

WebMemo

Nº. 2908
20 de mayo de 2010



Publicado por la Fundación Heritage
y Libertad.org

Obamacare y su impacto en los adultos mayores

Dr. Robert E. Moffit

Según las encuestas, ningún grupo de americanos es más escéptico con Obamacare que los adultos mayores [1] — y tienen buenas razones para ello.

Aunque algunos trozos y partes de la masiva ley están diseñados para atraer a los adultos mayores — por ejemplo, más subsidios del contribuyente para las medicinas de Medicare — mucho de lo que se financia durante los diez primeros años se saca de los proyectados ahorros de Medicare, unos \$575 mil millones. A no ser que los ahorros de Medicare se devuelvan al mismo programa, su solvencia continuará debilitándose. La ley no cubre tal eventualidad. Medicare ya está sobrecargado con un pasivo de \$38 billones para el que no hay financiación.

Los planes Medicare Advantage [2], que actualmente atraen a casi uno de cada cuatro adultos mayores, perderán casi la mitad de sus miembros en los próximos diez años. Los adultos mayores, por tanto, serán más dependientes del Medicare tradicional de lo que lo son hoy y tendrán menos posibilidades de elección.

Disposiciones iniciales. Con la Ley de Modernización de Medicare de 2003, el Congreso creó deliberadamente un hueco en la cobertura de medicinas de Medicare (el llamado “hueco de donut”) por el que a los adultos mayores se les exigirá pagar el 100% del costo de sus medicinas hasta una determinada cantidad. Obamacare otorga una devolución de \$250 para los que caigan en el “hueco de donut” y requiere que las compañías farmacéuticas apliquen un descuento

del 50% a las recetas de medicinas no genéricas que caigan en el hueco.

En 2011, Obamacare también impondrá un nuevo impuesto (una “cuota”) sobre la venta de estas medicinas en el programa Medicare y otros planes gubernamentales de salud, que van de \$2,500 millones en 2011 a \$4,100 millones en 2018. Mientras tanto, la ley congelará los pagos a los planes Medicare Advantage y restringirá a los médicos su posibilidad de enviar adultos mayores en Medicare a hospitales especializados donde los médicos sean dueños o participen en la propiedad. En 2013, la ley elimina la deductibilidad en la declaración de impuestos de los generosos subsidios federales para empresarios que faciliten cobertura de medicinas para adultos mayores. Esto podría minar aún más la provisión de cobertura de medicinas recetadas para adultos mayores que cubren los planes de empresa.

Menos opciones en los planes. Con el congelamiento de pagos a Medicare Advantage en 2011, el Congreso ha preparado el camino para la paulatina reducción de acceso y opción de nuestros mayores a los populares planes de salud Medicare Advantage.

Este informe se puede encontrar en inglés en:
<http://report.heritage.org/wm2908>

Este informe se puede encontrar en español en:
<http://www.libertad.org/obamacare-y-su-impacto-en-los-adultos-mayores>

Realizado por el Centro para Estudios de Política de Salud

Publicado por la Fundación Heritage
214 Massachusetts Avenue, NE
Washington, DC 20002-4999

(202) 675-1761 (en español) • heritage.org • libertad.org

Nada de lo aquí escrito debe interpretarse como que necesariamente refleja la opinión de la Fundación Heritage o como un intento de ayudar o entorpecer la aprobación de ley alguna ante el Congreso.

En 2012, la ley empezará a reducir los pagos federales de referencia para estos planes. En 2014, estos planes de salud deberán mantener una tasa de pérdida médica (MLR) — diferencia entre la prima que Ud. paga y lo que la compañía de seguros le paga al médico — del 85% y el titular del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) suspenderá e incluso pondrá fin a la suscripción de planes que incumplan este objetivo.

Se estima que en 2017, la afiliación a Medicare Advantage se reducirá aproximadamente a la mitad, de una previsión de 14.8 millones de miembros (con la ley actual) a 7.4 millones [3]. Debido a las serias carencias en la cobertura de Medicare, incluyendo la ausencia de protección para eventos catastróficos, aproximadamente nueve de cada diez adultos mayores en el programa Medicare tradicional ya necesitan comprar seguro adicional, como por ejemplo, Medigap. Sin Medicare Advantage, millones más de adultos mayores tendrán que pasar por el engorroso proceso de pagar dos primas individuales para cubrir dos planes de salud.

Menor acceso a los médicos. En 2011, la nueva ley concede una bonificación del 10% para los médicos de cabecera y cirujanos generales en áreas con “escasez” de los mismos en Medicare. Es una respuesta insuficiente a un problema creciente.

Cuando empiece en 2011 la jubilación de 77 millones de *baby boomers*, Medicare tendrá que absorber una demanda de servicios médicos sin precedentes. Para la nueva generación de adultos mayores, encontrar un médico va a ser más difícil y los tiempos de espera para las citas médicas serán probablemente más largos. La Asociación Americana de Colegios de Médicos prevé la falta de 124,000 médicos para 2025 [4].

Obamacare no ha mejorado el creciente problema de la prevista escasez de médicos y seguramente la ha empeorado. Según la nueva ley, los médicos dependerán incluso más de los erróneos sistemas de pago del gobierno para recibir sus honorarios. Además, la fórmula de actualización de los pagos a médicos Medicare que diseñó el Congreso, la llamada tasa de crecimiento sostenible (SGR), pone en marcha unos recortes tan drásticos que el Congreso se ve en apuros parlamentarios anualmente para asegurarse de que su propia obra no entre en vigor [5].

La nueva ley amplía Medicaid de manera dramática, un programa de asistencia social que funciona mal y que tiene bajas tasas de reembolso. Esta ampliación supondrá aproximadamente la mitad de los 34 millones de nuevos asegurados [6]. Además, la ley crea una Junta Asesora Independiente de Pagos (IPAB) que recomendará medidas para reducir el gasto de Medicare. Formalmente, la Junta tiene prohibido hacer recomendaciones que racionen la atención médica, que aumenten los ingresos, o que cambien los beneficios, reparto de costos, elegibilidad o subsidios de los beneficiarios de Medicare. Para la Junta, los reembolsos a los médicos y otros profesionales de la salud parecen ser los únicos objetivos posibles. Pero los recortes en los pagos pueden efectivamente racionar la atención.

Más recortes de pagos en Medicare. Según los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS):

Con el tiempo, la reducción sostenida de actualizaciones de los pagos, tomando como base expectativas de productividad difíciles de conseguir, podrían hacer que las tasas de pago de Medicare crecieran más lentamente que, y en

- [1] Por ejemplo, según una encuesta de la *Kaiser Family Foundation* en abril de 2010, el 47% de los adultos mayores esperan un empeoramiento de sus condiciones bajo la nueva ley (www.kff.org).
- [2] Para una descripción del programa Medicare Advantage, véase Robert E. Moffit, “*The Success of Medicare Advantage: What Seniors Should Know*”, Fundación Heritage, Tránsito No. 2142, 5 de diciembre de 2006, en <http://www.heritage.org/research/healthcare/bg2142.cfm>.
- [3] Richard S. Foster, Actuario Jefe, Centros de Servicios Medicare y Medicaid, “*Estimated Financial Effects of the ‘Patient Protection and Affordable Care Act,’ as Amended*”, Departamento de Salud y Servicios Humanos, 22 de abril de 2010, p. 11.
- [4] Asociación Americana de Colegios Médicos, “*AAMC Workforce Conference Examines Reform’s Effect on Physician Supply*”, Alerta de Noticias, 10 de mayo de 2010, en <http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2010/100510f.htm> (17 mayo 2010).
- [5] Para una descripción del pago de Medicare y la Fórmula SGR, véase Dr. John O’Shea, “*The Urgent Need to Reform Medicare’s Physician Payment System*”, Fundación Heritage, Tránsito No. 1986, 5 de diciembre de 2006, en <http://www.heritage.org/Research/Reports/2006/12/The-Urgent-Need-to-Reform-Medicare-Physician-Payment-System>.

una forma no relacionada con, los costos de los proveedores al prestar sus servicios a los beneficiarios. Por tanto, los proveedores para los que Medicare constituye una parte sustancial de su negocio podrían ver difícil seguir siendo rentables y, salvo intervención legislativa, podrían cancelar su participación en el programa (posiblemente, haciendo peligrar el acceso de los beneficiarios a atención médica) [7].

De hecho, el actuario jefe de CMS estima que aproximadamente el 15% de los proveedores de Medicare Parte A —la parte del programa Medicare que paga los costos de hospital— podrían dejar de ser rentables en diez años [8], creando un verdadero problema para los mayores.

Impuestos más altos. Bajo la nueva ley, los adultos mayores van a pagar más impuestos. Los crecientes impuestos sobre las medicinas (con entrada en vigor en 2011) y los aparatos médicos (con entrada en vigor en 2013) afectarán especialmente a los mayores, ya que dependen en mayor grado de estos productos. La gente mayor, por supuesto, tiene mayores costos de salud que los jóvenes. Pero la existente deducción de impuestos para gastos médicos aumentará de 7.5 a 10% sobre la base bruta imponible en 2013. La menor deducibilidad de gastos médicos tiene una excepción para adultos mayores solamente entre 2013 y 2016. De igual modo, la gente mayor tendrá más inversiones que los jóvenes, por lo que sus ingresos se verán más impactados por el nuevo impuesto del 3.8% sobre

los ingresos de inversiones o no devengados por nómina (con efecto en 2013).

Nuevos impuestos a los seguros de salud — tanto impuestos sobre las primas como sobre artículos de uso y consumo — también impactarán a los trabajadores de más edad y a los jubilados. El impuesto federal sobre las primas, con efecto en 2014, se aplicará a los planes Medicare Advantage y a los planes que se ofrece a los jubilados del gobierno federal en el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (FEHBP). De igual modo, desde 2018 hay un nuevo impuesto especial del 40% en los planes conocidos como “planes Cadillac” (aquellos de \$10,220 para cobertura individual y \$27,500 para cobertura de la familia completa). Esto también se aplicará a los planes FEHBP, de los que son miembros los jubilados federales.

Una mejor política. Obligar a médicos y hospitales a seguir nuevas normas y recortar los reembolsos de la atención a los adultos mayores no es una verdadera reforma. Si el Congreso va a reducir Medicare e imponer un duro tope máximo en los pagos para contener el crecimiento del costo per cápita, como mínimo debería mandar esos ahorros de vuelta al programa para así mejorar su solvencia y poner las bases fiscales de una verdadera reforma. Los mayores merecen algo mejor que lo que les da Obamacare.

— El Dr. Robert E. Moffit es el director del Centro para Estudios de Política de Salud de la Fundación Heritage.

[6] Foster, “Estimates of Financial Effects”, p. 6.

[7] *Ibid.*, p. 10.

[8] *Ibid.*