

EE.UU

INFORME SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESTADOS UNIDOS

Es preciso subrayar, que el concepto “social security” en Estados Unidos se refiere al sistema de pago de jubilación, supervivencia e invalidez, garantizado por el gobierno. Por otra parte, el seguro público sanitario del gobierno federal, “Medicare”, cubre solamente a personas de 65 años o mayores, personas con discapacidad y personas de toda edad con enfermedades renales que requieren diálisis o transplante (Además, se ha de ser ciudadano norteamericano o residente permanente durante cinco años seguidos). Así pues, en Estados Unidos los empleados, trabajadores y profesionales menores de 65 años sólo tienen seguro sanitario a través de distintos tipos de seguro de salud que proveen compañías privadas.

Por otra parte, hay que señalar que en Estados Unidos se distingue entre la protección por accidente laboral o enfermedad profesional (“workers’ compensation”) y la derivada por enfermedad común o accidente no laboral (“sick leave”). Si bien la primera está contemplada en la legislación federal y estatal, y puede decirse que los trabajadores en general pueden disfrutar de la atención médica necesaria, y, en ocasiones, obtienen una recompensa económica, en cambio la ausencia en el trabajo por enfermedad común o accidente no laboral (o maternidad) no goza generalmente de la misma protección y el trabajador la mayoría de las veces precisa de un seguro privado de incapacidad y descuenta de sus días de permiso o vacaciones la ausencia de su trabajo para evitar el descuento en su salario por cada día de ausencia.

En la Administración federal (cuya normativa suele inspirar la estatal y los contratos y convenios colectivos en las empresas) el sistema de licencia (“leave”) y vacaciones (“annual leave”) se basa en lo que pudiéramos denominar un “banco de tiempo”, que permite acumular horas y días retribuidos para compensar las licencias o permisos no retribuidos. Asimismo, voluntariamente el empleado federal puede contratar un seguro de incapacidad (“Federal Long Term Care Insurance Program”-FLTCIP-), del mismo modo que puede acogerse voluntariamente al Programa de seguro sanitario para empleados federales (“Federal Employees Health Benefits Program”-FEHBP-), al de Jubilación (“Civil Service Retirement System”-CSRS-)u otros Programas existentes(seguro dental y ocular, educación, etc.).

Enfermedad o accidente laboral

La protección por accidente laboral o enfermedad profesional (“workers’ compensation”) se presta a cambio de la renuncia del trabajador de su derecho de demandar al empleador por negligencia. Esta protección es establecida tanto por leyes federales como estatales. En la Administración federal la Oficina de Programas de Compensación a los Trabajadores (Office of Workers’ Compensation Programs-OWCP-) del Departamento de Trabajo administra los cuatro

Programas dirigidos a grupos de trabajadores como, por ejemplo, el de los empleados federales y de correos, de acuerdo con la "Federal Employees' Compensation Act"(FECA), que es el Programa denominado División de la Compensación para los Empleados Federales("Division of Federal Employees' Compensation" –DFEC-).

Las prestaciones según esta Ley son de cuatro tipos: médicas, compensación económica, rehabilitación profesional (incorporación al puesto que tenía o similar), y viudez.

El empleado o el superviviente deben presentar su petición dentro de los 3 días del suceso, o en 30 días si el inmediato supervisor tuviera conocimiento de la relación de la lesión con el trabajo.

El empleado lesionado recibe su retribución durante los 45 días primeros de su incapacidad. Pasados esos 45 días, recibe la compensación económica por pérdida del salario. Esta compensación económica se calcula sobre la media salarial del día de la lesión.

También el empleado tiene la opción de usar su permiso retribuido por enfermedad ("sick leave").

En los Estados estas prestaciones las prestan compañías privadas de seguros. Sólo 12 Estados tienen un Fondo estatal de seguro de incapacidad.

Accidente o enfermedad común

Respecto a la incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral, es preciso señalar que no existe ningún Programa Federal que proporcione una prestación económica para compensar la pérdida parcial de salarios que la incapacidad temporal pudiera ocasionar. De ahí que el trabajador si lo desea pueda suscribir un seguro de incapacidad.

La normativa federal distingue dos tipos de licencias o permisos: las que retraen del salario los días que no se ha trabajado, y las que no afectan al salario.

La licencia o permiso no retribuido usualmente se concede a petición del empleado, y uno de los motivos puede ser la extensión de la incapacitación debida a enfermedad común o accidente no laboral.

Por otra parte, la Ley de Permiso Familiar y Médico ("Family and Medical Leave Act"-FMLA-), firmada por el presidente Clinton en 1993, exige que todo empresario, con al menos 50 empleados en un radio de 75 millas, permita a sus empleados hasta 12 semanas de ausencia del trabajo no pagadas y con protección del puesto (en el caso de la Administración federal, no hay límite de plantilla ni geográfico para aplicar esta ley)por las siguientes razones :a) embarazo, atención médica prenatal o parto, b) para atender a un hijo después del nacimiento, o adopción, c) para atender a un cónyuge, hijo, o padres del empleado , que padezcan una condición de salud seria, y d) condición

de salud seria del empleado que le impida desempeñar su puesto(entendiéndose por condición de salud seria cuando se requiere hospitalización o un tratamiento médico continuo supervisado)

La concesión de permiso no retribuido lleva consigo la conservación del puesto de trabajo y la preservación del seguro médico preexistente en caso de que lo hubiera. El empleado debe haber trabajado con el empleador por lo menos durante 1 año y 1.250 horas en los 12 meses anteriores a la solicitud del permiso.

El empleado no necesita usar este permiso no retribuido todo de una vez, sino que puede tomarlo intermitentemente o según un horario cuando sea médicamente necesario. Además, debe avisar con al menos 30 días de antelación que quiere un permiso acogiéndose a esta Ley cuando la necesidad sea previsible.

También el empleado puede escoger o el empresario exigir el uso de permisos retribuidos acumulados cuando la ausencia se deba a algunos de los motivos contemplados en esta Ley.

Para comprender los permisos retribuidos hay que señalar que el permiso anual y salario de los empleados federales está de acuerdo con una fórmula basada en el tiempo de servicio. Así, si un empleado lleva menos de tres años de servicio, el permiso anual es de 13 días que resultan de las 4 horas que pueden acumular cada dos semanas(los empleados federales reciben su salario cada dos semanas, cobrando 26 veces al año). De 3 a 15 años, bisemanalmente el permiso son 6 horas que da lugar a un permiso anual de 20 días, y por más de 15 años de servicio el permiso anual es de 26 días, por 8 horas cada dos semanas.

El permiso anual puede ser acumulado año tras año, y usualmente esa acumulación no excede de 240 horas, o, lo que es lo mismo, 30 días.

Por enfermedad los empleados federales tienen hasta 13 días de licencia al año("sick leave"), que resultan de las horas que pueden acumular cada dos semanas: 4 horas cada dos semanas para los empleados que trabajan la jornada completa, 1 hora por cada 20 horas para los empleados a tiempo parcial. El "sick leave" se puede utilizar para necesidades médicas personales, para el cuidado de un miembro de la familia no necesariamente por motivos de salud, para el cuidado de un miembro de la familia con un problema serio de salud, y para la adopción de un hijo. El sistema es acumulativo, y los días que, los empleados acogidos al Sistema de Servicio Civil de Retiro(CSRS) no hayan utilizado, se usarán para el cálculo de su pensión (vease anexo adjunto). Esto puede ser considerado, por tanto, como un incentivo para no usar el "sick leave".

En caso de que los 13 días no fueran suficientes, se puede descontar de las vacaciones, o anticipar, un máximo de 30 días de los que les corresponderían en años siguientes. Por ausencias

de 3 días o menos, el organismo federal puede pedir al empleado un certificado médico o un documento administrativo que justifique la ausencia.

Asimismo, los empleados deben entregar un certificado médico no más tarde de 15 días desde que el organismo se lo requirió. Solo excepcionalmente, debido a alguna imposibilidad, se permite que entregue el certificado a los 30 días. En caso de que la enfermedad durara más de lo previsto, el empleado debe avisar a su supervisor para cuándo calcula se reincorporará al trabajo.

Por último, cabe señalar que sólo unos pocos Estados contemplan la incapacidad temporal por motivos de enfermedad común o accidente no laboral y disponen de un seguro público para la incapacidad temporal: California, Nueva York, New Jersey, Rhode Island, Hawai y Puerto Rico. Los trabajadores públicos tienen la opción de estar incluidos, salvo en Hawai en donde es obligatorio. Sólo unos grupos ocupacionales están excluidos, como los autónomos y los trabajadores domésticos. Además, existe como requisito haber cumplido un tiempo de empleo previo (el más largo es en Hawai, 14 semanas) o haber alcanzado un cierto nivel de ingresos.

La duración máxima de la prestación varía desde 26 semanas en Hawai hasta 52 en California, Nueva York y Puerto Rico. En todos se estipula un tiempo de espera de 7 días antes de que se pueda cobrar la prestación, que suele alcanzar al menos el 50% de los ingresos previos a la incapacidad temporal. Todas las normas estatales establecen un tope mínimo y máximo. Hawai, Rhode Island y New Jersey cambian los topes anualmente en función de la subida media salarial semanal.

En el resto de los Estados el trabajador que desee tener cubierta esta contingencia debe tener su seguro propio, ya que cada día de ausencia se le resta de su salario.

Maternidad

La ley federal que rige maternidad en Estados Unidos es la “Family and Medical Leave Act” (FMLA), aprobada por el Congreso y firmada por el presidente Clinton en 1993. La ley concede un máximo de 12 semanas de permiso, sin paga y con reserva de puesto de trabajo, a las empleadas que hayan trabajado al menos doce meses para una empresa con al menos 50 empleados en un radio de 75 millas (en el caso de la Administración federal, no hay límite de plantilla ni geográfico para aplicar esta ley).

El organismo encargado del cumplimiento (investigación y resolución de infracciones) de la FMLA es la División de Horas y Salarios (“Wage and Hour Division”) del Departamento de Trabajo.

El empleador puede otorgar períodos más largos a su mera discreción, e incluso, en los contratos y en los convenios colectivos pueden existir cláusulas más generosas que la ley federal, pero nunca estipulaciones de tiempo menores.

Para el caso del personal en la Administración federal, el empleado federal puede usar los días de permiso pagados, como el permiso anual y el “sick leave”, por maternidad en vez de acogerse a esta Ley.

En Nueva York, Nueva Jersey, Hawai, Rhode Island y Puerto Rico, la maternidad recibe la consideración de incapacidad laboral temporal, con las consiguientes prestaciones. California tiene su propia ley de maternidad y ofrece seis semanas de permiso, con un 55% del salario hasta un máximo semanal de 728 dólares.

En el Estado de Washington entrará en vigor el 1 de octubre de 2009 un programa que ofrecerá una prestación de maternidad de 250 dólares a la semana durante cinco semanas solamente a las trabajadoras a jornada completa.

Algunos Estados reducen el tamaño de la empresa para aplicarle la FMLA: El Distrito de Columbia lo hace de aplicación a todas las empresas sin importar el número de empleados. Maine, a las empresas con al menos 15 empleados, Minnesota a las de 21 y Oregón a las de 25.

Invalidez

La Administración de la Seguridad Social (“Social Security Administration”-SSA-) administra dos Programas que proporciona prestaciones basadas en la discapacidad: El Programa de seguro de discapacidad de la Seguridad Social, y el Programa de ingresos de seguridad complementaria (“Supplemental Security Income”-SSI-). El primero, proporciona prestaciones a los individuos que han contribuido mediante sus cuotas de su salario al fondo fiduciario de la Seguridad Social así como a sus dependientes con discapacidad. El segundo proporciona unos pagos a las personas con discapacidad (incluyendo menores de 18 años) con bajos recursos. Ambos Programas se basan en la Ley de la Seguridad Social (“Social Security Act”) de 1935. Dicha ley y disposiciones modificatorias posteriores establecen los requisitos para la concesión de la prestación, la cuantía, las incompatibilidades, la base reguladora, la documentación a presentar y los diferentes grados de incapacidad.

En dicha ley se define como incapacidad cuando se esta inhabilitado para realizar una actividad productiva que genere ingresos por razones médicas físicas o mentales de las que se puede esperar como resultado la muerte o que hayan durado o puedan durar más de 12 meses.

El proceso para conseguir la invalidez se inicia con la petición del interesado a las oficinas locales de la Administración de la Seguridad Social o a las agencias estatales, denominadas Servicios de Determinación de la Discapacidad (“Disability Determination Services”-DDS-). Las oficinas locales envían las solicitudes a estos Servicios estatales para la evaluación de la discapacidad.

Las apelaciones a una resolución desfavorable pueden ser decididas por esos Servicios o por los jueces de la Oficina de Revisión y Resolución de la Administración de la Seguridad Social (“Office of Disability Adjudication and Review”).

Después de haber recibido las prestaciones por discapacidad (la prestación económica comienza generalmente al sexto mes de reconocerse la discapacidad) durante 24 meses, se tiene acceso al seguro público sanitario “Medicare”, a no ser que se padezca enfermedad renal que requiera diálisis o transplante o la enfermedad de Gehrig, pues entonces se obtiene ese seguro público sanitario casi inmediatamente. Asimismo, las personas con discapacidad pueden recibir prestaciones estatales y locales.

INFORME SOBRE EL SEGURO SANITARIO EN ESTADOS UNIDOS Y SU REFORMA

Desde que fracasaran los intentos de una reforma sanitaria en los años 90, poco a poco ha aumentado el número de voces que explicaban la necesidad de llevarla a cabo, y durante la campaña electoral se comprobó que había una opinión generalizada en el país favorable a que se acometiera esa reforma, para muchos imprescindible y urgente. Las divergencias estriban sobre el alcance de la reforma, para unos es suficiente con una reforma del seguro público federal, para otros, la reforma debe ser integral afectando a todo el sistema sanitario del país.

Antes de cumplir los 100 días en la Presidencia, el Presidente Obama ha manifestado en diferentes ocasiones que la sanidad es una de sus tres prioridades, e incluso ha mostrado su deseo que sea en este año de 2009 cuando tenga lugar una reforma que permita reducir los costes y lograr una cobertura sanitaria asequible a todos.

Un primer paso fue la Ley del seguro médico infantil (“Children’s Health Insurance Reauthorization Act”) de 4 de febrero, por la que se extendía la cobertura sanitaria infantil. Cuando el Presidente firmó el 17 de febrero en Denver la Ley de Reconstrucción y Reinversión (“American Recovery and Reinvestment Act”, -ARRA-) ya avanzó que perseguía la modernización de la asistencia sanitaria. Días después, en la presentación del Proyecto de Presupuesto, señaló la Sanidad como una de las tres áreas en donde se concentraba el núcleo del presupuesto y adelantó que la reforma sanitaria no podía esperar. De hecho, al poco tiempo el Presidente convocó para debatir la reforma sanitaria un Foro en la Casa Blanca, al que asistieron más de 150 personas (representantes de hospitales, personal sanitario, consumidores, compañías aseguradoras, compañías farmacéuticas, legisladores, sindicatos), y mostró su compromiso de conseguir una reforma sanitaria en donde haya menos costos, el seguro sanitario sea asequible, se pueda elegir doctor, y exista flexibilidad en los planes de seguro.

En la campaña electoral el principal desacuerdo entre los dos candidatos demócratas fue que Clinton defendía que cada uno tuviera y mantuviera el seguro sanitario, mientras que Obama apoyaba una cobertura asequible a todos pero obligatoriamente aplicada sólo al seguro médico infantil. En el Foro el

Presidente reiteró su propuesta lanzada en la campaña electoral sobre el establecimiento de un nuevo programa de seguro público que compitiera con los seguros privados, propuesta a la que en principio se oponen los republicanos, y por ello expresó su deseo de ser pragmático para llegar a un consenso.

De hecho la participación para discutir acerca de la reforma sanitaria es amplia, pues desde Diciembre se establecieron las “Health Care Community Discussions”, en donde ya han participado 30.000 norteamericanos, y cuyas observaciones se recogen en un Informe accesible a través de la página web www.HealthReform.gov, página en donde se informa de todo el proceso y se recoge toda opinión que el ciudadano quiera exponer.

Así pues, el proceso de reforma, de acuerdo con el planteamiento del Presidente, será transparente e inclusivo. Dicha reforma pretende ser el camino para llegar a la cobertura universal sanitaria, aunque no se sabe todavía ni para cuándo será universal ni cómo se estructurará el sistema sanitario.

Situación actual

Para comprender el significado de la reforma tenemos que partir de la situación siguiente:

El sistema sanitario norteamericano es el más caro del mundo, con un gasto en el 2009 de 2,6 trillones de dólares. Y según un Informe de “The Commonwealth Fund” si no se aborda su reforma supondrá el 21% del PIB en el 2020.

Pese a ello, en Estados Unidos hay 45,7 millones de personas sin ningún seguro médico. Y aproximadamente 86,7 millones de americanos, o 1 de cada 3 mayores de 65 años, estuvo en algún momento sin seguro durante el período 2007-2008, de acuerdo con un Informe de la organización “Families USA”. De esos 86,7 millones, 55,1% eran hispanos, 40,3% eran afroamericanos, y el 34,0% eran de otro grupo étnico, frente al 25,8% de blancos. Y solamente el 16,2% no trabajaban por problemas de salud o por desempleo (en Estados Unidos un pensionista puede seguir trabajando).

Por otra parte, el seguro público sanitario del gobierno federal “Medicare” cubre solamente a personas de 65 años o mayores, personas menores de 65 años con discapacidades y personas de toda edad con enfermedades renales que requieren diálisis o transplante. Además, se ha de ser ciudadano norteamericano o residente permanente durante cinco años seguidos, y se ha debido cotizar durante la vida laboral: así, un trabajador a cuenta ajena paga, además de sus impuestos, una cuota mensual (que viene a ser globalmente aproximadamente un 7,65 del salario) para la “Social Security” (es decir, para la pensión) y otra para “Medicare”, mientras su empleador paga otro 7,65 por los dos conceptos, de manera que la cuota para pensión y seguro público médico representa alrededor de un 15,30 del salario del trabajador. Por su parte, el trabajador por cuenta propia, paga todo el 15,30.

Esas cuotas pagadas por los empleadores y empleados forman uno de los dos fondos fiduciarios de “Medicare”, denominado “Hospital Insurance”(HI). El otro fondo fiduciario es el “Supplementary Medical Insurance (SMI), pagados por las primas(“premiums”) de los beneficiarios. Es en el fondo fiduciario para hospitales en dónde hay déficits anuales y si continúa así se agotaría en el 2019.

Todo lo dicho anteriormente supone que antes de los 65 años en Estados Unidos todos los empleados, trabajadores y profesionales tienen acceso a distintas formas de seguro de salud que proveen compañías privadas. Es más, aunque se haya estado cotizando para Medicare, si al llegar a los 65 años no se optase por este seguro público sanitario, no se estará cubierto por él. Es decir, además de haber cotizado, hay que “elegir” este seguro cuando se llega a la edad establecida. De hecho, hay más personas jubiladas que continúan con su plan privado que inscritas en Medicare, o bien, mantienen los dos seguros, el público y el privado para compensar lo que no abarca el público, de manera que existen numerosas combinaciones que configuran un sistema sanitario muy complejo. Pues si los distintos planes de seguro privado de salud ofrecen diferentes beneficios, hay muchas opciones para acogerse a los distintos planes que ofrece Medicare⁶, en función de la prima mensual que se desee abonar.

Además, cuando se habla de Medicare, también se incluye “Medicaid”, programa de asistencia médica que es parcialmente financiado por el gobierno federal pero es dirigido por cada Estado. Medicaid cubre los gastos médicos básicos de salud para las personas y sus familias con bajos ingresos y recursos. Cada Estado dirige su propio programa de Medicaid, y decide quien tiene derecho y la cantidad que cubrirá para el cuidado o el servicio médico. Por eso, en los Estados en donde Medicaid cubre la Parte B y algo de los costos de la D de Medicare, hay personas que califican para “Medicare” y “Medicaid”. El Programa “Medicaid” provee cobertura a cerca de 59 millones de personas.

En la actualidad “Medicare” proporciona cobertura a 44 millones de norteamericanos. Y cuando en el 2031 la generación del “baby boom” esté totalmente jubilada se calcula que 77 millones de personas necesitarán de Medicare. Mientras, 45,7 millones de personas no tienen ninguna cobertura sanitaria y no son suficientemente pobres para beneficiarse de Medicaid.

6

“Medicare” tiene cuatro partes:

- Medicare Parte A, seguro de hospital. Es la cobertura básica .
- Medicare Parte B, seguro médico, Esta parte es opcional, y para disfrutar de ella debe pagar un “extra” mensual.
- Medicare Parte C (“Medicare Advantage”), ofrece una combinación de la Parte A y B, y es cubierta por compañías privadas aprobadas por Medicare. Supone también otra prima mensual que debe pagar el asegurado.
- Medicare Parte D, cobertura de recetas médicas, que representa planes ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare. Los costos y los medicamentos cubiertos varían según el plan.. Y supone que quien quiera acogerse a ese seguro médico debe abonar una prima mensual por cada parte que escoja.

Para inscribirse en la Parte C de Medicare, debe tener Parte A y Parte B.

Para la Parte D (cobertura de recetas médicas) cada persona se inscribe escogiendo uno de los planes aprobados. Los costos y medicamentos cubiertos varían según el plan.

Y, por último, también el trabajador que se jubila puede suscribir una póliza como seguro complementario a Medicare, llamada, “Medigap”, que es un seguro privado para completar las “faltas” de cobertura de las Partes A y B. Los costos varían de acuerdo a la póliza y a la compañía que la vende.

Según los analistas, teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, para el 2050 Medicare necesitará el 9% del PIB, y en el 2080, el 11,3%. También se considera que actualmente los dos tercios de gastos de Medicare es de personas con cinco o más "condiciones crónicas". Debido a que las tendencias demográficas están teniendo una tendencia negativa en todo el programa Medicare, su solvencia y su integridad, y a que precisamente la excesiva complejidad administrativa de Medicare la ha hecho vulnerable al fraude, es lo que ha provocado en los últimos años un debate para su reforma, reforma que algunos plantean ya incluida en una reforma del sistema total de asistencia sanitaria en este país.

Fue en 1965, bajo la Presidencia de Lyndon B. Johnson, cuando el Congreso aprobó la ley que creaba este seguro público sanitario como una enmienda a la legislación de la Seguridad social norteamericana. Posteriormente, en 1988, 1997 y 2003 se ha ido ampliando la cobertura de servicios, siendo en el 2003 cuando se extendió a las medicinas. Así pues, antes de 1965 los norteamericanos no tenían seguro público de salud alguno.

Más de cuatro décadas ha habido que esperar para que se afronte una reforma, deseada por todos, si bien existen muy diferentes puntos de vista de cómo debe ser la reforma y cómo debe ser financiada.

Una confluencia de factores favorecen que pueda plantearse esta reforma, todavía de alcance desconocido: Por un lado, no es extraño, dada la complejidad del sistema, su burocratización, su financiación, y la falta de cobertura adecuada, que la asistencia sanitaria sea la principal preocupación de los norteamericanos, aparte de la crisis económica que se está padeciendo, que, por otro lado, ha incidido en esa asistencia sanitaria, pues la pérdida de trabajo ocasiona la pérdida del seguro sanitario si no se puede seguir pagando. Además, es la salud en donde las personas jubiladas tienen los mayores gastos. E incluso, ya antes de que surgiera la crisis económica, la principal causa de bancarrota de las familias era el gasto sanitario. A todo esto se une que 1,5 millón de norteamericanos pueden perder su casa a fines del 2009.

Ahora bien, si en la época de Clinton el 66% de los norteamericanos estaban a favor de pagar impuestos para ampliar la cobertura sanitaria, parece que en estos momentos solamente el 49% estarían dispuestos a pagar impuestos a tal fin. De ahí, la estrategia del Presidente Obama en poner énfasis en la necesidad de reducir los actuales costos sanitarios para defender el incremento de impuestos. El Presidente ha señalado que las primas de los seguros sanitarios han crecido cuatro veces más rápido que los salarios en los últimos ocho años. Y cada año 1 millón de americanos pierden su cobertura sanitaria.

Ley de Reautorización del Seguro Médico Infantil

Ha sido precisamente el seguro infantil lo primero que ha atendido la Administración Obama mediante la Ley firmada el 4 de febrero por el Presidente llamada "Children's Health Insurance Reauthorization Act"(CHIP Reauthorization), que supone aumentar la actual cobertura de 7 millones de niños a 4 millones más de niños no asegurados, con un gasto de 32,8 billones de dólares que se financiarán básicamente con el incremento del impuesto federal al tabaco (incremento de 62 centavos) . Este seguro infantil se creó en

1997 para ayudar a los niños de familias cuyos ingresos son muy altos para beneficiarse del programa Medicaid pero muy bajos para pagar un seguro privado. Es un programa federal, dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos, administrado por los Estados. Y al igual que para Medicaid, cada Estado establece las condiciones para poder estar cubiertos por el programa.

Mediante esta Ley, el programa de seguro infantil, que expiraba en marzo de este año, se extiende hasta el 2013. Entre los nuevos 4 millones de niños que van a beneficiarse del seguro, se estima que un millón y medio son niños de inmigrantes hispanos en situación legal que no tienen seguro. Y es que la Ley revoca el período de espera de cinco años para que pudieran aplicar los hijos de los inmigrantes legales y para las mujeres embarazadas inmigrantes legales.

Ley de Recuperación y Reinversión

Los siguientes pasos dados sobre la asistencia sanitaria se han plasmado en el llamado Plan de Estímulo y el proyecto de Presupuesto:

La “American Recovery and Reinvestment Act” (ARRA) incluye varias provisiones para proporcionar asistencia sanitaria a los trabajadores teniendo en cuenta la crisis económica, y consiguiente desempleo que se padece:

- 87 billones de dólares para el programa federal “Medicaid” , dado las altas tasas de paro que tienen algunos de los Estados.
- Subsidio para ayudar a los trabajadores desempleados para pagar su prima para la cobertura proporcionada por COBRA, que es la Ley⁷ de 1986 que permite a los trabajadores y sus familias continuar en el plan sanitario que le ofreció su empleador durante 18 meses en determinadas circunstancias, como pérdida de trabajo, transición de un trabajo a otro, etc. Ese subsidio consiste en el 65% de la prima y será posible para los 9 meses después de la pérdida de trabajo para aquellos que lo han perdido desde el 1 de septiembre del 2008 al 31 de diciembre del 2009, y cuyos ingresos no excedan los 125.000\$ anuales para los individuos y los 250.000\$ para las familias. Es decir, el trabajador pagará sólo el 35% de la prima en esos 9 meses(Para los siguientes 9 meses, el trabajador deberá pagar toda la prima, que pueden fácilmente exceder los 1.000\$ mensuales para la cobertura de una familia).También podrán beneficiarse de este subsidio los que reciben la denominada cobertura “miniCOBRA”⁸. El Departamento de Trabajo informa a través de su web acerca de esta ayuda(www.dol.gov/ebsa)

⁷ “Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act”. Esta ley exige a los empleadores con 20 o más empleados que ofrezcan la oportunidad a sus empleados de poder extender la cobertura cuando el plan de salud ofrecido al grupo de empleados pudiera finalizar. Los individuos pueden pagar la prima en su totalidad, es decir, el 100% .

⁸ Hay Estados que permiten a los empleadores de menos de 20 trabajadores ofrecer la prolongación del plan de seguro sanitario .

- Informatización de expedientes médicos para promover un sistema más eficiente y un tratamiento clínico más efectivo.
- Extensión del “Transitional Medical Assistance” (TMA) hasta el 31 de diciembre del 2010. Esta Asistencia Médica es un programa que permite a las familias mantener la cobertura proporcionada por “Medicaid” temporalmente cuando comienzan un nuevo trabajo y ganan un salario que les impediría beneficiarse de Medicaid.
- Continuación hasta el 31 de diciembre del 2010 del programa “Qualified Individual”(QI), que ayuda a las personas con bajos ingresos, ya sean mayores o que tengan alguna discapacidad, a pagar su prima mensual de “Medicare”.

Anteproyecto de Presupuesto

Por otra parte, en el Proyecto de Presupuesto presentado por la Casa Blanca, se establece un Fondo de 634 billones de dólares para la reforma de la asistencia sanitaria durante los próximos diez años. Conviene señalar que los dos tercios del presupuesto representan los gastos obligatorios derivados de “Medicare” y de “Social Security” (pensiones). Para obtener la mitad de esos 634 billones se van a incrementar los impuestos a quien tenga un salario de 200.000\$ anuales, y 250.000\$ anuales si son ingresos familiares. Un tercio del Fondo procedería de la eliminación de los subsidios que el gobierno paga a las aseguradoras que venden planes gestionados por “Medicare”. Además, se piensa que el descenso de los gastos en Irak y la paulatina recuperación económica ayudara a esta financiación sanitaria.

No obstante, algunos analistas señalan que la Administración Obama no ha contemplado los pagos a los doctores y a los hospitales cuando el sistema actual se basa en los reembolsos de las compañías de los servicios que prestan sin atender la calidad de esos servicios. Y consideran que la nueva Administración deberían reformar esta cuestión a través de Medicare para que repercutiera en todo el sistema. Es decir, si el aumento de los costos sanitarios se deben más a los pagos a los doctores y a los hospitales (que el pasado año se incrementaron en un 6,2% y 7,2% respectivamente, frente a los de medicamentos, que subieron un 3,5%), se deberían suprimir costes en esos conceptos en vez de incrementar los impuestos. Pero esos mismos analistas son conscientes que la percepción popular achaca el incremento de los costos a la industria farmacéutica y a las aseguradoras. Por su parte, los republicanos se oponen a ese aumento anunciado de impuestos para sufragar parte del Fondo para la reforma sanitaria.

En cambio, si en la época de Clinton fueron los pequeños y medianos empresarios los que no apoyaron la reforma sanitaria por considerar altos los costes de los planes que debían pagar a sus trabajadores, en estos momentos sí que apoyan una reforma que abaratará sus costes.

En busca del consenso

Independientemente de los diferentes comentarios levantados a raíz de presentación del proyecto de presupuesto, es opinión común que hay un consenso amplio para tratar la reforma sanitaria. Los pasos siguientes serán: encontrar el modo de cómo lograr que una persona tenga seguro sanitario, cómo hacer ese seguro asequible, y decidir si se obligará a los empleadores a comprar la cobertura a los empleados.

La gran diferencia entre demócratas y republicanos es el enfoque: los demócratas prefieren una mayor implicación gubernamental, mientras que los republicanos prefieren soluciones orientadas al mercado.

Parece que el hombre que estaría trabajando para obtener el consenso entre demócratas y republicanos sería el senador demócrata Edward Kennedy, Presidente de la Comisión del Senado de Salud, Educación, Trabajo y Pensiones. Otro senador clave para la reforma sería el Presidente de la Comisión Financiera, Max Baucus. Y se habla que una cobertura mínima podría conseguirse a través de normas federales permitiendo a los Estados establecer beneficios superiores a los establecidos en esas normas.

En este sentido se recuerda la experiencia del Estado de Massachussets, en donde el 97% de la población tiene garantizada la cobertura sanitaria, si bien cada año supone mayor gasto para el Estado, casi 1,3 billones anuales.

Para muchos la modernización del sistema requeriría eliminar las diferencias que hay actualmente entre los Estados en los requisitos de elegibilidad exigidos a las familias para tener las prestaciones de Medicaid y CHIP.

Otros apoyan la creación de un nuevo programa público, que compitiera con los planes privados, de acuerdo con lo que el Presidente defendió en su campaña. De hecho, en una reciente encuesta el 73% de los encuestados quieren tener la opción de elegir entre un plan privado o uno público, y un 15% sólo quiere tener un plan privado.

Precisamente un Informe elaborado por "The Commonwealth Fund" y publicado el pasado mes defiende la creación de ese programa público que aseguraría una cobertura sanitaria asequible a todos para el 2012 conteniendo el gasto público a 3 trillones de dólares para el 2020.

En definitiva, el proceso está abierto, y una de las claves será encontrar el modo de financiación, pues incluso hay diferentes puntos de vista en el seno de los demócratas, ya que unos apoyarían ideas de Obama como las de limitar el valor de las deducciones que los contribuyentes consideran gastos, como las donaciones de caridad, o los impuestos locales y estatales, y otros piensan que no se debe desanimar a las donaciones caritativas. Lo cierto es que los expertos calculan que la reforma costará al menos 1 trillón de dólares. Y nadie duda que, si se logra, la reforma marcaría un hito en la historia de este país