



Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

LA SANIDAD PÚBLICA EN ESTADOS UNIDOS: COMPARATIVA CON ESPAÑA Y LA OCDE

Autor: Paloma Herreros de Tejada Conde

Director: Francisco Borrás Pala

RESUMEN

El propósito de este trabajo es analizar la existencia del sistema sanitario público en Estados Unidos, examinando este sistema, antes y después de la promulgación de la Ley de Protección al Paciente y Cuidados de Salud Asequible (ACA), también conocido como Obamacare, y comparándolo, a través de determinados indicadores de la salud, con el sistema sanitario español y con la actuación de los países de la OCDE. El principal objetivo de la ACA era conseguir una cobertura sanitaria universal, una sanidad más asequible para la población, y controlar los costes. En 2009, el gasto en sanidad representaba el 16% del PIB de Estados Unidos, y tenía a más de 50 millones de habitantes (el 16,7% de su población) sin seguro. Tras la promulgación de la ACA, en 2016, el gasto en sanidad fue del 17,2% del PIB y el número de personas sin cobertura médica se había reducido a menos del 10% de la población. Sin embargo, los logros obtenidos por la ACA están en duda desde la llegada a la presidencia de Trump y, por ello, se analizará la legislación aprobada por éste para modificar la ACA y las estimaciones sobre sus efectos.

PALABRAS CLAVES

Sistema sanitario estadounidense, gasto total en sanidad, gasto público en sanidad, reforma sanitaria, Ley de Protección al Paciente y Cuidados de Salud Asequible (ACA), Obamacare, Medicare, Medicaid, cobertura sanitaria.

ABSTRACT

The aim of this paper is to analyze the existence of a public healthcare system in the United State. This will be achieved by examining the healthcare system before and after the passing of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), also known as Obamacare, and by comparing it with the Spanish healthcare system and with the OECD, using specific indicators for this purpose. The main objective of the ACA was to achieve universal health insurance coverage, to make healthcare more affordable and to control rising healthcare costs. In 2009, before the ACA, healthcare spending was 16% of the US GDP and yet, more than 50 million people (16,7% of the population) lacked health insurance. In 2016, healthcare spending rose to 17,2% and those without insurance decreased to less than 10% of the population. Nonetheless, the ACA's achievements are thrust into doubt by Trump entering the presidency. Therefore, we will also analyze the legislation approved under President Trump that modifies the ACA, taking into account the estimations done on their effect.

KEYWORDS

US healthcare system, healthcare expenditure, public healthcare spending, healthcare reform, the Patient Protection and Affordable Healthcare Act, Obamacare, Medicare, Medicare, healthcare coverage.

Listado de abreviaturas

ACA: Affordable Care Act

AHA: American Hospital Association

AMA: American Medical Association

BCBS: Blues Cross Blue Shield

BCRA: Better Care Reconciliation Act

CBO: Congressional Budget Office

CCMC: Committee on the Costs of Medical Care

CIO: Congress of Industrial Organization

DRG: Diagnostic-Related Group

ESI: Employer Sponsored Insurance

FPL: Federal Poverty Line

GAO: Government Accountability Office

HIAA: Health Insurance Association of America

IRS: Internal Revenue Service

KFF: Kaiser Family Foundation

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

ONU: Organización de las Naciones Unidas

OOP: Out-of-Pocket

PIB: Producto Interior Bruto

PPRC: Physician Payment Review Commission

PPS: Prospective Payment System

PYMES: Pequeñas y Medianas Empresas

RBRVS: Resource Based Relative Value Scale

SNS: Sistema Nacional de Salud

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	1
1.2. OBJETIVOS	3
1.3. METODOLOGÍA	3
1.4. ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	3
2. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y SOCIAL DE ESTADOS UNIDOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE...4	
2.1. EL BIPARTIDISMO Y SU EFECTO EN LA SANIDAD AMERICANA.....	7
2.2. EL CAPITALISMO Y EL BIG PHARMA.....	8
3. LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESTADOS UNIDOS.....10	
3.1. ORIGEN DEL SISTEMA SANITARIO (1880-1930). LA ASOCIACIÓN <i>BLUE CROSS BLUE SHIELD</i> . 10	
3.2. LOS PLANES DE SALUD OFRECIDOS POR LAS EMPRESAS Y LA APARICIÓN DEL SISTEMA DE FINANCIACIÓN <i>FIRST-DOLLAR COVERAGE</i>	12
3.3. LOS PROGRAMAS SANITARIOS GUBERNAMENTALES: MEDICARE Y MEDICAID	14
3.4. PRIMERAS MEDIDAS DE CONTROL DE LOS COSTES SANITARIOS	17
4. LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE.....21	
4.1. DISPOSICIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES.....	26
4.2. EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD. EL MANDATO INDIVIDUAL, EL MANDATO AL EMPRESARIO Y EL SISTEMA ESI.	27
4.2.1. <i>El mercado de seguros de salud</i>	27
4.2.2. <i>El mandato individual, el mandato al empresario y el sistema ESI</i>	30
4.3. EXPANSIÓN DE MEDICAID	31
4.4. LAS PRIMAS DE SEGURO, EL GASTO EN SANIDAD Y LOS PRESUPUESTOS DEL GOBIERNO. 33	
4.5. LAS MEDIDAS DEL PRESIDENTE TRUMP PARA NEUTRALIZAR LA ACA.....	35
5. COMPARATIVA DEL SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE, ESPAÑOL Y LA OCDE..40	
5.1. INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD	40
5.2. INDICADORES DE ACCESO A CUIDADOS DE SALUD	43
5.3. INDICADORES DEL GASTO SANITARIO.....	48
6. CONCLUSIÓN.....50	
7. BIBLIOGRAFÍA.....53	

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación del tema

El propósito de este trabajo es analizar la sanidad pública estadounidense para concluir si existe verdaderamente un estado de bienestar en este ámbito y hacer una comparativa con España. La sanidad americana ha sufrido numerosos cambios en las últimas décadas, la más importante y conocida es la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible¹(ACA), también conocida popularmente como *Obamacare*. Esta reforma ha transformado la sanidad suponiendo un gran cambio y teniendo un efecto medible en los gastos públicos y privados en sanidad y en otros indicadores del sector. La ACA supuso un gran cambio puesto que buscaba transformar un sistema predominantemente privado a uno más universal y en el que haya mayor intervención del Estado. El objetivo de esta reforma era doble: reducir el coste de la sanidad y universalizar el sistema.

En referencia a este primer objetivo, el sistema sanitario de Estado Unidos en el 2010 estaba al borde de la quiebra. En el 2009, antes de la ACA, Estados Unidos fue el país que más gastó en sanidad pública, un 16% del PIB, en comparación con el gasto del 11% de Francia o el 8,5% de España², pero aún así, más de 50 millones de sus habitantes (16,7% de su población) carecían de cobertura sanitaria (US Census Bureau, 2010). Además, antes de la reforma, algunos estudios pronosticaban que se doblaría el gasto en sanidad en los siguientes 10 años. Tras la reforma, tomando datos del 2016, el gasto en sanidad en Estados Unidos correspondió al 17,8% del PIB, esta cifra sigue siendo más alta que en otros países como Suiza (12,4%), Australia (9,6%) o España (6.39%), donde tienen un mayor nivel de cobertura (99%-100%) en comparación con Estados Unidos (90%) (Navarro, 2010). Sin embargo, respecto al gasto previsto por los expertos antes de la ACA éste ha sido inferior. Actualmente, en 2018, el gasto en sanidad ha sido del 19% del PIB, pero, el gobierno estadounidense estima que en 2048 el gasto en sanidad será del 23% del PIB. Las razones de este mayor coste no se encuentran en un mayor uso de sus servicios en comparación con la de otros países pues estudios demuestran que Estados

¹ En inglés es la ley es llamada *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)* aunque generalmente se conoce como *Affordable Care Act (ACA)*. En este trabajo a esta ley se le denominará ACA.

² Estas cifras incluyen tanto el gasto público como el privado realizado en ese año.

Unidos tiene tasas de utilización de servicios similares a los de otros países de renta alta. Sin embargo, llega a casi duplicarles en gasto. Estas diferencias parecen que se debe principalmente al coste del trabajo, de bienes –como los medicamentos– y de costes administrativos (Papanicolas, Woskie & Jha, 2018).

En cuanto al objetivo de universalizar la sanidad pública, la reforma lo persigue a través de varias medidas, algunas son: (i) la obligación para todos los estadounidenses de contratar un seguro médico, el Estado subvenciona a los que carecen de suficientes ingresos para cubrir toda la póliza, además con esta medida se busca reducir las primas de las aseguradoras privadas, que se habían incrementado notablemente y por encima del nivel de inflación (el coste medio de la prima superaba los 1.000 dólares en 2010); (ii) la obligación de todas las empresas que tengan una nómina superior 500.000 dólares, de asegurar a sus empleados, pagando al menos el 65% de la póliza; (iii) la creación de la Opción Pública –oferta por parte del Gobierno de un seguro más barato, cuyas primas son negociadas directamente con hospitales y médico–(iv) la creación de un mercado nacional de seguros de salud; y, (v) la prohibición a las aseguradoras de adoptar «comportamientos perversos», tal como dejar a las personas con condiciones preexistentes sin cobertura o exigirles pagos extras (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, 2010). Varias de estas medidas han sido vistas como un excesivo intervencionismo del gobierno en el mercado y por ello han tenido bastante rechazo, especialmente la opción pública que incluso fue un motivo de discordia entre demócratas (Barciela, 2010).

El contexto en el que se pretende ubicar este trabajo es en el panorama actual puesto que la Ley en cuestión entró en vigor en el 2010– aunque algunas de sus disposiciones entraron en vigor más tarde– y, consecuentemente, para conocer sus efectos de verdad se necesitan analizar los datos antes y después de su entrada en vigor, buscando los datos del gasto público y de los indicadores del bienestar más recientes posibles. Además, hay que tener en cuenta las modificaciones posteriores que ha sufrido la sanidad pública americana desde la llegada de Trump a la presidencia a principios del 2017, por ello, se analizarán los cambios que ha realizado, si bien, aún no ha pasado el tiempo suficiente para poder analizar en profundidad el impacto de los cambios. Por otra parte, el objetivo último de este trabajo es examinar la sanidad pública americana y la existencia del Estado de Bienestar en este ámbito, por este motivo, se va a comparar el sistema americano y el español, para así adquirir una perspectiva distinta sobre la sanidad pública que permitirá realizar un estudio más completo de la ACA y del Estado de Bienestar.

1.2. Objetivos

Los principales objetivos de este trabajo son:

- analizar la evolución del gasto público y privado en sanidad en Estado Unidos en los últimos 30 años;
- explicar los grandes cambios introducidos por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible e identificar su efecto en la sociedad estadounidense;
- examinar las medidas de el presidente Trump para neutralizar los efectos de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible;
- comparar el sistema sanitario americano con el español y la OCDE;
- conocer si existe una sanidad pública en Estados Unidos.

1.3. Metodología

La metodología utilizada en este trabajo serán métodos cualitativos, principalmente la revisión de literatura (monografías, leyes, artículos etc.). Se empleará una lógica deductiva con el fin último de descubrir si existe o no un estado de bienestar en la sanidad pública en Estados Unidos.

1.4. Estructura del trabajo

El presente trabajo empezará analizando el contexto histórico, político, económico y social de Estados Unidos para entender la realidad social en la que se enmarca el sistema sanitario y el cambio que supone la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible. Seguidamente se hará una comparación entre el sistema sanitario americano, el español y la OCDE a través de distintos indicadores de la salud y, tras este análisis, se concluirá si verdaderamente existe, y en qué medida, un sistema sanitario público en Estados Unidos.

2. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO Y SOCIAL DE ESTADOS UNIDOS Y SU INFLUENCIA EN LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE

Lo primero que hay que analizar es la sanidad como derecho y la influencia de esto a la hora de configurar el sistema sanitario de cada Estado. Sin adentrarnos excesivamente en el Derecho Constitucional hay que diferenciar entre tres generaciones distintas de Derechos Humanos (Vasak, 1977) y, posteriormente, una cuarta generación que surge por el desarrollo tecnológico. Estas generaciones de derechos son consecuencia del avance de la sociedad, pues a medida que avanzaba surgían nuevas preocupaciones y nuevos derechos en función de que bien jurídico necesitaba ser protegido.

Así pues, la primera generación, también llamados derechos personales, surgen en el siglo XVIII, con el auge del Estado liberal y más que derechos se trata de libertades (libertad de prensa, libertad de reunión, etc.), y lo que se exige al Estado es que no entorpezca el ejercicio de estas libertades— obligación de no hacer—, se identifican, por tanto, con un Estado abstencionista. Estos derechos buscan la libertad del individuo, aquí también se incluyen los derechos políticos como el derecho de sufragio activo y pasivo. Después surgen los derechos de segunda generación, también llamado derechos sociales, que nacen a principios del siglo XX— a raíz de la Revolución Industrial—. Estos derechos son los derechos económicos, sociales y culturales que están vinculados con el principio de igualdad. Generalmente, conllevan la injerencia del Estado para garantizarlos— obligación de dar—, es un Estado intervencionista. El derecho a la sanidad se encuentra entre estos derechos de segunda generación. Estos derechos de segunda generación son tan importantes que están recogidos en numerosos tratados y convenios internacionales. Cabe destacar que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos mencionan específicamente— entre otros derechos— el derecho a la salud, al bienestar, y en especial a la asistencia médica y al derecho de un seguro de enfermedad, invalidez o vejez (ONU, 1948). Los derechos de tercera generación— son los llamados derechos de solidaridad humana— surgen en la segunda mitad del siglo XX, cuando aparecen los estudios sobre el deterioro medioambiental, la contaminación, etc. Se incluyen derechos vinculados, por lo general, al medioambiente, para dejar un legado a las generaciones futuras. En este caso, el Estado debe promover políticas sostenibles, promulgar leyes de protección del medio ambiente, etc. Es una obligación de hacer por parte del Estado. Los derechos de cuarta generación no son aceptados por la totalidad de la doctrina, pero son los derechos de la

sociedad tecnológica, y surgen en el siglo XXI, con el avance tecnológico, y afectan a campos como la informática, la biomedicina, etc. Están vinculados a los conceptos de intimidad e identidad. Cada generación posterior de derechos no sustituye la anterior, sino que son derechos adicionales que regulan vacíos que existían y que no habían sido regulados anteriormente porque no había existido la necesidad de hacerlo.

Con las generaciones de derechos se plantean dos grandes problemas, el primero atañe a los derechos de cuarta generación donde el principio general de que todo lo no prohibido está permitido se invierte, de tal modo que está todo prohibido salvo que se haya permitido. Es decir, se propugna como principio básico el principio de precaución. La razón de esto es debido el rápido avance tecnológico que da lugar a situaciones imprevisibles, de modo que el Derecho no puede predecir con exactitud el alcance de estos avances. Por otro lado, el segundo problema, que es de mayor relevancia para este trabajo, es el problema del coste de los derechos. Los derechos tienen un coste, especialmente aquellos que requieren que el Estado invierta dinero—también llamados derechos de prestación— como pueden ser los derechos de segunda generación, aunque también cuestan los derechos que exigen la omisión del Estado—los derechos de libertad—, ya que la efectiva protección de las libertades supone destinar partidas presupuestarias a tal fin. Por tanto, aquí surge el problema, pues hasta que punto puede un Gobierno reducir los gastos en estas partidas sin dejar desprotegidos los derechos de sus ciudadanos. Por este motivo, es tan importante delimitar la eficacia, la extensión de los derechos, para determinar así qué es lo esencial del derecho y se debe mantener, y qué es lo opcional.

En cuanto al término Estado de Bienestar se acuñó en distintos países a finales de los años veinte y principios de los treinta del siglo XX, pero es fruto de un largo proceso que se inició con la industrialización, especialmente, tras la revolución de 1848. Durante este proceso, se buscaba la conciliación de tres elementos (i) las exigencias de la producción (por ejemplo, disponer de mano de obra regular o la necesidad de una demanda mínima); (ii) la importancia de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo del proletariado; y, (iii) la necesidad de unos mecanismos de integración política y social para mantener el orden público. Esta conciliación es llamada la Reforma Social y está formada por tres instituciones: la asistencia social, la Seguridad Social y el Estado de Bienestar.

La asistencia social se desarrolló entre 1814 y 1883, cuando el desarrollo del capitalismo y del mercado da lugar a un sistema en el que prima la empresa (“el imperativo fabril”) y que llevó a la destrucción de las estructuras de protección

preindustriales como los gremios, para favorecer la creación de un mercado de trabajo sin un sistema de protección social que pudiese impedir el trabajo asalariado (Polanyi, 1975). La asistencia social, es la política social de la época y es una protección residual que beneficia a aquellos incapacitados. La Seguridad Social nace durante la Segunda Revolución Industrial, en el último cuarto del siglo XIX cuando la clase obrera exige entre otras cosas mayor protección social, este sistema, serviría de base para que, tras la Segunda Guerra Mundial, se desarrollase el Estado de Bienestar. Según Marshall (1950): «el Estado de Bienestar era la última fase de la Reforma social al materializar los derechos sociales como culmen de los derechos civiles (1814-1880) y de los derechos políticos (1880-1940)».

El concepto de Estado de Bienestar transformó la forma de entender la sanidad ya que la asistencia médica pasó de ser un bien privado a configurarse como un derecho. Hay distintos modelos de Estados de Bienestar: los basados en la asistencia social, los sistemas de seguro relacionados con la actividad laboral y los universales (Sevilla, 2012).

En Estados Unidos– y otros estados anglosajones como Canadá o Australia– han tenido un sistema basado en la asistencia social, sistema heredero del Estado Liberal del siglo XIX. Sin embargo, en la mayoría de estos países, el sistema sanitario ha evolucionado a otros sistemas y en algunos países como Canadá o Nueva Zelanda, incluso se ha convertido en un derecho universal. En el Estado de Bienestar basado en la asistencia social, el derecho, en este caso, el derecho a la sanidad está ligado al concepto de necesidad, sólo los más pobres tienen un derecho garantizado por el poder público. Este derecho está unido a su condición, la pobreza, y los demás ciudadanos carecen de este derecho pues el Estado considera que pueden acceder a la sanidad por sus propios medios. Por ejemplo, en Estados Unidos sólo se proporcionaba ayuda a aquellos ciudadanos que cumpliesen los requisitos establecidos por sus planes gubernamentales como Medicare o Medicaid. En el caso de Medicare, proporcionar un seguro de salud para personas mayores de 65 años, aunque también pueden tener acceso a él los menores de 65 si tiene ciertas incapacidades como, por ejemplo, fallo renal permanente; y en el de Medicaid, proporcionar ayudas a aquellos trabajadores y sus familias cuya renta sea inferior de una determinada cantidad y cuando cumplan unos requisitos los cuales varían

según el estado³. Dentro de los países desarrollados, sólo Estados Unidos, hasta la reforma de Obama, había mantenido la asistencia sanitaria como un bien privado, en el que sólo ayudaba el Estado en situaciones concretas.

Los Sistemas de Seguros Nacionales, son herederos de los primeros sistemas de protección social ideados por Bismarck a finales del siglo XIX, se caracterizan porque el derecho a los diferentes elementos del Estado del Bienestar se deriva de la relación laboral, y, en función de la actividad desarrollada se generan unos derechos u otros. Este sistema es característico de la Europa continental y también ha tendido a la universalización de las prestaciones sanitarios (Sevilla, 2012). El sistema universal, también conocido como el modelo Beveridge o los Sistemas Nacionales de Salud, el derecho a la prestación sanitaria, y a los demás derechos del Estado de Bienestar, está asociado a la condición de ciudadano, es típico de los estados nórdicos, España sigue también este modelo (Sevilla, 2012).

Hay varias razones por las que la configuración del sistema sanitario es tan diferente en Estados Unidos y la mayoría de Europa. En este trabajo se van a explorar dos grandes motivos: el político (bipartidismo americano y la ausencia de un socialismo al estilo europeo) y el económico (Big Pharma y las aseguradoras).

2.1. El bipartidismo y su efecto en la sanidad americana

El primer motivo fundamental de la diferente configuración del estado de bienestar y, consecuentemente, de la sanidad, es la política americana – el bipartidismo– y la ausencia de un partido socialista relevante al estilo europeo. Las razones por las que no hay un partido socialista son varias (Martin, 2000): (i) la primera es una razón histórica, la inexistencia de una sociedad feudal o de carácter gremial al modo europeo. Estados Unidos, al ser una nación más joven, carecía de este bagaje histórico; (ii) la segunda razón es la prosperidad económica de Estados Unidos que permitió que la clase trabajadora tuviera mejores condiciones de vida que las que había en Europa; (iii) y, tercero, la idea americana de igualdad de oportunidades y de una sociedad basada en la meritocracia era común entre sus ciudadanos mientras que en Europa había que eliminar los vestigios de la antigua sociedad estamental. Todo esto unido a la ideología de que el socialismo es destructivo del modo de vida americano y una amenaza a la patria –muy propugnado

³ Este concepto se desarrollará en profundidad en el epígrafe 4.3.

durante la Guerra Fría– ha llevado a la inexistencia de un partido socialista al estilo europea. En cuanto al bipartidismo y su efecto en la sanidad pública cabe destacar que cuando más se radicalizó las posiciones de los partidos a favor o en contra de la universalización de la sanidad– los republicanos estando en contra y los demócratas en líneas generales apoyando la reforma– fue entre el 2008 y el 2010, fecha en la que se promulgó la ACA. El efecto del bipartidismo sobre la sanidad es bastante relevante, siendo los demócratas generalmente más partidarios de la universalización de la sanidad. Además, el interés por el mayor gasto en sanidad y la universalización de ella está unido al interés personal en el tema y la salud personal, aunque moderado por la ideología política – que también depende del nivel de afinidad hacia un partido u otro (Lecount y Abrahamson, 2017; Henderson y Hillygus, 2011).

2.2. El capitalismo y el Big Pharma

Otra de las grandes diferencias entre Europa y Estados Unidos es la libertad total para fijar los precios de sus medicamentos y las condiciones de prestación de sus servicios. El Estado no controlaba los costes de los hospitales, ni las primas de las aseguradoras ni tampoco los precios de las medicinas porque va contra la libertad de empresa. Esta libertad de precios tiene un efecto marcado en las empresas farmacéuticas, las llamadas Big Pharma⁴ que ostentan un gran poder, pudiendo cobrar lo que quieren y este gasto en quien repercute al final es en el asegurado. En Europa la regulación del mercado por parte de la UE ha conseguido mantener el precio de los fármacos por debajo o igual al nivel de inflación. Sin embargo, estudios realizados justifican la ausencia de regulación del mercado en Estados Unidos como forma de promover la investigación y el desarrollo de nuevos productos, estableciendo una relación positiva entre el incremento de precios de los fármacos con una mayor inversión en I+D (Giaccotto et al., 2005). Estudios sobre el sector farmacéutico en Estados Unidos, demuestran que las empresas farmacéuticas moderan los precios durante las elecciones presidenciales, y en otros momentos en los que se ha propuesto regular los precios como, por ejemplo, en 1993 con Clinton (Tessoreiro, 2004 citado por Golec y Vernon, 2006).

⁴ El Big Pharma es el nombre informal (pero extendido) que se les da en Estados Unidos a las grandes empresas farmacéuticas que ostenta una influencia económica y política marcada. Es un término algo peyorativo, algunas de las empresas que son parte del Big Pharma son: GlaxoSmithKline, Merck y Pfizer.

Esta libertad de mercado también ha afectado durante años a otro participante importante en la sanidad americana, las aseguradoras. Éstas no han tenido ninguna necesidad de mantener los costes controlados y esto, unido con la libertad de cobrar primas altísimas a los asegurados, ha llevado al bajo nivel de cobertura sanitaria en comparación con otros países de rentas altas. En el mercado de las asegurados la ACA interviene para proteger al paciente y asegurado.

En relación con la ACA, desde sus inicios contó con numerosos detractores tanto expertos como de la población en general. Muchas de las medidas de la ACA se ven como un intervencionismo excesivo que injiere en la libertad y la competencia (Gelman et al., 2010). Además, parte de la población americana consideraba que la reforma significaría mayores impuestos, peor salud (el mismo número de hospitales tendrían que atender a más pacientes causando, entre otros problemas, el deterioro de sus instalaciones, mayor grado de ocupación y de espera, y una pérdida de calidad de la atención y el cuidado) y pérdidas de trabajo (Barciela, 2010). Entre los beneficiarios de la ACA, había quienes se quejaban de la obligación de tener un seguro pues estos pueden ser caros y en algunos casos, había quienes preferían pagar la multa antes que pagar las primas. Muchas empresas afectadas por la reforma la criticaron duramente. Los republicanos, con su oposición a la reforma, han sido acusados muchas veces de apoyar a las empresas que se ven perjudicadas por la reforma (aseguradoras principalmente) (Barciela, 2010). Haciendo un balance de lo conseguido por la ACA, uno de sus principales logros ha sido conseguir que 15,9 millones de personas que antes carecían de seguro lo tengan, mejorar la calidad de los cuidados médicos, enfatizando la prevención, aumentar la cobertura de Medicaid y Medicare o cambiar el método de pago (Obama, 2016). Desde el inicio de la presidencia de Trump ha habido varios intentos de derogar la ACA, pero este sigue parcialmente en vigor. Sin embargo, si que han logrado modificarlo en parte con el presidente Trump, promulgando el *Better Care Reconciliation Act* en el 2017. Con esta ley se modifica la extensión de la cobertura y se quitan algunos impuestos que financiaban la ACA entre otros aspectos. La incertidumbre causada por la posible derogación de la ley y la incapacidad hasta ahora del Senado y del Congreso de aprobar alguna medida que de mayor seguridad jurídica causan grandes estragos en el mercado de las aseguradoras –teniendo esto una repercusión en la población.

3. LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESTADOS UNIDOS

3.1. Origen del sistema sanitario (1880-1930). La asociación *Blue Cross Blue Shield*.

Los primeros años de existencia formal de un sistema sanitario en Estados Unidos (1880-1930) llevó a la consolidación de los médicos y el crecimiento del sistema hospitalario en este país. Además, supuso el inicio, a principios del siglo XX, de los seguros médicos como forma de prepago de los gastos sanitarios y el creciente control del *American Medical Association* (AMA)⁵ del mercado sanitario. Desde 1880 hasta 1930 se produjo la expansión del sistema, pero la llegada de la Gran Depresión truncó este crecimiento y causó grandes estragos, tanto para gran parte de la población que era incapaz de afrontar los costes médicos, como para los hospitales quienes tenían unos elevados costes fijos (Starr,1982). Entre 1929 y 1930 los hospitales pasaron de facturar una media de \$200 por paciente a menos de \$60. Por ello, los hospitales empezaron a mirar a los planes de seguro como una forma de garantizar un flujo de caja constante y de reducir el riesgo financiero, bajando así su coste de financiación. Estos seguros, a diferencia de otros tantos, no tenían como objetivo la protección del asegurado sino mantener los hospitales, garantizándoles unos ingresos contantes (Wasley, 1992). El primer ejemplo del uso de un seguro hospitalario fue en 1929 en el Hospital Universitario Baylor en Texas, donde un grupo de profesoras pagaban una cuota mensual a cambio de que el hospital les tratase cuando lo necesitasen, esta cuota se pagaba independientemente del uso de los servicios médicos por cada profesora, este plan de seguro fue el antecedente de la asociación *Blue Cross*.

Durante los siguientes años, en distintas ciudades, los hospitales empezaron a organizar planes de seguro hospitalarios, en los que varios hospitales eran partícipes, permitiendo así que los asegurados tuvieran más proveedores de cuidados médicos entre los que elegir, esto atraía a más pacientes y consecuentemente, fortalecía los ingresos de los hospitales partícipes. Este modelo de seguro hospitalario (basado en el ejemplo de Baylor) sirvió de inspiración para la creación del *Blue Cross*. La importancia de la aparición de estos seguros como forma de pago ha sido fundamental en dos aspectos: primero, en la configuración del sistema sanitario americano tal y como se conoce hoy;

⁵ En español, *Asociación Médica Estadounidense*

y, segundo, cambiando el concepto que se tenía de seguro (Wasley, 1992). El crecimiento de los planes de seguro *Blue Cross* fue impresionante, en 1940, 6 millones de miembros estaban inscritos en 56 planes; este número creció a 19 millones en 80 planes en 1945, pasando a 52 millones en 79 planes en 1958 (Somers y Somers, 1961).

Los primeros planes de *Blue Cross* se mantuvieron alejados de la cobertura de los servicios médicos para disminuir la oposición de los médicos al seguro de hospitalización grupal. No obstante, la demanda de dicha cobertura y el creciente interés de las aseguradoras comerciales propició lo que se considera el primer plan de *Blue Shield*, creado por el Servicio de Médicos de California en 1939, con el liderazgo de Ray Lyman Wilbur, quien había presidido el Committee on the Costs of Medical Care⁶ (CCMC) (Starr, 1982). Este plan ayudó a iniciar una serie de innovaciones, incluido el sistema de valoración relativa para evaluar los servicios de los médicos (que sigue existiendo si bien muy alterados en el sistema de valoración en función a los recursos⁷ adoptado por Medicare en 1989), y a evaluar nuevas tecnologías a través de aportaciones del mundo científico y de la comunidad. La inscripción en *Blue Shield* era de 2.5 millones en 22 planes en 1945 y de 41 millones en 65 planes en 1958 (Somers y Somers, 1961). La inscripción en los planes de *Blue Cross* y *Blue Shield*⁸, colectivamente, alcanzó un máximo de 86.7 millones en 1980.

La posición de Blue Cross Blue Shield como proveedor principal en el Mercado de seguros de salud se debe en parte a la intervención del gobierno. El AMA y el *American Hospital Association*⁹ (AHA) presionaron a los legisladores para que el *Blue Cross* estuviera exento de la regulación habitual de las aseguradoras y que también recibiese beneficios fiscales por ser una organización sin ánimo de lucro. El resultado de estas ventajas fue tan grande que permitió que *Blue Cross* tuviese al menos 40% de la cuota de mercado de los seguros médicos (HIAA¹⁰, 1991). Una importante contribución que ha hecho esta aseguradora es la forma de pago que estableció— coste más beneficio—que luego fue adoptada por competidores e incluso por Medicare. Este método de pago

⁶ En español, Comité de Costes del Cuidado Médico

⁷ En inglés, *Resource Based Relative Value Scale* (RBRVS).

⁸ *Blue Cross* y *Blue Shield* se fusionaron en 1982.

⁹ En español Asociación Hospitalaria Estadounidense

¹⁰ *Health Insurance Association of America*, en español, la asociación estadounidense de seguros de salud

consiste en que a los médicos y hospitales se les reembolsaba un porcentaje de su coste más un porcentaje del fondo de maniobra y de sus recursos propios (en el caso de los médicos el coste razonable por el cuidado realizado). La consecuencia de este sistema fue el incremento de los costes sanitarios pues ni los hospitales ni los médicos ni los pacientes estaban incentivados en mantener los costes bajos pues para estos primeros simplemente significaba un incremento en sus beneficios y para estos últimos, los pacientes, el dinero gastado no era suyo sino de un tercero (Wasley,1992).

3.2. Los planes de salud ofrecidos por las empresas y la aparición del sistema de financiación *first-dollar coverage*.

Durante la década de los 40, el avance más importante en el sistema sanitario americano fue el aumento de los seguros médicos a cargo de las empresas. Este incremento se debió en gran parte a la Segunda Guerra Mundial y las restricciones que conllevó. Durante la contienda, se produjo una escasez de mano de obra y por las restricciones impuestas por el Estado de Guerra –restricciones salariales y control de los precios– las empresas recurrieron a los seguros médicos como una ventaja, un beneficio, que podían ofrecer a los trabajadores (Somers and Somers, 1961; Munts, 1967; Starr, 1982; Weir et al., 1988). De 1942 a 1945 se pasó de unos 7 millones inscritos en los seguros hospitalarios a unos 26 millones. A su vez, el *Internal Revenue Service*¹¹ (IRS) dio un trato fiscalmente favorable a este tipo de seguro pues lo consideró un gasto deducible para las empresas y también estableció que el valor del seguro no constituía parte de la renta imponible. Posteriormente, los sindicatos viendo las ventajas que aportaban este tipo de seguro empezaron a incluirlo en sus negociaciones con las patronales. En 1941, Chrysler acordó establecer un plan de salud para sus trabajadores que inicialmente solo cubrió la hospitalización, los empleados pagaban el coste total a través de deducciones en sus nóminas. En el 1946, el *Congress of Industrial Organization*¹² (CIO) declaró que el seguro de salud era de gran importancia, y ya para 1948 diez sindicatos habían negociado planes de salud y bienestar. Ese mismo año, la Junta Nacional de Relaciones Laborales dictaminó que los planes de salud podían estar sujetos a negociación colectiva, lo que alentó la propagación de planes incluso después

¹¹ En español equivaldría a las Agencia Tributaria, la IRS es la agencia federal encargada de la recaudación fiscal y del cumplimiento de las leyes tributarias.

¹² En español Congreso de Organización Industrial

del final de la guerra. Al finalizar la Segunda Guerra Mundial la cantidad de población con seguro de salud se había triplicado (Weir et al., 1988).

Cabe destacar el caso *Inland Steel*¹³ de 1949 cuando la Corte Suprema de Estados Unidos falló que ciertos derechos, como los planes médicos, estaban recogidos por la Ley de Relaciones Laborales de Taft-Hartley y, consecuentemente, los sindicatos tenían derecho a negociar estos. Tras este fallo, pasó de haber 2,7 millones de trabajadores sindicados cubiertos por planes de salud en 1949 a 12 millones en 1955. Los acuerdos de negociación colectiva ampliaron el alcance de la cobertura, así como las contribuciones de los empleadores (Garbarino, 1960). A finales de 1954, más del 60% de la población tenía algún tipo de seguro hospitalario, 50% algún tipo de seguro quirúrgico y 25% de seguro médico. A su vez, en relación con los planes de salud, la cantidad de los gastos que pagaban los empleadores fue incrementando de un 10% en 1945 hasta un 37% en 1955 (Anderson y Feldman, 1956). Una huelga en 1959 por parte de *United Steelworkers* terminó cuando se llegó a un acuerdo que requería que las compañías de acero pagaran la totalidad de la prima del seguro de salud. General Motors, Ford y Chrysler siguieron con acuerdos similares en 1961 (Garbarino, 1960). La importancia de los seguros de salud proporcionados por los empresarios en Estados Unidos era tan grande que, de los ciento veintitrés millones de habitantes con seguro de salud privado, se estimó que tres cuartas partes eran seguros proporcionados por los empresarios y de estos, treinta y seis millones de estos planes eran negociados colectivamente (Somers y Somers, 1961).

Durante este mismo periodo se creó un nuevo sistema de financiación para la atención médica, el *first-dollar coverage*. Estas pólizas de seguro de salud cubren los cuidados más rutinarios siendo el mayor problema de ellos la falta de cobertura de cuidados médicos extraordinarios. El éxito de estas pólizas fue por motivos de política fiscal, los planes de seguro de salud eran vistos como una compensación libre de impuestos, no como un seguro (Wasley, 1992). Los trabajadores prefirieron, en términos generales, la cobertura que paga la atención médica rutinaria, liberando sus ingresos discrecionales para otros usos. El seguro ya no se usaba para su propósito normal de distribuir el riesgo, sino para evitar impuestos.

¹³ *Inland Steel Company vs. United Steel Workers of America (CIO)*, 77 NLRB 4 (1948), por el cual el Tribunal Supremo de Estados Unidos confirma la sentencia de la Corte de Apelación de Estados Unidos. Véase *Inland Co. Vs NLRB*, Corte de Apelación de Estados Unidos, 7º circuito.

Estos beneficios fiscales empezaron a distorsionar el mercado de los seguros, esta distorsión siguió incrementando con la intervención del gobierno y la llamada calificación de la experiencia. La calificación de la experiencia nace por la posición privilegiada que tenía la asociación de *Blue Cross Blue Shield* (BCBS) en el mercado. Las demás aseguradoras no podían competir en igualdad de condiciones por lo que crearon la calificación por la experiencia que consistía en vender distintos planes de seguro a los empresarios en función de los riesgos y de la salud de sus empleados, esto permitía que las aseguradoras pudieran vender seguros a precios más bajos que BCBS, quien por ley debía ofrecer una misma tarifa a todos. BCBS, ante esta situación, recibió permiso del Gobierno para ofrecer tarifas modificadas para poder reflejar la experiencia. En este sistema, las compañías de seguros calculaban las primas para los planes de grupo en función de la cantidad de empleados que tenía un mismo empleador. Como resultado, las empresas más pequeñas con menos empleados sobre los cuales repartir los costes generalmente debían pagar más por el seguro. Además, tenían que afrontar el riesgo de grandes aumentos de las primas o incluso de cancelación del seguro si sólo un empleado se enfermaba. Si el gobierno no hubiera intervenido a favor de BCBS, el sistema de clasificación por la experiencia no se habría desarrollado.

3.3. Los programas sanitarios gubernamentales: Medicare y Medicaid

El crecimiento de los seguros médicos ofrecidos por los empleadores acentuó las necesidades médicas de las personas sin seguro, entre estos, se señaló específicamente a la población mayor puesto que tenían mayores necesidades médicas, pero menos protección financiera que los más jóvenes que aún formaban parte del mercado laboral (Somers y Somers, 1961; Feingold, 1966). En 1960, se estimaba que alrededor de la mitad de las personas de entre 65 y 74 años tenían algún tipo de seguro de salud privado, pero solo un tercio de las personas mayores de setenta y cinco tenían alguna protección. Además, los seguros que tenían los mayores les cubrían menos gastos que a los más jóvenes, dejándoles en una situación más vulnerable (Somers y Somers, 1961).

A partir de la década de 1960, empezaron a surgir presiones para la creación de algún tipo de programa gubernamental de salud que brindara atención a estos grupos más vulnerables. En ese momento destacaron dos posturas: la que apoyaba la creación de un plan nacional de salud frente a aquellos que temían la adopción de dicho programa, defendiendo programas descentralizados administrados por el estado, que mantendrían la autonomía de los médicos y los hospitales, esta postura estaba apoyada por grupos como

AMA. Se llegó a un compromiso en 1965 y nació el programa Medicare. Medicare en su origen fue concebido para los mayores de sesenta y cinco, aunque posteriormente, en 1972, fue ampliado para cubrir también a personas con discapacidad. Seguidamente, se creó Medicaid que se basó en la alternativa originalmente propuesta por la AMA y se encarga de pagar la atención médica a los pobres, independientemente de su edad. En un instante, con la aprobación de Medicare y Medicaid, el gobierno federal se convirtió en el mayor comprador individual de atención médica.

El programa de Medicare estaba formada por dos partes¹⁴, la parte más grande del programa, Medicare Parte A (seguro hospitalario), fue una versión reducida del esquema de seguro universal respaldado por los defensores del seguro nacional de salud. Esta parte es financiada por los impuestos sobre el salario que pagan la mayoría de los empleados, empleadores y trabajadores autónomos y, también, por otras fuentes como los impuestos sobre la renta pagados por beneficios de Seguridad Social, primas– de aquellos que no son elegibles para medicare parte A sin pagarlas– e intereses devengados en las inversiones de los fondos fiduciarios. La otra parte del programa, Medicare Parte B (seguro médico), era un programa voluntario para cubrir servicios médicos, pagado por una combinación de primas e ingresos federales generales. Para la administración del programa, Medicare usó organizaciones privadas, conocidas como intermediarias para la Parte A y portadoras para la Parte B. En la Parte A, la mayoría de los intermediarios eran planes de *Blue Cross* frente a la Parte B donde los operadores inicialmente estaban divididos 50-50 entre las aseguradoras comerciales y los planes de *Blue Shield*, si bien la participación de *Blue Shield* ha crecido desde entonces. Las inscripciones en Medicare Parte A aumentaron de 19.5 millones en 1967 a 33.1 millones en 1989; en la Parte B aumentaron de 17.9 a 32.1 millones en el mismo período (HIAA, 1991). El gasto total para la Parte A y la Parte B pasó de \$3,1 mil millones en 1967 a \$94,3 mil millones en 1989. El gasto real por beneficiario (en dólares de 1987) aumentó de \$939 en 1970 a \$2,671 en 1988 (CBO¹⁵, 1991b).

En referencia a Medicaid cabe destacar que está financiada por una combinación de fondos federales y estatales, administrados por los distintos estados federales de acuerdo

¹⁴ En la actualidad está formada por 4 partes. La parte D cubre los medicamentos recetados. La parte C, es una alternativa que combina partes de Medicare A, B y D

¹⁵ Congressional Budget Office

con la normativa vigente en cada estado y, consecuentemente, de un Estado a otro, el alcance que ha tenido Medicaid es distinto (PPRC, 1990). No obstante, el impacto de Medicaid es claro, en 1972 cubría a 17,6 millones de personas aproximado creciendo hasta 25 millones en 1989 aunque este incremento disparó los costes totales de Medicaid, que en el mismo periodo pasó de ser \$6,300 millones a \$64,900 millones (HIAA, 1991). En 1990, Medicaid representaba el segundo elemento más grande del gasto estatal, un 12%, sólo superado por el gasto en educación primaria y secundaria, 23%, por otra parte, el gasto en Medicaid era más imprevisible y crecía más rápidamente. Este problema era tan acentuado que, en 1989, 49 gobernadores solicitaron al Congreso una moratoria de dos años para la medida federal que expandía los servicios y la elegibilidad de Medicaid (Wasley, 1992).

El sistema de pago a terceros en los años 60 ya dominaba la industria de la salud, la mayoría de los estadounidenses estaban cubiertos por un seguro de salud privado o por un programa del gobierno para sus costes hospitalarios y médicos. Pero Medicare y Medicaid compartían muchos de los mismos defectos encontrados en la industria de seguros privados, lo que aceleró la tasa de inflación de los precios médicos que ya se había iniciado por el método de pago— coste más beneficios—, la falta de incentivos de los pacientes para controlar los costes y la cobertura *first-dollar*. Asimismo, el problema de los costes se agravó por las medidas sobre el reembolso que tomó el Ministerio de Sanidad, Educación y Bienestar por la presión de la Casa Blanca quien quería que los programas se pusieran en marcha lo antes posible. Estas medidas eran muy favorables a la industria médica, los hospitales cobraban a Medicare los «costes razonables» de tratar a los pacientes, y los médicos eran reembolsados por sus tarifas «razonables y habituales». Dentro de estos «costes razonables» los hospitales consiguieron incluir los intereses sobre el capital y la deuda, incluso presionaron al Ministerio de Sanidad, Educación y Bienestar para que fuese él quien pagara la amortización de los edificios y equipos comprados bajo el *Hill-Burton Act*¹⁶. Además, el gobierno acordó que los

¹⁶ Ley Federal aprobada en 1946 que otorgaba subvenciones y préstamos a hospitales, residencias de ancianos y otros centros de salud para la construcción y modernización de sus edificios y equipos médicos. Los que recibían las ayudas se comprometían a aportar un volumen razonable de servicios médicos a aquellos que carecían de recursos y de tratar a todos los residentes de su área (esto es relevante puesto que en el momento de la promulgación de esta ley seguía existiendo la segregación racial y esta medida no permitía que los hospitales se negaran a tratar a personas negras, aunque sí que dejaba que hubiese edificios distintos para blancos y negros). El programa dejó de dar subvenciones en 1997 aunque sigue habiendo alrededor de 140 centros médicos que están obligados a brindar atención gratuita o a bajo coste.

hospitales incrementasen un 2% el coste de tratar a los pacientes de Medicare. Este 2% funcionó como un soborno a la industria de los hospitales para que colaborasen con Medicare y Medicaid. La adopción federal del sistema de reembolso de tarifa por servicio basado en el coste se convirtió en un cheque en blanco para los hospitales y médicos estadounidenses (Califano, 1986). La consecuencia fue que el promedio de la tasa anual de crecimiento de gasto hospitalario fue de un 8.8% entre 1960 y 1965, esta tasa casi se duplicó entre 1965 y 1970, acercándose al 15%.

La estructura de Medicare, similar a la de los seguros privados, favoreció la cobertura *first-dollar*, cuyo problema, como se ha dicho anteriormente, es que cubren cuidados rutinarios dejando a los pacientes vulnerables frente a necesidades más extraordinarias. En Medicare, bajo la parte A, los pacientes se les cobraba una pequeña cantidad deducible y nada más en los primeros 60 días de hospitalización; tras estos 60 días, Medicare iba pagando una cantidad progresivamente menor. La consecuencia de esto es que aquellos pacientes con problemas de salud más grave se encontraban con unos costes enormes. Distinto a la hospitalización, eran los cuidados médicos, que tanto en Medicare como Medicaid eran gratuitos o estaban en su mayoría subsidiados y las primas eran inexistentes o no estaban relacionadas con el uso de los servicios. Todo esto llevaba a que los beneficiarios no tuvieran ninguna razón por la que cuestionar el coste de los servicios, pues en su mayoría no eran asumidos por ellos, y toda la motivación para exigir más servicios.

3.4. Primeras medidas de control de los costes sanitarios

Durante la década de los setenta, la creciente inflación dejó patente las debilidades del forma de financiación del sistema sanitario pues a medida que incrementaban los precios, los trabajadores exigían un incremento salarial, que a su vez hacía que su base imponible fuera mayor, la mayor presión fiscal que debían soportar los contribuyentes hizo que los beneficios laborales¹⁷ no sujetos a tributación fuesen aún más atractivos, haciendo que cada vez más empresas ofreciesen planes de seguro médico y que los sindicatos demandasen de estos planes mayor cobertura para compensar la pérdida en renta disponible de los trabajadores. Se puede observar esta tendencia, por ejemplo, en el

¹⁷ Estos beneficios laborales son ciertos tipos de seguros médicos que el IRS exenta de tributar pues sino serían parte de la renta del trabajo como retribución en especie.

incremento del número de personas con seguro médico dental que pasó de 12 millones en 1970 a 80 millones en 1980 (HIAA,1991).

Ante el progresivo incremento de costes sanitarios el gobierno federal en lugar de reducir los controles, los incentivos y las restricciones que ya existían y que distorsionaban el mercado, decidió promulgar nuevas medidas de control y regulaciones, la mayoría de las cuales estaban enfocadas en controlar los precios médicos y reducir costes, imponiendo mayores restricciones a los médicos, a los hospitales e incluso a los pacientes. Una de las medidas para controlar los costes sanitarios fue la creación por el Congreso de las Organizaciones de Mantenimiento de Salud¹⁸ (por sus siglas en inglés, HMO) en 1973, estaban altamente reguladas y todas las empresas con 25 o más trabajadores estaban obligados a ofrecer uno de estos planes, como resultado de las subvenciones y los préstamos que existían para impulsar los HMO pasó de tener 3 millones de suscriptores y 26 planes distintos, a principios de los años 70 cuando se creó, a tener el 1991 más de 556 planes con 35 millones de suscriptores.

Otra medida importante se estableció para controlar los costes de Medicare que, como se ha mencionado en el apartado anterior, se habían disparado. Por ello, cambiaron la forma de pago, estableciendo el sistema de pago prospectivo (PPS), bajo este sistema, Medicare estableció unas tarifas fijas que pagaban a los hospitales por el tratamiento de cada uno de los de los «grupos»¹⁹ de enfermedades (GRD), si el coste real para el hospital es menor que la tarifa de DRG, mantiene la diferencia; si es mayor asumen la pérdida. El propósito era fomentar la conciencia de precios y la competencia entre los hospitales. El PPS ha provocado las mismas carencias que cualquier sistema de control de precios causaría y lo ha hecho cambiando los costes a actividades que no están cubiertas por los controles, por ello, el coste de Medicare siguió creciendo. En los cinco años siguientes a

¹⁸ En inglés, Health Maintenance Organizations (HMO). Los planes de las HMO ofrecen distintos servicios sanitarios a través de una red de proveedores que aceptan prestar servicios a los miembros. Por ello, los miembros deben elegir a un médico de atención primaria, en inglés, *primary care physician* (PCP), que le brinda la mayoría de los cuidados que necesitaría, sería como un médico de cabecera en España. Antes de poder tener una consulta con un médico especializado el asegurado necesitará siempre la remisión del PCO. Por lo general, los planes HMO permiten a los miembros tener menos gastos extraordinarios, no pagados por los seguros sino por cada individuo (en inglés, out-of-pocket (OOP) expenditures) y que los copagos sean mínimos.

¹⁹ En inglés diagnostic-related groups (DRG), es una forma de clasificar distintas enfermedades u otros procedimientos médicos según distintas características como son la estancia media en el hospital, el porcentaje de personas mayores a 65 que tienen dicha enfermedad u operación. Por ejemplo, la DRG nº 683 es fallo renal, la DRG nº 291 es fallo y shock cardíaco, y así están clasificadas las enfermedades en 475 categorías distintas, cada una con una tarifa distinta.

la introducción del PPS, el promedio de la tasa anual de crecimiento en el gasto de Medicare fueron del 6,5% para el programa de seguro hospitalario y del 13,8% para el programa de seguro médico suplementario, mucho más alto que la tasa general de inflación (Wasley, 1992).

En 1992, Medicare reemplazó el sistema de pago a médicos basado en los costes «habituales y razonables» adoptando la escala de valor relativo basada en recursos ²⁰ (RBRVS), que también fue adoptado por la mayoría de los seguros. El RBRVS se basa en un valor relativo de recursos que normalmente se gastarían para brindar un servicio médico, es decir, el tiempo y el esfuerzo que los médicos dedican a cada procedimiento, por tanto, el RBRVS, en realidad, no es más que un programa de valor comparable para los médicos, excepto que las comparaciones se hacen entre las especialidades de los médicos (Wasley,1992). El RBRVS se tradujo en tarifas más altas para los médicos en especialidades como medicina familiar, medicina interna y obstetricia, y tarifas más bajas para cirujanos y radiólogos, también limitaron la cantidad que los médicos podían cobrar por encima de lo que Medicare permite para un procedimiento o una visita. Todo esto supone una intervención en el mercado, modificando el precio que la oferta y la demanda establecerían por los servicios de los médicos, y esto termina afectando directamente en el número de médicos que hay en cada especialización (Wasley, 1992).

Asimismo, las leyes que hacen ciertos beneficios obligatorios se promulgan generalmente como resultado del lobbying de los proveedores sanitarios y de los que reivindican los cuidados médicos para una enfermedad en concreto²¹, por ejemplo, la asociación de diabetes americana, con estas leyes requieren que las compañías de seguros paguen por servicios médicos específicos. En 1970, solo había una treintena de leyes estatales de prestaciones obligatorias en todo el país; en 1991 había más de 800. También son una razón importante por la que muchas personas carecen de seguro de salud: los beneficios exigidos por el estado aumentan el coste de los seguros y expulsan a muchas personas del mercado de seguros (Wasley,1993). Según un estudio de 1988, en ese

²⁰ En inglés, Resource Based Relative Value Scale.

²¹ Estas organizaciones son conocidas como *Health Advocacy Organizations* (HAO) en EE. UU., y generalmente realizan campañas de concienciación, buscando promover una regulación a su favor. Los líderes y miembros de HAO testifican en audiencias del Congreso y del estado, presionan a los legisladores, negocian con los reguladores, sirven de asesores en consejos federales e informan a los medios de comunicación, son verdaderos lobbies.

mismo año, una de cada cuatro personas que carecían de seguro, lo carecían porque la regulación estatal había incrementado demasiado el precio, en total, alrededor de 9,3 millones de personas carecían de seguro por razones de regulatorias (Goodman y Musgrave, 1988)

A pesar de estas medidas, el gasto sanitario en Estados Unidos ha seguido creciendo, el gasto total²² ha pasado de \$74,6 miles de millones en 1970 a \$1.400 miles de millones en 2000 y llegando a \$3.500 miles de millones en 2017 (dólares constantes de 2017). El gasto en sanidad ha incrementado a un ritmo mayor que el PIB pasando de representar el 6,9% en 1970 a ser el 17,9% en 2017. Desde 1970 hasta 1980, el promedio anual del PIB de Estados Unidos fue de 9,3% por año, en comparación con el crecimiento del gasto en sanidad 12,1%, si bien, el crecimiento del gasto en sanidad se ha moderado desde entonces, aunque, en general sigue superando el PIB como ya se ha mencionado, aunque por un margen algo menor. El período 2010-2013, registró una tasa promedio de crecimiento anual en los gastos de salud que fue similar al crecimiento del PIB, aunque el gasto en salud incrementó en 2014 y 2015 con las expansiones de cobertura de la ACA, que se desarrollará a continuación en mayor profundidad.

²² El gasto total en sanidad es tanto el gasto público como privado e incluye tanto el gasto sanitario como tal como gastos relacionados como son gastos administrativos o de seguros.

4. LA LEY DE PROTECCIÓN AL PACIENTE Y CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE

El 23 de marzo de 2010, el presidente Obama firmó la Ley de Protección al Paciente y Cuidados de Salud Asequible, ACA por sus siglas en inglés, que supone el mayor cambio del sistema sanitario americano desde 1965 cuando se creó Medicare y Medicaid. Algunas de las provisiones de la ACA entraron en vigor tras la firma, sin embargo, otras tuvieron una *vacatio legis*²³ de 4 años y, por tanto, no entraron en vigor hasta 2014. La ACA incluye una serie de reformas que se fundan en el sistema ya existente de planes de salud proporcionado por los empresarios (ESI)²⁴ y crean unos requisitos nuevos para las personas, los empresarios, los proveedores y las aseguradoras, buscando tratar principalmente tres grandes áreas: (i) el acceso a seguros sanitarios; (ii) los costes sanitarios; y, (iii) la entrega de cuidados (Blumenthal, Abrams, y Nuzum, 2015).

Evaluar el impacto total y a largo plazo de la ACA es complicado puesto que las disposiciones de la ley son multifacéticas y los efectos no están limitados sólo a los pacientes, sino que afecta a una multitud de sujetos como a los médicos y los hospitales, las aseguradoras, los gobiernos, y, a todos los contribuyentes pues la ley también tiene efectos fiscales. En 2010, cuando se promulgó la ley, el *Congressional Budget Office* (CBO) estimó que para el 2019, 32 millones de personas más tendrían seguro médico, que el porcentaje de población cubierta por ESI se reduciría levemente y que el gasto federal incrementaría significativamente por la ACA, pero se compensaría con mayores ingresos (CBO, 2010). En 2017, el 91,2% de la población americana ha tenido seguro médico en algún momento del año, en su mayoría, un seguro privado, 67,2%, frente a aquellos con cobertura pública, 37,7% (figura 1) (*U.S. Census Bureau*²⁵, 2018).

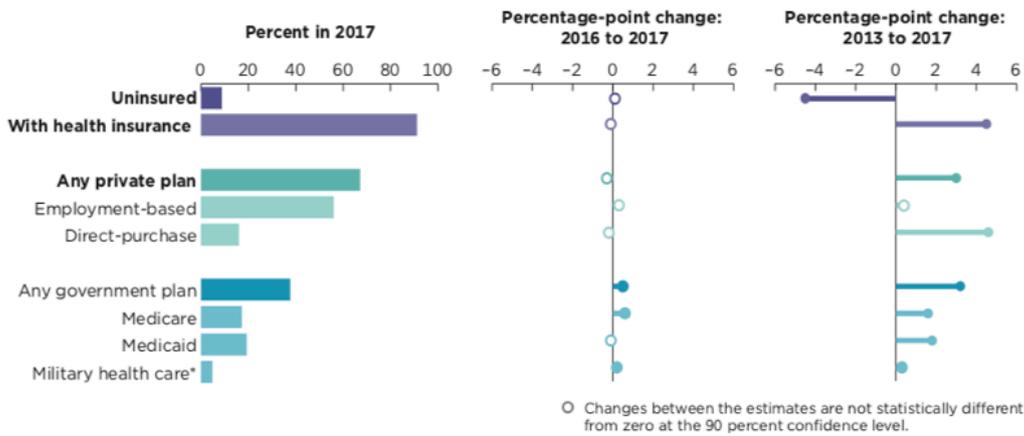
²³ La *vacatio legis* es el período de tiempo que transcurre entre la promulgación de la norma y su entrada en vigor, en España, el Código Civil establece una *vacatio legis* de 20 días salvo que la norma establezca un período de *vacatio legis* distinto.

²⁴ ESI, por sus siglas en inglés, employer-sponsored insurance.

²⁵ Oficina del Censo de Estados Unidos

Figura 1.

Porcentaje de población según el tipo de seguro sanitario y variación entre 2013 y 2017

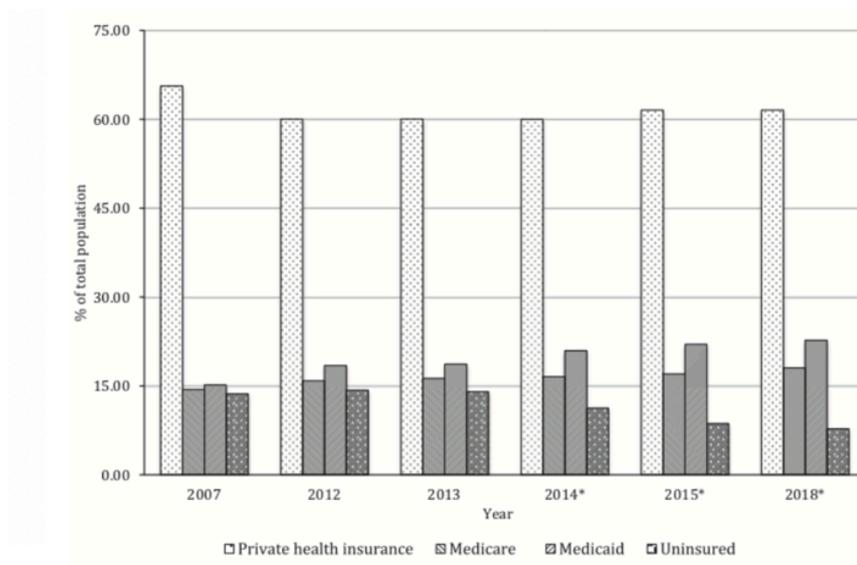


Fuente: US Census Bureau

Como ya se ha mencionado, uno de los objetivos principales de la ACA es aumentar la cobertura sanitaria, haciéndola más asequible y aumentando así el acceso a la sanidad. Los datos indican que desde la aprobación de la ACA el número de americanos sin seguro médico se ha reducido sustancialmente (Sommers et al. 2014a, 2015; Collins et al. 2015a, b), el porcentaje de adultos sin seguro pasó del 20% en 2013 al 15% en 2014 hasta situarse en torno al 9% en 2017 como ya se ha mencionado (figura 2) (Keehan et al. 2015; U.S. Census Bureau, 2018).

Figura 2.

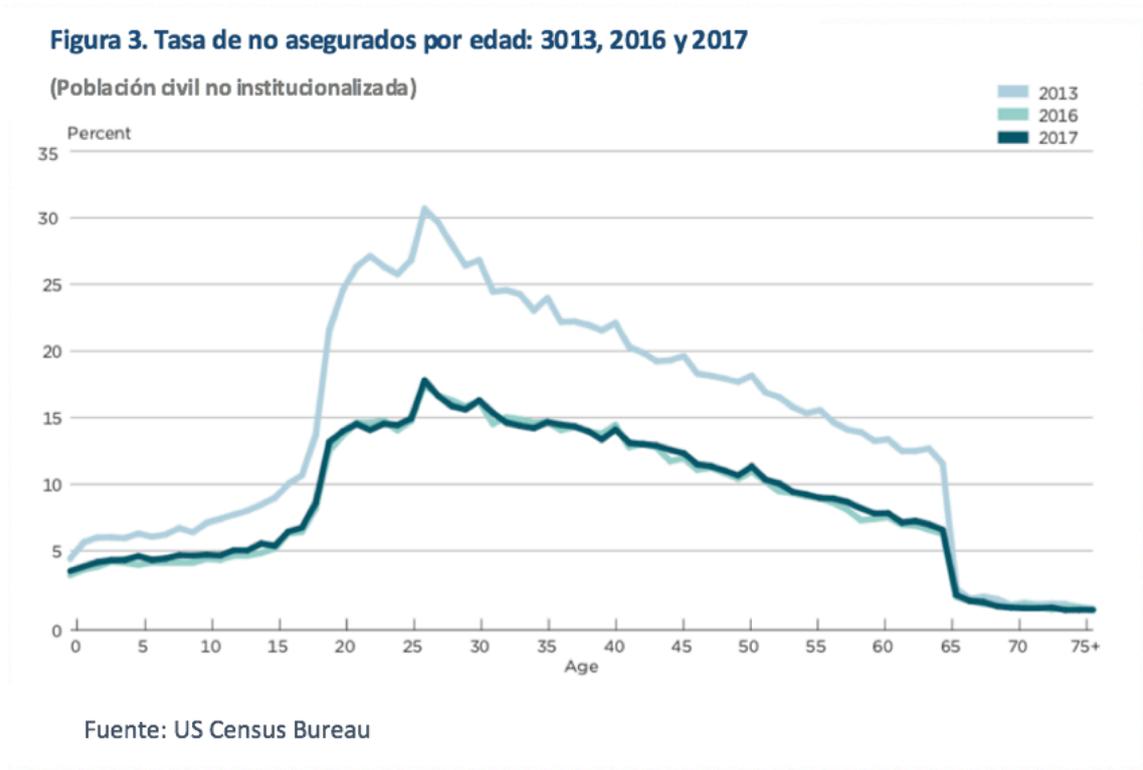
La cobertura sanitaria en Estados Unidos antes y después de la ACA



Nota: *Indica estimación, las cifras no suman 100% al ser redondeadas.

Fuente: Keehan et al., (2015)

Se estima que entre 7 y 16 millones de personas que antes no tenían seguro han obtenido cobertura médica desde 2010, siendo el incremento mayor en adultos jóvenes (19-25 años), personas de bajos ingresos y minorías (Figura 3) (Blumenthal, Abrams y Nuzum, 2015) y del mismo modo, se estima que, sin la ACA, 17 millones más de personas habrían estado sin seguro en 2015 (CBO, 2015a). En los primeros cinco años de la ACA, 10,8 millones de personas más tiene cobertura gracias a Medicaid, 11,7 millones de personas han adquirido su seguro en el nuevo mercado de seguros médicos creado por la ACA y 3 millones de jóvenes se adhirieron al plan de sus padres.



En cuanto a la asequibilidad de la sanidad, la mayoría de los nuevos inscritos están satisfechos con sus planes y se sienten más seguros financieramente, aunque el pago de las primas sigue siendo un desafío para algunos (Collins et al. 2015b), la *Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey*²⁶ de 2014 fue la primera desde 2003 en mostrar una disminución en el número de adultos que declararon problemas para obtener la

²⁶ En español, Encuesta Bienal de Seguro de Salud del Fondo del Commonwealth

atención médica necesaria (Collins et al. 2015b), en 2016 también mejoró levemente (tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de adultos que declararon no recibir la atención médica por razón del coste

	2003	2005	2010	2012	2014	2016
Porcentaje de adultos de 19 a 64 años que declararon alguno de los siguientes problemas de acceso al cuidado sanitario por razón de los costes en el último año: <ul style="list-style-type: none"> • Tuvo un problema médico, pero no fue al médico ni a una clínica. • No relleno una receta. • No realizó una prueba, un tratamiento o seguimiento recomendado. • No recibió atención especializada necesaria 	37% 63 millones	37% 64 millones	41% 75 millones	43% 80 millones	36% 66 millones	34% 63 millones

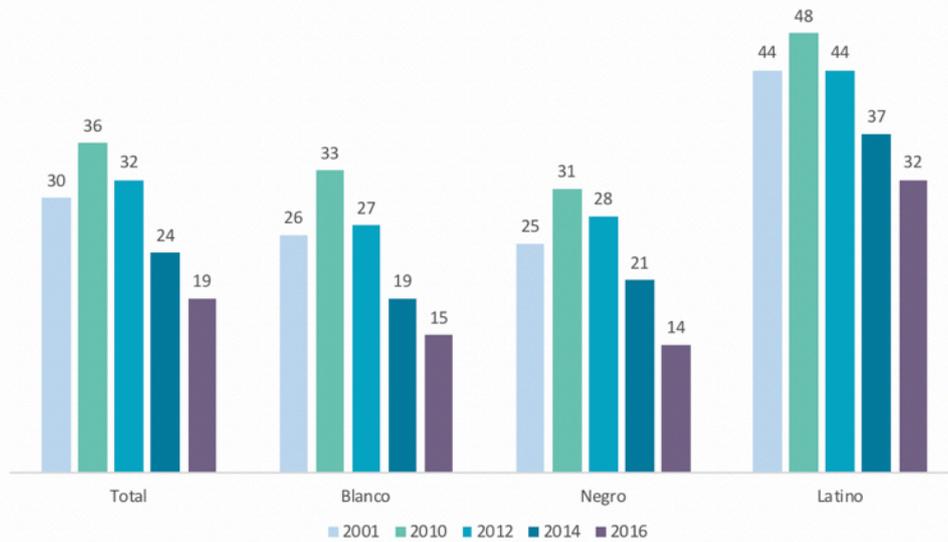
Fuente: *The Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey*

Estudios demuestran que también ha habido una mejora en el acceso a los servicios y medicamentos de atención primaria, la asequibilidad de la atención (Sommers et al., 2015), gracias al incremento de cobertura sanitaria, aunque persisten las disparidades en el acceso a la sanidad para diferentes grupos raciales/étnicos total y grupos de ingresos (Martínez, Ward y Adams 2015) (figura 4). Durante el período 2016-2025, se estimó que la ACA reduciría el número de personas sin seguro entre 24 y 25 millones de personas en comparación con lo que habría ocurrido sin la ley (CBO, 2015b). Sin embargo, aún se espera que entre 26 y 29 millones de personas entre 19 y 65 años carezcan de seguro médico, incluidos los inmigrantes ilegales, los que viven en estados en los que no se haya expandido Medicaid, los individuos afectados por el «fallo familiar»²⁷ (que se analiza a continuación en el apartado 4.2.1.) y los que eligen no inscribirse en Medicaid o seguro de compra (CBO, 2015b). Las personas sin seguro tienen más probabilidades de ser jóvenes, de bajos ingresos e hispanas (Collins et al., 2015b)

²⁷ En inglés es llamado *family glitch*

Figura 4.

Porcentaje de adultos entre 19-64 años sin seguro médico y que ingresan menos del 200% del Índice Federal de Pobreza



Fuente: Kaiser Family Foundation

La ACA para conseguir los objetivos mencionados anteriormente, sigue distintas estrategias, algunas enfocadas a grupos sociales específicos y otras a la población en general. Algunas de estas estrategias son: (i) la disposición de cobertura de los dependientes por la que se permite que los jóvenes hasta los 26 puedan seguir en el plan de salud de sus padres como dependientes; (ii) un mandato a los empresarios, las empresas grandes deben ofrecer planes de salud completo, extensivo y a un precio asequible; (iii) un mandato personal, aquellos que no tienen ESI deben comprar un seguro o pagar una multa; (iv) mayores beneficios fiscales para aquellos que cumplan los requisitos establecidos; (v) ampliación de Medicaid para cubrir a aquellos menores de 65 años que tengan una renta anual de hasta el 133% del nivel federal de pobreza, en esta medida no participan todos los estados lo que acrecienta las desigualdades geográficas. Además, las personas y la PYMES pueden comprar los seguros tanto a nivel estatal como en el mercado federal– mercado de seguros creado con la ACA–. Con todas estas medidas, entre otras, se persigue no sólo incrementar el nivel de cobertura sino también su asequibilidad.

La ACA también impone nuevas regulaciones al sector de las aseguradoras, entre las que destacan la prohibición de cobrar primas más elevadas o de negar a cubrir a aquellas personas que tienen condiciones médicas preexistentes, y, la obligación de las

aseguradoras de ofrecer pólizas con unos servicios mínimos de sanidad, todo ello exige la modificación de varios impuestos relacionados con las pólizas de seguro y el financiamiento de las aseguradoras en general. La ACA prohíbe a las aseguradoras establecer un límite anual o de por vida al número de pagos por servicios médicos esenciales, los planes deben pagar la mayor parte del importe de servicios de elevado coste, y también, establece un límite a la cuantía de gastos *out-of-pocket* (OOP). Asimismo, la ACA incluye otras disposiciones que se centran en mejorar la calidad de la prestación de servicios médicos mediante la coordinación de los servicios, la incorporación de tecnología de la información en la salud, el aumento de la plantilla del sector sanitario, la reducción del fraude y de los residuos, y la alteración de la forma de pago para incentivar el control de los costes por parte de los proveedores.

A continuación, se van a analizar las disposiciones más importantes de la ACA para examinar el impacto que ha tenido en los distintos grupos.

4.1. Disposición de cobertura para dependientes

Bajo el llamado mandato de los jóvenes adultos, se permite que las personas entre los 19 y los 25 años permanezcan en los planes de seguro médico de sus padres. Desde la entrada en vigor de este mandato en 2010, muchos investigadores ya han examinado el impacto de la ley en esta población, comparando a personas de entre 19 y 25 años, en el año del estudio, con personas ligeramente mayores antes y después de 2010. Aunque las magnitudes varían de un estudio a otro, todos muestran un rápido aumento en la cobertura sanitaria para este rango de edad desde la entrada en vigor de la disposición (Cantor et al. 2012; Sommers y Kronick 2012; O'Hara y Brault 2013; Kotagal et al. al. 2014). En 2013, aproximadamente 15 millones de jóvenes estuvieron cubiertos por el seguro de sus padres en los 12 meses anteriores, un aumento de 1.3 millones en comparación con el 2011 (Collins et al., 2013a). De estos 15 millones, cerca de la mitad de ellos eran estudiantes a tiempo completo (Collins et al. 2013a). Estas estimaciones están en línea con otros estudios que sugieren que entre 1 y 3 millones de jóvenes sin seguro obtuvieron cobertura bajo la ACA (O'Hara y Brault 2013; Blumenthal, Abrams y Nuzum 2015; McMorrow et al. 2015).

El incremento de la cobertura sanitaria es mayor en los hombres, solteros y no estudiantes (Sommers et al. 2013) pues de acuerdo con la selección adversa, los adultos jóvenes con peor salud adquirieron cobertura antes y con mayor frecuencia que otros (Sommers et al. 2013). Este mandato benefició principalmente a aquellos con ingresos

relativamente altos, mientras que las reformas de expansión de Medicaid y del mercado, implementadas en 2014, estaban más enfocadas hacia los jóvenes de ingresos bajos (McMorrow et al. 2015). En términos generales, la proporción de jóvenes sin seguro disminuyó del 30% en 2009 al 19% en 2014, lo que se traduce en que aproximadamente 6 millones de ellos permanecen sin seguro en 2014 (McMorrow et al. 2015). Existen disparidades por raza, origen étnico e ingresos (O’Hara y Brault 2013; Shane y Ayyagari 2014), debiéndose el incremento de la cobertura principalmente a un mayor acceso a la atención médica entre los jóvenes (Sommers et al., 2013; Wallace y Sommers, 2015), en especial de los hombres y de los graduados universitarios (Barbaresco, Courte-Manche y Qi, 2015).

Además de los cambios en la cobertura sanitaria y el uso de la atención médica en este grupo— se ha reducido el uso de los servicios de urgencia y ha aumentado los ingresos hospitalarios (3,5%) y los consultas sobre la salud mental (9%)—, la proporción de adultos jóvenes que tuvieron un alto gasto en atención médica no reembolsable disminuyó significativamente después de la aprobación de la ACA (Busch, Golberstein y Meara, 2014). Gracias a la disposición de cobertura para dependientes, las primas para seguros que cubren a niños incrementaron entre 2,5% y 2,8% más que los planes individuales, siendo los empresarios los que asumieron gran parte de este aumento (Depew y Bailey, 2015).

4.2. El mercado de seguros de salud. El mandato individual, el mandato empresarial y el sistema ESI.

4.2.1. El mercado de seguros de salud

En el establecimiento de un intercambio estatal o de un mercado federal han influido tanto factores políticos como las capacidades administrativas de los distintos estados (Brandon y Carnes 2014), a su vez, el tipo de intercambio establecido— estatal o federal—, y el mal funcionamiento en la implementación han tenido implicaciones significativas para los participantes del mercado (Kowalski 2014). La mercantilización de los planes de seguro (por ejemplo, hacerlos transparentes y accesibles para los consumidores), la competencia y la comunicación son tres elementos de los intercambios exitosos (Brandon and Carnes, 2014). Blumenthal, Abrams y Nuzum (2015) analizaron varios problemas que ocurrieron durante la implementación de la ACA, incluidos los avisos de cancelación de planes que no cumplían los requisitos (que luego se pudieron renovar), redes de proveedores limitadas, los planes de seguro con franquicias muy altas, y el conocimiento

y la comprensión limitada del público de las disposiciones de la ACA (Collins et al. 2013a; Kaiser Family Foundation²⁸ y Commonwealth Fund, 2015). Algunos estudios demuestran que las primas y los gastos deducibles de los planes comprados en el mercado federal son comparables a los de ESI para aquellos con ingresos similares (Rasmussen et al. 2014) aunque las primas para los planes del mercado federal generalmente son más bajas en las áreas más pobladas y en los estados con intercambios estatales (Barker et al. 2014a).

En 2014, se estima que el 43% de todos los planes individuales de seguros fueron adquiridos en el mercado federal y de ellos, el 85% de las personas que suscribían estos seguros tenía derecho a un crédito fiscal²⁹. Un crédito fiscal es un importe determinado de dinero que los contribuyentes pueden restar de la cantidad a pagar a la hacienda pública. A diferencia de las deducciones y exenciones, que reducen la base imponible, un crédito fiscal reduce directamente la cantidad que debe pagar el contribuyente. Los créditos fiscales son más favorables para el contribuyente que las deducciones o exenciones fiscales porque reducen la obligación tributaria directamente mientras que una deducción o exención reduce la carga fiscal total. Por ejemplo, si el tipo marginal que se le aplicaría a una persona es del 25% y el valor de la deducción es de 1.000 dólares, la deducción final sería de 250 dólares mientras que, si el crédito fiscal es de 1.000 dólares, la carga tributaria se reduciría directamente 1.000 dólares. El valor de los créditos fiscales que otorga la ACA depende del nivel de renta del contribuyente. Estos créditos fiscales han tenido un importante efecto en el número de asegurados pues, en 2014, reducían las primas del mercado federal un 76% (GAO, 2015). No obstante, a medida que los ingresos incrementan y los subsidios bajan, las primas pueden incrementarse rápidamente, y, consecuentemente, aquellos que se encuentran en los límites para obtener el subsidio (300-400% por encima del Índice Federal de Pobreza) tienen mayores dificultades para

²⁸ Henry J. Kaiser Family Foundation conocida por sus siglas KFF, es una ONG americana centrada en temas de sanidad pública.

²⁹ Un crédito fiscal es un importe determinado de dinero que los contribuyentes pueden restar de la cantidad a pagar a la hacienda pública. A diferencia de las deducciones y exenciones, que reducen la base imponible, un crédito fiscal reduce directamente la cantidad que debe pagar el contribuyente. Los créditos fiscales son más favorables para el contribuyente que las deducciones o exenciones fiscales porque reducen la obligación tributaria dólar por dólar. Si bien una deducción o exención sigue reduciendo la obligación tributaria final, solo lo hacen dentro del tipo marginal personal. Por ejemplo, una persona con un tipo marginal de 22% ahorraría \$ 0.22 por cada dólar de impuesto marginal deducido. Sin embargo, un crédito reduciría la deuda tributaria en un total de \$ 1. El valor de los créditos fiscales que otorga la ACA depende del nivel de renta del contribuyente.

poder pagar un seguro de salud (Graetz et al., 2014). Por ejemplo, un autónomo de 55 años obtuvo su seguro por el mercado de seguros de California, calcula que para el año 2018 va a tener unos ingresos de 30.000 dólares, esto le daría derecho a un crédito fiscal de 316 dólares al mes, o 3.792 dólares anuales (que funciona como una subvención en realidad). Sin embargo, al final en 2018 gana 45.000 dólares y, por tanto, le correspondería un menor crédito y debería devolver 2.484 dólares. Sin embargo, la ACA establece un tope a las personas con su nivel de ingresos y esto hace que sólo tenga que devolver 1.275 dólares. Si hubiese ganado 48.561 dólares o más, tendría que devolver la totalidad del crédito, 3.792 dólares. Con este ejemplo se evidencia el problema existente para la clase media americana que es quien se ve empobrecida y es quien está en riesgo de incurrir en elevados costes sanitarios que pueden tener grandes consecuencias financiera para ellos.

A pesar de que la mayoría de la población puede comprar un seguro médico a través del mercado federal (siendo los inmigrantes ilegales una excepción clave), aquellos que tienen acceso a ESI pueden no ser objeto de créditos fiscales, incluso si cumplen con los requisitos sobre el nivel de ingresos³⁰. Los trabajadores no pueden acceder a un crédito fiscal si a ellos y/o sus cónyuges se les ofrece una cobertura ESI «asequible». Sin embargo, cuando se evalúa la asequibilidad, no está claro si se debe considerar el coste de la cobertura individual para el empleado o el coste de la cobertura familiar, el IRS interpreta el estatuto sobre la base de cobertura individual, que es mucho más asequible que la cobertura familiar. Esto es el llamado *fallo de familia* pues con esta interpretación se le puede negar asistencia financiera a un número significativo de personas de ingresos bajos a moderados (Brooks, 2014).

La competencia en los mercados estatales varía considerablemente tanto dentro de un mismo estado como entre distintos estados (Cox et al. 2014; GAO 2014; Kowalski 2014; Polsky et al. 2014; Dickstein et al. 2015; Swartz, Hall, and Jost 2015), pudiendo los estados alterar la competencia y los resultados del mercado por la forma en que definen sus regiones de cobertura. En 2014, la mayoría de las bolsas estatales de seguro

³⁰ Los requisitos para poder acceder a créditos fiscales teniendo seguro del empleador, dependen de si el seguro del empleador cumple con dos pruebas: (1) la asequibilidad; (2) cumple con el valor mínimo (es decir, si está diseñado para pagar el 60 por ciento de los costes médicos totales para una población) (HHS 2014).

tenían múltiples proveedores, tanto grandes empresas como pequeñas, y los estados con mayor población generalmente tenían una selección más amplia de planes de seguros (GAO, 2014). En las zonas urbanas había de promedio de 37,3 planes disponibles frente a los 25,7% en las zonas rurales (Barker et al., 2014b). En la medida en que la ACA restringe la capacidad de las compañías de seguros para modificar sus *risk pools*³¹, las aseguradoras pasan a competir a través de acuerdos de costes compartidos, beneficios y redes de proveedores, asimismo, pueden seguir existiendo incentivos para restringir o racionar la atención médica a algunos pacientes de mayor coste (McGuire et al. 2014). Para proteger a los consumidores de los riesgos asociados con los «planes de red estrecha», 27 estados establecieron estándares cuantitativos para la adecuación de la red y, además, se espera que la supervisión gubernamental aumente con el paso del tiempo (Giovannelli, Lucia y Corlette, 2015).

4.2.2. El mandato individual, el mandato al empresario y el sistema ESI

El mandato individual es la disposición que obliga a todos los ciudadanos americanos y aquellos que residen legalmente en Estados Unidos a tener seguro médico que cumple unos estándares legales o a pagar una multa³², siempre que no esté exento. El objetivo que persigue este mandato es obtener nuevos afiliados, aumentando el número de asegurados, diversificando los grupos de riesgo y reduciendo las primas (Gruber, 2011b). En 2016, alrededor de 4 millones de personas fueron penalizadas por violar el mandato individual y recaudando para el Estado aproximadamente \$4 mil millones en multas. Una de las grandes incógnitas tras la promulgación de la ACA fue el efecto que tendría el mandato empresarial sobre el sistema ESI y si la gran mayoría de los trabajadores continuaría obteniendo seguro de salud a través de su trabajo. El mandato empresarial es aquel por el cual se obliga a la empresa con 50 o más trabajadores a tiempo completo a ofrecer un plan de seguro de salud asequible, en el caso de que no hacerlo y que uno de

³¹ *Risk Pools* es un concepto típico del sector de las aseguradoras por las que agrupan a individuos para calcular las primas, con ello se consigue que el riesgo de los menos sanos se compense con el de los más sanos, cuanto más grande es el *pool*, el grupo, más estables serán las primas. Lo que ocurre a veces, es la selección adversa, que ocurre cuando una aseguradora, o el sector en general, atrae a una cantidad desproporcionada de individuos menos sanos porque éstos son los que tienden a comprar seguro médico antes y esto causa que suban las primas, que, a su vez, llevan a que más personas sanas decidan no contratar un seguro médico. Esto se da generalmente cuando los seguros son voluntarios como en Estados Unidos y es uno de los cambios que buscaba la ACA.

³² En 2016 la multa era el mayor de los siguientes importes: (i) \$695 por cada adulto del hogar sin seguro y la mitad de esta cifra por cada hijo sin seguro; o, (ii) el 2,5% de la renta que superen el mínimo exento del IRPF para la unidad familiar. Si bien, la multa tiene un límite y puede ser prorrateada.

sus trabajadores sea candidato a un crédito fiscal y lo use para adquirir un seguro en el mercado federal, la empresa podrá ser multada. Las críticas que se hacen a esta medida es que desincentivan a las empresas pequeñas a contratar y crecer pues sólo las que tienen más de 50 trabajadores pueden ser multadas y, a su vez, la multa se calcula a partir del número de empleados a tiempo completo que tiene contratada la empresa. Estudios indican una ausencia de cambios importantes en la ESI desde que la ACA entró en vigor (Claxton et al. 2014a; Blavin et al. 2015). En 2014, el 55% de empresas ofrecían seguro médico, en el 2017 lo ofrecieron el 56%, y la prima anual promedio para el seguro individual (\$6,025) fue similar a la de 2013. Desde 2003, las primas, las franquicias y las contribuciones de los empleados para ESI han aumentado gradualmente, pero a un ritmo más lento a partir de 2010 (Collins et al. 2014a; Schoen, Radley y Collins 2015).

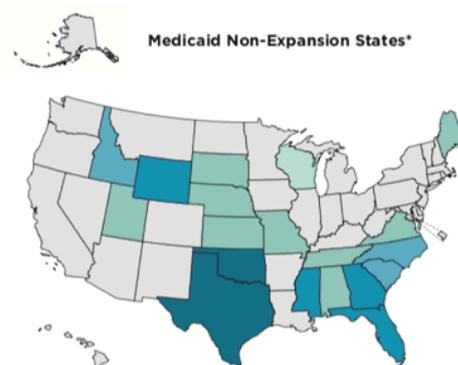
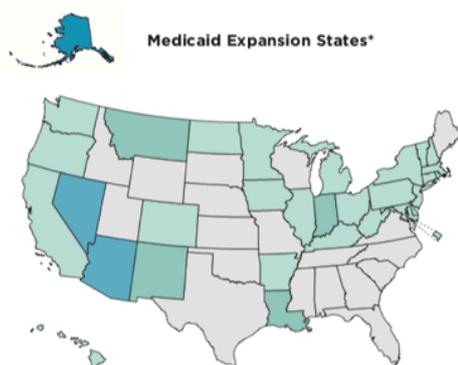
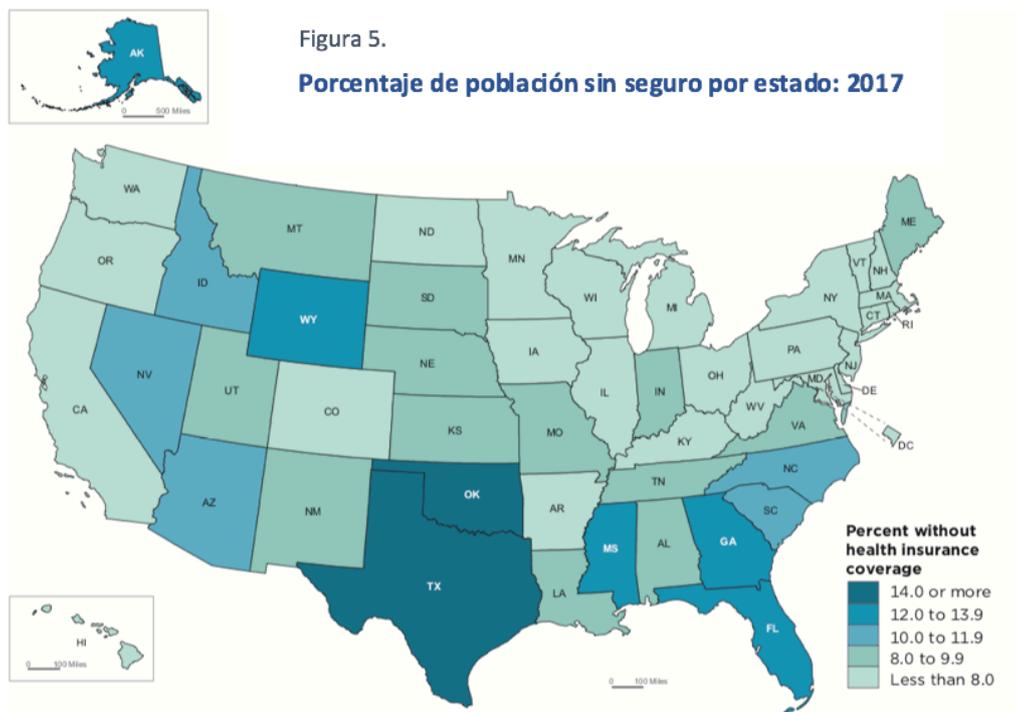
4.3. Expansión de Medicaid

Las disposiciones para la ampliación de Medicaid no entraron en vigor hasta 2014, no obstante, algunos estados como California, Connecticut, Minnesota y Washington DC comenzaron la llamada inscripción temprana a Medicare en 2010. Sommers, Kenney y Epstein (2014), observaron un aumento constante en la inscripción de Medicaid en estos estados, con el mayor nivel de aceptación entre los que tienen alguna limitación de salud. Los potenciales beneficiarios de Medicaid son generalmente más saludables que aquellos que ya están inscritos, pero aquellos con enfermedades crónicas tienen menos probabilidades que los afiliados existentes de tenerlas bajo control (Decker et al. 2013).

En septiembre de 2015, 30 estados y Washington DC habían implementado la expansión de Medicaid mientras que 20 optaron por no participar (KFF, 2015). Como ya se ha mencionado anteriormente, la decisión de los estados de expandir o no Medicaid está fuertemente influido por cuestiones políticas, así como por las condiciones económicas del estado, las capacidades administrativas y las políticas anteriores hacia los residentes de bajos ingresos y los no asegurados (Jacobs y Callaghan, 2013). En los estados sin ampliación de Medicaid, aproximadamente 3.7 millones de adultos están en la «brecha de cobertura», es decir, son aquellos que ganan demasiado como para calificar para Medicaid, pero no lo suficiente como para ser elegibles para créditos fiscales de primas en el mercado, los más afectados por esta brecha son los habitantes negros de renta baja (Artiga, Steffens y Damico, 2015). Durante 2017, el estado con el menor porcentaje de personas sin seguro de salud en el momento de la entrevista fue Massachusetts (2,8%), mientras que el estado con el porcentaje más alto fue Texas (17,3%) (Figura 5).

Veinticinco estados y el Distrito de Columbia tenían una tasa de no asegurados de 8,0% o menos, entre los cuales seis estados (Hawái, Iowa, Massachusetts, Minnesota, Rhode Island y Vermont) y el Distrito de Columbia tenían una tasa de población sin seguro de 5%, o menos, frente a los dos estados, Oklahoma y Texas, con mayor tasa de población no asegurada, 14% o más, que evidencian los efectos de la expansión de Medicaid y las diferencias que ha acentuado.

Uno de los problemas existentes con el sistema, y que preocupa a los estados, son los cambios frecuentes o la rotación³³ de los sujetos candidatos a Medicaid, pues depende de



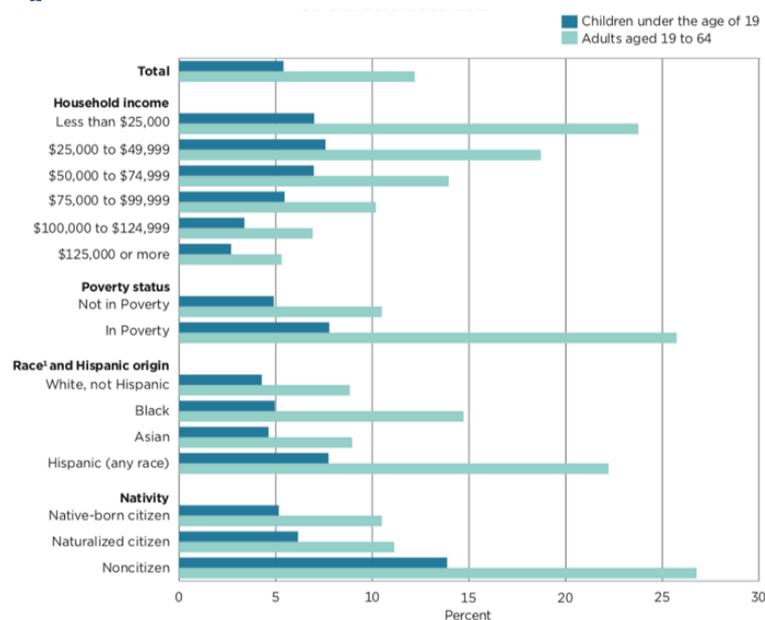
Fuente: US Census Bureau

³³ En inglés es conocido como churning.

sus ingresos y cuando éstos varían se puede pasar de Medicaid al mercado, o posiblemente el ESI, e incluso a ninguna cobertura (Rosenbaum et al., 2014; Sommers et al., 2014b). Los más vulnerables de no tener seguro son los adultos de renta baja en estados sin expansión (Collins et al., 2015b), también son los más probables en incurrir en altos costes no cubiertos por su seguro (Hill, 2015). Eventualmente, los estados deberán abordar el problema de la rotación, lo que tiene implicaciones para los créditos fiscales, la continuidad de la atención y los resultados de salud (Rosenbaum et al. 2014).

Figura 6.

Porcentaje de niños menores de 19 y adultos entre 19 y 64 sin seguro médico según determinadas características: 2017



Fuente: US Census Bureau

4.4. Las primas de seguro, el gasto en sanidad y los presupuestos del gobierno.

Las primas se incrementan más rápidamente que los ingresos de las familias, lo que lleva a más personas a optar por planes con franquicias³⁴ altas (Collins et al. 2014a; Schoen, Radley y Collins 2015). Si bien ciertas disposiciones de la ACA tienden a aumentar las primas (por ejemplo, la expansión de la cobertura de dependientes, la expansión de beneficios, la prohibición de cobrar más por condiciones preexistentes), otras características (por ejemplo, restricciones en los costes administrativos y en los

³⁴ La cantidad que debe pagar el asegurado de los servicios médicos cubiertos por el seguro antes de que su plan de seguros empiece a pagar los gastos. Por ejemplo, si se tiene una franquicia de \$2.000, los primeros \$2.000 son pagados por el asegurado y los restantes por la aseguradora.

beneficios para las compañías de seguros, los programas de riesgo compartido, el mandato individual, la competencia en el mercado) deberían tener el efecto contrario (Blumenthal and Collins, 2014; Collins et al., 2014a; Schoen, Radley, y Collins, 2015).

En cuanto al gasto público en sanidad, este ha pasado de tasas de crecimiento altas a finales de 1990 y principios de la década de los 2000 (8,6% en 2002), a un crecimiento más ralentizado en el periodo de 2008 a 2013 (4%) (Keehan et al. 2015). Sin embargo, se espera que la porción del PIB gastado en atención médica aumente del 17,4 por ciento en 2013 al 19,6 por ciento en 2024 (Keehan et al. 2015). Asimismo, se estima que el gasto sanitario crecerá a un promedio anual de crecimiento de 5.8% durante el período 2014-2024, y gran parte de este aumento puede deberse a las expansiones de cobertura de la ACA, así como a un mayor gasto en medicamentos recetados, una economía más fuerte, y un envejecimiento de la población (Keehan et al. 2015). La ACA incluye una serie de medidas distintas que buscan controlar los crecientes gastos sanitarios, así como reducir los errores médicos, imponer impuestos a los planes de seguro de costes elevados y ajustar los reembolsos de los proveedores (Gruber 2011a). Sin embargo, debido a cambios posteriores que ha sufrido la ACA, unido con el escaso tiempo que ha pasado aún desde su promulgación, no se puede afirmar con certeza si estas medidas para controlar los costes impactarán los precios y los servicios, aún así sí podemos afirmar que la ACA ha contribuido a ralentizar el crecimiento desmesurado del gasto público y no ha llevado a un gasto mayor a pesar de sus medidas expansionistas (Blumenthal, Abrams, y Nuzum, 2015).

A medida que las personas con enfermedades crónicas se inscriben en Medicaid y obtienen acceso a servicios sanitarios, el uso general de la atención médica y el gasto aumentará, creando desafíos para los presupuestos estatales. Las contribuciones federales cubren todos los costes de la expansión durante los primeros 3 años, lo que beneficiará a los proveedores y generará actividad económica (Holahan, Buettgens y Dorn, 2013), pero, tras finalizar estos 3 años, los gastos de la expansión pueden suponer una gran carga para los presupuestos estatales. En mayo de 2013, la CBO proyectó que el gasto federal en los nuevos candidatos a Medicaid sería de \$9 mil millones en 2014, \$24 mil millones en 2015 y \$44 mil millones en 2016³⁵, estas estimaciones tuvieron en cuenta el fallo del

³⁵ En marzo de 2010, la CBO había proyectado que dicho gasto sería de \$ 31 mil millones en 2014, \$ 47 mil millones en 2015 y \$ 68 mil millones en 2016, pero estas estimaciones se realizaron bajo el supuesto de que todos los estados expandieran Medicaid.

Tribunal Supremo de Estados Unidos que esencialmente hizo la expansión de Medicaid opcional para los estados. En realidad, las cifras resultaron ser mucho más altas: \$23 mil millones, \$57 mil millones y \$ 65 mil millones, respectivamente. No obstante, distintos estudios alegan que, para la mayoría de los estados, la expansión de Medicaid es una decisión financieramente prudente (Holahan, Buettgens y Dorn 2013).

Debido a su papel principal en la expansión de Medicaid y en el establecimiento de un mercado, una bolsa, de seguros de salud, el gobierno federal terminará financiando una mayor proporción de atención médica que antes de la ACA (Keehan et al. 2015). La estimación real depende de la cantidad de estados que participan en la expansión de Medicaid y de una serie de otros factores. El gasto federal en Medicaid está en gran parte determinada por el gasto que hacen los estados, generalmente el gasto federal está determinado por el porcentaje de asistencia médica federal³⁶ si bien nunca puede ser inferior a 50% o superior a 83% salvo en algunas disposiciones, por ejemplo, la ACA obliga al estado federal a asumir el 100% de los gastos de Medicaid para ciertas personas que bajo la ACA pasan a tener derecho a Medicaid (este gasto irá decreciendo desde el 2016 hasta el 90% en 2020). Además, los cambios en ESI también deben tenerse en cuenta, ya que las reducciones en la cobertura de ESI podrían aumentar los ingresos fiscales federales. Sin embargo, este aumento de ingresos podría compensarse con salarios más altos, que generan ingresos fiscales, pero también conducen a un mayor gasto en seguridad social. En general, la CBO (2015a) estima que los déficits federales aumentarán a \$137 mil millones entre 2016 y 2025 si se derogara la ACA³⁷.

4.5. Las medidas del presidente Trump para neutralizar la ACA

Con la llegada de Trump a la presidencia ya se anunciaban cambios en materia de sanidad pues una de sus promesas electorales fue la de derogar y reemplazar la ACA. Esto ocurrió con la promulgación, el 26 de junio de 2017, de H.R. 1628 *Better Care Reconciliation Act*³⁸ (BCRA), se estima que esta ley reducirá el déficit federal para el

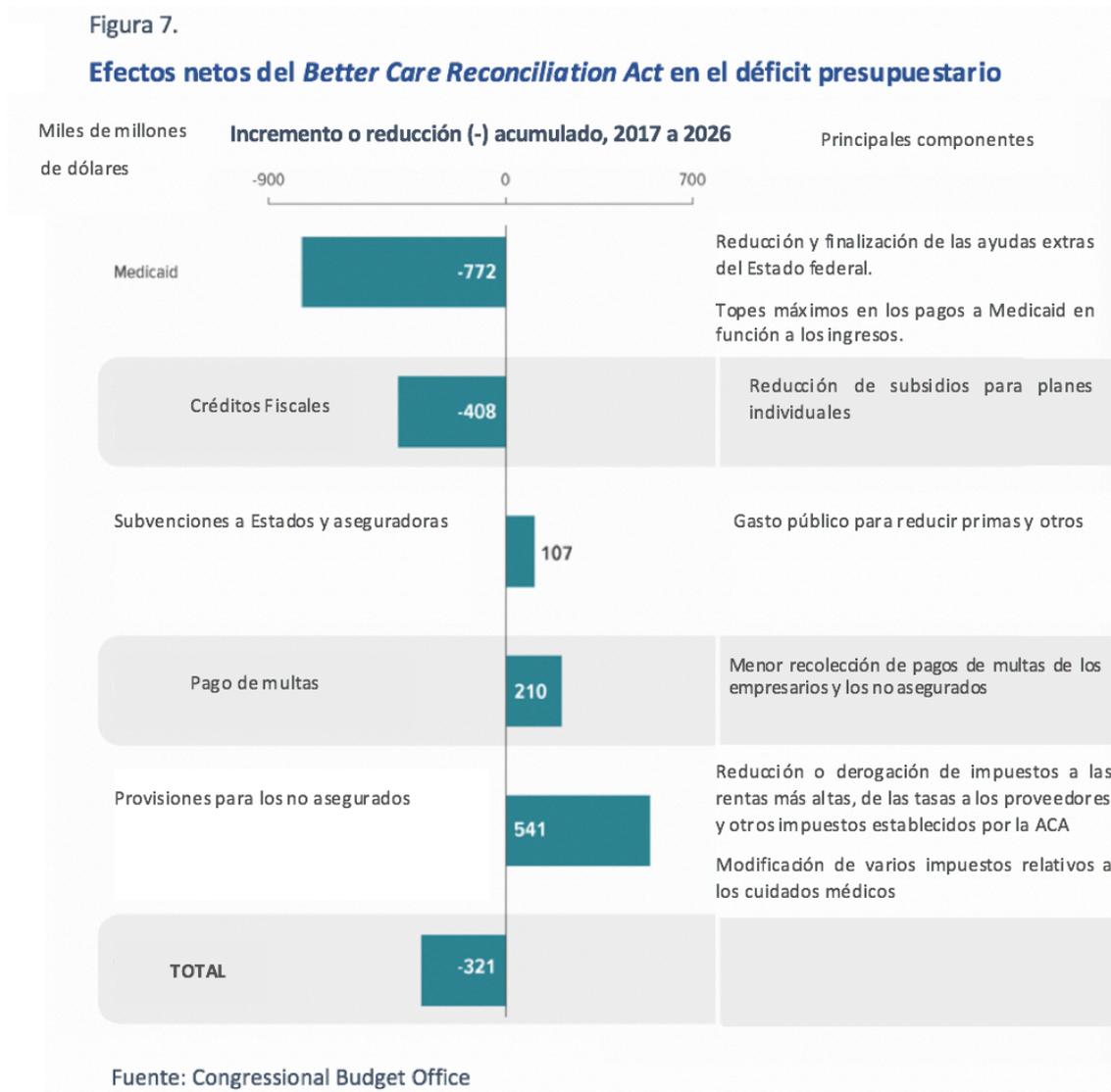
³⁶ En inglés, *Federal Medical Assistance Percentage*, con esta tasa se busca ayudar a los estados que tienen menor capacidad de financiar por su cuenta Medicaid, así pues, por ejemplo, en el 2016 la contribución del estado federal fue del 50% en Nueva York, uno de los estados más pudientes, y del 74,1% en Mississippi.

³⁷ Esta fue la primera estimación si se aprobaba la *American Health Care Act*, pero al final se promulgó esta ley, pero con una enmienda que se denomina *Better Care Reconciliation Act* que reduce aún más el déficit. Se explicará en más detalle en el siguiente apartado.

³⁸ En español, Ley de Reconciliación para el Mejor Cuidado. Esta ley es la H.R-1628, *American Health Care Act* (AHCA)³⁸ aprobada por el Congreso, pero con una enmienda del Senado. Se estimó que

periodo de 2017-2026 por \$321 mil millones, \$202 mil millones más que la *American Health Care Act*. El BCRA aumentará el número de personas sin seguro médico en 22 millones para 2026, un total de aproximadamente 49 millones de personas no tendrán seguro, en comparación con los 28 millones que carecerían de seguro ese mismo año de acuerdo con la ACA (Figura 7) (CBO, 2017).

Se estima que para el período 2017-2026, esta legislación reduciría los gastos directos en \$1.022 mil millones y reduciría los ingresos en \$ 701 mil millones, para una



reducción neta, como ya se ha mencionado, de \$321 mil millones en el déficit durante ese

la promulgación de la H.R. 1628 reduciría el déficit federal acumulado del período 2017-2026 en \$ 119 mil millones (se prevé que el gasto directo se reducirá por \$1.111 mil millones y los ingresos también se reducirán por \$992 mil millones, siendo la reducción neta del déficit de \$119 mil millones). No obstante, aunque esta ley reducirá el déficit también reducirá el porcentaje de población con seguro médico (CBO, 2017).

período. El mayor ahorro procedería de las reducciones en los desembolsos para Medicaid: el gasto en el programa disminuiría en 2026 un 26% en comparación con la cantidad proyectada bajo la ACA, y de los cambios en los subsidios de la ACA para el seguro de salud individual³⁹ (Figura 8). Esos ahorros se compensarían parcialmente por los efectos de otros cambios en las disposiciones de la ACA relacionadas con la cobertura de seguros: gastos adicionales diseñados para reducir las primas y una reducción en los ingresos por la derogación de sanciones a los empleadores que no ofrecen seguros y a las personas que no los compran. Las medidas que aumentarán más el déficit fiscal son las que derogan o modifican disposiciones fiscales de la ACA que no están directamente relacionadas con la cobertura de seguro de salud, como es la revocación de las tarifas anuales impuestas a las aseguradoras de salud (CBO, 2017).

Las principales disposiciones ⁴⁰ de la BCRA son las siguientes (H.R. 1628, the Better Care Reconciliation Act of 2017):

- (i) En el momento de la entrada en vigor de BCRA, se eliminarán las sanciones que establecen el mandato individual y el mandato al empresario. Asimismo, se permitirá a los Estados reducir el número de requisitos necesarios establecidos por la ACA para denegar beneficios sanitarios o para acceder a subsidios, siempre que no incrementen el déficit federal.
- (ii) En el 2018, se empezará a proporcionar financiación a las aseguradoras para estabilizar las primas y promover la participación en el mercado de seguros.
- (iii) En el 2019 entrarán en vigor cuatro disposiciones importantes:
 - a. Asignación de fondos para subvenciones destinadas a los estados a través del Programa Estatal de Estabilidad e Innovación a Largo Plazo.
 - b. Exigencia a las aseguradoras de un período de espera de seis meses antes de que comience la cobertura de personas que se inscriben en un seguro en el mercado individual si han estado sin seguro durante más de 63 días en el último año.

³⁹ También llamado *nongroup*

⁴⁰ No es una enumeración exhaustiva sino sólo las más relevantes para este trabajo.

- c. Establecimiento de un límite por el cual las aseguradoras cobrarán a las personas mayores de 65 años primas hasta cinco veces más altas que las que cobran a las personas más jóvenes en los mercados individuales y de grupos pequeños, salvo que un estado establezca un límite diferente.
 - d. Supresión del tope federal que establecía la ACA sobre la parte de las primas que las aseguradoras podían destinar a cubrir costes administrativos y a beneficios⁴¹, permitiendo que cada estado establezca un límite propio.
- (iv) En el 2020, las principales medidas que entrarán en vigor tendrán por objeto:
- a. La modificación los créditos fiscales a los que tienen derecho los afiliados a un plan individual y elimina subsidios con el objetivo de reducir copagos. Asimismo, aquellos individuos que no cumplan los requisitos para Medicaid pero que tengo unos ingresos por debajo del 100% del nivel federal de pobreza (FPL) podrán optar por un crédito fiscal y las personas con ingresos entre el 350%-400% del FPL ya no podrán optar a un crédito fiscal.
 - b. El establecimiento de un límite de crecimiento de los pagos por afiliado a Medicare sin discapacidad durante el período del 2020-2024, que será como máximo el del componente médico del IPC, para los mayores de 65 será el componente médico del IPC más 1%. A partir del 2025, la tasa de crecimiento se vinculará al IPC para todos los afiliados de todos los grupos (plan individual, Medicare, ESI etc.) en zona urbana.
- (v) En el 2021, la financiación federal de Medicaid para aquellos adultos que obtuvieron la cobertura por la ACA se reducirá un 5% anual para el período de 2021-2023.

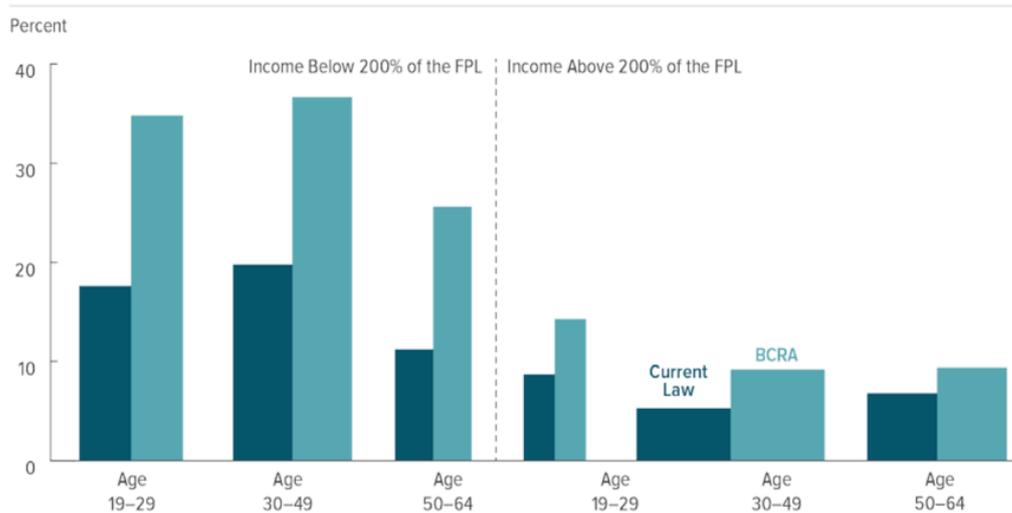
Estas disposiciones son las más importantes del BCRA si bien no es una lista exhaustiva de todas las medidas contenidas en la ley.

⁴¹ Esto también es conocido como el requisito de la ratio mínima de pérdidas médicas (minimum medical loss ratio requirement). Esto es la cantidad, la proporción, que la ACA establecía de la prima que las aseguradoras deben invertir en servicios médicos y mejora de calidad, esta proporción siempre 80% - 85%. Por ejemplo, en el caso de planes de seguros individuales o de grupos pequeños esta proporción debía de ser del 80%. Si no se llegaba al límite mínimo establecido deben de reembolsar a los afiliados a ese plan (CMS).

En cuanto al impacto que tendrá la BCRA en el la cobertura médica, se estimó que, en 2018, 15 millones más de personas no estarían aseguradas por la BCRA que bajo la ACA si lo hubieran estado, principalmente porque se eliminaría la multa por no tener seguro. El aumento en el número de personas sin seguro bajo la BCRA en relación con el número proyectado para la ACA alcanzaría 19 millones en 2020 y 22 millones en 2026 (figura 9) (CBO, 2017). Al mismo tiempo, a medida que vayan entrando en vigor otras disposiciones– menor gasto en Medicaid y subsidios, de media, sustancialmente más pequeños para los planes individuales–, estos cambios también conllevarán el aumento de personas sin seguro. Se proyecta que, en 2026, entre las personas menores de 65 años, la inscripción en Medicaid se reduciría alrededor del 16% y se estima que 49 millones de personas no tendrían seguro, en comparación con los 28 millones que carecerían de seguro ese año según la ACA (CBO, 2017).

Figura 9.

Estimación del porcentaje de adultos sin seguro bajo la ACA y bajo la BCRA por edad y nivel de renta, 2026



Fuente: Congressional Budget Office

5. COMPARATIVA DEL SISTEMA SANITARIO ESTADOUNIDENSE, ESPAÑOL Y LA OCDE

En la mayoría de los países de la OCDE existe un sistema sanitario universal que protege a la población de costes médicos excesivos y promueve el acceso a los cuidados sanitarios por parte de toda la población. Asimismo, en los últimos años se ha mejorado la calidad de la sanidad– se han reducido las muertes por ataques al corazón y por derrames, se ha mejorado la detección y el tratamiento de enfermedades como el cáncer y la diabetes– (OCDE, 2017). No obstante, existen diferencias entre los distintos países y, por ello, en este apartado se van a analizar distintos indicadores relevantes en el ámbito de la sanidad para poder entender situación de la sanidad estadounidense en relación con otros países.

5.1. Indicadores del estado de salud

Primero se van a analizar indicadores relacionados con el estado de salud pues estos dan un marco conceptual, una visión general, de los países para posteriormente poder estudiar el sistema sanitario.

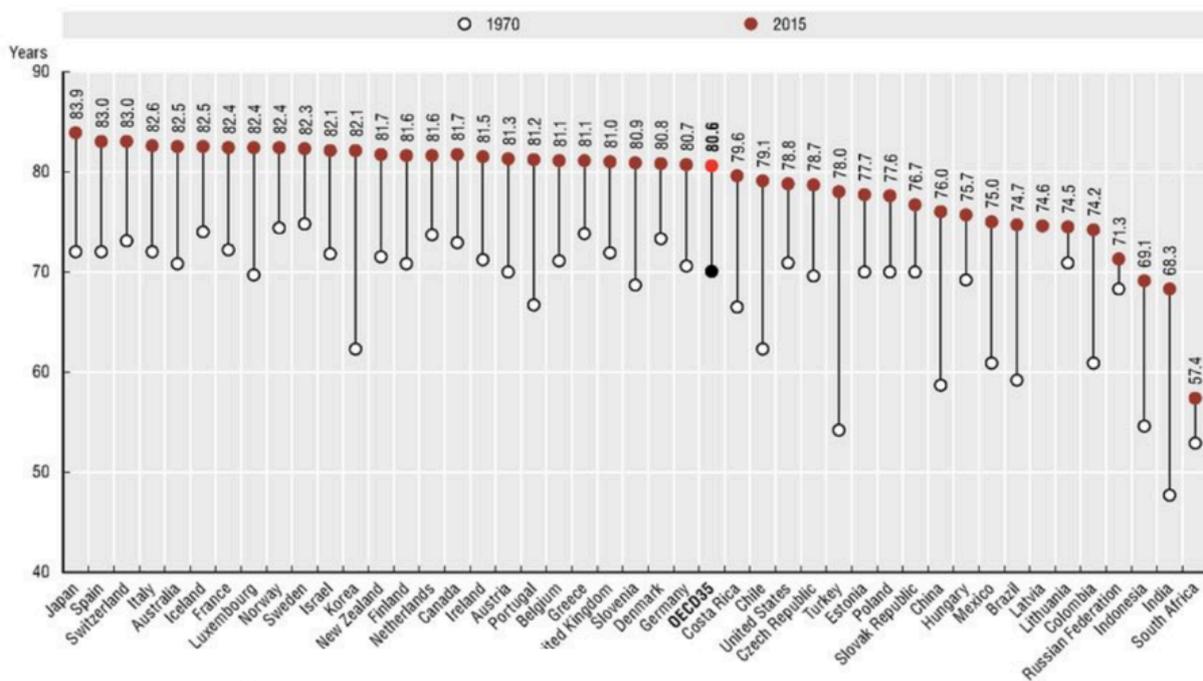
5.1.1. La esperanza de vida

La esperanza de vida es el primer indicador que se va a analizar ya que es un indicador que nos permite conocer el estado general de la salud de la población de un país, la esperanza de vida media en los países de OCDE es de 80,6 años. La esperanza de vida en los países que conforman la OCDE ha incrementado sustancialmente desde 1970 la esperanza de vida al nacer ha aumentado de media 10 años. Actualmente, los países con mayor renta tienden a tener mayor esperanza de vida, aunque esta varía entre los distintos grupos de una misma población, por ejemplo, la esperanza de vida es menor para personas con bajo nivel educativo en todos los países de la OCDE (Murtin et al., 2017).

En Estados Unidos el incremento en esperanza de vida ha sido más paulatino que en otros de la OCDE, de tal forma que en 1970 estados Unidos se encontraba un año por encima de la media de la OCDE y ahora se encuentra dos años por debajo (Figura 10). Hay numerosos factores que pueden ser la causa del menor aumento de esperanza de vida: (i) un sistema sanitario muy fragmentado, con pocos recursos destinado a la salud pública y a los cuidados primario, y una significativa parte de la población sin seguro; (ii) los comportamientos relacionados con la salud– mayores niveles de obesidad, mayor

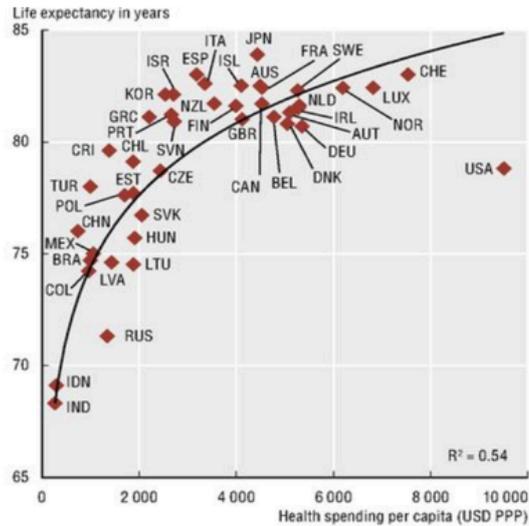
consumo de medicamentos y drogas, mayor tasa de homicidios; y (iii) mayor tasa de pobreza y de desigualdad de renta (*National Research Council and Institute of Medicine*, 2013). Además, un mayor gasto en sanidad per cápita está vinculado normalmente con una mayor esperanza de vida al nacer, aunque esta relación es menos pronunciada en los países con más gasto per cápita, así Estados Unidos y Rusia son países que tienen esperanzas de vida relativamente bajas para su gasto mientras que Japón y España destacan por su esperanza de vida (Figura 10). Por tanto, el sistema sanitario y el gasto público en sanidad tienen un impacto en la esperanza de vida, un estudio sostiene que un incremento del 10% (en términos reales) del gasto en sanidad per cápita está relacionado con un incremento de 3,5 meses de esperanza de vida (Murtin et al., 2017). También son aspectos relevantes en la esperanza factores como el tabaquismo, el alcohol, el nivel de renta— un incremento del 10% (en términos reales) de la renta per cápita esta asociada a un incremento de 2,2 meses de esperanza de vida— o la educación. (Figura 11).

Figura 10. Esperanza de vida al nacer, 1970 y 2015



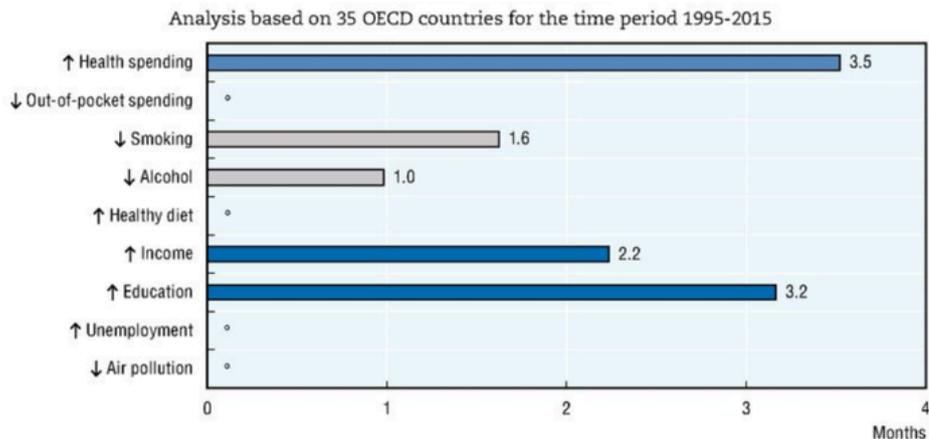
Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

Figura 11. Esperanza de vida al nacer en relación con el gasto sanitario per cápita, 2015



Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

Figura 12. Incremento esperanza de vida asociado a un cambio del 10% en uno de los elementos principales determinantes de la salud



Note: ° stands for a contribution near zero.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933602158>

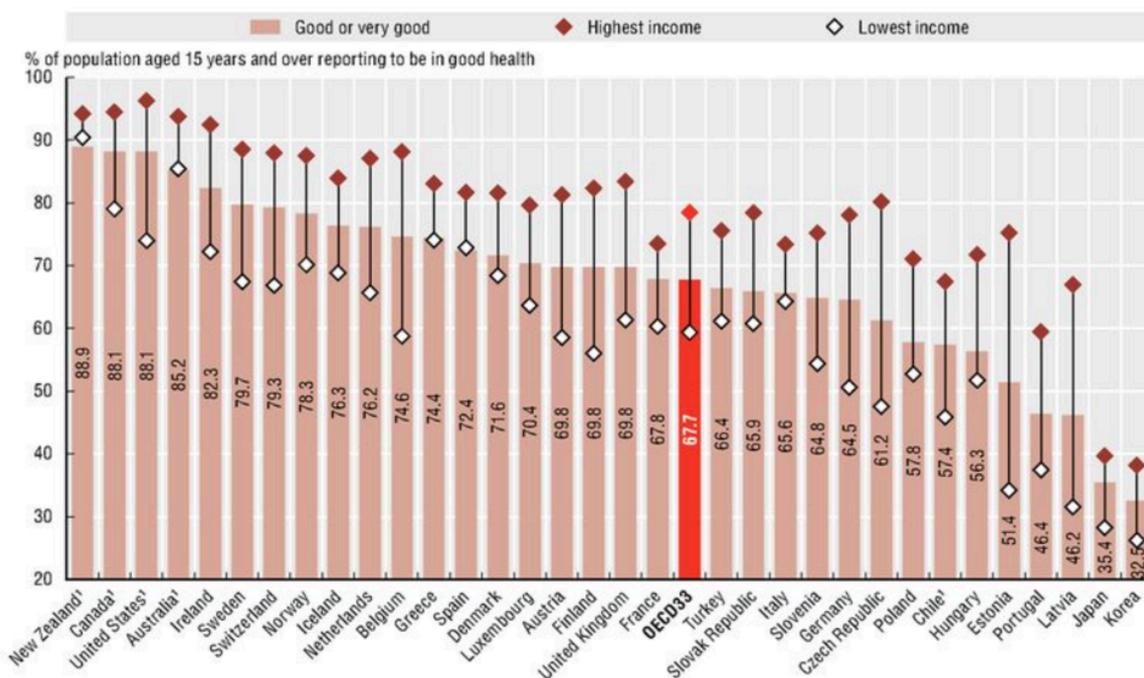
Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

5.1.2. La salud autopercebida

La salud autopercebida es un interesante indicador de la salud de una población y en ella influyen diferentes factores como la cultura o factores socioeconómicos, es una herramienta útil para conocer el futuro uso del sistema sanitario y la mortalidad (Palladino et al., 2016). El factor más interesante para analizar es el socioeconómico, de media en la OCDE de la población con mayor renta, el 80% declara encontrarse en muy buen o buen estado de salud frente al casi 60% de la población de menor renta, estas disparidades se pueden deber a varias causas como las diferencias en las condiciones de trabajo o de vida,

así como dificultad en el acceso a ciertos servicios médicos por razón de coste– u otras razones–. Estados Unidos es uno de los países con mejor salud autopercibida (85%) en comparación la media de la OCDE es de 68,2% y la de España 72,4% aunque hay que tener en cuenta que las respuestas en la encuesta de Estados Unidos eran asimétricas⁴², tenía un sesgo positivo (OCDE, 2017) (figura 13).

Figura 13. Salud autopercibida por nivel de renta, 2015



Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

5.2. Indicadores de acceso a cuidados de salud

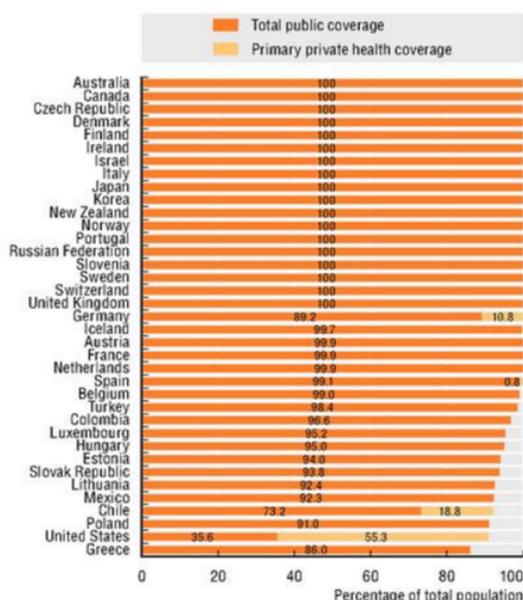
La mayoría de los países de la OCDE han conseguido una cobertura universal (o casi universal) de la sanidad, donde se cubre el coste de servicios médicos esenciales como pueden ser consultas médicas, pruebas y revisiones, o procedimientos quirúrgicos, en general, esta cobertura se ha conseguido a través de políticas gubernamentales (sistemas sanitarios nacionales o seguro sanitario social) aunque existen países en los que se ha conseguido a través del seguro privado obligatorio (Holanda o Suiza). Hay seis países– Chile, Grecia, México, Polonia, Eslovaquia y Estados Unidos– que se encuentra

⁴² La encuesta de Estados Unidos (también de Nueva Zelanda, Canada, Chile y Australia) permite escoger entre: salud excelente, muy buena, buena, regular y mala. Mientras tanto, en los demás países pueden escoger entre: muy buena, buena, regular, mala y muy mala.

relativamente por debajo de la media de la OCDE en cuanto a la cobertura sanitaria (figura 14).

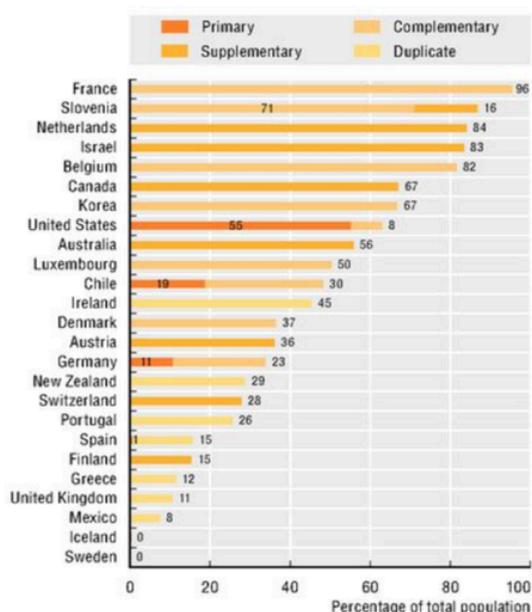
El porcentaje de población con seguro privado es importante porque el desarrollo del seguro privado está relacionado, entre otros factores, con las lagunas del sistema sanitario público, el nivel de intervencionismo en el sector sanitario por parte del gobierno o el desarrollo histórico, todo ello por tanto relevante para análisis del sistema sanitario. La población cubierta por seguro privado ha incrementado en determinados países de la OCDE, particularmente en Dinamarca o Corea, si bien en España ha incrementado levemente y en Estados Unidos se ha reducido, esta reducción es en parte por la ACA que amplía la cobertura pública (Medicare) (figura 15).

Figura 14. Porcentaje de población con seguro sanitario (servicios esenciales), 2015



Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

Figura 15. Porcentaje de población con seguro privado, por tipo, 2015



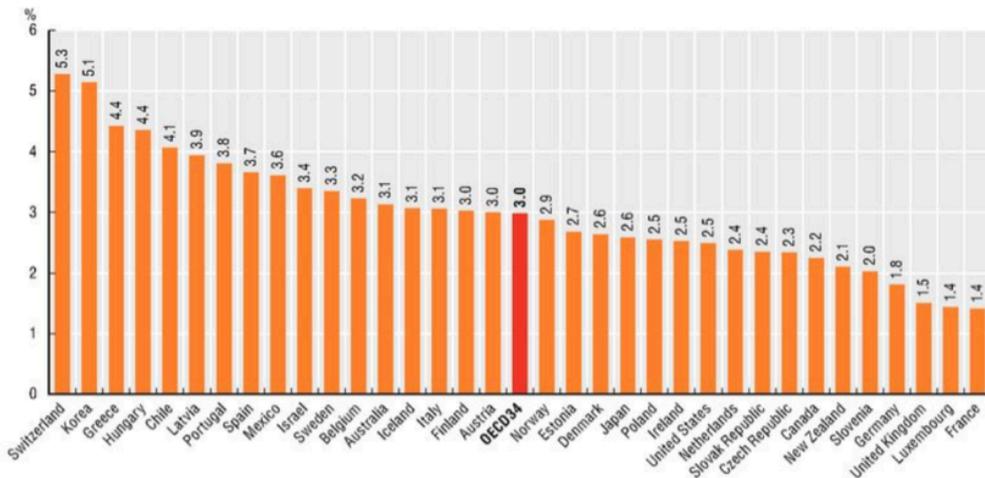
A la hora de analizar el acceso a la sanidad no sólo hay que tener en cuenta el porcentaje de cobertura sanitaria en el país puesto que también afecta en el acceso el nivel de copago, por ello, para analizar la accesibilidad en términos financieros se van a examinar dos indicadores más, *Out-of-pocket (OOP) expenditures* y número de consultas no realizadas por el coste.

5.2.1. Out-of-pocket (OOP) expenditures

La existencia de cobertura médica ya sea a través de sistemas sanitarios públicos o por seguros médico, obligatorios o voluntarios, reducen la carga de gastos *out-of-pocket*

que de otra manera podrían tener un gran impacto en el acceso a la sanidad— si son muy elevados aquellos con menores rentas pueden tener más dificultades para asumirlos—, aún así, los gastos *out-of-pocket* representan, de media, una quinta parte del gasto total en sanidad en los países de la OCDE. Los gastos *out-of-pocket* lo que consiguen, en teoría, es trasladar el coste a aquellos que usan los servicios médicos más, y en cierta medida a aquellos con ingresos más bajos que suelen tener mayores necesidades médica. En la práctica lo que hacen los Estados es establecer límites, o máximos, a los gastos *out-of-pocket* para proteger a los grupos más vulnerables (Paris et al., 2016) En Estados Unidos el porcentaje que suponen los gastos *out-of-pocket* en el gasto total de las familias (2,5%) esta un poco por debajo de la media de la OCDE (3%) mientras que en España está levemente por encima (3,7%), los gastos *out-of-pocket* sobre el total de gasto en Estados Unidos es también menor que la media de la OCDE y se España (OCDE, 2017) (figura 16)

Figura 16. Porcentaje que representan los gastos out-of-pocket en el gasto total de las familias, 2015



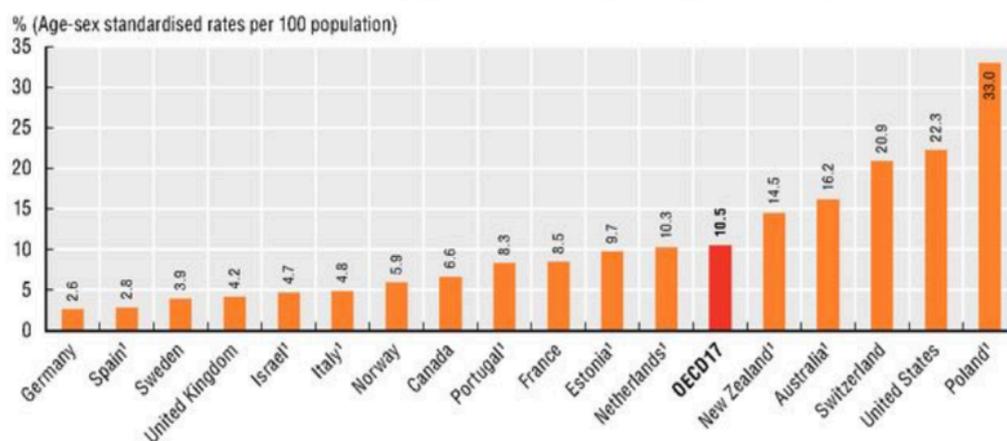
Fuente: OCDE. Health Statistics 2017

5.2.2. Número de consultas no realizados por el coste

La no satisfacción de las necesidades médicas es un alarmante problema especialmente para grupos con ingresos bajos, de media (de 17 países de la OCDE), uno de cada diez personas no ha acudido a una consulta médica por el coste, lo cual es sorprendente pues en la mayoría de los países de la OCDE las consultas son gratis o con un copago muy bajo (Paris et al., 2016). El porcentaje de población que no acude a una consulta médica por razón del coste en Estados Unidos es del 22,3% (sólo superado por Polonia, 33%, y seguido por Suiza, 20,9%) mientras que, en varios países, entre ellos

España, menos del 5% de la población declara no haber acudido al médico por el coste (OCDE, 2017). Este indicador, unido al nivel de cobertura, muestra claramente las deficiencias de los sistemas sanitarios de los países (figura 17).

Figura 17. Consultas médicas no realizadas por razón de coste, 2016

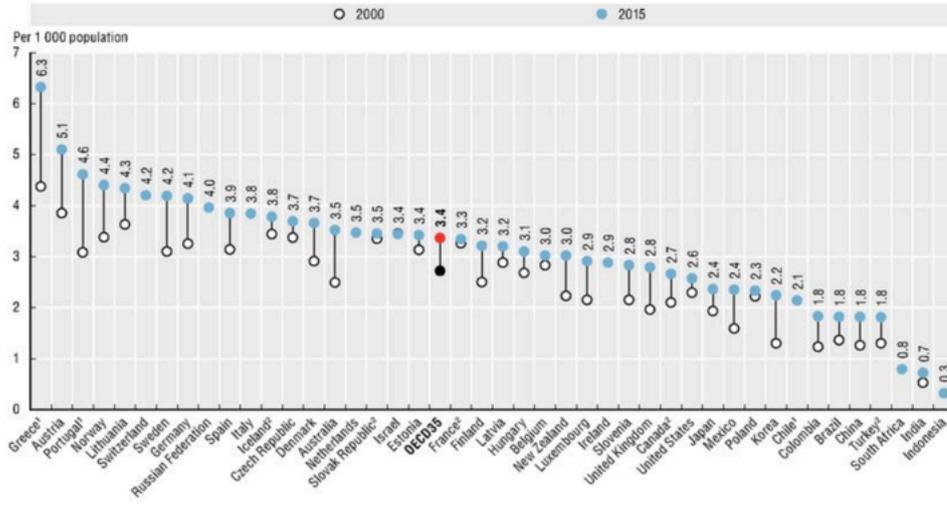


Fuente: OCDE. Health Statistics 2017

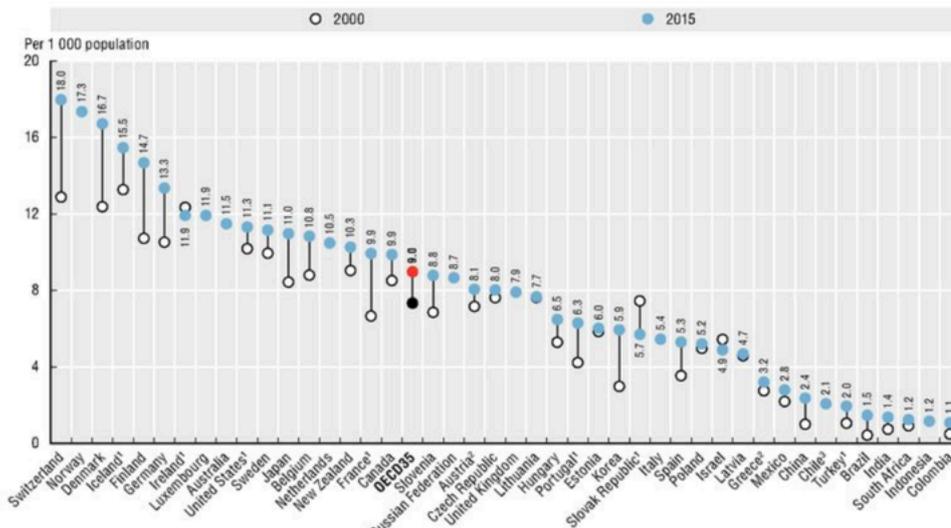
Además, en este apartado también se van a comentar datos no directamente relacionados con el acceso a la salud, pero si indirectamente, como el número de médicos (practicantes) por cada 1000 habitantes, el número de enfermeras por 1000 habitantes y el número de camas de hospital por 1000 habitantes. Estos indicadores son importantes puesto que tienen un impacto en la calidad de la sanidad (así como en el coste de la sanidad), y muestran los recursos, y la capacidad, que tienen a su disposición los distintos sistemas sanitarios de cada país, España (3,9) se encuentra por encima de la media de la OCDE (3,4) para el número de médicos por 1000 habitantes mientras que Estados Unidos está por debajo (2,4). En cuanto al número de enfermeras por 1000 habitantes, en bastantes países de la OCDE existen preocupaciones por falta de enfermeras especialmente porque se prevé que la demanda de enfermeras crezca con el paulatino envejecimiento de la población (OCDE, 2016), España (5,3) parece que tiene más riesgo de tener a futuro un problema con el número de enfermeras frente a Estados Unidos (11,3) que está bastante por encima de España e, incluso, de la OCDE (9,0). En lo referente al número de camas por 1000 habitantes tanto España y Estados Unidos tienen valores parecidos y por debajo de la media de la OCDE que ha estado disminuyendo en los últimos años (aumento de cirugías sin ingreso hospitalario y de la hospitalización de día) (Figura 18).

Figura. 18

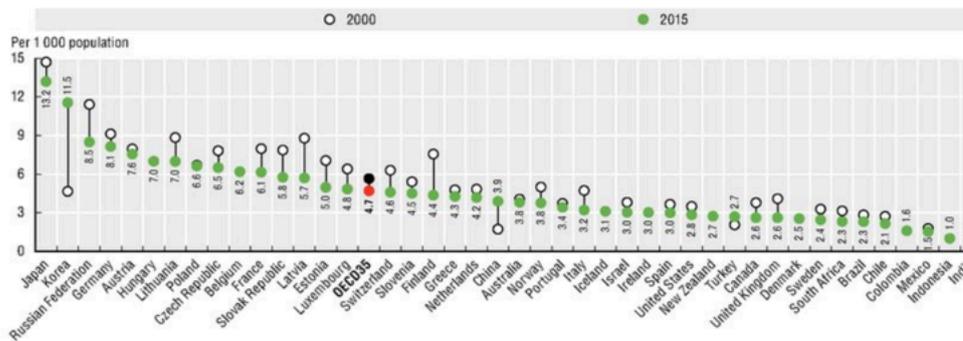
Número de médicos ejercientes por 1000 habitantes, 2000 y 2015



Número de enfermeras ejercientes por 1000 habitantes, 2000 y 2015



Número de camas de hospital por 1000 habitantes, 2000 y 2015



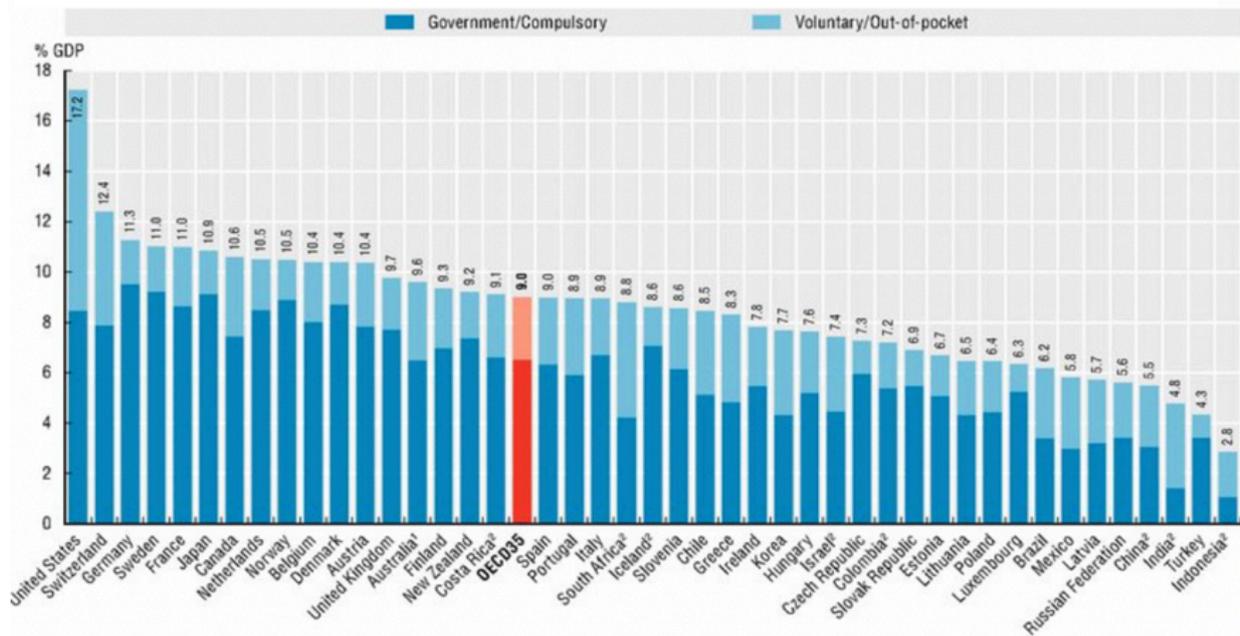
Fuente: OCDE, Health Statistics 2017

5.3. Indicadores del gasto sanitario

El gasto en sanidad representa, de media, el 9% del PIB en los países de la OCDE, este porcentaje se mantiene relativamente estable en los últimos años comparado con las décadas de los 90 y 2000 cuando el crecimiento del gasto en sanidad superó el crecimiento del PIB. Estados Unidos (17,2%) supera sustancialmente la media, estando más de 5% por encima del siguiente país con mayor gasto, Suiza, mientras que España se encuentra en la media (OCDE, 2017) (figura 19). Esta diferencia también está presente en el gasto en sanidad per cápita que en Estados Unidos es de \$9.892— más del doble que la media de la OCDE (\$4.003)—y está seguido por Suiza que tiene alrededor de un 25% menos gasto (\$7.919); España tiene un gasto per cápita en sanidad mucho menor (\$3.248) (figura 20).

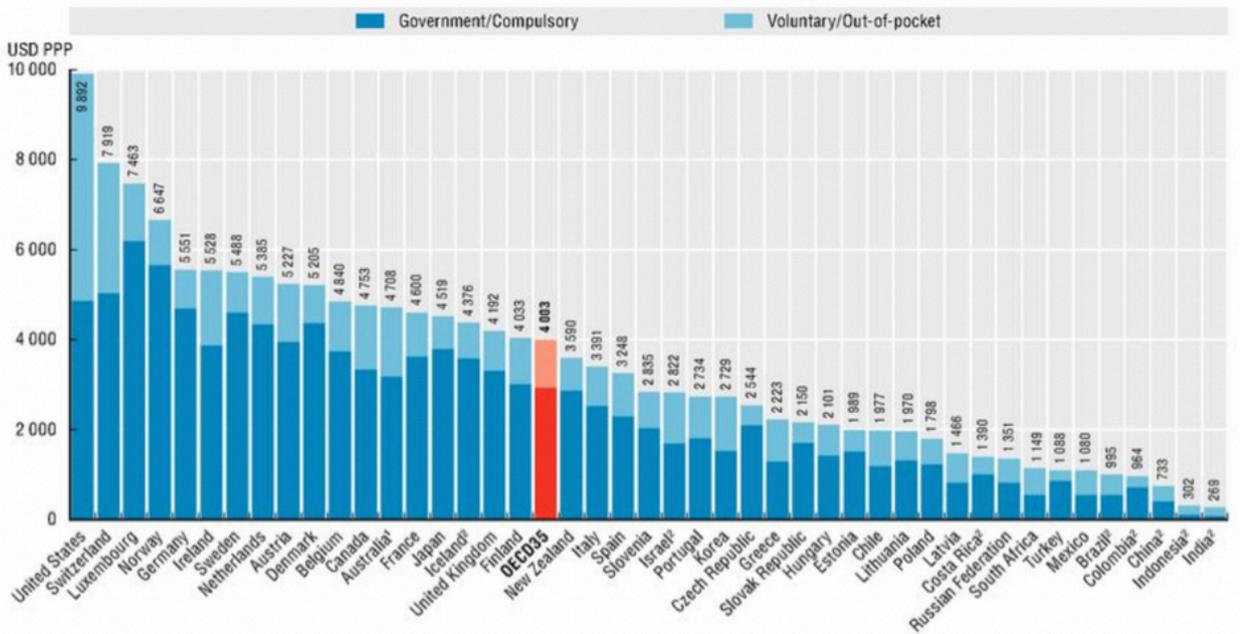
El gasto sanitario puede ser financiado por distintas fuentes dependiendo de cada país, en algunos países la sanidad está cubierta en su mayoría por planes estatales, en otros es un seguro obligatorio (ya sea un seguro público o privado) el que financia la mayoría de los gastos. Generalmente, unos componentes del gasto sanitario son los gastos *out-of-pocket* además de un seguro voluntario que reemplaza o complementa la cobertura obligatoria. Por ejemplo, en España la atención sanitaria pública está a cargo del Sistema Nacional de Salud (SNS), que se financia a través de impuestos y las cotizaciones a la Seguridad Social (es un sistema universal), pero luego puedes contratar un seguro médico privado, como Sanitas o Adeslas, y que da derecho a acudir al sistema sanitario privado. La cantidad del gasto público que se destina a la salud depende de varios factores entre ellos, y los más importantes, son la configuración del sistema sanitario y la estructura de la población (una población envejecida requiere de mayores cuidados y, consecuentemente, será mayor el gasto necesario en sanidad— de media en la OCDE el gasto en sanidad supone el 15% del total del gasto público) aunque también decisiones políticas (los presupuestos estatales, problemas de déficit) tienen, evidentemente, un efecto en el gasto (OCDE, 2017). Así pues, en España la financiación del gasto es principalmente público, pero por la crisis económica y las medidas de austeridad tomadas para reducir el déficit público, ha aumentado en los últimos años el gasto privado y los gastos *out-of-pocket*, mientras tanto, Estados Unidos es el único país de la OCDE donde el gasto privado supera el público, la mayor parte del gasto correspondiendo a seguros voluntarios.

Figura 19. Gasto en sanidad (% del PIB), 2016



Fuente: OCDE. Health Statistics 2017

Figura 20. Gasto per cápita en sanidad, 2016



Fuente: OCDE. Health Statistics 2017

6. CONCLUSIÓN

A lo largo de este trabajo se han analizado distintos aspectos relevantes en la configuración del sistema sanitario estadounidense pero el objetivo último del mismo era concluir si existe un sistema sanitario público— y, por tanto, un Estado de Bienestar en el ámbito de la sanidad— en Estados Unidos.

El sistema sanitario americano es un sistema basado en la asistencia, en el que la ayuda gubernamental sólo se da bajo ciertos requisitos, no es un sistema universal como el español o el de la mayoría de los estados de la OCDE, y esto se refleja en el gasto sanitario, siendo Estados Unidos único país de la OCDE que tiene mayor gasto privado que público. La ACA, vulgarmente conocido como Obamacare, busca universalizar la asistencia sanitaria pero esta reforma sigue sin ser suficiente ya que aún con todos los cambios realizados, alrededor del 10% de estadounidenses seguían careciendo de seguro. Además, con las reformas del presidente Trump la eficacia de la reforma se ve truncada.

El sistema americano deja desprotegida a la clase media que es quien sufre al final problemas como las subidas de primas o el riesgo de costes médicos altos a los que no pueden hacer frente, que haya un 22,3% de la población que se haya saltado alguna consulta médica por el precio es muy indicativo de los problemas que tiene el sistema estadounidense. Si comparamos esta cifra con la media de la OCDE, 10,5%, o la española, 2,8%, quedan aún más patente los problemas de asequibilidad que tiene la sanidad estadounidense. La clase media es, en parte, la más afectada pues no reciben ayudas, lo que les deja en una situación de indefensión ante el mercado. Esta desprotección a la clase media se observa claramente en el área de las ayudas fiscales, el ejemplo que se ha puesto en este trabajo siendo del autónomo que, si pasaba de ingresar 48.560 dólares a ganar 48.561 dólares, perdería derecho a cualquier ayuda fiscal⁴³. Asimismo, el llamado «fallo familiar»⁴⁴ también afecta a un gran número de familias de ingreso bajos a medios. De tal forma, se deja a dos sectores relevantes de la población a la merced de las aseguradoras y en peligro de sufrir importantes problemas financieros por falta de ayuda y protección del Estado. Cabe destacar también las desigualdades existentes en el ámbito de la sanidad en Estados Unidos, tanto entre distintos estados como entre distintos grupos de la

⁴³ Remitirse al apartado 4.2.1. El mercado de seguros de salud

⁴⁴ Remitirse al apartado 4.2.1. El mercado de seguros de salud

población, siendo los latinos los más vulnerables, no teniendo seguro médico más del 20% de esta población. Con la expansión de Medicare por la ACA, las diferencias entre los estados que han expandido su programa y los que no es abismal. Texas y Oklahoma, dos estados que no han expandido Medicare, cuenta con más del 14% de su población sin seguro, a diferencia de, por ejemplo, los estados de Massachusetts o Rhode Island, que sí expandieron y tienen menos del 5% de su población sin seguro.

Además, uno de los problemas que acecha la sanidad americana, como ya se ha dicho, es la falta de cobertura de la totalidad de la población. La ACA tomaba varias medidas para combatir esto, entre ellas, la promulgación del mandato individual y el mandato al empresario por el cual se obliga a los ciudadanos a contratar un seguro y a las empresas de cierto tamaño a ofrecer un plan de salud. Esta medida además de incrementar la cobertura también buscaba reducir las primas que estaban subiendo desmedidamente. Esta bajada de las primas se consigue con este mandato gracias a que los jóvenes con mejor salud que en otras circunstancias no habrían contratado un seguro ahora están obligados a ello permitiendo así que las aseguradoras diversifiquen más sus riesgos. Con la BCRA, Trump suprime estos mandatos, y las consecuencias son el incremento de población sin seguro y el aumento de las primas, pues se produce el fenómeno de la selección adversa.

Asimismo, por lo que se ha podido comprobar en este análisis uno de los principales problemas que tiene el sistema sanitario americano es el elevado coste que tiene. En Estados Unidos el gasto en sanidad en 2018 correspondió al 19% del PIB y solo está previsto que vaya incrementando. Esta cifra es especialmente llamativa cuando se compara con la OCDE y España donde el gasto en sanidad representa el 9% del PIB. Relacionando estas cifras con el nivel de cobertura sanitaria– España tiene entre el 99% y el 100% de cobertura frente al 90% de Estados Unidos– se observa claramente que Estados Unidos tiene un importante problema en los elevados costes de su sanidad. Como se ha mencionado en este trabajo, estos elevados costes sanitarios son debidos por la misma estructura del sistema, siendo los elevados costes farmacéuticos y la libertad, relativa, de los hospitales y los médicos de establecer precios las principales causas. Para resaltar esta diferencia, el salario medio de un médico en Estados Unidos en el 2016 fue de 254.000 euros frente a los 53.000 euros de un médico en España. En cuanto a la libertad en el sector farmacéutico, muchos justifican esto en Estados Unidos como necesario para impulsar el I+D. Un estudio (Golec y Vernon, 2006), estima que de haber implementado

Estados Unidos una regulación similar a la de la UE para el control de los precios de los medicamentos, se habrían creado, en el periodo de 1986 al 2004, 117 medicamentos nuevos menos y 4.368 trabajos en investigación menos. Este mismo estudio también estimó que en el caso de implementarse en el futuro una regulación en Estados Unidos como el de la UE, se crearían 974 medicamento menos y se perderían más de 1.500 trabajos (Lichtenberg, 1996 y 2003, en Golec y Vernon, 2005). No obstante, siendo los mayores problemas de la sanidad estadounidense el control de costes y la falta de asequibilidad, cabe preguntarse si esto es razón suficiente para no intervenir en el mercado farmacéutico.

Si tenemos en cuenta la definición de Estado de Bienestar de Rodríguez Cabrero (2004)⁴⁵, podemos concluir, tras el análisis realizado y teniendo en cuenta las limitaciones que tiene este trabajo— aún no ha pasado suficiente tiempo como para poder analizar en profundidad todos los efectos del BCRA y que la ACA ha estado en vigor, en su totalidad, poco tiempo antes de ser modificada— que no existe un sistema sanitario público ni un Estado de Bienestar en el ámbito de la sanidad en Estados Unidos. La mayoría de los países del entorno de Estados Unidos ha evolucionado a un sistema universal que busca una mayor equidad y protección de sus ciudadanos y, Estados Unidos por varias cuestiones, ya sean políticas, económicas o sociales, sigue atascado en un concepto liberal del Estado de Bienestar con su sistema sanitario basado en la asistencia a los más necesitados pero que deja desprotegido a parte de su población y acentúa las diferencias entre los distintos grupos sociales. Consecuentemente, creemos que la reforma de la ACA era necesaria y que incluso una reforma más profunda sería oportuna para hacer frente a los grandes problemas de su sistema como el coste o la falta de cobertura universal pues ha quedado en evidencia que las medidas tomadas por la ACA han sido insuficientes. No obstante, esta reforma entendemos que sería muy complicada de llevar a cabo por la división política existente, así como la dificultad de cambiar un sistema tan enraizado.

⁴⁵ Según Rodríguez Cabrero, G., *El Estado de Bienestar en España. Debates, desarrollo y retos.*, Editorial Fundamentos, España, 2004: «el Estado de Bienestar puede definirse – más allá de la forma histórica concreta que adopta en cada país- como aquel conjunto de instituciones estatales que garantizan una serie de derechos sociales ejercitables por la inmensa mayoría de los ciudadanos –universalismo protector- desarrollados a través de políticas y programas de carácter redistributivo en base a la solidaridad intergeneracional y apoyados en la idea básica de “ciudadano trabajador” que es sujeto de derechos sociales y residualmente como “ciudadano necesitado”».

7. Bibliografía

- Abraham, J. M., Feldman, R., y Simon, K. (2014). Did They Come to the Dance? Insurer Participation in Exchanges. *American Journal of Managed Care* 20 (12), 1022–30.
- Akosa Antwi, Y., Moriya, A. S. y Simon, K. I. (2015). Access to Health Insurance and the Use of Inpatient Medical Care: Evidence from the Affordable Care Act Young Adult Mandate. *Journal of Health Economics* 39, 171–87.
- Anderson, O. y Feldman, J. (1956) *Family Medical Costs and Voluntary Health Insurance: A Nationwide Survey*. McGraw-Hill, NY, Estados Unidos.
- Artiga, S., Stephens, J. y Damico, A. (2015). The Impact of the Coverage Gap in States Not Expanding Medicaid by Race and Ethnicity. *Kaiser Family Foundation Issue Brief*.
- Arufe, A. (2016). El Obamacare y su cuasi universalización de la asistencia sanitaria. En *Los retos actuales de la asistencia sanitaria española en el contexto de la Unión Europea* (pp. 719-724). Laborum.
- Asamblea General de la ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.
- Barbaresco, S., Courtemanche, C.J. y Qi, Y. (2015). Impacts of the Affordable Care Act Dependent Coverage Provision on Health-Related Outcomes of Young Adults. *Journal of Health Economics* 40, 54–68.
- Barciela, F. (2010). Claves de la oposición al "Obamacare". *Economía Exterior*, (51), pp. 19-28.
- Barker, A. R., McBride, T.D., Kemper, L. M., y Mueller, K., (2014a). *Geographic Variation in Premiums in Health Insurance Marketplaces*. RUPRI Center for Rural Health Policy Analysis. Rural Policy Brief no. 2014-10
- Barker, A. R., McBride, T.D., Kemper, L. M., y Mueller, K., (2014b). *A Guide to Understanding the Variation in Premiums in Rural Health Insurance Marketplaces*. RUPRI Center for Rural Health Policy Analysis. Rural Policy Brief no. 2014-5
- Berchick, E. R., Hood, E. y Barnett, J.C. (2018) Current Population Reports. *Health Insurance Coverage in the United States: 2017*, DC: United States Census Bureau

- Blank, R., Burau, V., y Kuhlmann, E. (2017). *Comparative health policy* (5a ed.). Macmillan International Higher Education.
- Blavin, F., Shartzter, A., Long, S. K. y Holahan, J. (2015). An Early Look at Changes in Employer-Sponsored Insurance under the Affordable Care Act. *Health Affairs*, 34 (1): 170–7.
- Blumenthal, D., y Collins, S. R. (2014). Health Care Coverage under the Affordable Care Act—A Progress Report. *New England Journal of Medicine*, 371 (3): 275–81.
- Blumenthal, D., Abrams, M. y Nuzum, R. (2015). The Affordable Care Act at 5 Years. *New England Journal of Medicine*, 372 (25): 2451–8.
- Brandon, W. P., y Carnes, K. (2014). Federal Health Insurance Reform and ‘Exchanges’: Recent History. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 25 (1): xxxii–lvii.
- Brill, S. (2015). *America's bitter pill: money, politics, back-room deals, and the fight to fix our broken healthcare system*. NY, United States. Random House.
- Brooks, T. 2014. *Health Policy Brief: The Family Glitch*. Health Affairs
- Busch, S. H., Golberstein, E. y E. Meara, E. (2014). ACA Dependent Coverage Provision Reduced High Out-of-Pocket Health Care Spending for Young Adults. *Health Affairs*, 33 (8): 1361–6.
- Cabrero, G. R. (2004). *El Estado de Bienestar en España: debates, desarrollo y retos* (Vol. 251). Editorial Fundamentos.
- Califano, J.A. (1986) *America's Health Care Revolution*. NY, Estados Unidos. Random House.
- Cantor, J. C., Monheit, A. C., DeLia, D. y Lloyd, K. (2012). Early Impact of the Affordable Care Act on Health Insurance Coverage of Young Adults. *Health Services Research* 47 (5): 1773–90.
- Claxton, G., Rae, M. Panchal, N. Whitmore, H. Damico, A. y Kenward, K. (2014a). Health Benefits in 2014: Stability in Premiums and Coverage for Employer- Sponsored Plans. *Health Affairs* 33 (10): 1851–60.
- Claxton, G., Levitt, L. Brodie, M., Garfield, R. y Damico, A. (2014b). Measuring Changes in Insurance Coverage under the Affordable Care Act. *Kaiser Family Foundation Issue Brief*.

- Cohen, R. (2012). *Trends in health care coverage and insurance for 1968-2011*. National Center for Health Statistics.
- Collins, S. R., Radley D. C., Schoen, C. y Beutel, S. (2014a). National Trends in the Cost of Employer Health Insurance Coverage, 2003–2013. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., Rasmussen, P. W., Doty, M. M. y Beutel, S (2015a). Americans’ Experiences with Marketplace and Medicaid Coverage—Findings from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey, March–May 2015. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., Rasmussen, P. W., Doty, M. M. y Beutel, S. (2015b). The Rise in Health Care Coverage and Affordability Since Health Reform Took Effect. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., Rasmussen, P. W. Doty, M. M., y Garber, T. (2013a). Covering Young Adults under the Affordable Care Act: The Importance of Outreach and Medicaid Expansion: Findings from the Commonwealth Fund Health Insurance Tracking Survey of Young Adults, 2013. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., Rasmussen, P. W. Doty, M. M., Garber, T. y Blumenthal, D. (2013b). Americans’ Experiences in the Health Insurance Marketplaces: Results from the First Month. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Collins, S. R., Rasmussen, P. W. Doty, M. M., Garber, T. y Blumenthal, D. (2014b). Americans’ Experiences in the Health Insurance Marketplaces: Results from the First Three Months. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Congressional Budget Office [CBO] (2010), H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010.
- Congressional Budget Office [CBO], (2014). Payments of Penalties for Being Uninsured under the ACA: 2014 Update.
- Congressional Budget Office [CBO]. (2015a), Budgetary and Economic Effects of Repealing the Affordable Care Act.
- Congressional Budget Office [CBO]. (2015b), Updated Budget Projections: 2015-2025.
- Congressional Budget Office [CBO]. (2017), H.R. 1628, Better Care Reconciliation Act of 2017.
- Congressional Budget Office [CBO] (2018), The 2018 Long-Term Budget Outlook.

- Cox, C., Ma, R., Claxton, G. y Levitt, L. (2014). Sizing Up Exchange Market Competition. *Kaiser Family Foundation Issue Brief*.
- Decker, S. L., Kostova, D., Kenney, G. M., y Long, S. K. (2013). Health Status, Risk Factors, and Medical Conditions among Persons Enrolled in Medicaid vs Uninsured Low-Income Adults Potentially Eligible for Medicaid under the Affordable Care Act. *Journal of the American Medical Association* 309 (24): 2579.
- Depew, B., y Bailey, J. (2015). Did the Affordable Care Act's Dependent Coverage Mandate Increase Premiums? *Journal of Health Economics* 41: 1–14.
- Dickstein, M. J., Duggan, M., Orsini, J. y Tebaldi, P. (2015). The Impact of Market Size and Composition on Health Insurance Premiums: Evidence from the First Year of the Affordable Care Act. *American Economic Review: Papers and Proceedings* 105 (5): 120–5.
- Doty, M. M., Rasmussen, P. W. y Collins, S. R. (2014). Catching up: Latino Health Coverage Gains and Challenges under the Affordable Care Act Results from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey. *Commonwealth Fund Issue Brief*
- Duggan, M., Shah G., y Jackson, E. (2017). The effects of the affordable care act on health insurance coverage and labor market outcomes. [Working Paper No. 23607]. *National Bureau of Economic Research*. Cambridge, MA.
- Feingold, E. (1966), *Medicare: Policy and Politics*. San Francisco, Calif. Chandler Publishing Company
- Frean, M., Gruber, J., y Sommers, B. D. (2017). Premium subsidies, the mandate, and Medicaid expansion: Coverage effects of the Affordable Care Act. *Journal of Health Economics*, 53, pp. 72-86.
- French M.T., Homer J., Gumus G., Hickling L. (2016). Key Provisions of the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA): A Systematic Review and Presentation of Early Research Findings. *Health Servy Res.*; 51(5):1735-71.
- Garbarino, J. (1960). *Health Plans and Collective Bargaining*. California, Berkeley: University of California Press pp. 19-20.
- Gelman, A., Lee, D., y Ghitza, Y. (2010, January). Public opinion on health care reform. *The Forum*, 8 (1). Walter de Gruyter GmbH & Co. Berlin/Boston.

- Giaccotto, C., Santerre, R. y Vernon, J.A. (2005). Drug prices and research and development investment behavior in the pharmaceutical industry. *Journal of Law and Economics* 48, pp.195-214.
- Giovannelli, J., Lucia, K. W. y Corlette. S. (2015). Implementing the Affordable Care Act: State Regulation of Marketplace Plan Provider Networks. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Golec, J.H., y Vernon, J.A. (2006). European pharmaceutical price regulation, firm profitability, and R&D spending. [Working paper No. 12676]. *National Bureau of Economic Research*. Cambridge, MA.
- Government Accountability Office [GAO]. (2014a). *Patient Protection and Affordable Care Act: Largest Issuers of Health Coverage Participated in Most Exchanges, and Number of Plans Available Varied*. DC: Government Accountability Office
- Government Accountability Office [GAO]. (2015). *Private Health Insurance: Early Evidence Finds Premium Tax Credit Likely Contributed to Expanded Coverage, but Some Lack Access to Affordable Plans*. DC: Government Accountability Office
- Graetz, I., Kaplan, C. M. Kaplan, E. K. Bailey, J. E. y Waters. T. M. (2014). The U.S. Health Insurance Marketplace: Are Premiums Truly Affordable? *Annals of Internal Medicine* 161 (8): 599.
- Gruber, J. (2011a). The Impacts of the Affordable Care Act: How Reasonable Are the Projections? *National Tax Journal* 64 (3): 893–908.
- Gruber, J. (2011b). Health Care Reform without the Individual Mandate. *Center for American Progress*.
- Henderson, M., & Hillygus, D. (2011). The dynamics of health care opinion, 2008–2010: Partisanship, self-interest, and racial resentment. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 36(6), pp. 945-960
- HIAA. (1991). *Source Book of Health Insurance Data*. Washington, D.C.
- Hill, S. C. (2015). Medicaid Expansion in Opt-Out States Would Produce Consumer Savings and Less Financial Burden than Exchange Coverage. *Health Affairs*, 34 (2): 340–9.

- Holahan, J., Buettgens, M. y Dorn, S. (2013). *The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured: The Cost of Not Expanding Medicaid*. Kaiser Family Foundation.
- Jacobs, L. R., and T. Callaghan. 2013. «Why States Expand Medicaid: Party, Resources, and History» *Journal of Health Politics, Policy and Law* 38 (5): 1023–50.
- Kaestner, R., Garrett, B., Chen, J., Gangopadhyaya, A. & Fleming, C. (2016). Effects of ACA Medicaid Expansions on Health Insurance Coverage and Labor Supply. [Working paper No.21836]. *National Bureau of Economic Research*. Cambridge, MA.
- Kaiser Family Foundation [KFF]. (2015). Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision.
- Kaiser Family Foundation [KFF] y the Commonwealth Fund. (2015). Experiences and Attitudes of Primary Care Providers under the First Year of ACA Coverage Expansion: Findings from the Kaiser Family Foundation/Commonwealth Fund 2015 National Survey of Primary Care Providers. *Commonwealth Fund Issue Brief*.
- Keehan, S. P., Cuckler, G. A., Sisko, A. M., Madison, A. J., Smith, S. D., Stone, D. A., Poisal, J. A., Wolfe, C. J. y Lizonitz, J. M. (2015). National Health Expenditure Projections, 2014-2024: Spending Growth Faster Than Recent Trends. *Health Affairs*, 34 (8): 1407–17.
- Kotagal, M., Carle, A. C., Kessler, L. G. y Flum, D. R. (2014). Limited Impact on Health and Access to Care for 19- to 25-Year-Olds Following the Patient Protection and Affordable Care Act. *Journal of the American Medical Association Pediatrics* 168 (11): 1023.
- Kowalski, A. E. (2014). The Early Impact of the Affordable Care Act, State by State. *Brookings Papers on Economic Activity*, (2): 277–355.
- LeCount, R. & Abrahamson, K. (2017) Self-Rated Health and Attitudes About U.S. Health Care Policy. *Sociological Spectrum*, 37(4), pp. 237-249
- Martin, S. (2000), *It Didn't Happen Here: Why Socialism Failed in the United States*, Nueva York, Estados Unidos. W.W. Norton & Company.
- Martinez, M. E., Ward, B. W. y Adams, P. F. (2015). *Health Care Access and Utilization among Adults Aged 18–64, by Race and Hispanic Origin: United States, 2013 and 2014*. NCHS Data Brief. No. 208

- Marshall, T.H., (1950), *Ciudadanía y clase social*, (J., Linares de la Puerta), España, Alianza Editorial
- McGuire, T. G., Newhouse, J. P., Normand, S. Shi, J. y Zuvekas, S. (2014). Assessing Incentives for Service-Level Selection in Private Health Insurance Exchanges. *Journal of Health Economics* 35: 47–63.
- McMorrow, S., Kenney, G. M., Long, S. K. y Anderson, N. (2015). Uninsurance among Young Adults Continues to Decline, Particularly in Medicaid Expansion States. *Health Affairs* 34 (4): 616–20.
- Munts, R. (1967) *Bargaining for Health: Labor Unions, Health Insurance and Medical Care*. Madison, Wisc.: University of Wisconsin Press.
- Murtin, F., Mackenbach, J., Jasilionis, D. y Mira d’Ercole, M. (2017), «Inequalities in longevity by education in OECD countries: insights from new OECD estimates». [OECD Statistics Working Papers, no. 2017/02], OECD Publishing, Paris.
- National Research Council and Institute of Medicine, (2013). *U.S. Health in International Perspective: Shorter lives, Poorer Health*, S. Woolf y L. Aron (eds.) National Academies Press, DC, Estados Unidos
- Navarro, V. (2010). Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama. *Sistema Digital*.
- OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris
- O’Hara, B., y Brault, M. W. (2013). «The Disparate Impact of the ACA-Dependent Expansion across Population Subgroups». *Health Services Research* 48 (5): 1581– 92.
- Obama B. (2016). United States Health Care Reform Progress to Date and Next Steps. *Journal of the American Medical Association*. 316(5), pp.525–532.
- Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M. y Millett, C., (2016). Associations between Multimorbidity, Healthcare Utilisation and Health Status: Evidence from 16 European Countries. *Age and Ageing* 45, pp. 431-435.

- Paris, V., Hewlett, E., Auraaen, A., Alexa, J. y Simon, L. (2016). Health Care Coverage in OECD Countries in 2012. [OECD Health Working Papers, no.88], OECD Publishing, Paris.
- Patient Protection and Affordable Care Act, 42 U.S.C. § 18001 (2010)⁴⁶
- Polanyi, K. (1944), *La gran transformación*, Estados Unidos. Farrar & Rinehart
- Polsky, D., Weiner, J., Nathenson, R., Becker, N. y Kanneganti, M. (2014). How Did Rural Residents Fare on the Health Insurance Marketplaces? Leonard Davis Institute of Health Economics.
- Physician Payment Review Commission [PPRC], (1990). Annual Report to Congress, Washington DC.
- Rasmussen, P. W., Collins, S. R., Doty, M. M. y Beutel. S. (2014). Are Americans Finding Affordable Coverage in the Health Insurance Marketplaces? Results from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey. Commonwealth Fund Issue Brief
- Rasmussen, P. W., Collins, S. R., Doty, M. M. y Beutel. S. (2015). Health Care Coverage and Access in the Nation's Four Largest States. Results from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey, 2014. Commonwealth Fund Issue Brief.
- Rodríguez Cabrero, G., *El Estado de Bienestar en España. Debates, desarrollo y retos.*, Editorial Fundamentos, España, 2004
- Rosenbaum, S., Lopez, N., Dorley, M., Teitelbaum, J., Burke, T. y Miller, J. (2014). Mitigating the Effects of Churning under the Affordable Care Act: Lessons from Medicaid. Commonwealth Fund Issue Brief
- Schoen, C., Radley, D. y Collins, S.R. (2015). State Trends in the Cost of Employer Health Insurance Coverage, 2003–2013. Commonwealth Fund Issue Brief
- Shane, D. M., y Ayyagari, P. (2014). Will Health Care Reform Reduce Disparities in Insurance Coverage? *Medical Care* 52 (6): 528–34.

⁴⁶ Es la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, promulgada el 23 de marzo de 2010. Es un estatuto federal. El 42 corresponde al volumen del código al que pertenece, siendo 18001 la sección.

- Somers, H.M. y Somers, A.R., (1961) *Doctors, Patients and Health Insurance*. Washington D.C. The Brookings Institution.
- Sommers, B. D., y Kronick, R. (2012). The Affordable Care Act and Insurance Coverage for Young Adults. *Journal of the American Medical Association* 307 (9): 913–4.
- Sommers, B. D., Kenney, G. M. y Epstein, A. M. (2014). New Evidence on the Affordable Care Act: Coverage Impacts of Early Medicaid Expansions. *Health Affairs* 33 (1): 78–87.
- Sommers, B. D., Graves, J. A., Swartz, K. y Rosenbaum, S. (2014b). Medicaid and Marketplace Eligibility Changes Will Occur Often in All States; Policy Options Can Ease Impact. *Health Affairs* 33 (4): 700–7.
- Sommers, B. D., Gunja, M. Z., Finegold, K. y Musco, T. (2015). Changes in Self-Reported Insurance Coverage, Access to Care, and Health under the Affordable Care Act. *Journal of the American Medical Association* 314 (4): 366–74.
- Sommers, B. D., Buchmueller, T. Decker, S. L., Carey, C. y Kronick, R. (2013). The Affordable Care Act Has Led to Significant Gains in Health Insurance and Access to Care for Young Adults. *Health Affairs* 32 (1): 165–74.
- Sommers, B. D., Musco T., Finegold, K., Gunja, M. Z., Burke, A. y McDowell, A. M. (2014a). Health Reform and Changes in Health Insurance Coverage in 2014. *New England Journal of Medicine* 371 (9): 867–74.
- Starr, P. *The Social Transformation of American Medicine*. New York, N.Y. Basic Books, Inc., 1982.
- Swartz, K., Hall, M. A. y Jost, T. S (2015). How Insurers Competed in the Affordable Care Act’s First Year. *Commonwealth Fund Issue Brief*
- Wallace, J., y Sommers, B. D. (2015). “Effect of Dependent Coverage Expansion of the Affordable Care Act on Health and Access to Care for Young Adults.” *Journal of the American Medical Association Pediatrics* 169 (5): 495–7.
- Wasley, T.P. (1992) *What Has Government Done to Our Health Care?* Washington, DC: The Cato Institute.
- Weir, M., Orloff, A, y Skocpol, T. (1988) *The Politics of Social Policy in the United States*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

