



Revista Latinoamericana de Derecho

Social

ISSN: 1870-4670

revistaderechosocial@yahoo.com.mx

Universidad Nacional Autónoma de

México

México

ARRIETA, Alejandro

SEGURO DE SALUD Y PRINCIPIO CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Revista Latinoamericana de Derecho Social, núm. 23, julio-diciembre, 2016, pp. 3-30

Universidad Nacional Autónoma de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=429646533001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SEGURO DE SALUD Y PRINCIPIO CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA*

HEALTH CARE AND THE CONTRIBUTION PRINCIPLE
OF US HEALTH CARE

L'ASSURANCE SANTE ET LE PRINCIPE CONTRIBUTIF
DE LA SECURITE SOCIALE AUX ÉTATS-UNIS D'AMERIQUE

Alejandro ARRIETA**

RESUMEN: El principio contributivo ha perfilado el debate histórico sobre el aseguramiento universal de salud en los Estados Unidos. Desde la creación de la seguridad social en 1935 hasta la promulgación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible o Ley Obamacare en el 2010, los opositores al aseguramiento universal han buscado validar el derecho al seguro de salud a través de la contribución individual a su financiamiento. Este artículo describe el principio contributivo en el aseguramiento de salud, y presenta la exclusión de los inmigrantes indocumentados al marco de la Ley de Cuidado de Salud Asequible como uno de los mayores retos de la política de salud en los Estados Unidos.

Palabras clave: Seguro de salud, principio contributivo, seguridad social, inmigrantes, Estados Unidos.

ABSTRACT: The contribution principle has been part of the historic debate regarding universal health care in the United States. Since the creation of health care in 1935 to the passing of the “Obamacare” law in 2010. People opposed to universal health care have sought to validate the right to health care through individual financing. This article describes the contribution principle in health care, and sheds light on Obamacare’s

* Recibido el 19 de diciembre de 2015 y aceptado para su publicación el 1o. de abril de 2016.

** Profesor-asistente en el Department of Health Policy and Management, Robert Stempel College of Public Health and Social Work, Florida International University (alejarr@fiu.edu).



exclusion of illegal immigrants as one of the major challenges of health care policy in the United States.

Key Words: Health care, contribution principle, immigrants, United States.

RÉSUMÉ: Le principe contributif a profité la discussion historique sur l'assurance universelle de la santé aux États-Unis d'Amérique. Depuis la création de la sécurité sociale en 1935 jusqu'à la publication de la *Patient Protection and Affordable Care Act* ou «*Loi Obamacare*» en 2010, l'opposition à l'assurance universelle a essayé de valider le droit à la santé grâce à la contribution individuelle pour son financement. Cet article décrit le principe contributif de l'assurance santé et présente l'exclusion des immigrants sans papiers dans la *Loi Obamacare*, comme un des plus grands défis de la politique publique de la santé aux États-Unis.

Mots-clés: Assurance santé, principe contributif, sécurité sociale, immigrants, États-Unis.

SUMARIO: I. *Introducción*. II. *Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social*. III. *Conclusión: en búsqueda de la equidad en el principio contributivo*. IV. *Bibliografía*.

I. INTRODUCCIÓN

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés), también conocida como Obamacare, ha abierto el camino hacia el aseguramiento universal de salud en los Estados Unidos de América. A diferencia de otros países desarrollados, en Estados Unidos el derecho a un seguro de salud no se adquiere naturalmente como consecuencia de un derecho ciudadano básico, sino que se gana en la medida que los ciudadanos contribuyan financieramente. Este principio contributivo ha jugado un papel importante en el debate sobre políticas de salud y aseguramiento universal en dicha nación y continúa siendo un punto álgido en la justificación de excluir a los inmigrantes indocumentados de los beneficios de la Ley ACA. Para entender el debate sobre un sistema inclusivo de aseguramiento universal se requiere empezar por recorrer el camino histórico del aseguramiento de la salud en los Estados Unidos.

1. *Seguridad social sin salud*

Cuarenta y cinco años después de la creación del primer sistema de seguridad social por Otto von Bismarck en Alemania, el presidente Franklin D. Roosevelt anunció su intención de crear un programa similar para los ciudadanos de los Estados Unidos.¹ La decisión fue basada tras la secuela de la Gran Depresión de los años treinta, que impuso una elevada carga económica a las familias americanas. La Ley de la Seguridad Social fue firmada el 14 de agosto de 1935. Primero la ley estableció primero un sistema de pensiones para trabajadores mayores de 65 años, y fue posteriormente extendida a través de enmiendas. En 1939 extendió beneficios para familiares dependientes y sobrevivientes al trabajador en caso de muerte prematura, en 1954 implementó un programa de seguro por discapacidad, y en 1956 proveyó beneficios monetarios para trabajadores discapacitados de entre 50 y 65 años.

Durante los primeros treinta años de la seguridad social en los Estados Unidos el gobierno participó directamente en cubrir sólo una de las dos dimensiones del riesgo de salud de los trabajadores: la protección contra la pérdida de salario por enfermedad o muerte. El seguro de salud para proteger al trabajador contra gastos médicos acumulados a causa de enfermedad fue dejado al sector privado. Los seguros de salud privados en Estados Unidos empezaron a desarrollarse después de los años veinte, cuando los costos por servicios médicos, que usualmente fueron secundarios, comenzaron a ser más preocupantes para la población y a tener similar atención en la pérdida de salarios. La primera iniciativa privada de aseguramiento en salud fue destinada a cubrir costos hospitalarios, y se debió a un grupo de maestros de Dallas, Texas, que —en 1929— establecieron un contrato con el hospital de la Universidad de Baylor para proveer hasta 21 días de hospitalización por un pago fijo de 6 dólares al año. Este sistema de servicios hospitalarios pre-pagados se extendió rápidamente bajo el nombre de planes *Blue-Cross* que contaron con el auspicio de la Asociación de Hospitales Americanos. Sistemas similares de pre-paga fueron establecidos en 1939 por grupos de doctores para cubrir servicios de médicos, dando nacimiento a los planes *Blue-Shield* auspiciados por la Asociación de Médicos Americanos.

¹ Social Security Administration, “Social Security: A Brief History”, *Website Social Security*, Estados Unidos, 2005, disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/history/pdf/2005pamphlet.pdf>.

Si bien surgieron iniciativas de la Asociación Americana para la Legislación Laboral (AALL) para ofrecer un seguro de salud obligatorio para todos los trabajadores a través de la seguridad social, éstas no progresaron. El camino adoptado por el gobierno fue el de promover los seguros de salud mediante incentivos al sector privado. A inicios de 1940, el gobierno federal estableció una serie de incentivos tributarios para que las empresas ofrecieran seguros de salud a sus trabajadores. La Ley de Relaciones Obrero-Patronales, también conocida como Ley Taft-Hartley de 1947, puso al seguro de salud como un componente de los beneficios laborales,² y permitió la creación de seguros de salud de múltiples empleadores, con el objetivo de garantizar cobertura de salud a empleados sindicalizados durante períodos de desempleo temporal.

2. Rol del sector privado en el aseguramiento de la salud

Después de la Segunda Guerra Mundial, gracias a los incentivos de la Ley Taft-Hartley, la expansión económica y el control de salarios, así como las ventas de planes de seguro de salud privado se expandieron con notoriedad, principalmente gracias a las negociaciones de los sindicatos más grandes y poderosos del país. En 1954, cerca de un cuarto de las compras de seguros privados pertenecían a negociaciones sindicales.³ Sin embargo, conforme este sistema iba madurando en los Estados Unidos era más evidente el resultado adverso de este modelo. En primer lugar, muchos tipos de servicios de salud no eran cubiertos. Reportes de 1950 mostraban que sólo 12% de los gastos en salud eran cubiertos por los seguros privados. En segundo lugar, muchas personas no tenían ningún tipo de cobertura. Por ejemplo, trabajadores en industrias con sindicatos débiles, o trabajadores no sindicalizados como los trabajadores por cuenta propia, los de pequeñas empresas, los agrícolas o los trabajadores domésticos. Tampoco se cubría a la población desempleada ni a la población en edad de retiro. Para 1962, un poco más del

² Stevens, R., “History and Health Policy in the United States: the Making of a Health Care Industry 1948-2008”, *Social History of Medicine*, Estados Unidos, vol. 21, núm. 3, 2008, pp. 461-483; Summers, C. (N. D.), *History and Health Policy in the United States: The Making of a Health Care Industry, 1948-2008*, Estados Unidos, *Industrial & Labor Relations Review*, 2008, pp. 405-412.

³ Stevens, R., *op. cit.*

50% de la población de 65 años o más tenía algún tipo de servicio de salud, y éste era en su mayoría únicamente para cubrir hospitalizaciones.⁴

Mientras las iniciativas legislativas para incluir el seguro de salud dentro del sistema de la seguridad social se desvanecían, el crecimiento del seguro privado de salud en Estados Unidos se fortalecía gracias al desarrollo de los planes *Blue Cross* y *Blue Shield*, y a la entrada al mercado de seguros privados comerciales y su consolidación en los años cuarenta. Para 1951, la población protegida en planes de salud comerciales sobrepasó al de la población asegurada en *Blue Cross* y *Blue Shield*. De los 92 millones de personas aseguradas (59% de la población), 41.5 millones estaban en un plan comercial y 40.9 millones en un plan *Blue*.⁵ La dominancia del aseguramiento privado en salud tendría repercusiones permanentes sobre el sistema de salud en Estados Unidos, ya que perfilaría el rol del gobierno y la seguridad social en la cobertura de salud de sus ciudadanos.

3. Seguridad social con salud

Durante el periodo de 1935 a 1952 el debate dentro del gobierno contra el aseguramiento de salud exclusivamente privado se hizo más ferviente. En 1942 el Consejo de Seguridad Social expresó su apoyo a favor de “un sistema de seguro social unificado e integral, incluyendo beneficios para la salud”.⁶ En 1943 se introdujo en el Congreso lo que sería el primero de una serie de proyectos de ley que proponían un seguro de salud nacional obligatorio financiado con impuestos a la nómina de sueldos. El primer proyecto de ley no prosperó tras una vigorosa oposición de la Asociación de Médicos Americanos y la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos, entre otros grupos. El proyecto de ley Wagner-Murray-Dingell de 1945 fue el primer proyecto de ley de seguro de salud nacional en ser apoyado oficialmente por un presidente. A pesar del respaldo del presidente Truman, y tras un periodo de

⁴ Shonick, W., *Government and Health Services: Government's Role in the Development of US Health Services, 1930-1980*, Estados Unidos, Oxford University Press, 1995.

⁵ Health Insurance Institute, *Source Book of Health Insurance Data*, Nueva York, Health Insurance Institute, 1965.

⁶ Corning, P. A., *The Evolution of Medicare: From idea to Law*, Washington D. C., Department of Health, Education and Welfare, 1969.

ocho años de intenso debate y oposición encabezada por la Asociación de Médicos Americanos, congresistas liberales, y varias figuras públicas dentro y fuera del gobierno, el proyecto de ley Wagner-Murray-Dingell fue archivado en 1952.

Sería hasta 1965, treinta años después de la creación del sistema de seguridad social en los Estados Unidos que una enmienda a la Ley de la Seguridad Social añadiría dos títulos para ofrecer seguro de salud público a la población mayor de 65 años y seguro de salud asistencial a la población pobre. Por lo que el presidente Lyndon B. Johnson firmó la enmienda, convirtiéndola en ley el 30 de julio de 1965, y creando con ellos los sistemas nacionales de seguro *Medicare* y *Medicaid*.

El programa Medicare se incorporó en la Ley de la Seguridad Social bajo el título XVIII, ofreciendo cobertura de salud a los beneficiarios de la seguridad social de 65 o más años. Medicare cerró una de las mayores brechas en la seguridad económica de ciudadanos en edad de retiro, proveyendo protección contra el alto costo de la salud.⁷ Originalmente, Medicare consistió en dos programas separados. La parte A, de aseguramiento hospitalario, cubre automáticamente a todo trabajador elegible a la seguridad social de 65 años o más, y a sus familiares dependientes. Las primas del seguro son cubiertas completamente por la seguridad social, y cubren estadía hospitalaria, estadía en centros de enfermería especializados, y cuidado de asilo y hospicio. La parte B, de aseguramiento médico suplementario, es opcional para cualquier ciudadano de 65 años o más, o personas con discapacidad, y no requiere historia de contribución a la seguridad social. Cubre servicios ambulatorios, test diagnósticos, radioterapia, servicios de ambulancia y equipos médicos. Las primas del seguro son cubiertas parcialmente por la seguridad social, siendo el beneficiario responsable tanto de un porcentaje de la prima como de copagos y deducibles.⁸ Si bien el programa de Medicare original cubría un amplio espectro de cuidados médicos, así como muchos servicios incluyendo

⁷ Cohen, W. J. y Ball, R. M., “Social Security Amendments of 1965: Summary and Legislative History”, *Website Social Security Administration*, Estados Unidos, 2012, disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v28n9/v28n9p3.pdf>.

⁸ Disimone, R. L., “Social Security Bulletin, Vol. 57 No. 2, Social Welfare Legislation, 1993”, *Website Social Security Administration*, Estados Unidos, 1994, disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v57n2/v57n2p63.pdf>.

tratamientos preventivos relevantes para esta población así como medicinas, no eran incluidos o eran cubiertos sólo parcialmente.

Nuevamente, las brechas descubiertas por el seguro público de Medicare fueron dejadas al sector privada. Las compañías privadas de seguros empezaron a ofrecer planes suplementarios a Medicare denominados *Medigap*. Según información de 1967, de los 20 millones de beneficiarios de Medicare, 45% (9 millones) tenían planes *Medigap* ofrecidos por planes de seguros comerciales o planes *Blue*, mayoritariamente.⁹ En 1984 este porcentaje subió al 72%, principalmente debido al incremento en el costo de la salud. Como una estrategia para controlar costos, y siempre bajo el principio de transferir el aseguramiento de la salud al sector privado, la Ley de Balance Presupuestal de 1997 otorgó a los beneficiarios de Medicare una opción formal al *Medigap* a través de la parte C de Medicare, por el cual los beneficiarios tenían la opción de contratar con un seguro privado de salud capitado, el cual usualmente ampliaba beneficios después de contribuciones individuales adicionales. La parte C de Medicare, inicialmente llamada *Medicare-Choice*, es conformada por los planes privados *Medicare Advantage*. Finalmente en 2006, tras la Ley de Modernización de Medicare, los beneficiarios que eran elegibles para las partes A y B de Medicare tuvieron la opción de obtener cobertura en planes de prescripción médica. Esta parte D de Medicare permitió la entrada de seguros privados de medicinas por prescripción, muchos de los cuales ya estaban incluidos dentro de los planes *Medicare Advantage*.

La enmienda a la Ley de la Seguridad Social de 1965 creó también el programa público de asistencia médica Medicaid bajo el título XIX. El programa extendió la asistencia federal a los estados por pagos de salud a proveedores de salud que atendían a personas en pobreza. A diferencia de Medicare, Medicaid es un programa administrado por cada estado. Los estados no están obligados a participar en Medicaid, aunque a la fecha todos lo hacen. En resumen, Medicaid es un seguro de salud público para personas de todas las edades que demuestren que sus ingresos y recursos no son suficientes para cubrir servicios de salud. Cada estado determina los criterios de elegibilidad y los beneficios de salud cubiertos. En general, las personas elegibles a Medicaid deben ser ciudadanos o residentes legales de los Estados Unidos, y en algunos casos incluyen personas con ciertas discapacidades.

⁹ Shonick, W., *op. cit.*

La creación de Medicare y Medicaid como parte de la seguridad social en Estados Unidos representó un cambio importante del rol contributivo del gobierno en el financiamiento de los seguros de salud. Sin embargo, el sector privado ha tenido y sigue teniendo un rol primordial en el desarrollo y evolución del aseguramiento en salud de dicho país. Como consecuencia, la mayor parte de la contribución recae en la población a través de altos pagos de bolsillo, planes que no ofrecen aseguramiento adecuado, o simplemente carencia de seguros. El elevado costo de la salud en los Estados Unidos ha llevado estas limitaciones a situaciones insostenibles, generando un arduo debate político sobre un rol más extensivo del gobierno, y sobre el derecho al seguro de salud como parte de un derecho humano básico. Ya que a la luz de que Estados Unidos es el único país desarrollado que no ofrece seguro de salud a todos sus ciudadanos, y uno de los pocos países democráticos que no ha ratificado convenios básicos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relacionados al aseguramiento de la salud de los trabajadores.

II. SEGURO DE SALUD Y PRINCIPIO CONTRIBUTIVO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

1. *Seguro de salud como derecho humano básico*

La decisión de incluir los servicios de salud como un derecho humano básico, permitió que muchas naciones incluyan el seguro de salud universal como parte de su sistema de seguridad social. Bajo este esquema, las sociedades son responsables de la protección de cada uno de sus miembros frente a los gastos médicos acumulados a causa de enfermedad.¹⁰ Estos principios trasladados al derecho laboral se plasmaron en la Recomendación Núm. 69 de la OIT relativa a la asistencia médica (International Labour Organization).¹¹ La recomendación sugería la creación de una entidad separada al sistema de seguridad social cuyo objetivo sería el de “restaurar la salud individual, prevenir el desarrollo

¹⁰ Ron, A. et al., *Health Insurance in Developing Countries: the Social Security Approach*, Ginebra, International Labour Office, 1990.

¹¹ International Labour Organization, “R069-Medical Care Recommendation, 1944 (No. 69)”, Website International Labour Organization, Estados Unidos, 1944-2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R069.

posterior de enfermedades, aliviar el sufrimiento generado por las enfermedades, y proteger y mejorar el estado de salud en general”.¹² La Recomendación Núm. 69 definió los principios básicos de la organización y gestión de la asistencia médica, y estableció los estándares mínimos que serían recogidos en la Convención Referente a Estándares Mínimos de la Seguridad Social de 1952 (International Labour Organization).¹³

La convención técnica de la OIT del 28 de junio de 1952, denominada Convención Referente a Estándares Mínimos de la Seguridad Social Núm. 102 (C102), estableció estándares mínimos de niveles de protección social para aquellas sociedades que reconocían la seguridad social como un derecho humano básico. La C102 creó estándares mínimos sobre asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad, prestaciones de desempleo, prestaciones de vejez, prestaciones en caso de accidentes del trabajo y de enfermedad profesional, prestaciones familiares, prestaciones de maternidad, prestaciones de invalidez, y prestaciones de sobrevivencia. El cuadro 1 resume los temas principales descritos en los artículos 7o. al 12 correspondientes al capítulo sobre asistencia médica.

CUADRO 1
TEMAS PRINCIPALES SOBRE ASISTENCIA MÉDICA
DE LA CONVENCIÓN 102 REFERENTE A ESTÁNDARES
MÍNIMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Tema	Contenido
Objetivo (artículos 7o. y 10)	Asegurar la provisión de beneficios por condiciones que requieren asistencia médica de naturaleza preventiva o curativa. La asistencia médica prestada tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.

¹² Ron, A. *et al.*, *op. cit.*

¹³ International Labour Organization, “C102-Social Security (Minimum Standards) Convention, 1944 (No. 69)”, *Website International Labour Organization*, Estados Unidos, 2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312247:NO.

Beneficios (artículos 8o., 10 y 12)	<p>Las contingencias cubiertas deben incluir cualquier enfermedad, cualquiera fuera su causa, el embarazo, el parto y sus consecuencias.</p> <p>En caso de enfermedades las prestaciones deberán comprender, por lo menos: la asistencia médica general (incluidas visitas a domicilio), la asistencia de especialistas (dentro y fuera del hospital), medicinas esenciales bajo receta, y hospitalización cuando fuera necesaria.</p> <p>En el caso de embarazo, parto y sus consecuencias las prestaciones deberán comprender por lo menos: la asistencia prenatal, durante el parto y postparto prestada por profesionales de salud, y la hospitalización cuando sea necesaria.</p> <p>Las prestaciones deberán concederse durante todo el transcurso de la contingencia cubierta, aunque en el caso de enfermedades podrían limitarse a 26 semanas (o a 13 semanas en caso especiales).</p>
Beneficiarios (artículos 9o. y 11)	La protección debe incluir por lo menos: <i>a</i>) al 50% de trabajadores y sus familiares dependientes; <i>b</i>) al 20% de la población económicamente activa y sus familiares dependientes; <i>c</i>) al 50% de todos los residentes, y <i>d</i>) al 50% de trabajadores y sus familiares dependientes que laboren en empresas industriales con 20 o más empleados.
Contribución (artículos 10 y 12)	Los beneficiarios podrán ser obligados a participar en los gastos de asistencia médica recibida por enfermedad, sin que ello implique un gravamen excesivo.
Acceso (artículo 10)	Ninguna prestación debería ser suspendida mientras se continúe pagando al beneficio de salud.

FUENTE: C102 parte II International Labour Organization.

Desde 1955 a la fecha, 50 países han ratificado el C102 incluyendo Reino Unido, Francia, Alemania, España, México y Brasil entre otros (International Labour Organization).¹⁴ Sin embargo, Estados Unidos no ha ratificado este convenio.

¹⁴ International Labour Organization, “Ratifications of C102-Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102)”, *Website International Labour Organization*, Estados

2. *Principio contributivo en el aseguramiento de salud*

La población bajo el principio contributivo, en la medida de sus posibilidades, debe contribuir económicamente al financiamiento de la seguridad social. En el caso del aseguramiento en salud, el creciente costo de la asistencia médica dificulta una completa cobertura por parte del Estado, de manera que, en adición de las transferencias del gobierno, muchas naciones han impuesto contribuciones obligatorias a empleadores y empleados.¹⁵ Este principio contributivo ha sido también contemplado explícitamente por la OIT en el capítulo 10, acápite 2 de la C102: “el beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo” (International Labour Organization).¹⁶

En los Estados Unidos el principio contributivo ha jugado un papel importante en el debate sobre políticas de salud y aseguramiento universal. Como señala Colin Gordon,¹⁷ el crecimiento de los beneficios sociales a través del sector privado generó un sistema peculiar en dicha nación, donde se trató de encajar el seguro de salud dentro del molde del seguro social, a pesar de que la asistencia médica no era una simple extensión de las relaciones laborales. Esto llevó a una distinción entre ciudadanos que merecían y no merecían seguro de salud, es decir, entre programas contributivos basados en el empleo y programas estigmatizados de asistencia pública, siendo considerados los primeros más importantes y legítimos.¹⁸ A fines de los años cuarenta, diversas asociaciones empresariales veían el principio contributivo como una forma de validar el derecho de los trabajadores a servicios médicos, desasociándolo de la caridad. Era la “única forma en que un beneficio podía ser provisto sin destruir el tejido de nuestra sociedad”.¹⁹ En ese

Unidos, 2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:11300:0::NO::11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312247.

¹⁵ Ron, A. *et al.*, *op. cit.*

¹⁶ International Labour Organization, “C102 -Social Security...”, *op. cit.*

¹⁷ Gordon, C., *Dead on Arrival: the Politics of Health Care in Twentieth-Century America*, Princeton-Nueva Jersey, Princeton University Press, 2003.

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

sentido, el seguro de salud obligatorio era visto como incompatible con el seguro social, y la única forma de obtener beneficios de salud era a través de negociaciones privadas entre empleados y empleadores. De esta manera, el principio contributivo jugó un rol central en el debate previo a la enmienda de la Ley de Seguridad Social de 1965. Medicare fue visto como un derecho ganado a través de contribuciones previas a la seguridad social, y no como un programa asistencial, evitando de esta manera que los “ancianos sientan que eran mendigos viviendo de la caridad de la sociedad”.²⁰ Bajo este principio contributivo, el plan A de Medicare es financiado principalmente por un impuesto al salario donde empleados y empleadores contribuyen 1.45% cada uno, y los planes B y D de Medicare son financiados con aportes del gobierno (75%) y primas pagadas por los beneficiarios (25%).

La creación de Medicaid como un programa separado de Medicare respondió también a esta distinción en el debate público entre seguro social y medicina asistencial. Como señala Colin Gordon, mientras algunos esperaban que un programa de salud universal pudiera erradicar esta distinción, la enmienda de la Ley de Seguridad Social de 1965 perpetuó la visión de dos caminos de la política social: el camino de los derechos ganados a través de contribuciones, y el camino de la asistencia pública basado en la caridad. Bajo esta visión, el seguro universal de salud es difícil de implementarse en los Estados Unidos porque no asegura una relación directa entre contribución y beneficios.²¹

3. Principio contributivo y la Ley de Cuidado de Salud Asequible

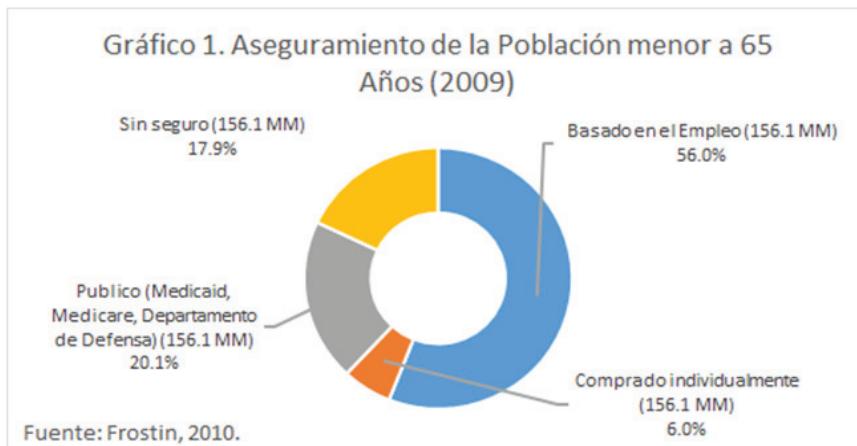
La Ley ACA fue promulgada por el presidente Barack Obama el 23 de marzo de 2010. Conocida también como Ley Obamacare, la legislación obliga a casi todos los residentes legales de los Estados Unidos a obtener un seguro de salud. El principal objetivo de la Ley fue reducir el porcentaje creciente de personas sin seguro de salud o con seguros limitados. Ya para 1999 se estimaba un total de 36.5 millones de personas sin seguro en los Estados Unidos (15.9% de la población menor de 65 años). En 2009, esta cifra había subido a

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

50 millones (18.9%),²² y para 2019 se proyectaban 54 millones de personas sin aseguramiento si la Ley ACA no se implementaba.²³

En línea con esta visión de los dos caminos de la política social en los Estados Unidos, el aseguramiento en 2009 era en su mayoría basado en contribuciones (79.4% del total de asegurados menores de 65 años), mientras que el programa asistencial de Medicaid representaba el 20.6%. Como muestra el gráfico 1, el 56% de la población menor a 65 años obtenía aseguramiento a través de su empleo y 6% lo adquiría individualmente.



Debido a que el aseguramiento de salud no era obligatorio, siendo las negociaciones privadas entre empleados y empleadores la única forma de obtener beneficios de salud, la tasa de aseguramiento basada en empleo venía reduciéndose desde más de una década. En 1999, 67% de las personas menores a 65 años tenían un seguro basado en empleo, pero la cifra se redujo a 63% en el 2004 y a 56% en el 2009. La mayor parte de estas pérdidas de aseguramiento apoyado en contribuciones se trasladaron al programa asistencial de

²² Frostin, P., "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2010 Current Population Survey", *Website Employee Benefit Research Institute*, Estados Unidos, 2010, disponible en: http://www.ebri.org/pdfs/briefspdf/EBR_1_IB_092010_No347_Uninsured1.pdf.

²³ Elmendorf, D. W., "H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010", *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2010, disponible en: <http://www.cbo.gov/publication/21327?index=11355>.

Medicaid o contribuyeron a la tasa de personas sin aseguramiento. Entre 1999 y 2009, el porcentaje de personas menores a 65 años con Medicaid subió de 25.5% a 44.1%.²⁴

Por lo menos dos causas explican la contracción del aseguramiento basado en trabajo. En primer lugar, el aumento incontrolable en el costo de salud que se trasladó a un incremento en el precio de las primas de seguros. En 1999 el gasto en salud per-cápita alcanzaba los 3,902 dólares, en 2004 subió a 5,411 dólares y en 2009 alcanzó los 6,815 dólares.²⁵ En segundo lugar, la contracción en el porcentaje de trabajadores sindicalizados redujo el poder de negociación privada de los empleados. Se estima que este fenómeno explica entre 20 a 35% de la reducción de seguros de salud apoyados en trabajo.²⁶ Como resultado, muchas empresas trasladaron el mayor costo de aseguramiento a sus trabajadores, ya sea sustituyendo beneficios de salud por planes más baratos de menor cobertura o con mayores pagos de bolsillo, o aumentando la participación de los trabajadores en la contribución de primas de seguros, o simplemente eliminando el seguro de salud como beneficio laboral. Según encuestas nacionales, entre el 2001 y el 2009 el porcentaje de personas con seguro privado cubierto completamente por el empleador bajó de 24% a 12%, mientras que el porcentaje de aquellos que pagaban su seguro privado en forma individual, sin contribución alguna del empleador subió de 19% a 25%.²⁷

4. *Implementación de la Ley ACA*

La Ley ACA representa una importante reforma del principio de contribución al aseguramiento de salud en Estados Unidos. En su versión original, la expansión del aseguramiento se basó en la contribución obligatoria de ciudadanos, empleadores y estados. En este último caso, la Ley ACA forzaba a

²⁴ Frostin, P., *op. cit.*

²⁵ Centers for Medicare & Medicaid Services, “NHE Fact Sheet”, *Website Centers for Medicare & Medicaid Services*, Estados Unidos, 2013, disponible en: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NHE-Fact-Sheet.html>

²⁶ Buchmueller, T. C. et al., “Union effects on health insurance provision and coverage in the United States”, *Industrial And Labor Relations Review*, Estados Unidos, vol. 55, núm. 4, pp. 610-627, 2002, disponible en: <http://links.jstor.org/sici? sici=0019-7939%28200207%2955%3A4%3C610%3AUE OHIP%3E2.0.CO%3B2-L>.

²⁷ Gallup (n. d.), “Healthcare System”, *Website Gallup*, Estados Unidos, disponible en: <http://www.gallup.com/poll/4708/healthcare-system.aspx>.

los estados a expandir su contribución a través de Medicaid, bajo la penalidad de perder el financiamiento federal. Esto, junto a la obligatoriedad de la contribución de ciudadanos, empujó a los oponentes de la Ley a cuestionar su legalidad, llevando el caso a la Corte Suprema bajo el título *Federación Nacional de Negocios Independientes vs. Sebelius*. El 28 de junio de 2012, el fallo de la Corte Suprema determinó la inconstitucionalidad de la Ley ACA al forzar a los estados a expandir Medicaid. Sin embargo, la contribución obligatoria de ciudadanos fue ratificada como constitucional bajo los poderes tributarios del Congreso. De esta manera, la viabilidad de la expansión del aseguramiento en salud quedaría cimentada por la contribución obligatoria de ciudadanos y empleadores.

La Ley ACA establece que los empleadores deben ofrecer cuidados de salud asequibles a sustancialmente todos o 95% de sus trabajadores equivalentes a tiempo completo (ETC), incluyendo sus dependientes pero no sus esposos(as). La Ley define a un trabajador de tiempo completo como aquél que trabaja más de treinta horas a la semana, de manera que el número total de trabajadores ETC es igual al número de trabajadores a tiempo completo más la suma de las horas trabajadas por los trabajadores a tiempo parcial en una semana dividido por treinta.²⁸

La Ley dispone que para el 2016, las empresas con cien o más trabajadores ETC y con salarios anuales promedios superiores a los 250,000 dólares deben asegurar al 95% de sus trabajadores ETC. Las empresas con cincuenta a noventa y nueve trabajadores FTE deberán empezar a asegurar a su trabajador de tiempo completo, mientras que los pequeños negocios con menos de 50 trabajadores no son afectados por la Ley.

Si el plan de salud ofrecido no es asequible o cubre menos del 60% del total de gastos de salud, el empleador debe pagar una penalidad por trabajador. La penalidad, denominada “Pago por Responsabilidad Compartida con el Empleador”, establece que a partir del 2016, las empresas con cincuenta o más trabajadores deben pagar 2,000 dólares por cada empleado que no reciba seguro a través de la empresa, estando los primeros treinta empleados ETC sin cobertura exceptuados de esta penalidad. Sin embargo, si un trabajador compra un seguro de salud individualmente a través de los mecanismos de

²⁸ “Regulations and Guidance”, *Centers for Medicare & Medicaid Services*, disponible en: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/index.html##Affordable Care Act>.

mercado constituidos por la Ley, el empleador debe pagar una multa de 3,000 dólares por aquel trabajador.²⁹

Los mecanismos de mercado establecidos por la Ley ACA, también conocido como bolsa de seguros médicos (*healthcare exchanges*), agrupan diferentes planes de seguros, que individuos y empleadores pueden adquirir a los mejores precios posibles. Las empresas con menos de cincuenta trabajadores ETC pueden también obtener planes grupales en la bolsa de seguros médicos, especialmente diseñados para pequeños negocios. Las empresas con menos de veinticinco trabajadores ETC y con promedios de salarios anuales menores a 50,000 dólares, pueden ayudar a financiar la prima de seguro de sus trabajadores al recibir créditos fiscales que representan ahorros de hasta 50% en el costo del seguro.

La Ley ACA obliga también a la mayor parte de ciudadanos a adquirir como mínimo un seguro de salud básico o pagar una penalidad tributaria. El mandato individual entró en vigencia el 1 de enero de 2014. La penalidad denominada “Pago por Responsabilidad Compartida con el Individuo”, es el máximo entre un monto fijo y un porcentaje del ingreso. La penalidad anual en el 2015 es el mayor de 325 dólares por adulto y 162.50 dólares por niño, hasta 975 dólares por familia; o el 2% del ingreso familiar. La contribución obligatoria no contempla únicamente penalidades, sino que también otorga ciertos beneficios y subsidios. Para aquellos con ingresos de entre 100% y 400% de la línea de pobreza federal (LPF), la Ley otorga créditos fiscales por la compra de primas de seguros. Para aquellos con ingresos de entre 100% y 250% de la LPF, la Ley considera también subsidios sobre las primas adquiridas en la bolsa de seguros médicos. Para aquellos con ingresos inferiores al 138% de la LPF, la Ley les permite calificar a Medicaid siempre y cuando residan en alguno de los estados que expandió el programa. Finalmente, la Ley contempla cerca de 20 excepciones a la obligatoriedad del seguro de salud o la penalidad anual. Como son aquellos individuos con ingresos suficientemente bajos como para no declarar impuestos, o aquéllos con ingresos por debajo del 138% de la LPF y que no son elegibles a Medicaid porque el estado donde reside no expandió el programa, o aquéllos cuyo 8% del ingreso es menor al seguro con el precio más bajo en la bolsa de seguros médicos. Incluye tam-

²⁹ *Idem.*

bién miembros de una tribu india, personas que califican a excepciones religiosas, y personas encarceladas. La excepción a la obligatoriedad del seguro también incluye a los inmigrantes indocumentados, los cuales son inelegibles tanto a los subsidios en la bolsa de seguros médicos como a Medicaid.

En total se estima que de las 30 millones de personas menores de 65 años que no tendrán seguro de salud en el 2016, 23 millones (76.7%) calificarán para unas o más excepciones. Se espera que sólo 3.9 millones de personas (8.7%) paguen la penalidad en el 2016 como resultado de no tener seguro médico.³⁰

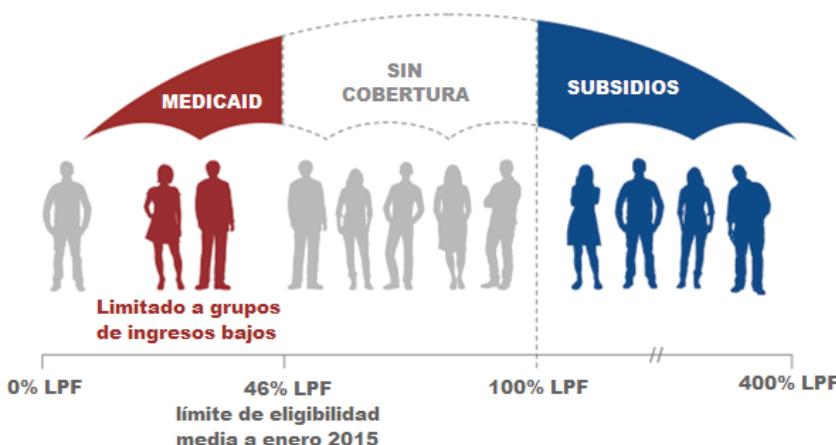
Dos excepciones generan brechas significativas en la cobertura de seguros: primero, la excepción para personas de bajos ingresos (por debajo de 138% de la LPF) que residen en estados que no han expandido Medicaid, y segundo, la excepción o, para ser más precisos, exclusión de los inmigrantes indocumentados. Ambas limitan la efectividad de la Ley ACA en su objetivo de proveer aseguramiento universal en los Estados Unidos.

Tras el fallo de la Corte Suprema en el 2012 en el que se declaró la inconstitucionalidad de la orden federal forzando la expansión de Medicaid a nivel estatal, muchos estados optaron por salirse del esquema planteado por la Ley ACA, dejando a sus ciudadanos fuera de la protección de la Ley. A inicios de 2015, 28 estados más el Distrito de Columbia han expandido Medicaid, 5 estados están considerando su expansión y 17, incluyendo Florida y Texas, han decidido no expandirse. En estos últimos estados, la brecha de cobertura sobre aquellos ciudadanos de bajos ingresos que no califican a Medicaid es cuantiosa. A inicios del 2015, el ingreso medio para ser elegible a Medicaid en los 22 estados que aún no se han expandido en éste es del 46% de la LPF, es decir, tres veces inferior al límite propuesto por la Ley ACA. Además, en 21 de los 22 estados que aún no han extendido Medicaid, la elegibilidad sólo considera a padres de familia, dejando de lado a un importante número de adultos sin hijos.³¹ El gráfico 2 ilustra las brechas de cobertura en los 22 estados que no han expandido Medicaid.

³⁰ Congressional Budget Office, “Payments of Penalties for Being Uninsured Under the Affordable Care Act”, *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/45397-IndividualMandate.pdf>.

³¹ The Henry J. Kaiser Family Foundation, “Key Facts about The Uninsured Population”, *Website The Henry J. Kaiser Family Foundation*, Estados Unidos, Kaiser Family Foundation, 2015, disponible en: <http://kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/>.

GRÁFICO 2
BRECHAS DE COBERTURA EN ESTADOS QUE NO EXPANDAN MEDICAID



FUENTE Y DISEÑO: The Henry J. Kaiser Family Foundation.

Muchos de los individuos y familias en la sección “sin cobertura” de la protección diseñada por la Ley ACA son familias con algún trabajador (66%). Sin embargo, 51% de estos trabajadores están empleados en un negocio con menos de 50 trabajadores ETC, y por lo tanto, no reciben seguro de salud basado en el trabajo. Además, muchos de estos trabajadores están empleados por negocios que usualmente no contratan trabajadores de tiempo completo (por ejemplo empresas de servicios y agrícolas), y que por ello, no califican dentro del mandato de cobertura por parte del empleador. Finalmente, la sección “sin cobertura” también incluye a familias sin ningún trabajador (34%), y que no tienen acceso a seguro basado en empleo.³²

5. *Seguro de salud e inmigrantes indocumentados*

Quizá la mayor limitación de la Ley ACA es la exclusión de los inmigrantes indocumentados. Estas personas y sus familiares de igual estatus migratorio

³² *Idem.*

no son elegibles para recibir asistencia alguna ni a través de la Ley ACA, ni de las bolsas de seguros médicos, ni del programa Medicaid, ni de otros programas públicos asistenciales a nivel federal o estatal. Los inmigrantes indocumentados, incluyendo aquellos que residen legalmente en los Estados Unidos por menos de 5 años, también forman parte de la brecha en cobertura ilustrada en el gráfico 2. Del total de personas sin seguro, se estima que 19.7% son inmigrantes indocumentados o residentes legales con menos de 5 años en el país.³³ Un residente legal es aquel inmigrante que vive en Estados Unidos bajo el estatus migratorio de no-ciudadano, o bajo el estatus de ayuda humanitaria, de visa de no-inmigrante, o de residente temporal, etcétera.

La exclusión de los inmigrantes indocumentados es relevante para la población latina, ya que ellos representan 75% del total de la población indocumentada en los Estados Unidos.³⁴ Los datos más recientes del Pew Research Center, un centro de investigación bipartidario, indican que cerca de 11.2 millones de inmigrantes indocumentados residen en el país, cifra que se ha mantenido relativamente constante en los últimos años.³⁵ A nivel nacional, los estados con mayor número de inmigrantes indocumentados son California (2,450,000; 6.3%), Texas (1,650,000; 6.3%), Florida (925,000; 4.8%), Nueva York (750,000; 3.8%), Nueva Jersey (525,000; 5.8%), Illinois (475,000; 3.7%), Georgia (400,000; 3.9%), Carolina del Norte (350,000; 3.6%), Arizona (300,000; 4.6%) y Virginia (275,000; 3.5%).³⁶

Se estima que el flujo de inmigrantes indocumentados ha contribuido al aumento de personas sin aseguramiento. Entre 1999 y 2007, el número de inmigrantes indocumentados aumentó de 8.5 a 11.8 millones, añadiendo un total de 1.8 millones de individuos al grupo de personas sin seguro.³⁷ Durante ese

³³ *Idem*.

³⁴ Hoefer, M. *et al.*, “Estimates of the Unauthorized Immigrant Population Residing in the United States: January 2011”, *Website Department of Homeland Security*, Estados Unidos, 2012, disponible en: http://www.dhs.gov/xlibrary/assets/statistics/publications/ois_ill_pe_2011.pdf.

³⁵ Passel, J. S. y Cohn, D., “Unauthorized Immigrant Totals Rise in 7 States, Fall in 14”, *Website Pew Research Center*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2014/11/18/unauthorized-immigrant-totals-rise-in-7-states-fall-in-14/>.

³⁶ Pew Research Center, “Unauthorized Immigrants in the U.S., 2012”, *Website Pew Research Center*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.pewhispanic.org/interactive/unauthorized-immigrants-2012/>.

³⁷ Zuckerman, S. *et al.*, “Undocumented Immigrants, Left out of Health Reform, Likely to Continue to Grow as Share of the Uninsured”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 30, núm. 10, 1997-2004, disponible en: doi:10.1377/hlthaff.2011.0604, 2011.

periodo, aproximadamente una de cada siete personas sin seguro era indocumentada. Diferentes factores contribuyen a la falta de acceso a seguro de salud. Primero, los inmigrantes indocumentados perciben ingresos bajos, 81.6% de ellos reciben ingresos por debajo del 299% de la LPF, y 41.9% por debajo del 133% de la LPF. Segundo, los inmigrantes indocumentados tienen entre 19 y 29 años, que es el grupo de edad con la menor demanda de seguro de salud independiente del estatus legal en los Estados Unidos, 30.8% de la población indocumentada pertenece a este grupo etario.³⁸ Tercero, los inmigrantes indocumentados que forman parte de la fuerza laboral tienden a trabajar en empresas con menos de 25 trabajadores. Cerca del 31.4 de indocumentados laboran en estas pequeñas empresas que usualmente no ofrecen coberturas de seguros. Por otro lado, en muchos casos trabajan en sectores que usualmente no conceden cobertura de salud por tratarse, mayoritariamente, de trabajos temporales, como es el caso de empresas en el sector de construcción, servicios y agricultura.³⁹

El debate público sobre la exclusión de los inmigrantes indocumentados en la Ley ACA puede vincularse tanto a la política de inmigración de los Estados Unidos, como a la política social de dos caminos descrita por Colin Gordon:⁴⁰ el camino de los derechos ganados a través de contribuciones, y el camino de la asistencia pública basado en la caridad. Por un lado, se asume que los inmigrantes indocumentados, al vivir ilegalmente en el país, no aportan monetariamente a la sociedad, ni a través de impuestos ni de contribuciones a la seguridad social. Al no contribuir, pierden el derecho social de percibir el beneficio de aseguramiento, quedando entonces sólo la posibilidad de la asistencia pública. Sin embargo, la asistencia pública para inmigrantes indocumentados ha ido restringiéndose continuamente desde los años setenta. La política anti-inmigratoria ha incluido la asistencia pública, entre ella el acceso al seguro de salud, como parte de su agenda. La exclusión de los indocumentados a los programas de asistencia pública busca tanto desalentar la llegada de nuevos inmigrantes al país, como penalizar la ilegalidad de esta inmigración. En ese sentido, la exclusión de beneficios de salud tanto por Me-

³⁸ *Idem.*

³⁹ *Idem.*

⁴⁰ Gordon, C., *op. cit.*

dicaid como por la Ley ACA puede ser entendida como avances en la agenda anti-inmigracionista de los Estados Unidos.⁴¹

Existe una doble moral en el debate sobre la exclusión de los indocumentados a los beneficios de la Ley ACA. Como vimos anteriormente, la sociedad americana ve en el principio contributivo la acción que valida el derecho individual a recibir beneficios sociales. Sin embargo, este proceso de validación social parece ser aplicable únicamente a residentes legales. En el caso de inmigrantes indocumentados se asume, sin evidencia alguna, que los indocumentados no satisfacen el principio contributivo, llevando el debate hacia el terreno de la caridad y asistencia pública. No obstante, la evidencia muestra que los inmigrantes indocumentados sí contribuyen monetariamente a la sociedad, y que incluso, en el caso de la salud, el valor de sus contribuciones sobrepasa el gasto de los servicios médicos que utilizan.

Diversos estudios demuestran que la mayor parte de los inmigrantes indocumentados trabajan y contribuyen a la seguridad social, y a la sociedad a través de impuestos.⁴² Su estatus de ilegalidad en términos de residencia no se traslada necesariamente a la evasión de contribuciones. Mientras algunos inmigrantes indocumentados trabajan en pequeñas empresas donde reciben salarios “bajo la mesa”, evadiendo el impuesto a la renta y contribución a la seguridad social, muchos otros trabajan en empresas formales, en muchos casos usando números de seguridad social falsos o fraudulentamente obtenidos, o usando números de identificación individual tributaria emitidos por la Oficina Nacional de Servicios Tributarios. Ambos números de identidad permiten la contribución tanto de impuestos a la renta federales, estatales y locales, como a la seguridad social. Si bien no existen fuentes confiables que permitan identificar cuántos inmigrantes indocumentados contribuyen monetariamente, la Oficina Nacional de Servicios Tributarios estima que 6 millones de indocumentados (alrededor de 55%), remiten información tributaria cada año. Otros estudios estiman que entre 50% y 75% de indocumentados

⁴¹ Mold, A. y Reubi, D., *Assembling Health Rights in Global Context: Genealogies and Anthropologies*, Nueva York, Routledge, 2013.

⁴² Institute on Taxation and Economic Policy, *Undocumented Immigrants' State and Local Tax Contributions*, Washington D. C., Institute on Taxation and Economic Policy, 2013; Zallman, L. et al., “Immigrants Contributed an Estimated \$115.2 Billion more to the Medicare Trust Fund than They Took out in 2002-09”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 32, núm. 6, pp. 1-8, disponible en: [doi:10.1377/hlthaff.2012.1223](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1223), 2013.

contribuyen tanto al impuesto de la renta como a la seguridad social.⁴³ En el caso particular de Medicare, financiado a través de un fondo de la seguridad social, se estima que en 2009, 14.7% de las contribuciones a dicho fondo fueron atribuidas a trabajadores indocumentados.⁴⁴

Otra falacia que también da sustento a la exclusión de inmigrantes indocumentados a la Ley ACA, es la creencia de que los indocumentados usan servicios de salud más caros. Por ejemplo, se asume que a falta de un seguro médico que financie las visitas a un doctor de atención primaria, muchos indocumentados optan por visitar las salas de emergencia para recibir servicios básicos de salud. Sin embargo, la evidencia muestra que en realidad los inmigrantes indocumentados usan menos estos servicios. Por ejemplo, en el 2009 la probabilidad de visitar la sala de emergencias es de 20% para un adulto nacido en Estados Unidos. La misma probabilidad es del 11% en el caso de un adulto indocumentado.⁴⁵ Un patrón similar se encuentra en el caso de los niños. En 2009, 90% de niños nacidos en Estados Unidos tenían al menos una visita al médico, en lugar de sólo 78% de aquéllos que son indocumentados. El mismo patrón de baja utilización se observa también en los individuos indocumentados que necesitan exámenes de salud preventiva. Por ejemplo, mientras que las personas nacidas en Estados Unidos reciben mamografías y exámenes de detección de cáncer colorrectal con tasas del 84% y 71%, los indocumentados lo hacen con tasas del 71% y 32%, respectivamente.⁴⁶

De esta manera, los inmigrantes indocumentados no sólo coadyuvan a la seguridad social, sino que su contribución es mayor a los beneficios recibidos. Ya que los inmigrantes indocumentados que trabajan con números de identificación individual tributaria o de seguridad social falsos o fraudulentos, contribuyen a la seguridad social al igual que una persona nacida en los Estados Unidos, pero está impedida de recibir beneficios futuros producto de su contribución. Como consecuencia se estima que en 2009 los trabajadores indocumentados generaron un excedente de 13.8 mil millones de dólares al

⁴³ Congressional Budget Office, “The Impact of Unauthorized Immigrants on the Budgets of State and Local Governments”, *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2007, disponible en: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/12-6-immigration.pdf>.

⁴⁴ Zallman, L. *et al.*, *op. cit.*

⁴⁵ Pourat, N. *et al.*, “Assessing Health Care Services Used by California’s Undocumented Immigrant Population in 2010”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 33, núm. 5, 2013, pp. 840-847.

⁴⁶ *Idem.*

fondo Medicare, mientras que los trabajadores nacidos en los Estados Unidos generaron un déficit de 30.9 mil millones de dólares.⁴⁷

En conclusión, la evidencia muestra que los inmigrantes indocumentados satisfacen el principio de contribución, lo que debería justificar no sólo su derecho a recibir beneficios sociales, sino también su inclusión en la Ley ACA. Llevar el debate a una estrategia de política de migraciones, o a una discusión sobre la vulnerabilidad o necesidad de asistencia de esta población, no sólo es errado sino que es inmoral dada la evidencia de contribución y reducida o nula utilización de beneficios.

III. CONCLUSIÓN: EN BÚSQUEDA DE LA EQUIDAD EN EL PRINCIPIO CONTRIBUTIVO

El principio contributivo establece que la población, en la medida de sus posibilidades, debe contribuir económicamente al financiamiento de la seguridad social. Sin embargo, en los Estados Unidos este principio ha sido usualmente visto como un requisito para legitimar la expansión de beneficios sociales incluso para la población de bajos recursos económicos. El condicionamiento de los derechos ciudadanos a la contribución individual forma parte del tejido de la sociedad americana y ha estado presente en el extendido y accidentado debate sobre la incorporación del seguro de salud en la seguridad social americana. Históricamente, la única forma socialmente aceptable de obtener beneficios de salud era a través de negociaciones privadas entre empleados y empleadores. La enmienda de la Ley de Seguridad Social de 1965 que creó el programa de asistencia médica *Medicaid*, no hizo más que perpetuar la visión de dos caminos de la política social: el camino de los derechos ganados a través de contribuciones, y el camino de la asistencia pública basado en la caridad.

La Ley ACA, promulgada el 23 de marzo de 2010, obliga a casi todos los residentes legales de los Estados Unidos a tener un seguro de salud. El eje central de la Ley es el principio contributivo por parte de ciudadanos, empleadores y, en su versión original, de los estados. Sin embargo, los grandes excluidos de la Ley son los cerca de 11.2 millones de inmigrantes indocumentados que viven en el país. Para ellos, el debate sobre aseguramiento de salud se lleva hacia el terreno de la caridad y la asistencia pública, bajo el supuesto

⁴⁷ Zallman, L. *et al.*, *op. cit.*

de que los indocumentados no satisfacen el principio contributivo. La evidencia contradice este supuesto. Diversos estudios muestran que los inmigrantes indocumentados no solo contribuyen a la seguridad social, sino que su contribución es mayor a los beneficios recibidos. Con ello, la evidencia demuestra una falta de equidad en el principio contributivo bajo el marco de la Ley ACA, por la cual dos grupos de personas con igual contribución reciben beneficios distintos como consecuencia de sus diferencias en estatus migratorio.

Añadir a los inmigrantes indocumentados dentro del marco de la Ley ACA es moralmente correcto porque devuelve la equidad al principio contributivo. Si el principio que justifica el derecho al seguro de salud es la contribución, como ha sido impulsado por los grupos opuestos a la universalización del seguro de salud a lo largo de la historia reciente de los Estados Unidos, entonces los inmigrantes indocumentados no deberían ser excluidos. Una alternativa que restablece la equidad del principio contributivo es que la exclusión al mandato individual de la Ley ACA se base en una prueba de contribución a la seguridad social, en lugar de una prueba de estatus migratorio como plantea actualmente la Ley.

Incluir a los inmigrantes indocumentados no sólo ayudaría a resolver el dilema ético de la Ley, sino que traería importantes beneficios económicos. Primero, la inclusión de los indocumentados en las bolsas de seguros médicos podría reducir el costo de las primas de seguro de salud. Esto porque se trata de una población de bajo riesgo y baja utilización de servicios, lo que contribuiría a reducir el gasto de salud esperado y por tanto las primas de seguros.⁴⁸ Segundo, la inclusión de los indocumentados beneficiaría financieramente a los proveedores de salud. Sin acceso a seguro, muchos indocumentados recurren a hospitales o centros asistenciales de salud que ofrecen ayuda financiera. Bajo la Ley ACA, esta asistencia financiera será reducida paulatinamente, generando importantes descalces económicos en estas instituciones. Si los inmigrantes indocumentados tuvieran seguro, los hospitales asistenciales serían compensados directamente por los seguros de salud, resistiendo el efecto de la menor asistencia financiera pública. Finalmente, la inclusión de los indocumentados beneficiaría financieramente a Medicare, el programa para las personas de 65 años o más. La baja edad promedio de los indocumentados ayuda financieramente a Medicare porque incorpora a un grupo de individuos

⁴⁸ Pourat, N. *et al.*, *op. cit.*

jóvenes cuyos aportes podrán ser acumulados por muchos hacia adelante. Además, estas mismas personas tienen una tendencia a volver a sus países de origen a la edad de retiro laboral, reduciendo los servicios médicos que demanden dentro del territorio de los Estados Unidos.⁴⁹

Sin duda, una solución integral sería aquella que venga con una reforma migratoria en los Estados Unidos que resuelva el estatus legal de los 11.2 millones de inmigrantes indocumentados que residen en el país. Una reforma que permita la inclusión inmediata a beneficios sociales, incluidos los de salud, generaría también importantes beneficios económicos a los Estados Unidos.⁵⁰ Sin embargo, la experiencia reciente muestra la dificultad política de implementar una reforma migratoria integral que resuelva, entre otras cosas, la inclusión a la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Mientras tanto, 11.2 millones de personas continuarán trabajando y viviendo en un país que ofrece muchas oportunidades, pero no el derecho humano básico a la salud.

IV. BIBLIOGRAFÍA

BUCHMUELLER, T. C. *et al.*, “Union effects on health insurance provision and coverage in the United States”, *Industrial And Labor Relations Review*, Estados Unidos, vol. 55, núm. 4, 2002, disponible en: http://links.jstor.org/sici?si_ici=00197939%28200207%2955%3A44%3C610%3AUEOHIP%3E2.0.CO%3B2-L.

CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, “NHE Fact Sheet”, *Website Centers for Medicare & Medicaid Services*, Estados Unidos, 2013, disponible en: <http://www.cms.gov/ResearchStatisticsDataandSystems/StatisticsTrendsandReports/NationalHealthExpendData/NHEFacSheet.html>.

COHEN, W. J. y BALL, R. M., “Social Security Amendments of 1965: Summary and Legislative History”, *Website Social Security Administration*, Estados Unidos, 2012, disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v28n9/v28n9p3.pdf>.

⁴⁹ Zallman, L. *et al.*, *op. cit.*

⁵⁰ Institute on Taxation and Economic Policy, *Undocumented Immigrants’ State and Local Tax Contributions*, Washington D. C., Institute on Taxation and Economic Policy, 2013.

- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE, “The Impact of Unauthorized Immigrants on the Budgets of State and Local Governments”, *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2007, disponible en: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/12-6-immigration.pdf>.
- , “Payments of Penalties for Being Uninsured Under the Affordable Care Act”, *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/45397-IndividualMandate.pdf>.
- CORNING, P. A., *The Evolution of Medicare: From idea to Law*, Washington D. C., Department of Health, Education and Welfare, 1969.
- DISIMONE, R. L., “Social Security Bulletin, Vol. 57 No. 2, Social Welfare Legislation, 1993”, *Website Social Security Administration*, Estados Unidos, 1994, disponible en: <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v57n2/v57n2p63.pdf>.
- ELMENDORF, D. W., “H. R. 4872, Reconciliation Act of 2010”, *Website Congressional Budget Office*, Estados Unidos, 2010, disponible en: <http://www.cbo.gov/publication/21327?index=11355>.
- FROSTIN, P., “Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2010 Current Population Survey”, *Website Employee Benefit Research Institute*, Estados Unidos, 2010, disponible en: http://www.ebri.org/pdf/briefspdf/EBRI_IB_09-2010_No347_Uninsured1.pdf.
- GALLUP (n. d.), “Healthcare System”, *Website Gallup*, Estados Unidos, disponible en: <http://www.gallup.com/poll/4708/healthcare-system.aspx>.
- GORDON, C., *Dead on Arrival: the Politics of Health Care in Twentieth-Century America*, Princeton-Nueva Jersey, Princeton University Press, 2003.
- HEALTH INSURANCE INSTITUTE, *Source Book of Health Insurance Data*, Nueva York, Health Insurance Institute, 1965.
- HOEFER, M. et al., “Estimates of the Unauthorized Immigrant Population Residing in the United States: January 2011”, *Website Department of Homeland Security*, Estados Unidos, 2012, disponible en: http://www.dhs.gov/xlibrary/assets/statistics/publications/ois_ill_pe_2011.pdf.
- INSTITUTE ON TAXATION AND ECONOMIC POLICY, *Undocumented Immigrants’ State and Local Tax Contributions*, Washington D. C., Institute on Taxation and Economic Policy, 2013.
- INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION, “R069-Medical Care Recommendation, 1944 (No. 69)”, *Website International Labour Organization*, Estados Unidos

- Unidos, 1944-2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R069.
- , “C102-Social Security (Minimum Standards) Convention, 1944 (No. 69)”, *Website International Labour Organization*, Estados Unidos, 2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312247:NO.
- , “Ratifications of C102-Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102)”, *Website International Labour Organization*, Estados Unidos, 2012, disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:1300:0::NO:11300:P11300_INSTRUMENT_ID:312247.
- MCGUINESS, J. C. y TROY, T. D., “What CHROs Think about Employee Health Care: A 2014 Snapshot. American Health Policy Institute”, *Website American Health Policy*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.americanhealthpolicy.org/Content/documents/resources/What%20CHROs%20Think%20About%20Health%20Care.pdf>.
- MOLD, A. y REUBI, D., *Assembling Health Rights in Global Context: Genealogies and Anthropologies*, Nueva York, Routledge, 2013.
- NWOSU, C. et al., “Frequently Requested Statistics on Immigrants and Immigration In The United States”, *Website Migration Policy Institute*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.migrationpolicy.org/article/frequently-requested-statistics-immigrantsandimmigration-united-states>.
- PASSEL, J. S. y COHN, D., “Unauthorized Immigrant Totals Rise in 7 States, Fall in 14”, *Website Pew Research Center*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.pewhispanic.org/2014/11/18/unauthorized-immigrant-totals-rise-in-7-states-fall-in-14/>.
- PEW RESEARCH CENTER, “Unauthorized Immigrants in the U.S., 2012”, *Website Pew Research Center*, Estados Unidos, 2014, disponible en: <http://www.pewhispanic.org/interactives/unauthorized-immigrants-2012/>.
- POURAT, N. et al., “Assessing Health Care Services Used by California’s Undocumented Immigrant Population in 2010”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 33, núm. 5, 2013.
- RON, A. et al., *Health Insurance in Developing Countries: the Social Security Approach*, Ginebra, International Labour Office, 1990.

- SHONICK, W., *Government and Health Services: Government's Role in the Development of US Health Services, 1930-1980*, Estados Unidos, Oxford University Press, 1995.
- SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, “Social Security: A Brief History”, *Website Social Security*, Estados Unidos, 2005, disponible en: <http://www.socialsecurity.gov/history/pdf/2005pamphlet.pdf>.
- STEVENS, R., “History and Health Policy in the United States: the Making of a Health Care Industry 1948-2008”, *Social History of Medicine*, Estados Unidos, vol. 21, núm. 3, 2008.
- SUMMERS, C. (N. D.), *History and Health Policy in the United States: The Making of a Health Care Industry, 1948-2008*, Estados Unidos, Industrial & Labor Relations Review, 2008.
- THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION, “Key Facts about The Uninsured Population”, *Website The Henry J. Kaiser Family Foundation*, Estados Unidos, Kaiser Family Foundation, 2015, disponible en: <http://kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/>.
- ZALLMAN, L. *et al.*, “Immigrants Contributed an Estimated \$115.2 Billion more to the Medicare Trust Fund than They Took out in 2002-09”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 32, núm. 6, disponible en: [doi:10.1377/hlthaff.2012.1223](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.1223), 2013.
- ZUCKERMAN, S. *et al.*, “Undocumented Immigrants, Left out of Health Reform, Likely to Continue to Grow as Share of the Uninsured”, *Health Affairs*, Estados Unidos, vol. 30, núm. 10, 1997-2004, disponible en: [doi:10.1377/hlthaff.2011.0604](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0604), 2011. 