

EE.UU

LAS PRESTACIONES SANITARIAS DE LOS TRABAJADORES EN ESTADOS UNIDOS EN EL 2009

Antes de los 65 años en Estados Unidos todos los empleados, trabajadores y profesionales no tienen ningún tipo de seguro médico público³, sino que deben elegir entre distintas formas de seguro de salud que proporcionan compañías privadas. Así pues, los trabajadores y profesionales sólo pueden tener seguro sanitario privado, y para ello puede ser de dos maneras: pagándose los ellos mismos o bien a través de sus empleadores. Pero no todos los empleadores ofrecen a sus empleados planes de seguro sanitario. Este es uno de los factores que explican el crecimiento de no asegurados. Además, la pérdida del empleo puede ocasionar la pérdida de cobertura médica.

La "KAISER FAMILY FOUNDATION", organización sin finalidad de lucro, que lidera en este país la comunicación sobre temas de salud, difunde anualmente un Informe basado en una encuesta sobre la cobertura sanitaria que ofrecen las empresas estadounidenses a sus trabajadores. Esta es la fuente más importante para conocer ese tipo de cobertura sanitaria, con 159 millones de beneficiarios. La encuesta en la que se basa el estudio se lleva a cabo entre 2.054 empresas con al menos tres trabajadores. El análisis de los datos lo llevan a cabo tanto personal de la propia Fundación como el Centro Nacional de Investigación de Opinión de la Universidad de Chicago.

El Informe de 2009 muestra una cierta estabilidad en el nivel de las prestaciones sanitarias empresariales a pesar de la profundidad de la crisis económica, circunstancia que puede ser indicativa del compromiso de las compañías para mantener esta prestación. Ahora bien, el Informe sólo refleja la información de empresas que se han mantenido viables y no cuantifica el número de trabajadores que han perdido la cobertura como consecuencia del cierre o reestructuración de sus empresas. Asimismo, muchas empresas que se han mantenido viables podían tener ya planificada su política sanitaria desde el año anterior, antes de sufrir de lleno los efectos de la recesión, por lo que pueden haber postergado la reducción de la cobertura de la prestación hasta el año que viene.

Tanto algunos medios de comunicación norteamericanos como el propio Presidente Obama se han hecho eco de este Informe para apoyar la actual reforma sanitaria que se está debatiendo en el Congreso.

Los datos más significativos que se extraen de este Informe son los siguientes:

³ Solamente el Estado de Massachussets tiene la experiencia de una cobertura sanitaria casi universal desde hace tres años, ya que únicamente el 2,6% de personas que residen en ese Estado no tienen seguro, lo que representa el número de personas no aseguradas más bajo de todo el país.

El único seguro gratis para el paciente es el seguro público Medicaid, gestionado por los Estados, destinado a las personas sin recursos o con muy bajos recursos. En estos momentos, tienen esta cobertura unos 39 millones de personas

Disponibilidad de la prestación

Aproximadamente el 60% de las empresas ofrecen en el año 2009 algún tipo de prestación sanitaria a sus empleados, levemente por debajo del 63% que lo hacía en 2008. En 2009, el 21% de las empresas redujeron de algún modo la prestación o incrementaron la participación económica de los empleados en las pólizas. Entre las empresas con más de 50 trabajadores, prácticamente la totalidad (el 95%) ofrecían cobertura, porcentaje que va descendiendo a medida que se reduce el tamaño de la empresa hasta bajar al 46% de las empresas con entre 3 y 9 empleados. El porcentaje de personal cubierto por pólizas sanitarias patrocinadas por las empresas tiende a ascender en las empresas con presencia sindical (97%) en comparación con las que no cuentan con sindicatos para representar a los trabajadores (57%). Asimismo, las compañías con bajo porcentaje de salarios bajos (en las que el menos del 35% de los trabajadores ganan menos de 23.000 dólares al año) ofrecen cobertura sanitaria a sus trabajadores (el 64%) que aquéllas con una proporción más elevada (al menos el 35%) de trabajadores con salarios bajos, de las que sólo el 39% ofrece cobertura sanitaria a su fuerza laboral.

Requisitos y cobertura

No todos los trabajadores de las empresas que ofrecen la prestación sanitaria tienen cubiertos a todos sus trabajadores. En algunos casos, existen requisitos de período mínimo de empleo antes de poder acceder a la inclusión en la prestación, o un mínimo de horas de trabajo a la semana. A veces son los trabajadores los que no desean su inclusión en las pólizas empresariales, bien debido al elevado costo, bien a que ya cuentan con una póliza a través del cónyuge. Entre las empresas que ofrecen cobertura, una media del 79% de los trabajadores cumple los requisitos de acceso, de los cuales el 81% decide incorporarse a las pólizas, por lo que tasa de trabajadores que cuentan con cobertura en las empresas que la ofrecen es del 65%. El porcentaje total de trabajadores con la prestación sanitaria cubierta por la empresa (incluyendo tanto las que la ofrecen como las que no lo hacen) es del 59%.

Costos para los asegurados

El hecho más sobresaliente del Informe de 2009 es que el coste medio de las pólizas familiares se incrementó un 5%, subiendo a 13.375 dólares anuales desde los 12.680 dólares de 2008. Las pólizas unipersonales experimentaron un leve incremento de costo, al subir a 4.824 dólares anuales desde los 4.704 del año anterior. El costo de las pólizas familiares se ha incrementado un 131% en los últimos 10 años. Hay una gran variación en los costos de las pólizas debido a tanto al nivel de las prestaciones como a la situación geográfica de la empresa. Así, el 20% de las pólizas familiares cuestan más de 16.050 dólares anuales mientras que el 21% de las mismas tienen un costo inferior a 10.700 dólares. Los trabajadores con cobertura individual asumen una media del 17% del costo de la póliza, porcentaje que en el caso de las pólizas que cubren a toda la familia se eleva al 27%.

La mayor parte de los asegurados, además, han de hacerse cargo de otros gastos, tales como deducibles anuales, copagos, etc⁴. Los deducibles anuales de las pólizas

individuales oscilaron desde los 634 dólares anuales de los seguros tipo PPO (asociaciones de profesionales de la medicina que ofrecen su red de servicios a las aseguradoras), pasando por 699 de los seguros tipo HMO (en que la aseguradora tiene contratos con los proveedores y el asegurado tiene que recibirla de dichos proveedores) hasta los más de 1.800 de los seguros tipo HDHP (seguros con muy altos deducibles). Las pólizas familiares, por lo general, contaron con franquicias anuales de entre 1.053 y 1.524 dólares. De nuevo, las empresas más pequeñas suelen ofrecer prestaciones sanitarias con franquicias más elevadas que las grandes. Aún así, el porcentaje de pólizas con deducibles anuales superiores a mil dólares crece paulatinamente, llegando al 22% en las pólizas individuales en 2009 (en 2008 era el 18%) y al 13% en las familiares (9% en 2008). La mayor parte de los planes se hacen cargo de algunos costos (como farmacia y revisiones) antes de que se haya pagado el deducible.

Una mayoría de los seguros exigen algún tipo de copago, ya sea una cantidad fija –normalmente entre 20 y 28 dólares-- por acto médico (el 77% de las pólizas) o un porcentaje –de media el 18%-- del costo del acto médico (el 14% de las pólizas).

Medicamentos

La práctica totalidad (el 98%) de los trabajadores que reciben la prestación sanitaria de sus empresas recibe asimismo cobertura de la prestación farmacéutica, y la mayor parte de ellos ha de afrontar algún tipo de copago por sus medicamentos con receta. El 78% cuentan con pólizas en las que el nivel del copago depende del tipo de medicamento o del costo del mismo. El copago es de alrededor de 10 dólares por receta de medicamentos genéricos o muy comunes, subiendo el costo a 27 por receta en los de marca y llegando a 46 en algunos tipos.

Atención hospitalaria

Los trabajadores también deben afrontar copagos por visitas al hospital, la mayor parte (51%) un porcentaje del costo, que de media suele ser el 18%, mientras que el 19% han de afrontar una cantidad fija de copago, cuya media es en 2009 de 234 dólares.

Topes

Sin embargo, la mayor parte de las pólizas (el 81%) imponen un tope anual a los gastos que han de afrontar los asegurados. Los topes anuales oscilan enormemente, dependiendo de los tipos de planes.

⁴ Un deducible es el monto anual que el asegurado paga antes de que el seguro médico comience a cubrir el costo de los gastos médicos

Un copago es el monto que el asegurado paga cada vez que visita al médico

Así, el 26% de las pólizas tienen un tope anual de más de 3.000 dólares mientras que en el 24% de las mismas el tope anual es inferior a 1.500 dólares.

Pólizas con altos deducibles

Las pólizas denominadas HSHP, o seguros sanitarios con altos deducibles., son de dos tipos: el primero de ellos en el año 2009 solamente comienza a hacerse cargo de parte de los costos de la sanidad de los asegurados después de que el gasto de la familia haya alcanzado al menos una media de alrededor de 3.400 dólares, 1.000 en el caso de pólizas individuales. El segundo tipo combina las características del primero y añade además unas cuentas de ahorro sanitarios a las que las empresas aportan fondos para su utilización en sanidad que luego gestiona el asegurado. El 12% de las empresas ofrecieron pólizas del tipo HSHP en 2009, aunque las ofrecen más las grandes empresas (el 28% en 2008 y el 22% en 2008), que las pequeñas (sólo el 11%, igual que en 2008). Sin embargo, el porcentaje de trabajadores que eligieron estas pólizas entre todas las que les ofrecía la empresa permaneció en 2009 en el 8%, sin experimentar variación con respecto a 2008.

Cobertura de retirados

El Informe también recoge que el 29% de las empresas con al menos 200 empleados ofrece en 2009 algún tipo de prestación sanitaria para cuando llegue el momento del retiro de los trabajadores de la empresa, porcentaje que en 2008 era del 31%.

Otras prestaciones de salud

Más de la mitad de las empresas ofrecen en 2009 otros tipos de prestaciones de salud, no necesariamente sanitarias, como son programas de pérdida de peso, nutrición, ejercicio físico en locales de la empresa o en gimnasios privados, o programas para dejar de fumar. Nuevamente, son prestaciones que ofrecen con más frecuencia las grandes empresas (el 88%) que las pequeñas. Asimismo, está comenzando a ganar popularidad (el 16% de las compañías en 2009) una prestación en la que la empresa se hace cargo de los costos de un análisis de riesgos de salud de los empleados, y muchas empresas ofrecen además viajes, tarjetas de regalo o incluso dinero en metálico a los empleados que deciden efectuar el análisis.

Perspectivas de futuro

El Informe expone que las empresas tienen la intención de mantener la tendencia a una mayor contribución de los trabajadores en los costes sanitarios. Según datos de la encuesta, el 42% de las empresas incrementarán en 2010 la aportación de los trabajadores al costo de las pólizas, el 36% incrementará los deducibles, el 39% los copagos por visitas médicas, y el 37% la participación en el costo de los medicamentos.

Algunas empresas estiman que dejarán de ofrecer la prestación sanitaria, y aunque el 6% contempla esta posibilidad, solamente el 2% cree que lo hará. Además, un 9% sopesa endurecer los requisitos de acceso a la prestación.

En conclusión: El Informe demuestra el creciente aumento del gasto familiar en seguro sanitario debido no sólo a las pólizas anuales de seguros sino también por el pago de deducibles, copagos y otros mecanismos de costos compartidos. Y, que además, los trabajadores cada vez más deberán hacerse cargo de los costos sanitarios