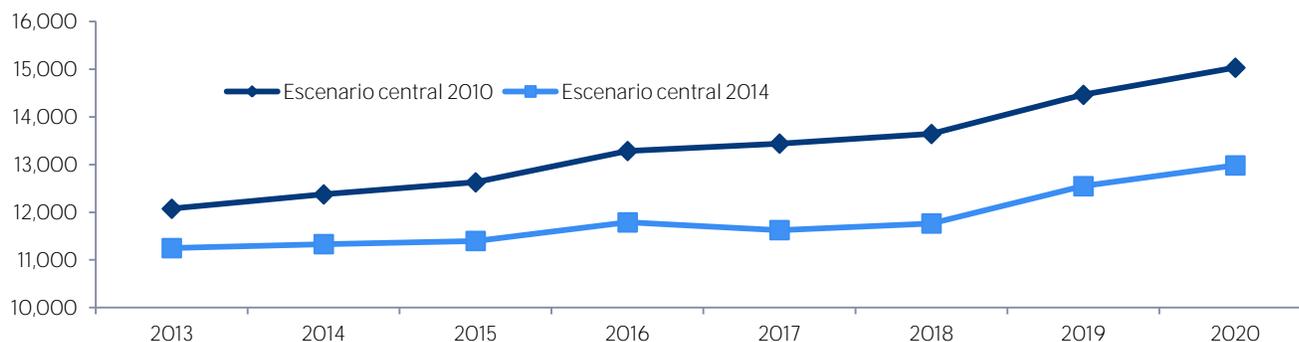
cuanto a su cobertura de médicos. El número de médicos cubiertos en las redes de los planes iba del 8% en Los Ángeles al 83% en Filadelfia. En Los Ángeles, ninguno de los cardiólogos seleccionados en el estudio estaban cubiertos por los planes del mercado de la zona.¹⁰ Además, el Departamento de Servicios Sanitarios y Humanos encontró que casi el 50% de los proveedores incluidos en la lista de los que atienden a pacientes de Medicaid no podían dar cita a las personas inscritas. De estos proveedores, el 43% dijeron que no participaban en el plan en la ubicación que aparecía en la lista y el 7% no aceptaba la inscripción de nuevos pacientes en el plan. La media de espera era superior a dos semanas; una cuarta parte de los proveedores tenían un tiempo de espera de más de un mes.¹¹

Las pruebas indican que el sistema actual de prestación de asistencia sanitaria no está equipado ni incentivado para manejar el creciente número de pacientes asegurados. La ACA incluía un aumento temporal de las tasas de reembolso de la asistencia primaria de Medicaid financiado con fondos federales. El aumento terminó en 2014, pero la mayoría de los estados no tienen planes de continuar con él usando sus propios fondos en 2015.¹² Esto implica que los reembolsos de los médicos podrían caer hasta un 43%, lo que contribuiría más a la falta de asistencia primaria que el mayor número de pacientes que Medicaid puede esperar.¹³

Las disposiciones de Medicare de la ACA han tenido éxito en reducir el derroche y recortar los costos

Gráfica 5

Gasto de Medicare por beneficiario, escenario central de la CBO (\$)



Fuente: Oficina Presupuestaria del Congreso

El objetivo de varias disposiciones de la ACA es reducir el crecimiento del gasto sanitario, especialmente en lo que respecta a Medicare, que es el mayor comprador único de atención sanitaria de EEUU (23%).¹⁴ Por ejemplo, el programa de reducción de reingresos hospitalarios tiene como objetivo reducir los reingresos de pacientes que se puedan evitar mediante el recorte de los gastos de Medicare por parte del gobierno en los hospitales que tienen un número excesivo de pacientes reingresados en un mes. En el primer año del programa fueron penalizados más de 2,217 hospitales, lo que supuso un ahorro para Medicare de 280 millones de dólares.¹⁵

La moderación del gasto del programa Medicare desde que se aprobó la ACA ha sido sustancial; como se muestra en la gráfica 5, el gasto de Medicare en 2013 fue aproximadamente 800 dólares menos por persona de lo que se

¹⁰ http://www.heart.org/idc/groups/public/@wcm/@adv/documents/downloadable/ucm_468318.pdf

¹¹ <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-02-13-00670.pdf>

¹² <http://kff.org/medicaid/perspective/the-aca-primary-care-increase-state-plans-for-sfy-2015/>

¹³ <http://www.urban.org/UploadedPDF/2000025-Reversing-the-Medicaid-Fee-Bump.pdf>

¹⁴ <http://www.medpac.gov/documents/publications/june-2014-data-book-section-1-national-health-care-and-medicare-spending.pdf?sfvrsn=2>

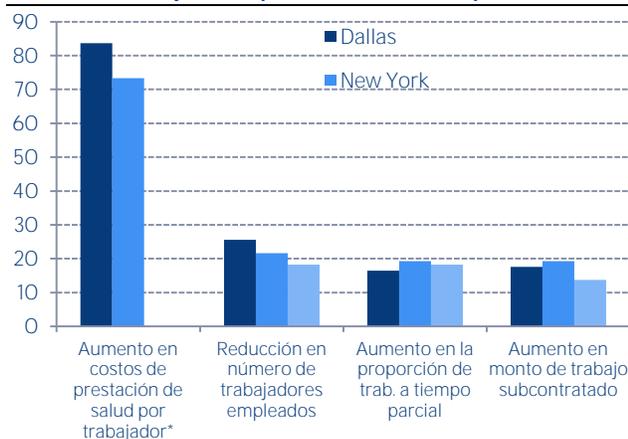
¹⁵ <http://kaiserhealthnews.org/news/medicare-revises-hospitals-readmissions-penalties/>

esperaba en 2010, y se prevé que en 2020 será 2,000 dólares menos de lo originalmente previsto.¹⁶ Esta moderación de la curva de costos puede atribuirse en parte a la reducción de los pagos de Medicare a los proveedores y a las reformas cuyo objetivo es mejorar la eficacia y reducir los costos, como el programa de compras basado en valores del hospital. Este programa, implementado en 2012, vincula una parte de los pagos de Medicare de los hospitales al rendimiento según mediciones de calidad de los procesos, por ejemplo si un paciente ha recibido un antibiótico antes de una operación y según mediciones de la experiencia del paciente, por ejemplo la capacidad de respuesta del personal del hospital a las necesidades de los pacientes. A finales de 2013, 1,500 hospitales fueron penalizados mediante una reducción de sus pagos de Medicare por no cumplir los criterios de calidad.¹⁷ Las reformas de la ACA, cuyo objetivo es reducir los costos reduciendo al mismo tiempo las ineficacias, podrían contribuir a bajar la inflación sanitaria, que en 2013 estaba al nivel más bajo desde que el gobierno empezó a llevar un registro en 1960.

Aunque hay disposiciones específicas que buscan reducir el gasto, las estimaciones apuntan a que los gastos sanitarios generales seguirán creciendo, si bien a un ritmo más lento. Se prevé que las ampliaciones de cobertura de la ACA junto con el envejecimiento de la población impulsarán el aumento del gasto sanitario público en el futuro; se calcula que los gastos sanitarios ascenderán a 19% del PIB en 2023, en comparación con el 17% en 2012.¹⁸

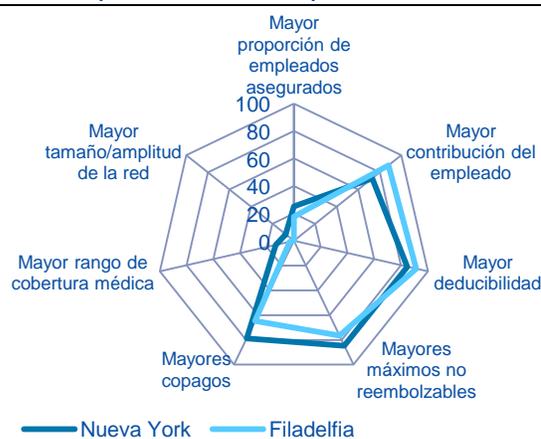
Las empresas estadounidenses piensan repercutir los mayores costos sanitarios en empleados y consumidores

Gráfica 6
Resultados de la encuesta de la Fed 2014: Efectos de la ACA en las empresas (% de encuestados)



Fuente: Reserva Federal, Banco de Dallas, Reserva Federal, Banco de Nueva York, Reserva Federal, Banco de Filadelfia
*Datos n/d en la encuesta de Filadelfia

Gráfica 7
Resultados de la encuesta de la Fed 2014: Modificaciones de las políticas de cobertura sanitaria (% de encuestados)*



Fuente: Reserva Federal, Banco de Nueva York, Reserva Federal, Banco de Filadelfia
*Datos n/d en la encuesta de Dallas

Como el mandato del empleador entró en vigor recientemente, hay pocos datos disponibles sobre la respuesta de las empresas a esta disposición de la ACA. Las encuestas de la Reserva Federal muestran que la mayoría de las empresas esperan hacer modificaciones en su plan de salud actual, pues la ACA ha aumentado sus costos sanitarios por trabajador. La gran mayoría de las empresas piensan repercutir estos costos sanitarios más elevados en sus empleados en forma de mayores primas, deducibles y copagos. Las encuestas también informan de que un promedio

¹⁶ <http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/MedicareAugust2010FactSheet.pdf>,

<http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/attachments/44205-2014-04-Medicare.pdf>

¹⁷ <http://kaiserhealthnews.org/news/value-based-purchasing-medicare/>

¹⁸ <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2013.pdf>

de 34% de las empresas piensan aumentar los precios, es decir, que repercutirán los mayores costos salariales en los consumidores.¹⁹

Uno de los mayores retos para las pequeñas empresas será determinar si contratar o no por encima del umbral arbitrario de 50 empleados a tiempo completo. El mandato del empleador, que entra en vigor este año exige a los empleadores con 50 o más empleados a tiempo completo ofrecer un seguro médico a sus trabajadores. Se han introducido recientemente leyes para cambiar la definición de un trabajador a tiempo completo, que ha pasado de 30 horas por semana, tal como se definía en la ACA, a 40 horas. De este modo se reflejaría mejor la realidad del trabajo en EEUU, donde el número medio de horas trabajadas por los empleados a tiempo completo es 47 horas por semana.²⁰

Conclusión

Pese al prometedor aumento del número de asegurados en todo el país, el acceso a la atención sanitaria de calidad todavía está fuera del alcance de muchos estadounidenses. La oferta de los proveedores tardará en ajustarse a la creciente demanda de atención sanitaria de los nuevos asegurados; mientras tanto, deben hacerse más esfuerzos para incentivar a los proveedores a atender a los pacientes que se han beneficiado de la ampliación de Medicaid y de otras disposiciones. El Congreso debe considerar añadir más disposiciones que recompensen a los proveedores de atención sanitaria por reducir las ineficacias y mejorar la calidad de la atención que prestan, como el programa de compras basado en valores del hospital. Como se prevé que las pequeñas empresas se verán afectadas por el mandato del empleador, su carga podría aliviarse ajustando el umbral de los trabajadores a tiempo completo. La ACA ha conseguido ampliar la cobertura, especialmente a los estadounidenses más vulnerables; por tanto, deben hacerse esfuerzos para mejorar las dotaciones existentes.

AVISO LEGAL

Este documento ha sido preparado por el Servicio de Estudios Económicos del BBVA de EEUU del Banco Bilbao Vizcaya Argentaria (BBVA) en su propio nombre y en nombre de sus filiales (cada una de ellas una compañía del Grupo BBVA) para su distribución en los Estados Unidos y en el resto del mundo, y se facilita exclusivamente a efectos informativos. En EEUU, BBVA desarrolla su actividad principalmente a través de su filial Compass Bank. La información, opiniones, estimaciones y previsiones contenidas en este documento hacen referencia a su fecha específica y están sujetas a cambios que pueden producirse sin previo aviso en función de las fluctuaciones del mercado. La información, opiniones, estimaciones y previsiones contenidas en este documento han sido recopiladas u obtenidas de fuentes públicas que la Compañía estima exactas, completas y/o correctas. Este documento no constituye una oferta de venta ni una incitación a adquirir o disponer de interés alguno en valores.

¹⁹ <http://www.dallasfed.org/microsites/research/surveys/tmos/2014/1408/specquest.cfm>, http://www.newyorkfed.org/survey/business_leaders/2014/2014_08Supplemental.pdf, <http://www.philadelphiafed.org/research-and-data/regional-economy/business-outlook-survey/2014/bos0814.cfm#sp>

²⁰ <http://www.gallup.com/poll/175286/hour-workweek-actually-longer-seven-hours.aspx>