

INFORME SOBRE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA PARTE CENTRAL DE LA REFORMA SANITARIA. EN PARTICULAR, LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LOS MERCADOS DE PÓLIZAS

Contexto general

La ley de reforma sanitaria Affordable Care Act (ACA), conocida popularmente como Obamacare, estableció un calendario de despliegue muy escalonado, pero con una fecha clave, el 1 enero de 2014. En esa fecha entrará en vigor el denominado mandato individual, es decir, la obligación de la mayor parte de los ciudadanos de contar con cobertura sanitaria.

Como contrapartida de ese deber o mandato impuesto al individuo, la Administración se obligó legalmente a garantizar que los ciudadanos obtendrían la asistencia sanitaria de una forma asequible, si no gratuita. Para ello, la ACA preveía una serie de medidas:

[Ampliar los programas públicos de asistencia sanitaria \(especialmente Medicaid\) para incluir a más personas en su ámbito de aplicación.](#)

Medicaid, en principio, sólo cubre a personas de bajos ingresos que además sean menores de edad, mujeres embarazadas, padres con hijos menores, ciegos, discapacitados o ancianos. La ampliación permite la inclusión en el programa de toda persona con ingresos por debajo del 133% del umbral de pobreza, e incluso crea un margen del 5% que a efectos prácticos incrementa la cobertura hasta el 138% del umbral de pobreza. La Administración Federal se hace cargo de la mayor parte de costo de la financiación de la ampliación de Medicaid.

La expansión de Medicaid fue uno de las principales disposiciones enjuiciadas por la sentencia del Tribunal Supremo de junio de 2012. El Alto Tribunal sostuvo la legalidad de la expansión del programa, pero limitó la capacidad de la Administración Federal de penalizar a los Estados que no lo extendieran, lo que a la postre convertía la expansión en opcional para los Estados.

[Establecer un deber de determinadas empresas de proveer de asistencia sanitaria a sus trabajadores.](#)

En principio, las empresas con más de 50 trabajadores a tiempo completo (entendiendo por tales los de más de 30 horas semanales) han de proporcionar cobertura sanitaria a sus empleados y hacerlo con un determinado nivel, pues si un trabajador recibe subsidios o créditos fiscales por su gasto sanitario, el empresario sufrirá una penalización fiscal.

No obstante, a principios de julio la Administración Obama decidió aplazar hasta 2015 la entrada en vigor de esta obligación, cuyo cumplimiento durante 2014 deviene, de esta manera, voluntario.

Aquellos ciudadanos que no tuvieran asistencia sanitaria por ninguna de las dos vías anteriores, o porque su empresa le otorgara la asistencia de forma voluntaria, tendrían que comprar una póliza de seguros, pero con un coste razonable. Para garantizar este coste asequible se establecieron diversos mecanismos, entre ellos dos: la previsión de subsidios o créditos fiscales por la compra de seguros de salud y la puesta en funcionamiento de los denominados exchanges o mercados de pólizas sanitarias.

En el contexto indicado entran en juego los denominados exchanges. Para facilitar la adquisición de los seguros sanitarios a un precio asequible, se autorizó la creación de los “health insurance exchanges” o “marketplaces”, especie de mercados sanitarios o bolsas de seguros online, en los cuales empresas y consumidores pueden adquirir seguros sanitarios comparando y eligiendo entre gran variedad de niveles de cobertura y precios.

La idea principal tras la creación de este sistema es que las fuerzas del mercado harán bajar los precios al haber un lugar centralizado y transparente en el que todos los planes de seguros tienen que cumplir ciertos requisitos básicos.

Aunque la cobertura no comenzará hasta el año que viene, los mercados comenzaron a funcionar el 1 de octubre pasado con la apertura del plazo para que los ciudadanos norteamericanos y los residentes que cumplan los requisitos establecidos puedan inscribirse y adquirir sus pólizas de cobertura sanitaria.

El plazo de inscripción se cerrará este primer año el 31 de marzo de 2014. Finalizado el plazo no se podrán realizar nuevas inscripciones hasta la apertura del nuevo periodo de inscripción. Está previsto que en los años posteriores los periodos de inscripción se abran el 1 de octubre y se cierren el 7 de diciembre.

¿Qué son y cómo funcionan los exchanges?

Aunque también se pueden acceder por vía telefónica o incluso a través del correo postal, los exchanges tienen forma de portales de Internet en los que los planes de seguros privados ofrecidos son directamente comparables entre sí y están regulados, de modo que los consumidores pueden comparar las diferentes pólizas, comprobar si tienen derecho a un subsidio para afrontar el coste de las primas, y adquirir la póliza.

El usuario introduce su información online a través de un formulario que contiene preguntas sobre tamaño y localización del hogar, ingresos y estatus de residencia. El programa automáticamente comunica si el usuario cumple los requisitos para recibir la cobertura sanitaria de forma gratuita a través del programa federal Medicaid. En caso negativo, calculará si tiene derecho a subsidios para afrontar el costo de la póliza. En ese caso, la entidad gubernamental enviará el subsidio directamente a la aseguradora. Los residentes con ingresos entre el 100% y el 400% del umbral federal de pobreza (equivalentes a entre 11.500 y 46.000 para una persona o entre 23.550 y 94.200 para una familia de 4 miembros) podrán acceder a subsidios dispensados por la Administración Federal. Posteriormente, la aplicación ofrecerá una lista de planes sanitarios con los costes de las pólizas y los copagos. Una vez seleccionado el plan, el programa dirige al usuario a la web de la aseguradora para efectuar el primer pago.

Tipos de póliza y cobertura mínima

Todas las pólizas que se vendan a través de los mercados sanitarios tienen que contar con una cartera mínima de prestaciones que incluya:

- Consultas
- Hospitalización
- Urgencias
- Maternidad
- Pediatría

- salud mental
- farmacia,
- análisis de laboratorios
- Servicios de rehabilitación
- Gestión de enfermedades crónicas
- Medicina preventiva (vacunaciones, mamografías, etc.) sin ningún costo adicional.

Dependiendo del costo, los copagos y la cobertura, las pólizas se han clasificado en cuatro categorías: bronce, plata, oro y platino, con coberturas respectivas del entre el 60% y el 90% de las facturas sanitarias, aumentando la cobertura en un 10% en cada escalón.

Los planes de coste más bajo tendrán la cobertura mínima y con deducibles, copagos o franquicias elevados, aunque habrá un tope anual de 12.000 dólares por familia. Los planes de costo más elevado contarán con una cartera de servicios superiores y deducibles y copagos más bajos.

¿Quién acudirá a estos exchanges?

- Las personas sujetas al mandato individual que carecen de acceso a cobertura sanitaria asequible a través de la empresa o de los programas públicos. Exentos del mandato individual quedan, entre otros: aquellos que no tienen obligación de declarar impuestos, quienes acrediten que el cumplimiento puede provocar un grave quebranto económico; los indios americanos; las personas encarceladas; los objetores por motivos religiosos; y, señaladamente, los inmigrantes indocumentados.
- Las pequeñas empresas con menos de 51 empleados no están obligadas a proporcionar cobertura sanitaria a sus empleados, pero pueden acceder a unos tipos especiales de mercados sanitarios denominados *Small Business Health Options Plans* (SHOPs) en los que pueden adquirir pólizas para dar cobertura a sus trabajadores. Debido a que se espera que muchas pequeñas empresas adquieran pólizas, su poder negociador mejora considerablemente, y podrán obtener pólizas con unas primas mucho más bajas que si trataran de adquirirlas por separado.
- Las empresas de entre 50 y 100 trabajadores también podrán adquirir las pólizas a través de los SHOPs. Si el número de trabajadores de la empresa crece posteriormente y supera los 100, la empresa podrá continuar utilizando los SHOPs. Además, se espera que a partir de 2017 los estados permitan a empresas de mayor tamaño participar en este programa.

¿Quién gestiona estos mercados?

Los 50 Estados y el Distrito Federal de Columbia han podido elegir entre gestionar su propio mercado de seguros, renunciar a la creación del mismo -en cuyo caso la gestión recae sobre la Administración Federal-, o crear uno de gestión compartida con la Administración Federal. Los Estados que decidieron gestionar su propio mercado o hacerlo conjuntamente con la Administración Federal han podido optar también por una ampliación del programa de cobertura sanitaria federal-estatal Medicaid.

En total, 17 Estados han decidido abrir sus propios mercados de seguros sanitarios, 7 hacerlo de manera conjunta con la Administración Federal y los otros 27 han renunciado a los mismos, por lo que la Administración Federal se encargará de la

gestión. Asimismo, 25 Estados (incluido el Distrito de Columbia) han decidido⁴⁵ ampliar la cobertura de Medicaid y 26 no lo han hecho.

Huelga decir que las decisiones estatales respecto de estas cuestiones han estado marcadas por la posición política general ante la reforma sanitaria, siendo los Estados mayoritariamente republicanos aquellos que han renunciado a la creación de exchanges y a la ampliación de Medicaid.

Problemas observados en la puesta en funcionamiento de los exchanges

Las primeras semanas de funcionamiento de los mercados de pólizas han puesto de manifiesto dos tipos de problemas:

- Unos de tipo técnico. Ha habido que cerrar en dos ocasiones los mercados que dependen de la Administración Federal por problemas informáticos, al tiempo que ha habido quejas respecto del mal funcionamiento de algunos mercados estatales.
- Otros, más graves, por falta de cobertura. El problema de la falta de acceso de los colectivos mencionados se produce en aquellos Estados que no han expandido el programa Medicaid. Un colectivo de personas ha quedado en una especie de limbo, en el que ni puede acceder al seguro de Medicaid, ni tiene derecho a los beneficios fiscales establecidos para la compra de pólizas en los exchanges. Según algunas estimaciones, los colectivos más afectados serían los de personas de raza negra y madres solteras, en ambos casos con escasos recursos.

Sanciones por falta de cobertura sanitaria

Las responsabilidades previstas en la ley por incumplimiento de los denominados mandato individual y empresarial son las siguientes:

- Los ciudadanos que, estando obligados, carezcan de cobertura sanitaria deberán una multa, que se gestionará a través de los impuestos. La cuantía de la multa será la cantidad más alta entre 95 dólares por adulto y 47,50 por menor o de un 1% de los ingresos anuales, con un tope máximo de 285 dólares por unidad familiar. La cuantía de la multa se incrementará en 2015 y 2016, en la que será la mayor de las siguientes cantidades: \$695 o el 2,5% de los ingresos declarados, con el tope \$2.085 por familia. A partir de 2016, la cuantía se indexará con la subida del IPC.
- En cuanto a las empresas, como se ha indicado anteriormente, existe una sanción indirecta: en las empresas de más de 50 trabajadores a tiempo completo, si como consecuencia de una falta de cobertura o de una cobertura insuficiente, un trabajador accede a beneficios fiscales, la empresa es penalizada.

La sanción, que comenzará a aplicarse en 2015, dependerá del caso de que se trate:

- Si se trata de ausencia de cobertura, la penalización asciende a 2.000 dólares al año por cada empleado sin cobertura (excluidos los 30 primeros).
- Si se trata de una cobertura insuficiente, la penalización es de 3.000 dólares por cada trabajador subsidiado, con un tope máximo [2.000 dólares x (Núm. de trabajadores a tiempo completo – 30)].

ANEXO I

RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL DERIVADA DE LA LEY DE REFORMA SANITARIA

