



# Sistemas Nacionales de Salud con Plan Garantizado: Australia y Estados Unidos de América.

## Autoras

---

Maria Pilar Lampert Grassi  
Email: [mlampert@bcn.cl](mailto:mlampert@bcn.cl)

Christine B. Weidenslaufer.  
Email: [cweidenslaufer@bcn.cl](mailto:cweidenslaufer@bcn.cl)

Nº SUP:123185

## Disclaimer

Este documento es un análisis especializado realizado bajo los criterios de validez, confiabilidad, neutralidad y pertinencia que orientan el trabajo de Asesoría Técnica Parlamentaria para apoyar y fortalecer el debate político-legislativo. El tema y contenido del documento se encuentra sujeto a los criterios y plazos acordados previamente con el requirente. Para su elaboración se recurrió a información y datos obtenidos de fuentes públicas y se hicieron los esfuerzos necesarios para corroborar su validez a la fecha de elaboración

## Resumen

---

El establecimiento de un paquete mínimo de servicios de atención de salud por parte de la autoridad- también llamados planes de salud universales o garantizados- que buscan entregar una cobertura básica a todos los ciudadanos y residentes del país, es un elemento común a los sistemas de salud australiano y norteamericano.

Sin embargo, estos últimos se estructuran de forma bastante distinta, basados en supuestos que pudieran considerarse incluso opuestos, según sus enfoques, estructura, funcionamiento y formas de financiamiento.

Por una parte, el sistema de salud australiano, organizado por el Ministerio de Servicios Humanos –que actúa en nombre del Ministerio de Salud-, tiene como objetivo proporcionar a todos los australianos, independientemente de sus circunstancias personales, acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno). Asimismo, el sistema permite al usuario optar, mediante la participación del sector privado, en la entrega de servicios y en el financiamiento.

El sistema de salud, financiado por el gobierno australiano, se encuentra estructurado en base a **Medicare**, principal plan de salud que subsidia la mayoría de los costos médicos. Este se complementa con un **Plan de Beneficios Farmacéuticos (PBS)**, que a su vez subsidia una considerable gama de fármacos esenciales.

Respecto del plan garantizado en salud, se consideran 12 servicios fundamentales: (1) Atención médica, de enfermería, psicología, odontología y otros servicios de salud ambulatoria, a una tarifa definida; (2) cobertura del 100% en servicios de emergencia cuando hay riesgo de morbilidad o mortalidad grave; (3) 100% de los costos de Hospitalización en un hospital público; (4) atención de maternidad y recién nacido; (5) servicios de salud mental y tratamiento de adicciones; (6) servicios a domicilio en casos específicos ; (7) medicamentos a tarifa definida; (8) servicios y dispositivos de rehabilitación; (9) servicios de laboratorio; (10) planes de apoyo para enfermedades crónicas; (11) servicios pediátricos; y (12) servicios para adultos mayores.

Por su parte, en los Estados Unidos de América (EE.UU.), en lugar de un servicio de salud nacional, opera un sistema de atención de salud proporcionado por muchas organizaciones distintas, en una combinación de seguro de salud privado

y cobertura de salud pública. Por tanto, puede describirse mejor como un sistema híbrido.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal organismo del gobierno federal destinado a proteger la salud de los estadounidenses, pero garantiza acceso a la salud solo a quienes son menos capaces de velar por sí mismos. Este esquema está formado por cuatro pilares: **Medicare**, **Medicaid**, el **Programa de Seguro Médico para Niños** y el **Beneficios de Asistencia Médica para Veteranos**. Entre todos, cubren solo al 37,7% de la población, mientras que un 53,5% accede a seguros privados, quedando un remanente de un 8,8% sin acceso a atención de salud.

A partir de marzo del año 2010, con la promulgación del llamado *ObamaCare* (**Patient Protection and Affordable Care Act**, ACA), se realizaron cientos de cambios significativos en el sistema de salud, destinados a expandir el acceso a la cobertura de atención médica, aumentar la protección del consumidor, enfatizar la prevención y el bienestar, y frenar el aumento de los costos de atención médica.

En este marco se desarrolló un plan garantizado en salud, que incluye los 10 beneficios que toda póliza de salud debe incluir: (1) atención ambulatoria, que incluye atención médica, servicios de salud en el hogar y la atención de centro de cuidado residencial o comunitario; (2) servicios de emergencia por afecciones que podrían provocar una discapacidad grave o la muerte; (3) hospitalización; (4) atención de maternidad y recién nacido; (5) servicios de salud mental y tratamiento de adicciones; (6) cobertura en medicamentos con receta; (7) servicios y dispositivos de rehabilitación; (8) servicios de laboratorio; (9) servicios preventivos, servicios de bienestar y tratamiento de enfermedades crónicas; y (10) servicios pediátricos.

## Introducción

---

A solicitud del requirente se comparan los sistemas nacionales de salud de Australia y Estados Unidos de América (EE.UU.), con énfasis en el diseño del plan de salud garantizado que estos países ostentan.

Por una parte, Australia cuenta con un sistema de salud de acceso universal, con una fuerte base estatal tanto de financiamiento como de funcionamiento. Este sistema busca garantizar a todos los australianos, independientemente de sus circunstancias personales, el acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno), servicio que es complementado con la participación de sector privado de aseguradoras.

A diferencia del sistema de salud australiano, en EE.UU., el sistema de atención de salud es proporcionado por muchas organizaciones distintas y, por tanto, puede describirse como un sistema híbrido. Esto significa que la cobertura de atención médica se proporciona a través de una amplia base de seguros de salud privados y cierta cobertura pública, entregada por programas federales y estatales.

El sistema norteamericano de salud basado en seguros privados ha sido altamente cuestionado debido a sus altos costos, a lo poco transparente de las pólizas y a la escasa cobertura ofrecida, pero principalmente, en razón a la gran proporción de norteamericanos que no podían acceder a dichos seguros, y que por tanto no tenía a atención en salud de ningún tipo. En este marco, en marzo de 2010, el presidente Barack Obama promulgó la ley de atención de salud asequible o *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA), también llamado “*ObamaCare*”, normativa que realizó cientos de cambios significativos en el sistema de salud de los EE.UU., entre 2011 y 2019.

Entre las disposiciones del *ObamaCare* se encuentran aquellas que están destinadas a expandir el acceso a la cobertura de atención médica, aumentar la protección del consumidor, enfatizar la prevención y el bienestar, y promover el tratamiento basado en la evidencia y la eficiencia administrativa, en un intento de frenar el aumento de los costos de atención médica.

El presente documento explica ambos sistemas de salud, su estructura, características, funcionamiento y financiamiento, para luego detallar en particular los planes de salud garantizados que estos contemplan. Este documento corresponde al sexto de una serie que desarrolla los sistemas de salud, donde ya se han revisado los casos de Argentina, Chile, España y Ecuador.

## I. El Sistema Nacional de Salud de Australia

---

Según el *Health, Education and Training Institute* (HETI), el sistema de salud australiano tiene como objetivo proporcionar a todos los australianos, independientemente de sus circunstancias personales, acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno), permitiendo la elección mediante una participación del sector privado, en la entrega de servicios y en el financiamiento.

En el marco de un sistema federal, compuesto de seis estados y dos territorios<sup>1</sup>, el gobierno federal (*Commonwealth*)<sup>2</sup> gestiona el sistema de salud, otorgándole un rol fundamental al Ministerio de Servicios Humanos (*Department of Human Services*), el que actúa en nombre del Ministerio de Salud, según la *Human Services Legislation Amendment Act 2011*.

En términos de financiamiento, el 43% del gasto total es realizado por el gobierno federal y el 25% a través de otros niveles de la Administración. Esto le da al gobierno central un papel dominante en la formulación de las políticas públicas en salud<sup>3</sup>.

Si bien los estados federados y los gobiernos locales dependen de los recursos económicos y de los lineamientos de política pública que le entregue el gobierno central, estos son los principales

---

<sup>1</sup> En Australia, los territorios y los estados funcionan de manera similar, con parlamentos propios. Solo hay diferencias en las materias que le son propias a la legislación federal (sección 51, Constitución australiana).

<sup>2</sup> El nombre oficial del país es *Commonwealth of Australia*.

<sup>3</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

responsables de entregar las prestaciones y gestionar los servicios públicos de salud. Siendo un sistema de salud de provisión mixta, con proveedores de servicios de salud del sector público y privado, los estados y los gobiernos locales, además de la gestión del sistema público, deben mantener relación directa con los proveedores de atención médica, incluyendo la regulación de los profesionales y de los hospitales privados<sup>4</sup>.

A la base del sistema financiado por el gobierno australiano se encuentra **Medicare**, principal plan de salud que provee de acceso universal en salud a todos los ciudadanos australianos y residentes permanentes, que subsidia la mayoría de los costos médicos. Sumado a este se ha desarrollado un programa de beneficio farmacológico, también financiado por el gobierno federal y que subsidia una considerable gama de fármacos.

Complementando el sistema público, se ha desarrollado una oferta de fondos privados de seguro de salud (*Private health insurance funds*). Aunque en la actualidad existe una variada oferta de este tipo de fondos, el grueso del mercado está cubierto por 4 de ellos, los que están altamente regulados<sup>5</sup>.

También existen planes específicamente diseñados para algunas poblaciones en particular, como son los veteranos de las fuerzas armadas australianas y para los pueblos originarios.

El Medicare Australia se financia principalmente con fondos públicos, sumado a un impuesto a la renta destinado a salud (2% de la renta imponible) y un copago, de un 17%. En total, el gasto en salud se constituye en el 9% del PIB de Australia<sup>6</sup>.

A continuación, se explica el funcionamiento de los dos subsistemas de salud australiano –público y privado— y, en particular, las características del plan garantizado de salud.

## 1. El subsistema público de salud

El sistema universal de atención de salud australiano está financiado principalmente por Medicare, programa que cubre una gran parte del costo de los servicios de salud, incluyendo los costos de los hospitales tanto públicos como privados<sup>7</sup>.

Los hospitales públicos son de propiedad estatal y son operados por los gobiernos estatales y territoriales, que también ofrecen una variedad de servicios en salud mental, dental, promoción de la salud, salud escolar y programas de salud comunitaria<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> Health, Education and Training Institute, 2017.

<sup>5</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>6</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>7</sup> Health, Education and Training Institute, 2017.

<sup>8</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

En virtud de los acuerdos de financiamiento celebrados con la *Commonwealth*, todos los australianos inscritos en Medicare tienen derecho a tratamiento gratuito como “paciente público” en un hospital público. Esto significa que cada paciente tendrá un médico tratante asignado por el hospital, así como una fecha de atención acorde a su urgencia médica, su patología y la disponibilidad de médicos<sup>9</sup>.

Todas las prestaciones que cubre el servicio de salud están incluidas en el programa de beneficios de Medicare o *Medicare Benefits Schedule Book (MBS)*, donde se establece una tarifa por cada insumo o servicio cubierto por Medicare y el Gobierno paga un reembolso fijo. Hasta hace poco, los pagos de MBS estaban limitados a los servicios prestados por médicos, pero ahora también están disponibles para servicios de enfermería, psicología, odontología y otros servicios de salud. Sin embargo, para que se encuentre cubierto el beneficio estos servicios deben ser entregados como parte de un “programa de cuidado” (*planned program of care*), específicamente solicitado por el médico de cabecera del paciente<sup>10</sup>.

### a) Cobertura de Medicare

El sistema de Medicare tiene tres partes: hospital, gastos médicos y farmacia<sup>11</sup>:

#### i. Hospital

Contempla el 100% de cobertura en condición de “paciente público” en un hospital público, por un médico designado por el hospital y en la fecha que el hospital determine<sup>12</sup>.

#### ii. Gastos médicos

Medicare cubre el 100% de la tarifa del MBS para un médico general y 85% de la tarifa del MBS para un especialista en atención ambulatoria. El costo que debe cubrir el paciente se denomina “*payment gap*” o “*patient gap*”, que para el año 2019 quedó fijado en un máximo de \$84,70 dólares australianos<sup>13</sup> al año<sup>14</sup>.

Para estos casos, si el médico factura directamente a Medicare (sistema llamado “*bulk billed*”), el paciente no tendrá que pagar nada, ya que el médico acepta el beneficio de Medicare como pago total de sus servicios. Pero, debido a que los profesionales médicos pueden fijar sus propias tarifas, estos podrían no aceptar el beneficio de Medicare. En esos casos, el médico envía la cuenta directamente al paciente y este es el encargado de pagar y luego recuperar el dinero que corresponde desde Medicare (sistema llamado “*patient account*”)<sup>15</sup>.

<sup>9</sup> Medicare, 2017.

<sup>10</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>11</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>12</sup> Private health Insurance Ombudsman 2017; Department of Health, 2019b.

<sup>13</sup> Aproximadamente \$44.000 pesos chilenos.

<sup>14</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>15</sup> Department of Health, 2019b.

En resumen, alrededor de un 70% de todos los servicios médicos son “*bulk billed*”, esto significa que Medicare se hace cargo del costo sin copago<sup>16</sup>.

### iii. Farmacia

Bajo el Plan de Beneficios Farmacéuticos (PBS, por sus siglas en inglés), el paciente paga sólo una parte del costo de la mayoría de los medicamentos recetados y comprados en farmacias. El resto del costo está cubierto por el PBS y por tanto es subsidiado por el Estado. Para ello se debe presentar la tarjeta de Medicare para obtener este beneficio.

Para mantener un límite en los gastos farmacológicos, el Gobierno y las empresas farmacéuticas negocian directamente los precios. Además, todos los nuevos fármacos agregados al PBS deben ser recomendados para ser listados por un comité independiente, llamado Comité Asesor de Beneficios Farmacéuticos (PBAC, por sus siglas en inglés). Esta recomendación se basa en una evaluación de seguridad, efectividad y costo-efectividad, siendo Australia el primer país en introducir un requisito obligatorio para la eficacia comparativa y la evaluación económica<sup>17</sup>.

### b) Medicare Safety Net

Para ayudar a quienes incurren en costos médicos más altos de lo normal, se han establecido redes de seguridad de Medicare (*Medicare Safety Net*). Estas proporcionan, tanto a personas solteras como a familias, un reembolso adicional cuando estas alcanzan un umbral anual de copagos (determinado en base al año calendario) por servicios extra hospitalarios de Medicare.

Hay dos redes de seguridad:

#### i. Red de seguridad original de Medicare

En el marco de la red de seguridad original de Medicare (OMSN, por sus siglas en inglés), una vez que una persona alcanza un umbral anual de gasto en servicios médicos extra hospitalarios -que para 2019 es de \$470 dólares australianos<sup>18</sup>-, el reembolso de Medicare se incrementa a un 100% de la tarifa fijada por el MBS<sup>19</sup>.

#### ii. Red de seguridad extendida de Medicare

La red de seguridad extendida de Medicare (EMSM, por sus siglas en inglés) se introdujo por primera vez en marzo de 2004, entregando un beneficio extra a determinadas personas y familias con altos

<sup>16</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>17</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>18</sup> Department of Human Services, 2019a.

<sup>19</sup> Department of Human Services, 2019b.

costos en copagos médicos. Así, una vez que se alcanza un umbral anual en los copagos de los servicios extra hospitalarios de Medicare -para el año 2019 fue de \$2.133 dólares australianos<sup>20</sup>-, la EMSM paga tanto la tarifa fijada del servicio en el porcentaje correspondiente, más un monto adicional para cubrir el copago<sup>21</sup>.

Este monto adicional puede ser el 80% del monto del copago o el copago de EMSN beneficio extendido. Se aplica siempre el monto que sea más alto. El EMSN beneficio extendido (EMSN *benefit caps*) son montos asociados a determinadas prestaciones y servicios a modo de disminuir el copago. Este beneficio aplica principalmente para las siguientes prestaciones y servicios<sup>22</sup>:

- Reproducción asistida (En código MBS, identificados del 13200 a 13251)<sup>23</sup>.
- Servicios obstétricos (16399 al 16406).
- Ultrasonido en embarazo (55700 al 55730).
- Servicios de matrona (82100 al 82125; 82130 al 82140).

## 2. El subsistema privado de salud

Desde 1996, ha habido incentivos desde el Estado para, por una parte, alentar la compra de seguros privados y así descongestionar el sistema público de salud australiano, mientras que por otra parte se castiga el no participar del sistema privado. Así, se estableció un descuento del 30% en las primas de seguros privados, reduciendo efectivamente el costo. Al mismo tiempo, el Estado aumenta la tasa impositiva sobre la renta para los mayores ingresos que no tomen cobertura privada (*Medicare levy surcharge*)<sup>24</sup>.

Aunque Medicare ofrece atención médica asequible, accesible y de alta calidad para ciudadanos y residentes permanentes, el sistema privado se ha desarrollado para dar más opciones de atención a las personas y cubrir aquellas cosas que el Medicare no cubre<sup>25</sup>.

Los pacientes que han tomado un seguro privado se benefician de los subsidios de Medicare para los servicios en hospitales públicos y privados, para atención médica<sup>26</sup> y también para aquellos costos médicos por servicios ambulatorios no cubiertos por Medicare<sup>27</sup>.

<sup>20</sup> Aproximadamente \$ 1.115.000 pesos chilenos.

<sup>21</sup> Department of Human Services, 2019b.

<sup>22</sup> Department of Health, 2018.

<sup>23</sup> Para que existe cobertura y participación en OMSN y EMSN, la reproducción asistida debe ser derivada desde el médico de cabecera o médico general (*General Practitioner, GP*). IVF Australia, s/f.

<sup>24</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>25</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>26</sup> Health, Education and Training Institute, 2017.

<sup>27</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

### a) Asegurados y tipos de seguros médicos privados

En la actualidad cerca del 50% de los australianos han tomado un seguro privado de salud, aunque los mayores usuarios del sistema privado en servicios de hospital son los adultos mayores (de entre 60 y 79 años de edad) y mujeres de entre 20 y 30 años de edad, quienes lo usan para cuidado maternal<sup>28</sup>.

Existen seis categorías de membresía que brindan cobertura para individuos y para diferentes grupos familiares<sup>29</sup>:

- Soltero (un adulto).
- Pareja (dos adultos).
- Familia (dos adultos y niños dependientes<sup>30</sup>).
- Familia con un jefe de hogar (un adulto y niños dependientes).
- Familia extendida con un jefe de hogar (un adulto dependiente y/o joven dependiente) y niños
- Familia extendida (2 adultos, dependientes y/o un joven dependiente) y niños.

Existen dos tipos de seguro médico privado<sup>31</sup>:

- las políticas hospitalarias y
- las políticas generales de tratamiento (a veces conocidas como auxiliares o extras) que cubren un tratamiento auxiliar (por ej. dental, fisioterapia).

Entre las coberturas hospitalarias existen cuatro grupos<sup>32</sup>:

- Público: cubre los beneficios mínimos para el tratamiento solo en hospitales públicos y permite elegir médico, pero se aplican listas de espera.
- Básico: cubre solo los tratamientos básicos enumerados en el programa de beneficios de Medicare (MBS) y los beneficios generalmente son limitados.
- Medio: cubre todos los servicios incluidos en la cobertura básica y más, aunque algunos tratamientos todavía están excluidos o restringidos.
- Superior: cubre todos los tratamientos de MBS, con pocas o ninguna restricción o exclusión.

También es posible elegir algunos servicios de tratamiento general dependiendo del interés y necesidades de la persona o grupo familiar.

<sup>28</sup> The Conversation, 2015.

<sup>29</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>30</sup> Niño hasta 18 años o estudiante hasta 24 años

<sup>31</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>32</sup> Finder, 2019.



## **b) Cobertura del sistema privado**

El sistema de salud privado cubre una serie de servicios en hospital, servicios médicos, farmacia y ambulancia que el Medicare no cubre<sup>33</sup>.

### **i. Hospital**

El seguro permite optar por ser tratado como un paciente privado en un hospital público, mediante un copago. Los pacientes privados tienen la opción de libre elección, es decir, el paciente selecciona el médico que es responsable de su cuidado. En la práctica, estos son los mismos médicos del paciente público, pero el médico cobra directamente al paciente privado por su atención médica<sup>34</sup>. El paciente asegurado en el sistema privado también tiene acceso al hospital privado.

Si elige ser tratado como paciente privado en un hospital (público o privado), Medicare le cubre el 75% de la tarifa del MBS por los costos médicos asociados<sup>35</sup>. Del porcentaje restante, una parte será cubierta por la aseguradora privada, dependiendo del plan contratado, y el resto en forma privada por el asegurado.

Los seguros privados también cubren en el extranjero y aquellas prestaciones que no son clínicamente necesarias como las cirugías plásticas.

### **ii. Servicios médicos**

Como ya se señaló a propósito del subsistema público, en las atenciones médicas ambulatorias, Medicare reembolsa al paciente el 100% de la tarifa MBS para un médico general y el 85% de la tarifa MBS para un especialista. Esto aplica independientemente de si tiene un seguro médico privado o no<sup>36</sup>.

Hay veces en que el costo del médico es mayor que la tarifa establecida por el MBS para el servicio. Esta diferencia se llama "*payment gap*" y debe ser cubierta por el paciente. Sin embargo, el seguro privado entrega prestaciones que Medicare no cubre, entre las que se encuentran: atención odontológica, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia visual, servicios de quiropráctica, podología o psicología, anteojos y lentes de contacto.

### **iii. Farmacia**

Se puede tomar seguro para cubrir aquellas medicinas que no están cubiertas bajo el plan de beneficios farmacéuticos (PBS, por sus siglas en inglés).

<sup>33</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>34</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>35</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>36</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

#### iv. **Ambulancia**

Medicare no cubre ambulancias, mientras los seguros privados puede cubrir su uso.

### 3. **Plan Garantizado en Salud**

El sistema australiano garantiza a toda la población, independientemente de sus circunstancias personales, acceso a la atención sanitaria a un costo asequible (o sin costo alguno), permitiendo la elección mediante una participación del sector privado, en la entrega de servicios y en el financiamiento. En este marco, el sistema ofrece los siguientes servicios garantizados: a) ambulatorios para pacientes, b) de urgencia, c) hospitalización, d) atención de maternidad y recién nacido, e) salud mental y tratamiento de adicciones, f) servicios a domicilio, g) medicamentos con receta, h) rehabilitación, i) laboratorio, j) apoyo para enfermedades crónicas, k) servicios pediátricos, y l) servicios para adultos mayores.

#### a) **Servicios ambulatorios para pacientes (gastos médicos)**

La atención que reciba un paciente será definida por las prestaciones que cubre el servicio de salud, las que están incluidas en el MBS (programa donde se establece una tarifa por cada insumo o servicio cubierto por Medicare). En particular, Medicare proporciona beneficios para, honorarios médicos de consulta (incluyendo especialistas), así como también honorarios de enfermería, psicología, odontología, optometría y otros servicios de salud.

#### b) **Servicios de urgencia**

Se ofrece cobertura al 100% para casos de urgencia, tales como en las siguientes circunstancias<sup>37</sup>:

- i. riesgo de morbilidad o mortalidad graves;
- ii. sospecha de insuficiencia aguda de órganos o sistemas;
- iii. padecimiento de una enfermedad o lesión en la que la viabilidad o función de una parte del cuerpo u órgano es aguda;
- iv. ante una sobredosis de drogas, afección por una sustancia tóxica o por el efecto de una toxina;
- v. padecimiento de un trastorno psiquiátrico grave, por el cual la salud del paciente o de otras personas se encuentra en riesgo inmediato;
- vi. padecimiento de un dolor agudo severo, donde se sospecha que la viabilidad o función de una parte del cuerpo o algún órgano se encuentra amenazado;
- vii. ante una hemorragia aguda grave que requiera evaluación y tratamiento urgentes; y
- viii. cuando el departamento de emergencia de un hospital lo define como emergencia.

---

<sup>37</sup> Department of Health, 2019b.

### c) Hospitalización

Contempla el 100% de cobertura en condición de paciente público en un hospital público, por un médico designado por el hospital y en la fecha que el hospital determine<sup>38</sup>. La atención que recibe como paciente del hospital incluye día cama, medicamentos que reciba durante su estadía en el hospital, los servicios del personal no médico, los gastos de quirófano, y las pruebas de laboratorio y de otro tipo. Medicare no cubre los servicios de ambulancia y la atención de profesionales médicos (que son cubiertos bajo el ítem de gastos médicos)<sup>39</sup>.

### d) Atención de maternidad y recién nacido

Medicare cubre la atención prenatal, parto y posnatal durante los primeros 6 semanas, proporcionado por parteras a elección de la mujer (para ser elegibles deben estar certificadas e inscritas). Las parteras elegibles deben elaborar un plan de cuidado maternal y pueden solicitar para sus pacientes ciertos servicios de imágenes de diagnóstico y exámenes clínicos por patología así como derivar pacientes a obstetras y pediatras si fuese necesario (también a elección)<sup>40</sup>.

### e) Servicios de salud mental y tratamiento de adicciones

Los tratamientos de salud mental son coordinados por el médico de cabecera o *General Practitioner* (médico de salud primaria), tanto para intervención temprana, evaluación y manejo de pacientes con trastornos mentales. La cobertura del plan incluyen las referencias para tratamiento de psiquiatras, psicólogos clínicos y otros trabajadores de salud mental<sup>41</sup>.

La atención está disponible para un rango de trastornos clínicamente diagnosticables que interfieren significativamente con las habilidades cognitivas, emocionales o sociales de un individuo. Para las personas con abusos de drogas y alcohol se considera la atención profesional en instituciones especializadas (el uso de tabaco no se considera ni problema de salud mental ni candidato a tratamiento por adicciones)<sup>42</sup>.

### f) Servicios a domicilio

Medicare entrega dos tipos de servicios a domicilio:

- i. Servicios para pacientes que no pueden movilizarse a la consulta de un oftalmólogo u optometrista para un tratamiento.

<sup>38</sup> Private Health Insurance Ombudsman, 2017.

<sup>39</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>40</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>41</sup> Trabajador social, profesional de salud aborigen, trabajador de salud aborigen, trabajador de salud mental, entre otros.

<sup>42</sup> Department of Health, 2019b.

- ii. Servicio de gestión de medicación domiciliaria o *Domiciliary Medication Management Review* (DMMR), cuya finalidad es maximizar el beneficio al paciente de su régimen de medicamentos y prevenir problemas relacionados por el consumo de dichos medicamentos. Este servicio está dirigido a pacientes para quienes el uso adecuado de los medicamentos puede ser un tema o para quienes corren el riesgo de sufrir una mala medicación debido a factores como sus comorbilidades, edad o circunstancias sociales, las características de sus medicamentos, la complejidad de su régimen de tratamiento con medicamentos o la falta de conocimiento y habilidades para usar los medicamentos de la mejor forma<sup>43</sup>.

### **g) Medicamentos con receta**

El programa PBS brinda a los australianos acceso oportuno, confiable y asequible a medicamentos esenciales<sup>44</sup>, independientemente de donde vivan. A través de un subsidio estatal, el usuario paga sólo una parte del costo de la mayoría de los medicamentos recetados y comprados en las farmacias. Para el 2019, el copago podía ser de hasta \$40,30 dólares australianos<sup>45</sup> por un medicamento recetado, y de \$6.50 si el consumidor tiene una tarjeta de concesión válida (adultos mayores, estudiantes full time, niños en Foster Care, personas de bajos ingresos). En la actualidad, el PBS cubre 600 drogas en 1.500 formulaciones farmacéuticas, lo que corresponde al 90% de todas las recetas en Australia<sup>46</sup>.

Complementando el PBS se encuentra el *Repatriation Schedule of Pharmaceutical Benefits* (RPBS), que es administrado por el Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) y apoya a veteranos elegibles, viudas y viudos de guerra y sus dependientes<sup>47</sup>.

### **h) Servicios y dispositivos de rehabilitación**

Los servicios de rehabilitación están disponibles en al menos uno de los siguientes casos<sup>48</sup>:

- i. evaluación y valoración de los requisitos de rehabilitación de un paciente, cuando éste presente afecciones médicas que pueden verse afectadas por su entorno de trabajo o empleabilidad;
- ii. manejo de afecciones médicas que pueden afectar la capacidad del paciente en el empleo o para volver a trabajar después de un accidente no compensable, lesión o enfermedad;
- iii. evaluación y/o manejo de la condición médica de un paciente, cuya causalidad puede estar relacionada con exposiciones agudas o crónicas por peligros o toxinas ambientales científicamente aceptados.

<sup>43</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>44</sup> Medicines Partnership of Australia, 2013.

<sup>45</sup> Aproximadamente \$21.000 pesos chilenos.

<sup>46</sup> The Commonwealth Fund, 2017.

<sup>47</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>48</sup> Department of Health, 2019b.

También hay un plan especial llamado *External Breast Prosthesis Reimbursement Program*, dirigido a personas que a raíz de un cáncer han perdido los senos<sup>49</sup>.

#### **i) Servicios de laboratorio**

El plan incluye exámenes para diagnosticar una lesión, enfermedad o afección, o para controlar la efectividad de un tratamiento en particular. Se incluyen exámenes preventivos, como los exámenes de detección de cáncer de tiroides, cáncer de seno y cervical y los exámenes de próstata, para toda la población<sup>50</sup>.

#### **j) Apoyo para enfermedades crónicas**

Comprende un plan de manejo para enfermedades crónicas (asma, enfermedad del corazón, diabetes, artritis, cáncer, entre otras)<sup>51</sup>, el que es coordinado por el GP y gestionado por un equipo denominado *Team Care Arrangement* (TCA)<sup>52</sup>, formado por: trabajadores de la salud para la población aborigen, dietistas y trabajadores del área de la salud mental, como terapeutas ocupacionales, psicólogos, entre otros.

#### **k) Servicios pediátricos**

Los servicios de cuidado infantil cubren: (i) cuidado del recién nacido<sup>53</sup>, (ii) atención dental, (iii) costos para el cuidado del labio leporino y el paladar hendido, (iv) inmunizaciones, (v) planes de cuidado para niños con discapacidad significativa o permanente, (vi) programa para niños con autismo, y (vii) atención de optometristas (anteojos y lentes de contacto)<sup>54</sup>.

#### **l) Servicios para adultos mayores**

Los servicios para adultos mayores incluyen: (i) plan de cuidados para el adulto mayor; (ii) servicios preventivos que incluyen un plan de vacunas y un plan de ejercicios; (iii) plan de manejo de enfermedades crónicas; (iv) plan de manejo de la incontinencia urinaria y, (v) manejo de la pérdida auditiva<sup>55</sup>.

---

<sup>49</sup> Department of Human Services, s/f.

<sup>50</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>51</sup> Department of Health, 2014b.

<sup>52</sup> Coordination of Team Care, 2018

<sup>53</sup> Department of Health, 2019b.

<sup>54</sup> Department of Human Services, 2019c.

<sup>55</sup> Department of Human Services, 2019d.

## II. El Sistema Nacional de Salud de Estados Unidos de América

---

En los EE.UU. no existe cobertura de atención médica universal. Solo recientemente se promulgó la Ley de Cuidados de la Salud Asequibles (*Patient Protection and Affordable Care Act, ACA*), también llamado *ObamaCare*, una legislación que exige cobertura de salud para casi todos. Esta ha entrado en vigencia por etapas, concluyendo su primera etapa de instalación al año 2014 y entrando en vigencia plena durante el año 2019.

En lugar de operar un servicio de salud nacional, un sistema de seguro de salud nacional de un solo pagador, o un fondo de seguro de salud universal de múltiples pagadores, el sistema de atención de salud de los EE.UU., se desarrolla mediante distintos instrumentos que cubren distintos segmentos de la población. En consecuencia, puede describirse mejor como un sistema híbrido, donde la cobertura de atención médica se proporciona a través de una combinación de seguro de salud privado y cobertura de salud pública<sup>56</sup>.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS, por sus siglas en inglés) es el principal organismo gubernamental destinado a proteger la salud de los estadounidenses y les proporciona servicios sociales esenciales, especialmente para quienes son menos capaces de velar por sí mismos<sup>57</sup>. Esto se realiza a través de los programas **Medicare**, **Medicaid**, el **Programa de Seguro Médico para Niños** (*Children's Health Insurance Program, CHIP*), y el programa de **Beneficios de Asistencia Médica para Veteranos**.

La cobertura en salud entregada a nivel gubernamental, llega a un 37,7% de la población, pero la mayoría de las prestaciones son realizadas por entidades privadas<sup>58</sup>. Esto porque las aseguradoras y los establecimientos de salud, mayormente de propiedad y operados por empresas del sector privado, cubren gran parte del mercado de la salud. Para el año 2017, solo el 19% de los hospitales eran públicos -sean hospitales del gobierno federal (3%) o de gobiernos estatales o locales (16%)- mientras el 79%<sup>59</sup> eran privados -48% de organizaciones sin fines de lucro y 21% con fines de lucro, sumados a los hospitales psiquiátricos privados (10%)<sup>60</sup>.

Por su parte el sistema de seguros privados cubre al 67,2% de la población, donde el 56% de estos es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleador y empleado<sup>61</sup>. Las personas pueden complementar seguros ya sea los entregados por el gobierno o los tomados en forma colectiva, con seguros individuales contratados en el sistema privado, o también complementar seguros individuales. Sin embargo, la mayoría de las personas (77,8%) tiene un solo tipo de seguro durante el año calendario y solo un 22,2% que tiene más de un seguro<sup>62</sup>.

---

<sup>56</sup> DPE, 2016.

<sup>57</sup> OPS, 2002.

<sup>58</sup> CMS, 2018.

<sup>59</sup> El resto corresponde a hospitales en prisiones, centros de atención escolar etc.

<sup>60</sup> AHA, 2019.

<sup>61</sup> U.S Census Bureau, 2017.

<sup>62</sup> U.S Census Bureau, 2017.

En síntesis, para el año 2017, la mayoría de las personas (91,2 %) tenía algún tipo de cobertura en salud en algún momento durante el año calendario, mientras el 8,8% (28,5 millones de personas) no tuvo ningún tipo de seguro en el mismo período, sea porque no pudo pagar un seguro privado por su alto costo, porque en su contrato laboral no se estipulaba seguro alguno o porque su sueldo era demasiado alto (o no cumplía los requisitos) para el sistema de salud del gobierno. Pero, al analizar estos porcentajes por estado se observa que la variación es alta, donde el estado con más bajo porcentaje de personas sin seguro fue Massachusetts, con 2,8%, y el más alto, Texas, con 17,3%<sup>63</sup>.

Respecto de los fármacos, según datos de Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OCDE), se estima que los estadounidenses tienen el gasto en medicamentos más alto del mundo, con un promedio de US\$1.200 al año en medicinas recetadas<sup>64</sup>. Una de las principales críticas en este ámbito, es que los precios de los medicamentos básicamente han sido fijados por las empresas farmacéuticas, ya que hasta poco tiempo no existía un mecanismo directo de control de precios ni una política que tratara de dar acceso directo a los medicamentos, bajo receta, a toda la población del país<sup>65</sup>. Tanto la Agencia Federal de Medicamentos y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA), el organismo regulador de medicamentos por excelencia, como las leyes aprobadas en los últimos años (*Fast track act* y *Orphan Drug Act*,)<sup>66</sup> han logrado, por una parte incrementar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, y por otra han protegido la propiedad intelectual de la industria farmacéutica, agilizando la aprobación de medicamentos que se estima de gran importancia o alentando el desarrollo de medicamentos para el tratamiento de enfermedades de baja prevalencia. Solo la Ley Hatch-Waxman (*Drug Price Competition and Patent Term Restoration Act* de 1984)- que fue concebida para inyectar competencia al mercado de medicamentos de venta bajo receta-ha permitido disminuir el costo del desarrollo de productos genéricos y por tanto, ha logrado controlar precios en el mercado libre<sup>67</sup>.

Finalmente, de acuerdo a las estimaciones oficiales del gasto total en atención médica en los EE.UU. (*National Health Expenditure Accounts*, NHEA), realizadas desde 1960 -que miden los gastos anuales en bienes y servicios de atención médica, las actividades de salud pública, la administración gubernamental, el costo neto del seguro privado de salud y las inversiones relacionadas con la atención médica<sup>68</sup>, dicho gasto creció 4.6% en 2018, alcanzando US\$3.6 billones en total o US\$11.172<sup>69</sup> por persona. Como parte del Producto Interno Bruto de la nación, el gasto en salud representó el 17,7%<sup>70</sup>.

---

<sup>63</sup> U.S Census Bureau, 2017.

<sup>64</sup> BBC Mundo, 2019.

<sup>65</sup> Stahl, 2009.

<sup>66</sup> Stahl, 2009.

<sup>67</sup> Stahl, 2009.

<sup>68</sup> CMS, 2019.

<sup>69</sup> Aproximadamente \$8.455.000 pesos chilenos.

<sup>70</sup> CMS, 2019.

## 1. El subsistema público de salud

### a) Medicare

Medicare es el programa de seguro de salud de los EE.UU. para las personas mayores de 65 años de edad. Las personas menores de 65 años también pueden tener derecho a Medicare si tienen ciertas condiciones, como fallo renal permanente o esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig). El programa ayuda con los gastos de cuidado de salud, pero no cubre todos los gastos médicos ni la mayoría de los gastos de cuidado a largo plazo. Para cubrir los gastos que Medicare no cubre, se puede complementar a través de una póliza suplementaria (llamada *Medigap*) ofrecida por compañías privadas de seguros<sup>71</sup>.

Medicare es financiado parcialmente por los impuestos de nómina pagados por trabajadores y sus empleadores, y por las primas mensuales, que son deducidas de los cheques del Seguro Social<sup>72</sup>.

Si bien hay leyes federales y estatales que definen lo que debería cubrir el Medicare, así como también lineamientos de Medicare respecto a la cobertura nacional, ésta también va a depender de las decisiones de cobertura locales tomadas por las empresas que procesan reclamaciones para Medicare en cada estado. Estas empresas deciden si algo es necesario por razones médicas, y debería estar cubierto en su área<sup>73</sup>.

El programa está compuesto por cuatro partes. Generalmente, un plan de salud de Medicare es ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare, para proporcionar Medicare Parte A (seguro de hospital) y Medicare Parte B (seguro médico), y los beneficios son para las personas que se inscriben en el plan<sup>74</sup>. Ni la Parte A ni la B cubren cuidados de acompañante, atención odontológica, exámenes oculares relacionados con lentes recetados, cirugía estética ni audífonos y exámenes para ajustarlos<sup>75</sup>. En mayor detalle, las partes de Medicare son las siguientes:

- i. **Parte A (seguro de hospital):** ayuda a pagar las estadías en un hospital, atención en un centro de enfermería especializado (luego de una hospitalización), los cuidados en residencias para enfermos terminales y algunos servicios de cuidado de salud en el hogar<sup>76</sup>.
- ii. **Parte B (seguro médico):** ayuda a pagar los servicios de doctores y otros proveedores de cuidado de salud, servicios ambulatorios, ambulancias, cuidado de salud a domicilio, equipo médico, salud mental y algunos medicamentos<sup>7778</sup>. A su vez, esta parte está compuesta de dos

<sup>71</sup> Seguro Social.gov, 2019.

<sup>72</sup> Seguro Social.gov, 2019.

<sup>73</sup> Medicare (s/f).

<sup>74</sup> Medicare, s/f.

<sup>75</sup> Medicare, s/f.

<sup>76</sup> Medicare, s/f.

<sup>77</sup> Medicare, s/f.

<sup>78</sup> Medicare, 2019



subpartes: **servicios necesarios por razones médicas** (los servicios o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica) y los **servicios preventivos** (cuidado de salud para prevenir enfermedades, como la gripe, o detectarlas en una etapa temprana)<sup>79</sup>.

Para la mayoría de los beneficiarios, el gobierno paga una porción sustancial: aproximadamente un 75% de la prima mensual de la Parte B y el beneficiario paga el 25% restante<sup>80</sup>.

Para el caso de los ingresos altos, la ley requiere un ajuste a las primas mensuales de la Parte B y las primas mensuales de los planes de Medicare para medicamentos recetados, que son más altas que el resto de los beneficiarios. Este aumento en la primas afectan a un 5% de los beneficiarios y podrían ser equivalente a 35%, 50%, 65%, 80% u 85% del costo total, dependiendo de los ingresos que informe al IRS<sup>81</sup>.

- iii. **Parte C (Medicare Advantage):** incluye todos los beneficios y servicios cubiertos bajo las Partes A y B, más un serie de beneficios adicionales según el plan que se contrate<sup>82</sup>. Por tanto, para acceder a este plan ya se debe ser beneficiario de las Parte A y B<sup>83</sup>.

La mayoría de los planes de Medicare tienen considerado los medicamentos recetados, pero dependerá del plan la existencia de copago y su monto<sup>84</sup>.

- iv. **Parte D (medicamentos):** ayuda a cubrir los costos de los planes de seguros para medicamentos recetados<sup>85</sup>.

## b) Medicaid

Medicaid es un programa conjunto federal y estatal que proporciona cobertura de salud gratuita o de bajo costo a personas de bajos ingresos, familias y niños, mujeres embarazadas, personas mayores y personas con discapacidad. El gobierno federal proporciona una porción del financiamiento y establece pautas para el programa, el que varía de un estado a otro. También puede adoptar nombres diferentes, como “Asistencia Médica” o “Medi-Cal”<sup>86</sup>.

La elegibilidad para acceder al programa va a depender de sus ingresos familiares, el tamaño de su familia, discapacidades y otros factores<sup>87</sup>, pero en cualquier caso se debe tener la ciudadanía o nacionalidad estadounidense, o ser residente permanente<sup>88</sup>.

<sup>79</sup> Medicare, s/f.

<sup>80</sup> Seguro Social.gov, Medicare, 2019

<sup>81</sup> Seguro Social.gov, Medicare, 2019

<sup>82</sup> Si bien existen muchos planes, cuatro de ellos son los más comunes: *Health Maintenance Organization, HMO; Preferred Provider Organization, PPO; Traditional indemnity or fee-for-service; Disease-Specific Insurance*. Las características de estos seguros privados se verán en el siguiente apartado.

<sup>83</sup> Seguro social, 2019.

<sup>84</sup> Seguro social, 2019

<sup>85</sup> Seguro social.gov, Medicare, 2019

<sup>86</sup> Benefits.gov, s/f-a.

<sup>87</sup> Benefits.gov, s/f-a.

<sup>88</sup> Benefits.gov, s/f-a.

En el caso del estado de California, el programa estadual de Medicaid, “Medi-Cal”, incluye un plan de monitoreo para enfermedades específicas, como el cáncer de mama o el VIH/SIDA. Medi-Cal es financiado igualmente por el estado como por el gobierno federal<sup>89</sup>.

El gobierno federal exige que un conjunto mínimo de beneficios deba estar disponible para los beneficiarios elegibles de Medi-Cal. Estos beneficios del plan estatal incluyen<sup>90</sup>:

- i. servicios ambulatorios;
- ii. servicios de emergencia;
- iii. hospitalizaciones y servicios ambulatorios;
- iv. cuidado de maternidad y recién nacido;
- v. trastornos de salud mental y servicios para el abuso de sustancias;
- vi. medicamentos con receta;
- vii. exámenes de laboratorio;
- viii. servicios preventivos y de bienestar, y
- ix. servicios para niños.

Además de estos servicios obligatorios, Medi-Cal ofrece beneficios opcionales como servicios dentales, servicios de cuidado domiciliario y comunitario (para evitar el ingreso en hogares de ancianos, hospitalizaciones por salud mental y otros), acupuntura y rayos x<sup>91</sup>.

Al igual que el sistema privado de salud, el programa Medi-Cal tiene dos sistemas para entregar la cobertura: (i) Sistema *Fee-For-Service* (FFS): donde el estado paga al proveedor de atención médica por cada plan de servicio administrado, y (ii) Sistema *Managed Care*: generalmente el estado paga un plan de salud contratado a un monto fijo de pago por cada beneficiario inscrito<sup>92</sup>.

Hay ciertas categorías, o tipos especializados de servicios dentro de una categoría particular, que no son administrados por Medi-Cal, entre los que se encuentran especialidades en salud mental y trastornos por abuso de sustancias y servicios dentales. En estos casos, los servicios de salud son prestados/reembolsados a través de planes de salud especiales a nivel de condados<sup>93</sup>.

---

<sup>89</sup> Medi-Cal, 2016.

<sup>90</sup> Medi-Cal, 2016.

<sup>91</sup> Medi-Cal, 2016.

<sup>92</sup> Medi-Cal, 2016.

<sup>93</sup> Medi-Cal, 2016.

### **c) Programa de Seguro Médico para Niños**

El Programa de Seguro Médico para Niños (*Children's Health Insurance Program, CHIP*), es un seguro del gobierno que provee cobertura de salud de bajo costo, a niños de familias que ganan demasiado dinero como para recibir Medicaid, pero que no pueden acceder en forma privada a un seguro.

Cada estado tiene su propio programa CHIP y trabaja directamente con el programa Medicaid. El estado establece las directrices sobre quién es elegible, los beneficios y el costo. El programa cubre consultas médicas, medicamentos, hospitalizaciones, atención dental, atención ocular, laboratorio y rayos x.

La mayoría de las familias reciben bajo este plan cobertura médica gratuita para sus hijos y adolescentes. Sin embargo, dependiendo de los ingresos, es posible que un número minoritario de familias tenga que pagar una tarifa de inscripción o primas modestas y copagos por servicios específicos. El resto de la cobertura es pagada por el gobierno federal y el estado respectivo.

### **d) Beneficios de Asistencia Médica para Veteranos**

Todos los veteranos inscritos reciben el paquete de Beneficios de Asistencia Médica del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés), que incluye atención primaria, especializada y de prevención, diagnósticos, atención hospitalaria y servicios médicos ambulatorios. Los veteranos pueden recibir beneficios adicionales, como atención dental.

El sistema de inscripción del VA clasifica a los veteranos por grupos prioritarios: de 1- 8 generalmente basados en condiciones médicas, estatus de combate, exposiciones ambientales e ingreso. El paquete de beneficios médicos de cada veterano es diseñado acorde a sus necesidades médicas y por lo tanto es único, e incluye atención y servicios para ayudarle tratar enfermedades y lesiones; prevenir futuros problemas de salud; mejorar su habilidad para funcionar; y mejorar su calidad de vida.

El costo de la prestación y el copago, depende de la calificación de discapacidad, nivel de ingresos, registro de servicio militar y a cuál de los 8 grupos prioritarios es asignado cuando se inscribe en la atención médica de VA. Por ejemplo, si tiene una afección relacionada con el servicio para el que ha sido calificado con una discapacidad del 50% o más o que ha sido determinado que no puede trabajar (llamado desempleable), o si ha recibido una Medalla de Honor, le asignará al grupo prioritario 1 y no pagará copagos por ningún tipo de atención, pruebas o medicamentos .

Respecto de los medicamentos el grupo 1 no paga por ningún medicamento, del 2 al 8 se paga por los medicamentos que no están relacionado con patologías causadas por el servicio, todos los grupos pueden obtener los medicamentos que se venden "*over de counter*" o venta libre (aspirinas, jarabe para la tos, vitaminas) en las farmacias de VA .

## 2. El subsistema privado de salud

### a) Los seguros de salud privados

Dentro de la gran gama de planes que existen en el mercado, estos se agrupan mayoritariamente en dos grandes grupos: *Traditional indemnity or fee-for-service* (planes privados por pago de servicio) y *Managed care*. Se suman a estos los planes específicos.

#### i. Planes *Traditional indemnity or fee-for-service*<sup>94</sup>

Este tipo de planes reembolsan a un paciente (el afiliado, un dependiente o su cónyuge), de acuerdo con la factura del proveedor basada en los cargos de proveedores similares por servicios idénticos o similares en un lugar determinado (llamado *usual, customary and reasonable fees*, UCRs).

Los servicios y el copago a cubrir están determinados por la póliza. Si un servicio específico está cubierto, el paciente recibe un reembolso parcial de los gastos, supeditado al seguro complementario que paga el paciente y el monto deducible de la póliza. Por lo general, no hay límites ni restricciones para elegir un proveedor de servicios médicos.

Los principales planes de seguro disponibles ofrecen cobertura hospitalaria quirúrgica, cobertura médica importante y, como una combinación de estos dos bajo un solo plan, cobertura integral. Los beneficios ofrecidos en cada tipo de cobertura varían, mientras que los planes integrales ofrecen una gama más amplia de beneficios. Cualquiera de estos planes se puede ofrecer como cobertura grupal o individual.

Las variaciones en el tiempo y las coberturas en dólares de estos planes generalmente se denominan límites y pueden incluir, entre otros, vida útil y/o por ocurrencia (límite de dólares), duración de la hospitalización permitida por ocurrencia (límite de tiempo), deducible (algunos planes brindan cobertura sin un requisito de deducible), copago por beneficio u ocurrencia, y *stop-loss provision* (límite que estipula el pago del 100% de los gastos después de que los gastos de bolsillo totales del paciente, excedan un cierto monto contractual en dólares).

#### ii. Planes *Managed Care*<sup>95</sup>

Los planes de seguro de salud *Managed Care* involucran a un grupo de proveedores médicos en red que ofrecen servicios médicos integrales. El costo del plan depende de las reglas establecidas por la red de prestadores<sup>96</sup>. Dentro de este tipo de planes se encuentran tres subtipos:

<sup>94</sup> Virginia Health Information, s/f-a.

<sup>95</sup> Virginia Health Information, s/f-b.

<sup>96</sup> Medlineplus, s/f.

- *Health Maintenance Organization (HMO)*<sup>97</sup>: tiene dos características: 1) el paciente elige un médico de atención primaria de la lista de proveedores de servicios médicos del plan, quien le da atención prioritaria y, si es necesario, lo deriva a un especialista. Por lo general, no hay deducible. 2) hay un énfasis en la atención preventiva a través de chequeos de rutina y exámenes de salud. Estos pueden estar disponibles por un copago<sup>98</sup>.

- *Preferred Provider Organization (PPO)*: estos planes cuentan con médicos, otros proveedores de salud y hospitales que pertenecen a una red. El copago será menos si se acude a médicos, hospitales y otros proveedores de salud que pertenecen a la red, pero existe la opción de utilizar médicos, hospitales y proveedores fuera de la red, aunque se pagará más. Todos los medicamentos recetados están cubiertos en los planes PPO<sup>99</sup>.

- *Point of Service feature (POS)*: algunos planes HMO ofrecen una característica llamada punto de servicio (POS). Un POS permite seleccionar un proveedor fuera de la red y/o para recibir cobertura para algunos servicios de atención preventiva. Por lo general, el uso de esta opción puede generar costos más altos y copagos<sup>100</sup>.

### iii. Planes específicos<sup>101</sup>

- *Disease-Specific Insurance*: planes restringido a personas con enfermedades o características específicas (por ej. cáncer), que ajustan sus beneficios, opciones de proveedores y formularios de medicamentos a las necesidades específicas de estas. Los beneficios generalmente se limitan a montos de pago por máximo de días o a un pago único y están destinados solo a complementar, no reemplazar, otro seguro médico.

- *Long-Term Care Insurance*: proporciona beneficios diarios o mensuales para la atención diaria derivada de enfermedades crónicas, discapacidad o envejecimiento. Hay planes disponibles que brindan cobertura por un número determinado de años o por el tiempo que viva.

- *High Deductible Health Plans (HDHPs)*: contempla primas más bajas y un deducible más alto para una atención mayor, como una hospitalización o una cirugía.

- *Health Savings Accounts (HSAs)*: ofrecen a los contratantes una forma de ahorrar para altos costos de atención médica. Para establecer una HSA, la persona interesada debe inscribirse en un HDHP que cumpla con ciertos requisitos. Una ventaja clave de una HSA es que pertenece a la persona que la establece y es portátil. Los fondos que no se retiran en un año pueden renovarse y utilizarse en años futuros. Sin embargo, una vez que la HSA se agota, no hay más ventajas impositivas para ayudar a sufragar gastos adicionales de bolsillo.

<sup>97</sup> *The Health Maintenance Organization Act* de 1973 exige a los empleadores con 25 o más empleados que ofrezcan opciones HMO certificadas por el gobierno federal. A diferencia del seguro de indemnización tradicional, un HMO ofrece un servicio con prestadores preferentes, quienes se acogerán a las pautas y restricciones establecidas por el plan, a cambio de un flujo constante de clientes. Este plan fue pionero en los seguros entregados por los empleadores, pero ahora se ha transferido a otras poblaciones.

<sup>98</sup> Virginia Health Information, s/f-b.

<sup>99</sup> Medicare, s/f

<sup>100</sup> Virginia Health Information, s/f-b.

<sup>101</sup> Virginia Health Information, s/f-c.

## b) Farmacia

En general el acceso a medicamentos y el copago establecido dependerá del seguro contratado. Según información de prensa, un 90% de la población estadounidense tiene seguros que cubren en algún porcentaje el costo de las medicinas<sup>102</sup>.

## 3. La Ley de Cuidados de la Salud Asequibles (*The Affordable Care Act*)

### a) Antecedentes para la reforma

La mayoría de las personas en los EE.UU. está cubierta por una combinación de seguros privados y programas federales y estatales<sup>103</sup>. Sin embargo, para el año 2013, 14,5% de la población (casi 46 millones de personas), no tuvo ningún tipo de seguro durante el año calendario, esto porque no pudo pagar el seguro privado, o en su contrato laboral no se estipulaba seguro, o su sueldo era demasiado alto (o no cumplía los requisitos) para el sistema de salud del gobierno.

Dentro de las poblaciones más afectadas por la falta de acceso a la salud, se encontraban los latinos y afroamericanos<sup>104</sup>, mientras las mujeres, que compraban seguros en el mercado, tenían que pagar mayores primas para obtener la misma cobertura que un hombre<sup>105</sup>.

En particular respecto de los trabajadores, la mayoría (56%) obtenía su seguro médico de su empleador, a través de un plan colectivo diseñado para la empresa que lo contrata. Sin embargo, la cobertura del seguro proporcionado por el empleador varía considerablemente según el nivel salarial de la mayor parte de sus trabajadores. Como resultado, 1 de cada 5 trabajadores no tenía derecho a una licencia médica pagada<sup>106</sup>.

Otro de los principales problemas de este sistema es que las primas estaban aumentando y la calidad de las pólizas de seguro estaba disminuyendo. Las primas anuales promedio de seguro de salud para la cobertura familiar aumentaron 61% en el periodo 1999 y 2005, mientras que las contribuciones de los trabajadores a esos planes aumentaron 83%. Esta tasa de aumento supera tanto la inflación, como los aumentos en los salarios de los trabajadores<sup>107</sup>.

Debido estas, entre otras muchas razones, en marzo de 2010, el presidente Obama promulgó ***The Patient Protection and Affordable Care Act*** (ACA), también conocido como “*ObamaCare*”, que realizó cientos de cambios significativos en el sistema de salud de los EE.UU. entre 2011 y 2014 (cuyas últimas

---

<sup>102</sup> BBC Mundo, 2019.

<sup>103</sup> DPE, 2016.

<sup>104</sup> U.S Census Bureau, 2017.

<sup>105</sup> DPE, 2016.

<sup>106</sup> DPE, 2016.

<sup>107</sup> DPE, 2016.

medidas entran en vigencia el año 2019). Las disposiciones incluidas en la ACA están destinadas a expandir el acceso a la cobertura de atención médica, aumentar la protección del consumidor, enfatizar la prevención y el bienestar y promover el tratamiento basado en la evidencia y la eficiencia administrativa, en un intento de frenar el aumento de los costos de atención médica<sup>108</sup>.

## b) Nuevos beneficios, derechos y protección

A continuación se desarrollan los nuevos beneficios, derechos y protección<sup>109</sup> que esta ley otorga a los norteamericanos:

- i. **Extiende el periodo de cobertura de los hijos** a través del plan de sus padres, hasta los 26 años de edad.
- ii. **Elimina las preexistencias**, evitando que las compañías de seguros puedan negar la cobertura o que cobren más en función del estado de salud.
- iii. **Previene la discriminación de género**, al obligar a las compañías de seguro a igualar los planes entre hombres y mujeres y eliminar las pre existencias (por ej. como haber tenido una cesárea o haber sido víctima de violencia doméstica). Antes del *ObamaCare*, las mujeres pagaban hasta mil millones de dólares más que los hombres cada año por planes de salud idénticos en el mercado individual. Aunque disminuir la diferencia entre las primas de hombres y mujeres y las preexistencias causó en un inicio un aumento en el precio de las primas, a partir del 2015 habrían empezaron a bajar<sup>110</sup>.
- iv. **Expande los servicios de salud para mujeres**, incluidos muchos nuevos tratamientos preventivos y exámenes de detección gratuitos, como: controles de rutina (*Well-woman visits*), detección de diabetes gestacional, detección y asesoramiento de violencia doméstica e interpersonal, entrega y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, apoyo, suministros y asesoramiento sobre lactancia materna, testeo VPH DNA (virus del papiloma humano) para mujeres de 30 años o más, asesoramiento sobre infecciones de transmisión sexual, detección y asesoramiento sobre VIH, mamografías y colonoscopías<sup>111</sup>.
- v. **Evita el aumento de tarifas injustificadas** por las compañías de seguros y ayuda a mantener las tarifas bajas con la norma 80/20 y la disposición de revisión de tarifas (*Rate Review Provision*). Esto significa que las compañías de seguros tienen que justificar aumentos de tarifas de más del 10% al gobierno estatal o federal y publicarlos (actualmente en la página *HealthCare.Gov*). Por su parte, con el *Medical Loss Ratio / 80/20 Rule*, las compañías de seguros tienen que gastar al menos el 80% de los dólares de las primas en pago de servicios y actividades para mejorar la calidad de la atención médica y un 85% en mercados de grandes grupos<sup>112</sup>.
- vi. **Elimina los límites anuales en dólares y de por vida para beneficios esenciales**. Las compañías de seguro no pueden restringir el pago a un tratamiento, basado en un tope en dólares

<sup>108</sup> DPE, 2016.

<sup>109</sup> Obamacare Facts, 2019a.

<sup>110</sup> Obamacare Facts, 2019b.

<sup>111</sup> Obamacare Facts, 2018a.

<sup>112</sup> Obamacare Facts, 2018b.

- después de que haya alcanzado su deducible<sup>113</sup>. Para determinar qué beneficios pueden estar sujetos a límites en dólares y qué límites en dólares se pueden establecer se dictó la ley que creó el plan universal (*Essential health benefits*).
- vii. **Simplifica el proceso de comprensión de los beneficios y la cobertura del plan de salud**, al exigir a las aseguradoras que proporcionen un resumen fácil de entender que explica cómo funciona el plan (*Summary of Benefits and Coverage, SBC*). El SBC tiene un formato estándar que permite al ciudadano comparar precios y beneficios de los planes de salud dentro de una misma compañía o entre compañías (proceso que se facilita con la creación de los mercados de salud).
  - viii. **Crea los mercados de seguros de salud**<sup>114</sup>. El gobierno federal opera el Mercado de Seguros de Salud disponible en *HealthCare.gov* para la mayoría de los estados<sup>115</sup>, estableciendo reglas claras a las aseguradoras respecto de los planes que pueden ofrecer y cómo debe ser entregada esta información. De este modo, las personas pueden comparar y obtener el plan de salud que más se acomoda a sus necesidades y al mejor precio disponible. El Mercado brinda servicios de compras e inscripción de planes de salud a través de sitios web, centros de atención telefónica y ayuda en persona.
  - ix. **Amplía la cobertura a decenas de millones al subsidiar los costos de seguro de salud a través de los mercados de seguros de salud**. Los subsidios del ObamaCare pueden ahorrarle dinero en sus primas y gastos de bolsillo. Los subsidios para bajar el costo del seguro o incluso la gratuidad de estos (si se cumple con las condiciones solo están disponibles a través del mercado de seguros de salud).
  - x. **Da derecho a una apelación rápida de las decisiones de la compañía de seguros**<sup>116</sup>. ACA le da al asegurado la opción de apelar a cualquier decisión tomada por la compañía de seguros o al Marketplace (Mercado de seguros de salud), en tema como cobertura, elegibilidad y costos.
  - xi. **Brinda exenciones fiscales a las pequeñas empresas para que puedan ofrecer seguro médico a sus empleados**. Para ello ofrece incentivos tributarios, como reducciones, exenciones o crédito a los impuestos a través de un programa (*Small Business Health Options Program, SHOP*)<sup>117</sup> a pequeños empresarios (con un máximo de 25 trabajadores en jornada completa y un promedio de US\$50.000 de ingreso anual).
  - xii. **Exige a las grandes empresas que aseguren a los empleados a jornada completa**. Se aplica a empresas con 50 o más empleados *full time*, para que provean de seguro médico al menos al 95% de sus empleados y dependientes de hasta 26 años, bajo sanción de multa<sup>118</sup>.
  - xiii. **Hace más accesible CHIP (seguro para niños)**, a través del uso del mercado de seguros de salud<sup>119</sup>. Si bien los beneficios cubiertos por CHIP varían en cada estado<sup>120</sup>, todos deben ofrecer

---

<sup>113</sup> Obamacare Facts, 2018c.

<sup>114</sup> Obamacare Facts, 2019c.

<sup>115</sup> Algunos Estados tienen sus propios mercados. HealthCare.gov, s/f.

<sup>116</sup> Obamacare Facts, 2019c.

<sup>117</sup> Obamacare Facts, 2015b.

<sup>118</sup> Obamacare Facts, 2018d.

<sup>119</sup> Obamacare Facts, 2018e.

<sup>120</sup> CuidadoDeSalud.gov, s/f.



una cobertura que incluya: exámenes físicos de rutina, inmunizaciones, consultas médicas, medicamentos recetados, servicios dentales y oftalmológicos, atención hospitalaria como paciente interno y ambulatorio, análisis de laboratorio y radiografías, y servicios de urgencia.

- xiv. **Mejora Medicare para las personas mayores y con discapacidades de largo plazo**, disminuyendo el costo de bolsillo para la compra de medicamentos, incluyendo cuidado preventivo sin costo y mejorando la coordinación dentro del sistema médico para que los adultos mayores puedan tener un cuidado más comprensivo y adecuado sus necesidades<sup>121</sup>.
- xv. **Expande Medicaid**, siendo el aumento de la cobertura uno de los puntos centrales de la reforma en salud, esto no se ha cumplido a totalidad. Si bien desde el año 2013 al 2017 se ha pasado de 41.7 millones de personas sin ningún seguro en salud a 28.5 millones<sup>122</sup>, muchos estados eligieron no participar del Medicaid, dejando a millones de personas sin opción de acceder a un seguro (actualmente son 14 estados los que no han adoptado la expansión, en su mayoría estados del sur)<sup>123</sup>. Las razones para no participar de la expansión son económicas y políticas<sup>124</sup>.
- xvi. **Garantiza que todos los planes cubran beneficios mínimos (Plan Garantizado en salud)**, incluyendo diez beneficios esenciales de salud, como son: atención preventiva gratuita, servicios de gineco-obstetra, control de natalidad gratuito y cobertura para visitas a la sala de emergencias fuera de la red.

#### 4. Plan garantizado en salud

La Ley de Cuidados de la Salud Asequibles (*Patient Protection and Affordable Care Act*) estipula, entre otros, la obligatoriedad de que los seguros de salud cuenten con 10 beneficios esenciales de salud (*Essential health benefits*), es decir, el equivalente a un Plan Garantizado de Salud<sup>125</sup> que incluye: a) Servicios ambulatorios para pacientes (atención ambulatoria); b) Servicios de emergencias; c) Hospitalización; d) Atención en maternidad y recién nacido; e) Servicios de salud mental y tratamiento de adicciones; f) Medicamentos con receta; g) Servicios y dispositivos de rehabilitación; h) Servicios de laboratorio; i) Servicios preventivos, servicios de bienestar y tratamiento de enfermedades crónicas; j) Servicios pediátricos.

##### a) Servicios ambulatorios para pacientes (atención ambulatoria)

Atención que recibe en el consultorio de un médico, clínica o centro de cirugía el mismo día (“ambulatorio”). También se incluyen en esta categoría los servicios de salud en el hogar y la atención de centro de cuidado residencial o comunitario (nota: algunos planes pueden limitar la cobertura a no más de 45 días).

<sup>121</sup> Obamacare Facts, 2019e.

<sup>122</sup> U.S Census Bureau, 2017

<sup>123</sup> KFF, 2019.

<sup>124</sup> ObamaCare, 2019f.

<sup>125</sup> ObamaCare, 2019g.

### **b) Servicios de emergencias**

Es la atención que recibe el paciente por afecciones que podrían provocar una discapacidad grave o la muerte si no se trata de inmediato, como accidentes o enfermedades repentinas. Por lo general, la atención de emergencias incluye el transporte en ambulancia. Independientemente del tipo de plan que se tenga -con red de prestador preferencial o con libre elección-, en la atención de emergencia no se puede cobrar aparte por atenderse fuera de la red o por no tener la autorización del plan para ocupar la libre elección.

### **c) Hospitalización**

Es la atención que recibe como paciente del hospital, incluida la atención de médicos, enfermeras y otro personal del hospital, pruebas de laboratorio y de otro tipo, medicamentos que recibe durante su estadía en el hospital, alojamiento y comida. La cobertura de hospitalización también incluye cirugías, trasplantes y atención recibida en un centro de enfermería especializada, como un hogar de ancianos que se especializa en el cuidado de ancianos (algunos planes pueden limitar la cobertura del centro de enfermería especializada a no más de 45 días).

### **d) Atención de maternidad y recién nacido**

Es la atención que reciben las mujeres durante el embarazo (atención prenatal), durante el trabajo de parto, el parto y el posparto, y la atención a los recién nacidos.

### **e) Servicios de salud mental y tratamiento de adicciones**

Se trata de atención hospitalaria y ambulatoria para evaluar, diagnosticar y tratar una afección de salud mental o un trastorno por abuso de sustancias. Esto incluye tratamiento conductual, asesoramiento y psicoterapia. En algunos planes pueden limitar la cobertura a 20 días por año, pero los límites deben cumplir con las leyes estatales o federales<sup>126</sup>.

### **f) Medicamentos con receta**

Se refiere a los medicamentos recetados por un médico para tratar una enfermedad o afección. Por ejemplo, antibióticos recetados para tratar una infección o medicamentos utilizados para tratar una afección de largo plazo, como el colesterol alto. La cobertura debe alcanzar al menos un medicamento recetado para cada categoría, siempre que esté dentro de la clasificación de medicamentos aprobados por el gobierno federal. Sin embargo, se aplican limitaciones: (i) exclusión de algunos medicamentos recetados; (ii) generalmente se excluyen los medicamentos “de venta libre”, pudiendo la aseguradora limitar la cobertura solo a su versión genérica, (iii) exclusión de medicamentos de alto costo si es que en el mercado existen medicamentos más efectivos y baratos disponibles, o la aseguradora puede imponer

---

<sup>126</sup> Community Catalys, 2012.

como requisito que solo costeará el medicamento si el médico ha probado una alternativa más barata y ésta no fue efectiva; y (iv) algunos medicamentos caros necesitan una aprobación especial.

### **g) Servicios y dispositivos de rehabilitación**

Abarca los servicios de rehabilitación (para recuperar habilidades, como la terapia del habla después de un derrame cerebral); los servicios de habilitación (para desarrollar habilidades, como la terapia del habla para niños); y los dispositivos para obtener o recuperar habilidades mentales y físicas perdidas por lesiones, discapacidad o una condición crónica. Los planes deben cubrir 30 visitas cada año para terapia física u ocupacional o visitas al quiropráctico; 30 visitas para terapia del habla y 30 visitas para rehabilitación cardíaca o pulmonar.

### **h) Servicios de laboratorio**

Son las pruebas realizadas para ayudar a un médico a diagnosticar una lesión, enfermedad o afección, o para controlar la efectividad de un tratamiento en particular. Algunos exámenes preventivos, como los exámenes de detección de cáncer de seno y los exámenes de próstata se proporcionan de forma gratuita.

### **i) Servicios preventivos, servicios de bienestar y tratamiento de enfermedades crónicas**

Esto incluye asesoramiento, atención preventiva, como exámenes físicos, vacunas y exámenes de detección como exámenes de detección de cáncer, diseñados para prevenir o detectar ciertas afecciones médicas. Además, cubre el cuidado médico necesario para las afecciones crónicas, como el asma y la diabetes<sup>127</sup>. Todos estos servicios deben ser sin costo cuando se llevan a cabo dentro de la red de prestadores preferentes.

### **j) Servicios pediátricos**

Es la atención médica a bebés y niños, incluyendo el control del niño sano y las vacunas e inmunizaciones recomendadas. Se debe ofrecer atención dental y oftalmológica a las personas menores de 19 años. Esto incluye dos exámenes dentales de rutina, un examen de la vista y lentes correctivos cada año.

## **Referencias**

### **1. Australia**

Australian Human Rights Commission. Face the facts: Gender Equality. Disponible en: <https://www.humanrights.gov.au/education/face-facts/face-facts-gender-equality> (diciembre, 2019).

---

<sup>127</sup> ObamaCare, 2019h.

Australian Taxation Office (2017). Medicare levy. Disponible en: <https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/> (diciembre, 2019).

Department of Health (2019a). About the PBS. Disponible: <http://www.pbs.gov.au/info/about-the-pbs> (diciembre, 2019).

-- Australian Government Department of Health (2019b). Medicare Benefits Schedule Book. Disponible en: [http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/797BE31AE62DB6F4CA258489000B715A/\\$File/201911-MBS%2018Dec2019.pdf](http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/797BE31AE62DB6F4CA258489000B715A/$File/201911-MBS%2018Dec2019.pdf) (diciembre, 2019).

-- (2018). Extended Medicare Safety Net (EMSN) benefit caps. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/EMSN-extended-medicare-safety-net-EMSN-benefit-caps> (diciembre, 2019).

-- (2017). Medicare Benefits Schedule Book. Disponible en: <http://www.mbsonline.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/Downloads-201705> (diciembre, 2019).

-- (2014a) National Male and Women's Health. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/national+mens+&+womens+health-1> (diciembre, 2019).

-- (2014b). Chronic Disease Management Patient Information. Disponible en: <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mbsprimarycare-chronicdisease-pdf-infosheet> (diciembre, 2019).

--(2013). National Women's Health Policy. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/national-womens-health-policy> (diciembre, 2019).

--- (2011). Executive Summary. Disponible en: <http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/womens-health-policy-toc~womens-health-policy-es> (diciembre, 2019).

-- (2010). National Women's Health Policy 2010. Disponible en: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/\\$File/NWHP.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/3BC776B3C331D5EECA257BF0001A8D46/$File/NWHP.pdf) (diciembre, 2019).

Department of Human Services (2019a). What are the thresholds. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/services/medicare/medicare-safety-nets/what-are-thresholds> (diciembre, 2019).

-- (2019b). Original Medicare Safety Net. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/enablers/who-medicare-safety-net#a1> (diciembre, 2019).

-- (2019c). Children's health care. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/whos-covered-medicare/childrens-health-care>

-- (2019d). Health care and ageing. Disponible: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/whos-covered-medicare/health-care-and-ageing>

-- (2017). Medicare. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/Medicare-services> (diciembre, 2019).

-- (s/f). Other Medicare support. Disponible en: <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/whats-covered-medicare/other-medicare-support#a3> (diciembre, 2019).

Finder (2019). Hospital Cover. Disponible en: <https://www.finder.com.au/health-insurance/hospital-cover> (diciembre, 2019).

Health, Education and Training (2017). The Australian Healthcare System. Disponible en: <http://www.heti.nsw.gov.au/international-medical-graduate/australian-healthcare-system/> (diciembre, 2019).

IVF Australia (s/f). Medicare Rebate. Disponible en: <https://www.ivf.com.au/ivf-fees/ivf-and-medicare> (diciembre, 2019).

Medicines Partnership of Australia (2013). An introduction to the Pharmaceutical Benefits Scheme. Disponible en: [http://medicinespartnership.com.au/files/2013/02/20140224-gra-final-WEB-version-of-MA\\_PBS-booklet.pdf](http://medicinespartnership.com.au/files/2013/02/20140224-gra-final-WEB-version-of-MA_PBS-booklet.pdf) (diciembre, 2019).

Private Health Insurance Ombudsman (s/f) How Health Insurance Works. Disponible en: <https://www.privatehealth.gov.au/> (diciembre, 2019).

What is covered by Medicare? (s/f). Disponible en: [https://www.privatehealth.gov.au/health\\_insurance/what\\_is\\_covered/medicare.htm](https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/what_is_covered/medicare.htm) (diciembre, 2019).

The Commonwealth Fund (2017). The Australian Health Care System. Disponible en: <https://international.commonwealthfund.org/countries/australia/> (diciembre, 2019).

The Conversation (2015). Explainer: why do Australians have private health insurance? Disponible en: <https://theconversation.com/explainer-why-do-australians-have-private-health-insurance-38788> (diciembre, 2019).

## 2. Estados Unidos de América

American Cancer Society (2016). Programa de Seguro Médico para Niños. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-buscar-y-pagar-por-el-tratamiento/compreension-del-seguro-medico/opciones-de-seguro-medico/programa-de-seguro-medico-para-ninos-chip.html> (diciembre, 2019).

American Hospital Association, AHA (2019). Fast Facts on U.S. Hospitals. Disponible en: <https://www.aha.org/statistics/fast-facts-us-hospitals> (diciembre, 2019).

BBC Mundo (2019). Por qué los medicamentos en Estados Unidos son los más caros del mundo (y por qué Trump los quiere importar desde Canadá). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-48346031> (diciembre, 2019).

Benefits.gov (s/f-a). Programa Medicaid. Disponible en: <https://www.benefits.gov/es/benefit/606> (diciembre, 2019).

-- (s/f-b). State Children's Health Insurance Program. Disponible en: <https://www.benefits.gov/benefit/607> (diciembre, 2019).

-- (s/f-c). Beneficios de Asistencia Médica para Veteranos. Disponible en: <https://www.benefits.gov/es/benefit/303> (diciembre, 2019).

Clinicas de Chile (2009). Sistema de Salud de USA: Cómo funciona y que propone la Reforma. Disponible en: <https://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/21.pdf> (diciembre, 2019).

Centers for Medicare & Medicaid, CMS (2019). National Health Expenditure Accounts (NHEA). Disponible en: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical> (diciembre, 2019).

-- (2018). National Health Expenditures 2018 Highlights. Disponible en: <https://www.cms.gov/files/document/highlights-2> (diciembre, 2019).

Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/wp-content/uploads/2014/10/obamacarebill.pdf> (diciembre, 2019).

Community Catalys, 2012. Essential Health Benefits: Mental Health and Substance Use Disorders Advocacy. Disponible en: [https://www.communitycatalyst.org/doc-store/publications/EHB\\_SUD\\_Memo\\_reboot\\_10\\_1\\_12.pdf](https://www.communitycatalyst.org/doc-store/publications/EHB_SUD_Memo_reboot_10_1_12.pdf) (diciembre, 2019).

Coordination of Team Care Arrangements (2018) Disponible en: [http://www.practiceassist.com.au/PracticeAssist/media/ResourceLibrary/Medicare%20Benefits%20Schedule/ME\\_DICARE\\_MBS-item-723-for-Coordination-of-Team-Care-Arrangements.pdf](http://www.practiceassist.com.au/PracticeAssist/media/ResourceLibrary/Medicare%20Benefits%20Schedule/ME_DICARE_MBS-item-723-for-Coordination-of-Team-Care-Arrangements.pdf)

CuidadoDeSalud.gov, s/f. El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Disponible en: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-chip/childrens-health-insurance-program/> (diciembre, 2019).

Department for Professional Employees, DPE (2016). The US health care system: an international perspective. Disponible en: <https://dpeaflcio.org/programs-publications/issue-fact-sheets/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/> (diciembre, 2019).

HealthCare.gov (s/f). Health Insurance Marketplace. Disponible en: <https://www.healthcare.gov/glossary/health-insurance-marketplace-glossary/> (diciembre, 2019).

KFF (2019). Status of State Medicaid Expansion Decisions: Interactive Map. Disponible en: <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/status-of-state-medicaid-expansion-decisions-interactive-map/> (diciembre, 2019).

Medi-Cal (2016). California's Fee-for-Service Medi-Cal Program Health Care Access Monitoring Plan. Disponible en: <https://www.medicaid.gov/medicaid/access-to-care/downloads/review-plans/ca-amrp-16.pdf> (diciembre, 2019).

Medicare (s/f). Lo que cubren los planes de salud de Medicare. Disponible en: <https://es.medicare.gov/what-medicare-covers/what-medicare-health-plans-cover> (diciembre, 2019).

Medicare (s/f) Preferred Provider Organization (PPO). Disponible en: <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/types-of-medicare-health-plans/preferred-provider-organization-ppo> (Diciembre , 2019)

Medicare (s/f). Lo que cubre la Parte A. Disponible en <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers/what-part-a-covers> (diciembre, 2019).

Medicare (s/f). What Medicare Covers. Disponible en: <https://www.medicare.gov/what-medicare-covers> (diciembre, 2019)

- Medicare (s/f). Planes Medicare Advantage. Disponible en: <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/types-of-medicare-health-plans/medicare-advantage-plans> (diciembre, 2019).
- Medicare. 2019. Disponible en: <https://www.ssa.gov/pubs/ES-05-10943.pdf> (diciembre, 2019).
- Obamacare Facts (2019a). Benefits Of ObamaCare: Advantage of ObamaCare. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/benefitsofobamacare/> (diciembre, 2019).
- (2019b). How ObamaCare Affects Health Insurance Premium Rates. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-health-insurance-premiums/> (diciembre, 2019).
- (2019c). How to Appeal a Health Insurance Company or Marketplace Decision. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/appeal-health-insurance-company-or-marketplace-decision/> (diciembre, 2019).
- (2019d). Premium Tax Credits, Disponible en: <https://obamacarefacts.com/insurance-exchange/premium-tax-credits/> (diciembre, 2019).
- (2019e). ObamaCare Medicare: ObamaCare and Medicare. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-medicare/> (diciembre, 2019).
- (2019f). ObamaCare Medicaid Expansion. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacares-medicaid-expansion/> (diciembre, 2019).
- (2019g). What Are Essential Health Benefits? Disponible en: <https://obamacarefacts.com/essential-health-benefits/> (diciembre, 2019).
- (2019h). Obamacare Preventive Care. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-preventive-care/> (diciembre, 2019).
- (2018a). ObamaCare Ensures Women Get Equal Health Care Rights and Improved Women's Health Services. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-womens-health-services/> (diciembre, 2019).
- (2018b). ObamaCare Rate Review & the 80/20 Rule. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-rate-review-80-20-rule/> (diciembre, 2019).
- (2018c). ObamaCare Dollar Limits. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/dollar-limits/> (diciembre, 2019).
- (2018d). ObamaCare Employer Mandate. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-employer-mandate/> (diciembre, 2019).
- (2018e). What You Need to Know About the Children's Health Insurance Program (CHIP) and ObamaCare. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/obamacare-chip-childrens-health-insurance-program/> (diciembre, 2019).
- (2015a). Summary of Provisions in The Patient Protection and Affordable Care Act. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/summary-of-provisions-patient-protection-and-affordable-care-act/> (diciembre, 2019).
- (2015b). SHOP Exchange: Small Business Health Options Program. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/insurance-exchange/shop-exchange/> (diciembre, 2019).
- Medlineplus (s/f). Managed Care. Disponible en: <https://medlineplus.gov/managedcare.html> (diciembre, 2019).

OPS (2002). Perfil de sistemas y servicios de salud estados unidos de américa. Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud división de sistemas y servicios de salud. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Estados\\_Unidos\\_America\\_2002.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Estados_Unidos_America_2002.pdf) (diciembre, 2019).

SEC. 1302. Essential Health Benefits Requirements. Disponible en: <https://obamacarefacts.com/wp-content/uploads/2014/10/obamacarebill.pdf> (diciembre, 2019).

SeguroSocial.gov (2019). Medicare. Disponible en: <https://www.ssa.gov/pubs/ES-05-10943.pdf> (diciembre, 2019).

Seguro Social. Gov (2019). Las primas mensuales de Medicare: Reglas para beneficiarios con ingresos altos. Disponible en: <https://www.ssa.gov/pubs/ES-05-10537.pdf> (diciembre, 2019).

Stahl, Edmundo (2009). Política de Medicamentos en Estados Unidos de América. Rev Peru Med Exp Salud Pública; 26(4): 537-43. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a16v26n4> (diciembre, 2019).

United States Census Bureau (2017). Health Insurance Coverage in the United States. Disponible en: <https://www.census.gov/library/publications/2018/demo/p60-264.html> (diciembre, 2019).

U.S. Department for Veterans Affairs, VA (2019a). About VA health benefits. Disponible en: <https://www.va.gov/health-care/about-va-health-benefits/> (diciembre, 2019).

-- (2019b). Your health care costs. Disponible en: <https://www.va.gov/health-care/about-va-health-benefits/cost-of-care/> (diciembre, 2019).

-- (2019c). VA health care copay rates. Disponible en: <https://www.va.gov/health-care/copay-rates/> (diciembre, 2019).

-- (2019d). VA priority groups. Disponible en: <https://www.va.gov/health-care/eligibility/priority-groups/> (diciembre, 2019).

-- (s/f). VA health care. Disponible en: <https://www.va.gov/health-care/> (diciembre, 2019).

Virginia Health Information (s/f-a). Traditional Indemnity Insurance Plans. Disponible en: <http://www.vhi.org/HIO-Guide/traditional-indemnity.asp> (diciembre, 2019).

-- (s/f-b). Managed Care. Disponible en: <http://www.vhi.org/HIO-Guide/managed-care.asp> (diciembre, 2019).

-- (s/f-c). Special Types of Health Insurance. Disponible en: <http://www.vhi.org/HIO-Guide/special-types-health-insurance.asp> (diciembre, 2019).

## Legislación

### 1. Australia

Human Services Legislation Amendment Act 2011. Disponible en: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2011A00032> (diciembre, 2019).

Private Health Insurance Act 2007. Disponible en: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2019C00126> (diciembre, 2019).



## 2. Estados Unidos de América

The Patient Protection and Affordable Care Act (ACA). Disponible en: <https://obamacarefacts.com/wp-content/uploads/2014/10/obamacarebill.pdf> (diciembre, 2019).

Health Maintenance Organization Act of 1973. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/93rd-congress/house-bill/7974> (diciembre, 2019).