



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 21
Septiembre 2009

Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma.

Este mes les entregamos a Uds. un resumen de cómo opera el sistema de salud de Estados Unidos y lo que plantea la reforma en estudio. Nos ha parecido interesante adentrarnos y estudiar este tema, considerando que durante el mes de Septiembre se definirá la aprobación o rechazo del proyecto de reforma, considerado el más emblemático del Presidente Obama.

CONSIDERACIONES GENERALES

Estados Unidos es el país del mundo que gasta más dinero per cápita en salud, llegando actualmente a una cifra equivalente al 17% del PIB, lo que es un 65% más que el promedio de gasto porcentual de los 12 países más ricos del mundo, sin embargo sus estándares sanitarios promedio en temas como expectativa de vida, mortalidad infantil, prevención de muertes evitables, son inferiores a los de otras naciones industrializadas y además un alto porcentaje de su población no cuenta con ningún sistema de seguro médico.

Si no se interviene sobre el tema, se estima que al año 2025 el gasto en salud consumiría un 25% del PIB, transformándose en una carga gigantesca para el Estado, las personas y los empleadores, frenando en forma sustancial el futuro desarrollo de la economía. Esta situación ha impulsado un amplio consenso en la necesidad de una reforma fuerte al sistema, pero no existe el mismo consenso a la hora de definir los cambios necesarios.

Desde su campaña, el Presidente Obama ha impulsado como uno de los objetivos principales de su gobierno llevar a cabo una profunda Reforma al Sistema de Salud de Estados Unidos, tema que se ha debatido en el país en diferentes gobiernos, sin haber logrado un acuerdo.

El presidente Obama plantea que su Reforma *“permitirá proteger a la población contra las prácticas injustas de las aseguradoras, ofrecerá seguro a un costo razonable a todos los ciudadanos estadounidenses y reducirá los costos médicos que ahora deben enfrentar directamente las familias”*, sin embargo, sus planteamientos han sido muy polémicos ya que, aún cuando existe coincidencia en la necesidad de generar cambios, no existe acuerdo respecto a la profundidad de estos cambios y el rol que debe asumir el Estado en ellos

Se espera que la Reforma vaya a aprobación del Senado americano durante el mes de Septiembre, por lo que hoy el gobierno y el presidente están inmersos en un intensivo proceso de negociación política para lograr los apoyos necesarios ya que existen posturas diferentes incluso dentro de cada partido. Considerando la magnitud de la Reforma en estudio, los ciudadanos también se han interesado, analizando las eventuales consecuencias que puede generar una reforma tan compleja, por lo que es posible observar en el país una campaña comunicacional muy importante a nivel del gobierno, prestadores, aseguradores, proveedores y agrupaciones sociales.

Para poder entender la necesidad y el alcance de los cambios propuestos, es interesante conocer a nivel general como opera actualmente el sistema de salud de Estados Unidos y cuales son sus principales problemas:

COMO OPERA EL SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS

Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado. El país no tiene un sistema único, nacional.

El proveedor más grande de servicios de salud es un sector privado competitivo, a nivel de aseguramiento, proveedores de insumos y prestadores de salud. Aproximadamente, 70% de la población está cubierta por un sistema de aseguramiento de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el empleador.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quienes no pueden proveérselos por si mismos. El HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto.

PROGRAMAS PÚBLICOS DE SALUD

El gobierno federal es proveedor directo de servicios de salud para el personal militar, los excombatientes con discapacidades vinculadas con el servicio, los indios y nativos estadounidenses y los presidiarios de las prisiones federales. También se encarga de los ancianos y los pobres a través de los programas conocidos como Medicare, Medicaid y SCHIP.

PROGRAMA MEDICARE

Mediante un programa Medicare, el gobierno federal proporciona seguro de salud a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades, cubriendo a más de 40 millones de estadounidenses. Se financia en general mediante una combinación de impuestos a los sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios.

Medicare tiene cuatro partes: la Parte A, que proporciona seguro de hospital; la Parte B, que proporciona seguro médico complementario, la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados y la parte D que se refiere a la cobertura de medicamentos.

La Parte A (pagada en gran parte mediante impuestos sobre generales) ayuda a pagar la atención de hospitalización, hospitales de acceso crítico (establecimientos pequeños que proporcionan servicios limitados ambulatorios y de hospitalización a personas en zonas rurales), establecimientos de enfermería calificada, atención en hospicios y algo de atención domiciliaria.

La Parte B, que actualmente tiene una prima de cerca de US\$50/mes (ajustada anualmente), ayuda a pagar los médicos, los servicios complementarios de pacientes ambulatorios y algunos otros servicios médicos que la Parte A no cubre, como los servicios de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y atención domiciliaria, cuando son médicamente necesarios.

La Parte C, conocida como Medicare+Choice, les da a los beneficiarios la oportunidad de inscribirse en planes de salud privados. La idea que sustenta esto fue ofrecer una elección adicional a los ancianos así como promover la competencia entre los planes de salud para reducir los costos para este grupo de población.

La Parte D corresponde al seguro para medicamentos recetados que se encuentra disponible para todos los beneficiarios de Medicare con una prima adicional. La cobertura Parte D es opcional y además de brindarle cobertura para medicamentos recetados, garantiza la cobertura de los insumos necesarios para inyectarse insulina.

Existe una variedad de planes de coberturas para medicamentos operados por empresas privadas, pero, todos deben cumplir con las normas establecidas por el gobierno federal y entregar como mínimo un plan estándar definido.

EL PLAN ESTÁNDAR

Costo total Anual de Medicamentos	Porcentaje que cubre el plan	Porcentaje que paga el beneficiario
US \$0 - US \$250	0%	100% (US \$250)
US \$251 - US \$2250	75% (US \$1500)	25% (US \$500)
US \$2251 - US \$5100	0%	100% (US \$2850)
US \$5101 +	95%	5%

El “Costo total anual de medicamentos” es la cantidad total de dinero que cuestan sus medicamentos recetados, sin importar quién los paga.

Como se puede observar en la tabla, el plan estándar tiene un tope parcial anual de US\$2250. Una vez que se supera ese tope de costo total, la persona deberá pagar todas sus recetas hasta que el costo total anual alcance los US \$5,100. A partir de ese momento, comienza la cobertura catastrófica y el plan cubre el 95% del costo de sus medicamentos hasta el final del año calendario.

PROGRAMA MEDICAID

Medicaid es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales y se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados. Cubre a aproximadamente 36 millones de personas, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos de encontrarse en una situación precaria en términos socioeconómicos y es el programa más grande que presta servicios médicos y relacionados con la salud a las personas más pobres del país.

El programa Medicaid varía considerablemente de un estado a otro, así como en un mismo estado en diferentes períodos, pero el gobierno federal requiere que se presten ciertos servicios básicos a todos los inscritos en el programa. El límite máximo de permanencia en el programa es de un máximo de 5 años.

Por lo general, para obtener beneficios de Medicare, se debe haber trabajado en los Estados Unidos por un período de 10 años (o 40 trimestres) durante la vida.

EL PROGRAMA ESTATAL DE SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS (STATE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM - SCHIP)

Este programa está orientado a ofrecer atención médica gratis o a bajo costo a los niños menores de 18 años, si cumplen con ciertas condiciones de ingreso familiar (bajos ingresos, pero no tan bajos como para ser beneficiarios de MEDICAID). Todos los estados tienen un programa de seguro de salud para niños y adolescentes. Este seguro paga las consultas médicas, los medicamentos recetados, la hospitalización y otros servicios de atención médica.

SISTEMAS PRIVADOS DE SALUD

En los Estados Unidos, los servicios de salud en gran parte son entregados por el sector privado, y aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguros de salud o autoseguros organizados por su empleador, quienes comparten con el empleado el costo.

La ley no exige que el empleador proporcione cobertura en salud, pero ofrece ventajas tributarias para la compra de un seguro de salud o la organización de un autoseguro, siempre y cuando los trabajadores compren masivamente los planes que sus empleadores proporcionan.

Se estima que, al menos antes de la crisis económica, un 75% de los empleados tenía cobertura de salud a través de su empleador. Los planes de cobertura ofrecidos por los empleadores en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, a través de organizaciones HMO, o de Prestadores Preferentes (PPO), desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación.

Estas opciones "dirigidas" se generaron como un esfuerzo organizado, que incluye tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud, para usar incentivos financieros y medidas organizativas con el fin de controlar el aumento de los costos.

El modelo característico de atención regulada son las HMO y los PPO se consideran una variación del modelo. Las HMO son organizaciones que entregan la totalidad de los servicios de salud a sus afiliados a cambio de una mensualidad (capitación). Para entregar las atenciones usa una red de proveedores propia o convenida. Para el asegurado la elección de médicos y hospitales se limitan a los que tienen convenios con la HMO para prestar atención y a menudo se requieren derivaciones para ver a un especialista. Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita en vez de usar la modalidad de pago por prestación.

Las PPO es otra forma de atención de salud administrada y es una combinación libre elección y HMO. Cuando los pacientes utilizan proveedores específicos, la mayoría de sus facturas médicas están cubiertas, pero también pueden elegir a médicos fuera de la lista proporcionada y recibir una cobertura menor.

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD

La prestación de los servicios de salud por prestadores públicos y privados se vigila de manera descentralizada y voluntaria. Las autoridades estatales y locales, pueden vigilar los hospitales y consultorios del gobierno. Los hospitales privados son autónomos por lo general, pero pasan por varias formas de examen. Medicare tiene reglas que rigen la calidad que los hospitales deben seguir para participar en el programa. Otras medidas de control de calidad incluyen acreditación por las organizaciones privadas, como Joint Commission (JCAHO) y el Comité Nacional de Garantía de la Calidad (NCQA). Los hospitales tanto gubernamentales como privados buscan obtener la acreditación de la JCAHO.



LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD

De acuerdo a diferentes analistas, los problemas del sistema de salud norteamericano son muy amplios y complejos, sin embargo sus fallas medulares se pueden resumir en los siguientes aspectos:

1. **Baja eficiencia del sistema de salud:** Estados Unidos destina alrededor del 17% de su PIB a salud aprox. (US\$6700 anuales per cápita); y se estima que, de no hacer ningún cambio relevante, ese monto será de 20% en el año 2017, sin embargo, sus índices de mortalidad infantil y esperanza de vida, entre otros, son peores que los de otros países ricos que destinan menor porcentaje de sus ingresos a salud. A manera de comparación, de acuerdo al OECD Health Data 2009, el año 2007 Suecia destinó el 9% de su producto a salud y logró una tasa de mortalidad infantil de 4.4 muertes por 1000 nacidos. Estados Unidos, tuvo una tasa de 6.6 muertes por 1000 nacidos. También se observan resultados relativamente más bajos en indicadores tan relevantes como expectativas de vida (por ejemplo en Canadá es de 82 años y en Estados Unidos es de 76 años), manejo de enfermedades crónicas, prevención de patologías evitablez, entre otras.
2. **Poca orientación a la prevención:** Otro aspecto que se destaca como un factor de baja eficiencia del sistema de salud es el énfasis curativo en oposición a lo preventivo. El país enfrenta índices peligrosos de obesidad y enfermedades crónicas, pero a pesar de esto, menos del 4% del gasto total en salud se invierte en prevención y salud pública.
3. **Alta proporción de población no-asegurada:** Actualmente se estima que aproximadamente 47 millones de ciudadanos menores de 65 años que no cuentan con cobertura médica. Se estima que una alta proporción de las personas no aseguradas, tienen ingresos que le permitirían cancelar una prima mensual, pero son rechazados en las aseguradoras por tener enfermedades preexistentes.

A una persona con ingresos normales pero sin seguro médico, una enfermedad peligrosa la podría llevar a la bancarrota, que es una figura legal que actúa como refugio contra los acreedores. De no declararse en bancarrota o si su solicitud de bancarrota es rechazada por un tribunal, esa persona tendría que hacer planes de pago de mutuo acuerdo con los médicos, laboratorios y hospitales a los que debe dinero. Aquéllos que deciden no pagar, sufrirán una baja en la calificación de su historial de créditos. Ese historial es muy importante en la dinámica de la sociedad estadounidense. Sin una buena imagen en este sentido, a veces no es posible arrendar una casa o abrir una cuenta bancaria.

4. **Fuerte crecimiento de los costos de salud para las personas, las empresas y el gobierno:** De acuerdo a los analistas, el gasto en salud ha aumentado tres veces más rápido que el salario promedio. Las primas se han duplicado desde el año 2000, con un índice de crecimiento muy superior a los salarios, sin embargo la cobertura real ha empeorado. De acuerdo a cifras oficiales, los gastos de bolsillo de la gente con seguro han aumentado fuertemente, influenciados por el aumento en los deducibles y copagos de sus planes de salud.

Estos costos están afectando a las personas y empresas, ya que impiden que los salarios aumenten. Para los trabajadores, que dependen del seguro de salud proporcionado por su empleador, el creciente costo significa que una mayor proporción de su sueldo será entregada como beneficios de salud en lugar de dinero en efectivo del que puede disponer. Si se sigue la misma tendencia, se espera que en diez años, el porcentaje estimado de la compensación total de un trabajador que se recibirá en la forma de seguro de salud será de 26%.

5. **Incentivos mal enfocados:** Se piensa que uno de los mayores impulsores del aumento del costo experimentado por los programas públicos de salud es un esquema de relación entre prestadores – aseguradores y pacientes erróneo, que genera un aumento sostenido del gasto:

- Al pagar a los prestadores por prestación y no por resultados no existen incentivos orientados al uso eficiente.
- Al establecer copagos para atenciones de tipo preventivo y de control de enfermedades crónicas no se incentiva su demanda, evitando el desarrollo de enfermedades crónicas evitables.
- La falta de información objetiva sobre resultados, recursos y buenas prácticas dificulta la selección de prestadores más eficientes.

QUE PROPONE LA REFORMA

La Reforma implica cambios relevantes en diferentes ámbitos, los más fundamentales se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. **ASEGURAR A TODA LA POBLACION DE USA:** Crear una organización de seguros de salud financiada con impuestos públicos, que daría cobertura a todas los ciudadanos no asegurados (ninguna de las iniciativas propone cobertura a inmigrantes indocumentados). Esto, a juicio del gobierno, generaría competencia en el mercado de seguros privados, el cual se considera sumamente concentrado y permitiría a los trabajadores independientes y a las pequeñas empresas, comprar cobertura médica a un costo que puedan pagar, con un plan similar al que que hoy tienen los miembros del Congreso.

El plan tiene los siguientes elementos:

- Derecho garantizado el seguro: No se puede rechazar ingresos a las pólizas debido a una enfermedad o condición preexistente ni anular la póliza si la persona se enferma estando asegurado.
 - Primas, copagos y deducibles limitados, estableciendo exigencias del porcentaje de la póliza que debe ir a dar cobertura médica.
 - Subsidios: Los individuos y las familias que no cumplan con los requisitos para recibir Medicaid o SCHIP pero que necesiten ayuda económica recibirán un subsidio federal -en proporción a sus ingresos- para comprar el nuevo plan público o un seguro de salud privado.
 - Portabilidad y opciones: Los asegurados podrán cambiar de trabajo sin cambiar ni perder su cobertura médica.
 - Exigencias de calidad y eficiencia: Las compañías de seguros que participen en el nuevo plan público tendrán que facilitar información que indique si cumplen ciertas normas de calidad, uso de tecnología y administración.
2. **Bolsa Nacional de Seguros de Salud:** Se plantea crear una Bolsa Nacional de Seguros de Salud para ayudar a las personas que quieran comprar un seguro privado. La Bolsa actuará como un organismo de control y ayudará a reformar el mercado de los seguros privados, elaborando regulaciones y normas para los planes de seguro que participen. Las aseguradoras que deseen entrar en esta Bolsa tendrán que aceptar a todas las personas, sin derecho a evaluar preexistencias, diferenciar precios en función del estado de salud del asegurado ni podrán rescindir las pólizas en atención al estado de salud de un asegurado. Además deberán permitir que los menores de 25 años de edad permanezcan en los planes de sus padres.

La Bolsa exigirá que todos los planes ofrezcan como mínimo los beneficios del nuevo plan público y se ajusten a las mismas normas de calidad y eficiencia. La Bolsa evaluará los planes y divulgará las diferencias entre los planes, incluso el costo de los servicios.

3. **Contribución de los empleadores:** A los empleadores que no ofrezcan un seguro médico de calidad a sus empleados, o que no hagan una contribución importante al costo del mismo, se les exigirá que aporten un porcentaje de la nómina al costo del plan nacional. Los pequeños empleadores que no lleguen a ciertos niveles de ingresos estarán exentos.
4. **Flexibilidad en relación a los planes estatales:** Debido a la inacción federal, algunos estados han tomado la iniciativa en la reforma de la atención médica. El plan de Obama plantea que complementará esos esfuerzos y no reemplazará lo que hacen los estados. Los estados podrán seguir experimentando, siempre que cumplan con las normas mínimas del plan nacional.
5. **Cambios para las personas actualmente aseguradas:** Las aseguradoras no podrán negar cobertura a enfermedades preexistentes ni tampoco no renovar las pólizas por esta causa. Tampoco será causal de pérdida de aseguramiento la pérdida o el cambio de trabajo. Mientras el asegurado pague la prima podrá mantenerse asegurado. También se exigirá cobertura para prestaciones de tipo preventivo o relevantes.
6. **Reducción del costo de las enfermedades para las empresas y sus empleados.** Los gastos relacionados con las enfermedades catastróficas constituyen un porcentaje elevado de los gastos médicos de las aseguradoras privadas. El plan de Obama reembolsaría a los planes de salud de los empleadores una porción de los gastos catastróficos en que incurran, por encima de un nivel, si esos ahorros se usan para reducir las primas que pagan los trabajadores.
7. **Apoyo a programas de manejo de enfermedades:** El 75 por ciento del total de los gastos médicos se emplean en el tratamiento de pacientes con una o más enfermedades crónicas. A futuro se exigirá que los prestadores que participen en el nuevo plan público o los actuales programas del estado, tratamientos de control de enfermedades que tengan eficacia probada
8. **Mejorar transparencia y calidad respecto a los costos y seguridad del paciente:** Se exigirá que los hospitales y otros proveedores recopilen y divulguen al público los costos y la calidad de la atención médica que prestan, el número de pacientes por enfermera, las infecciones contraídas en los hospitales mismos y las desigualdades en la atención prestada. Incluso información sobre los errores médicos que pudieran haberse evitado y apoyará las medidas que tomen los hospitales y los médicos para evitar tales errores. También exigirá que los planes de salud revelen el porcentaje de las primas de seguro que se destinan al cuidado de los pacientes en comparación con la parte que absorben los costos administrativos.
9. **Proporcionar incentivos para la excelencia:** Tanto las aseguradoras públicas como las privadas generalmente pagan a los prestadores por volumen de prestaciones realizadas. Los prestadores que traten a pacientes inscritos en el nuevo plan público, la Bolsa Nacional de Seguros de Salud y los actuales programas públicos se les pagará en función de un sistema relacionado con la eficacia del tratamiento de los pacientes.
10. **Comparaciones de eficacia:** Se establecerá un instituto independiente que fomente estudios e investigaciones que comparen la eficacia de los tratamientos, de manera que los estadounidenses y sus médicos puedan contar con la información correcta y objetiva que necesitan para tomar decisiones sobre su salud y bienestar.
11. **Reformar el sistema de manejo de la negligencia médica:** Se fortalecerá las leyes antimonopolio para generar competencia y de esta forma lograr una rebaja sustancial de las primas que se les cobra a los médicos por el seguro contra la negligencia y se promoverán nuevos modelos para abordar los errores, modelos que aumenten la seguridad del paciente, fortalezcan la relación médico - paciente y reduzcan la necesidad de entablar demandas para compensar negligencia.

12. **Reducir los costos mediante la inversión en sistemas electrónicos de información médica:** La mayoría de los archivos médicos aún se guardan en papel, lo cual dificulta la coordinación de la atención, la medición de la calidad y la reducción de los errores médicos, y cuesta el doble que mantener archivos electrónicos. La reforma plantea invertir \$10,000 millones anuales durante los próximos cinco años en lograr que el sistema de salud de los Estados Unidos avance hacia la adopción de sistemas electrónicos de información médica, con prioridad en garantizar la privacidad de los pacientes.
13. **Reducir el costo de las medicinas recetadas:** El segundo tipo de gasto médico que crece rápidamente es el de las medicinas que sólo se obtienen con receta. Según los impulsores de la reforma, las empresas farmacéuticas venden exactamente las mismas medicinas en Europa, Canadá y Estados Unidos, pero en USA cobran el doble por ellas. Para evitar esto se permitirá que los estadounidenses compren sus medicinas en otros países desarrollados si éstas son de seguridad probada y cuestan menos. También se revocará la medida que impide al gobierno negociar con empresas farmacéuticas, lo que podría generar ahorros importantes. Por último, se esforzará por aumentar el uso de medicinas genéricas en los programas públicos y se facilitará el desarrollo de los medicamentos genéricos necesarios.
14. **Mejoras en el MEDICARE:** La reforma considera varias medidas que apuntan a mejorar fallas en este beneficio:
 - a. Reducir el vacío en Medicare Parte D (no cobertura para gastos anuales entre US\$ 2250 y 5100)
 - b. Crear un procedimiento para la aprobación más rápida de medicamentos biológicos genéricos,
 - c. Eliminar los copagos en prestaciones de salud preventivas.
 - d. Para quienes se jubilan entre los 55 y 64 años, la reforma de salud plantea dar ayuda financiera a los planes de salud de empleadores que cubren a quienes se jubilan antes, lo que, en el caso de algunos planes, reducirá los costos y primas hasta en \$1200 anualmente por familia.

COMO SE FINANCIARÍA LA REFORMA

El costo de la reforma está calculado entre 600 mil millones y un billón de dólares en 10 años, a pesar de mantenerse copagos y deducibles para la mayoría de los asegurados. El plan de financiamiento que propone el gobierno considera los siguientes aspectos:

- Reducción de gastos innecesarios y fraudes de los programas de salud públicos (MEDICARE; MEDICAID; SCHIP).
- Introducción de un sistema de registro electrónico de los pacientes que mejorará la coordinación, evitando errores y duplicación de prestaciones.
- Disminución de los pagos que actualmente cancela el estado a los hospitales por tratar a pacientes sin seguro en las salas de emergencia, eliminando estos pagos, si todos los pacientes tienen seguro.

Pero estas medidas no lograrán cubrir la totalidad de la reforma y el como financiar la diferencia es otro de los temas polémicos:

- Una alternativa que se ha planteado es un aumento de los impuestos para las familias que tienen ingresos de más de US\$350.000 al año. Esta medida es poco probable que sea aprobada por la cámara alta por su impopularidad.

- El Comité de Finanzas del Senado plantea el cobro de un impuesto sobre los beneficios sanitarios otorgados por las empresas a los empleados. Hasta ahora estos no se consideran como parte del sueldo, por lo que están exentos del pago de impuestos. Ésta propuesta parece ser impopular entre sindicatos y algunos demócratas, por lo que es poco probable que sea aprobada.
- En el proyecto presupuestario además se propone acabar con los recortes de impuestos de los que se pueden beneficiar los ciudadanos de mayores ingresos que hacen donaciones de caridad, pero ello fue criticado tanto por los republicanos como por los demócratas y la propuesta fue retirada cuando el presupuesto pasó por el Congreso

PORQUE ESTA REFORMA NO HA GENERADO CONSENSOS

Los argumentos de quienes se oponen a la Reforma, apuntan a diferentes aspectos relevantes:

- Muchas personas sienten que el compromiso económico que implica su implementación pone en riesgo la economía del país ya que existen dudas que los “ahorros de costos” que plantea la reforma se materialicen y permitan financiar el déficit que se generará. Esto a la larga obligaría a un aumento de impuestos.
- También se estima que las exigencias que se impondrían a la operación de las Compañías de seguros encarecería el sistema, ya que todos los cambios que se plantean necesariamente generan un aumento de costos que se traducirá en aumento de las primas.
- Los ancianos beneficiarios del MEDICARE sienten que tendrán una restricción de prestaciones y de calidad de la atención muy importante ya que uno de los pilares del financiamiento de la Reforma pasa por eliminar un supuesto “despilfarro” en los programas de salud pública (MEDICARE Y MEDICAID).
- Finalmente, hay un aspecto más intangible pero muy incidente en las decisiones finales: En Estados Unidos parece haber una aversión natural a la intervención del gobierno en el sistema de salud. Una parte importante de los ciudadanos siente que esta Reforma implica una intervención del Estado en una materia que tradicionalmente ha sido de decisiones individuales lo cual implica un cambio cultural importante. Muchos hablan de “socializar” la salud generando a la larga burocracia y racionamiento. Desconfían de que el Estado pueda ser un administrador eficiente

Ante este escenario, es difícil predecir cual será el destino final de esta Reforma, la cual si se aprueba generará cambios muy importantes a nivel del rol del Estado, la forma en que las personas demandan sus prestaciones de salud, la forma en que las resuelven los prestadores y la forma de relacionarse entre aseguradores – prestadores y usuarios.

Los que si está claro, es que viene por delante una intensa etapa de negociaciones donde el presidente Obama ha debido ceder algunos aspectos de la reforma, específicamente, en relación al nuevo plan de seguro médico, El presidente ha afirmado recientemente que no deberá ser necesariamente administrado por el Estado y que se podrá aceptar como opción cooperativas de salud sin fines de lucro.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.