



# Legislación sobre paridad en salud mental en los Estados Unidos de América.

## Autor

Marcela Cáceres Lara  
Email: [mcaceres@bcn.cl](mailto:mcaceres@bcn.cl)  
Tel.: (56) 32 226 3934

Nº SUP: 125475

## 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

Millones de personas en los Estados Unidos se ven afectadas por enfermedades mentales cada año. De acuerdo con la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (*National Alliance on Mental Illness*, NAMI), el año 2018 un 19.1% de los adultos de este país experimentaron enfermedades mentales (unos 47.6 millones de personas) y, el 4,6% de los adultos tuvieron una enfermedad mental grave (unos 11,4 millones de personas). Por su parte, respecto de la cobertura, recibieron tratamiento el 43.3% de los adultos con enfermedades mentales y el 64.1% de los adultos con enfermedades mentales graves.

Para abordar la discriminación en la cobertura de salud mental, el año 1996, el Congreso de los Estados Unidos Promulgó la **Ley de Paridad de Salud Mental de 1996 (*Mental Health Parity Act, MHPA*)**, la cual exigió a las compañías de seguro que trataran la cobertura de los trastornos de salud mental y física de manera similar.

La *Mental Health Parity Act*, MHPA, fue sustituida por la **Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA*)**. Esta exige a los planes de salud grupal brindar beneficios médicos y quirúrgicos y de salud mental o trastornos por abuso de sustancias, garantizando que los requisitos financieros, como deducibles y copagos, aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias, no sean más restrictivos que los aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan.

Por su parte, el Proyecto de Ley de reforma de la salud mental de 2016, *Mental Health Reform Act*, y cuyas disposiciones fueron incorporadas en la **21st Century Cures Act**, firmada por el Presidente Obama el 13 de diciembre de 2016, establece el cumplimiento de nuevas actividades para fortalecer la aplicación de la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* de 2008.

## Introducción

---

Las enfermedades mentales pueden afectar a mujeres y hombres de distintas edades y orígenes. Sin una prevención y tratamientos eficaces, pueden afectar la capacidad de las personas para llevar a cabo su vida cotidiana y, asimismo perjudicar la salud física.

Los niños y adolescentes con una salud mental deficiente obtienen peores resultados educativos y oportunidades de empleo. Los adultos, son menos productivos en el trabajo y tienen más probabilidades de estar desempleados, mientras que los ancianos con esta condición, pueden estar aislados y ser menos activos en su comunidad<sup>1</sup>.

Millones de personas en los Estados Unidos se ven afectadas por enfermedades mentales cada año. De acuerdo con la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales (*National Alliance on Mental Illness*, NAMI), el año 2018 un 19.1% de los adultos de este país experimentaron enfermedades mentales (unos 47.6 millones de personas) y, el 4,6% de los adultos tuvieron una enfermedad mental grave (unos 11,4 millones de personas). Por su parte, respecto de la cobertura, recibieron tratamiento el 43.3% de los adultos con enfermedades mentales y el 64.1% de los adultos con enfermedades mentales graves. No obstante, el país norteamericano ha intentado avanzar a través de la legislación de paridad en la salud mental o equivalencia en las coberturas de salud física y salud mental<sup>2</sup>.

El presente documento efectúa una revisión respecto de la legislación sobre paridad en salud mental en los Estados Unidos de América, incluyendo la regulación existente en el Estado de Alaska.

El documento se ha estructurado en dos capítulos. En el primero y, en forma complementaria, se realiza una breve descripción de las acciones y trabajo de la OMS en materia de salud mental. En el segundo, se observa la legislación sobre paridad en salud mental en Estados Unidos y su implementación. Previamente, se entregan datos sobre su sistema de salud, situación de la salud mental, además de otros marcos regulatorios pertinentes al tema.

### I. Algunas acciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS, en salud mental

La salud mental es fundamental para la salud. Esto se ve reflejado en la definición de salud de la Constitución de la OMS: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedades”<sup>3</sup>.

La OMS trabaja para mejorar la salud mental de las personas y de la sociedad en conjunto y ello incluye fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proteger los derechos humanos y atender

---

<sup>1</sup> OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Bruselas. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en)

<sup>2</sup> Recursos Informativos acerca de la Ley de Paridad en la Salud Mental. Asociación Americana de Psicología (APA). Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/paridad-ley-recursos>

<sup>3</sup> La Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

a las personas con trastornos mentales<sup>4</sup>. Con esto objeto, ha impulsado una serie de acciones, algunas de las cuales se mencionan a continuación.

Una de las principales metas del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es reducir la carga relacionada con los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias. Así, publicó un documento sobre prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales en 1998. Complementariamente, con el objeto de suministrar información y evidencia a los Estados Miembros, a fin de ayudarlos a escoger e implementar políticas y programas adecuados que mejorasen la salud mundial, elaboró el **Informe Compendiado sobre Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas (2004)**, el cual se enfocó en la prevención primaria más que en la secundaria o terciaria. Describió los conceptos relacionados con la prevención; la relación entre la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental; determinantes individuales, sociales y ambientales de los trastornos mentales; la evidencia emergente sobre la efectividad de las intervenciones preventivas; las implicaciones de las políticas y prácticas de salud pública; y las condiciones necesarias para la prevención efectiva<sup>5</sup>.

Este informe vino a complementar otro reporte de la OMS sobre **Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica (2004)**, que describió el concepto de la salud mental y su promoción. De esta manera, se trató de lograr un nivel de consenso sobre las características comunes de la salud mental así como en las variaciones que existen entre las diferentes culturas<sup>6</sup>.

Posteriormente, el año 2006, la OMS publicó un **Manual de Recursos sobre Salud mental, Derechos Humanos y Legislación**, con el objeto de asistir a los países en la redacción, adopción e implementación de legislación. Subrayó temas y principios que deben ser incorporados a la legislación<sup>7</sup>.

Asimismo, considerando que los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias han sido insuficientes, se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos, el año 2008 la OMS presentó el **Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP (2008)**. Este se planteó como finalidad, ofrecer a los planificadores de salud, a las instancias normativas y a los donantes un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias coherentes. Identificó estrategias para

---

<sup>4</sup> Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

<sup>5</sup> Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)

<sup>6</sup> Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)

<sup>7</sup> Manual de Recursos sobre Salud mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. 2006. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias especialmente en países con ingresos bajos y medios-bajos<sup>8</sup>.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un **Plan de Acción Sobre Salud mental para el período 2013-2020**. En el marco de éste, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

El objetivo general del plan, apunta a promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales orientados a reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en salud mental; proporcionar servicios de salud mental en el ámbito comunitario y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades; poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; y fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

El Plan de Acción busca que las personas con trastornos mentales puedan acceder más fácilmente a los servicios de salud mental y bienestar social; recibir tratamiento dispensado por personal sanitario debidamente calificado, en el marco de la atención de salud general; obtener mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez y a los programas de vivienda y medios de subsistencia, y participar más activamente en los trabajos y la vida de sus comunidades, así como en los asuntos cívicos<sup>9</sup>.

## II. Salud mental y leyes de paridad en los Estados Unidos

A continuación se realiza una breve descripción del sistema de salud en el país norteamericano para luego referirse al sistema de salud mental, incorporando datos como la situación mental existente en esa nación. Posteriormente, se efectúa una referencia a la ley de paridad de 1996 y a la Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*).

### 1. Sistema de salud

La **Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible, *Patient protection and Affordable Care Act*** (también Affordable Care Act, ACA), promulgada en 2010, estableció la responsabilidad compartida entre el gobierno, los empleadores y las personas para garantizar que todos los estadounidenses tuviesen acceso a un seguro de salud asequible y de buena calidad. Sin embargo, la cobertura de salud sigue siendo fragmentada, con numerosas fuentes privadas y públicas, así como

---

<sup>8</sup> Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)

<sup>9</sup> Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

amplias brechas en las tarifas aseguradas en toda la población de los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) administran Medicare, un programa federal para adultos mayores de 65 años y algunas personas con discapacidades; y trabaja en colaboración con los gobiernos estatales para administrar Medicaid, un programa de seguro médico para personas de bajos ingresos; además del Programa de Seguro Médico para Niños.

En 2014, se establecieron mercados de seguros de salud administrados por el Estado y el gobierno federal para proporcionar acceso adicional a la cobertura de seguro privado, con subsidios de primas basados en los ingresos para personas de bajos y medianos ingresos.

La ACA requiere que todos los planes de salud ofrecidos en el mercado de seguros individuales y en el mercado de grupos pequeños (para empresas con 50 empleados o menos) cubran servicios en 10 categorías esenciales de beneficios de salud: servicios ambulatorios para pacientes; servicios de emergencia; hospitalización; cuidado de maternidad y recién nacido; servicios de salud mental y tratamiento de trastornos por uso de sustancias; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación; servicios de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos, que incluyen atención dental y de la vista<sup>10</sup>.

Medicare requiere deducibles para las estancias en el hospital y la atención ambulatoria y copagos para las visitas al médico y otros servicios, mientras que Medicaid requiere una participación mínima en los costos.

Medicare se financia a través de una combinación de impuestos sobre la nómina, primas e ingresos generales federales. Medicaid, es financiado por impuestos y es administrado por los Estados. Estos reciben fondos equivalentes del gobierno federal para Medicaid.

El seguro de salud privado, en tanto, puede ser adquirido por individuos, pero generalmente se financia con primas voluntarias y exentas de impuestos, cuyo costo es compartido por empleadores y trabajadores según el empleador, y a veces varía según el tipo de empleado. Algunas personas están cubiertas por un seguro de salud público y privado. Por ejemplo, muchos beneficiarios de Medicare compran pólizas privadas complementarias de Medigap<sup>11</sup> para cubrir servicios adicionales y costos compartidos.

De acuerdo con la OCDE, los Estados Unidos gastan más en atención de la salud que cualquier otro país de la organización, tanto en proporción al PIB (16,9%) como por persona (10.586 dólares). Se espera que el gasto aumente con la asistencia sanitaria como proporción del PIB, que se prevé que alcance el 20% en 2030. Los altos niveles de gasto no se han traducido en que las personas vivan más tiempo. Existen desigualdades en el acceso a los servicios; por ejemplo, la proporción de adultos con

---

<sup>10</sup> *The U.S. Healthcare System. The Commonwealth Fund.* Disponible en: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)

<sup>11</sup> Seguro complementario de Medicare.

necesidad de asistencia sanitaria que visitaron al médico fue la segunda más baja de los países de la OCDE<sup>12</sup>.

## 2. Datos sobre la situación de Estados Unidos en materia de salud mental

Millones de personas en los Estados Unidos se ven afectadas por enfermedades mentales cada año. De acuerdo con la Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales, (*National Alliance on Mental Illness*, NAMI), el año 2018 un 19.1% de los adultos de este país experimentaron enfermedades mentales (47.6 millones de personas) y, el 4,6% de los adultos tuvieron una enfermedad mental grave (11,4 millones de personas). Por su parte, recibieron tratamiento el 43.3% de los adultos con enfermedades mentales y el 64.1% de los adultos con enfermedades mentales graves<sup>13</sup>.

Además, Estados Unidos tiene la tasa de suicidio más alta de los países de la OCDE. Los elevados índices pueden indicar una alta carga de enfermedades mentales, aunque las variables socioeconómicas también son un factor, según un reporte de *The Commonwealth Fund* que cita datos de la OCDE. Además, en los últimos años se ha registrado un aumento de las muertes por desesperación que incluyen suicidios y muertes relacionadas con el uso de sustancias, incluidas las sobredosis<sup>14</sup>.

La salud mental en este país se administra a través de un sistema descentralizado en los cincuenta Estados. Existen diversas agencias que manejan el financiamiento de los programas de salud mental, como los Centros de Servicios de *Medicaid* y *Medicare*, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAHMSA), la Administración de Veteranos, el Departamento de Educación, el Departamento de Justicia y otros<sup>15</sup>.

La atención de salud mental, es proporcionada por una combinación de proveedores y profesionales con y sin fines de lucro, incluidos médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, y se paga a través de una variedad de métodos que varían según el tipo de proveedor. La mayoría de los planes de seguro cubren hospitalización, tratamiento ambulatorio, atención de emergencia y medicamentos recetados. Otros beneficios pueden incluir servicios de apoyo entre pares.

En materia de salud mental, la *Affordable Care Act*, ACA, buscaba mejorar el acceso a la atención de salud mental y abuso de sustancias al establecerlo como un beneficio de salud esencial, aplicando reglas

<sup>12</sup> *United States. How does it compare? Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. OECD. Disponible en: <https://www.oecd.org/unitedstates/health-at-a-glance-united-states-EN.pdf>

<sup>13</sup> *Mental Health by the Numbers. National Alliance on Mental Illness*, NAMI. Disponible en: <https://www.nami.org/mhstats>

<sup>14</sup> Tikkanen, Roosa y Abrams, Melinda. *U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes? The Commonwealth Fund*. 30 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/us-health-care-global-perspective-2019>

<sup>15</sup> *Raising standards through sharing excellence/International Mental Health Comparisons 2019. Child and Adolescent, Adult, Older Adult Services. Uppdrag Psykisk Hälsa*. 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/11/International-MH-report-31-October-2019.pdf>

federales de paridad para garantizar que la cobertura fuese comparable y aumentando el acceso al seguro de salud en general. Como resultado, la mayoría de los planes de salud ahora cubren servicios preventivos y no pueden negar la cobertura debido a una enfermedad mental<sup>16</sup>.

El presupuesto propuesto del Presidente para el año fiscal 2021 proporciona US\$5.700 millones de dólares para SAMHSA. El presupuesto da prioridad a la prevención y el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos, por consumo de metanfetaminas, enfermedades mentales graves, la prevención del suicidio y el apoyo a las necesidades de salud mental de los estudiantes<sup>17</sup>.

### 3. La Ley de Paridad entre la Salud Mental y Física y su implementación

Con el fin de abordar la discriminación en la cobertura de salud mental, el año 1996 el Congreso de los Estados Unidos Promulgó la **Ley de Paridad de Salud Mental de 1996** (*Mental Health Parity Act, MHPA*), la cual exigió a las compañías de seguro que trataran la cobertura de los trastornos de salud mental y física de manera similar. Dispuso que un plan de salud de grupo, que aplicara un límite de por vida (o anual) para servicios médicos o quirúrgicos, que también proporcionara un beneficio de salud mental, debía incluir los pagos de salud mental en ese límite o establecer un límite total de por vida (o anual) separado para los servicios de salud mental, con el tope de salud mental no inferior al médico o quirúrgico<sup>18</sup>.

La *Mental Health Parity Act*, MHPA, fue sustituida por la **Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008** (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act, MHPAEA*), firmada por el Presidente Bush el año 2008, y que entró en vigor el primero de enero del 2010<sup>19</sup>.

La norma modificó la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA), la Ley del Servicio de Salud Pública y el Código de Rentas Internas para exigir que un plan de salud grupal que brinde beneficios médicos y quirúrgicos y de salud mental o trastornos por abuso de sustancias garantice que:

- a. Los requisitos financieros, como deducibles y copagos, aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias, no sean más restrictivos que los requisitos financieros predominantes aplicados a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan. Además, no hay requisitos de costo compartido separados que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias.

<sup>16</sup> *The U.S. Healthcare System. The Commonwealth Fund.* Disponible en: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)

<sup>17</sup> *asto en salud mental de los Estados unidos*, Pág. 64. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2021-budget-in-brief.pdf>

<sup>18</sup> *Mental Health Parity Act of 1996. H.R.4058 — 104th Congress (1995-1996).* 26 de Septiembre de 1996. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/104th-congress/house-bill/4058>

<sup>19</sup> Esta ley fue aprobada como una disposición adicional agregada a un proyecto de ley bajo la consideración de una legislatura que tiene poca conexión con el tema del proyecto de ley.

Las limitaciones de tratamiento aplicables a dichos beneficios de salud mental o trastorno por abuso de sustancias no sean más restrictivas que las limitaciones de tratamiento predominantes aplicadas a prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por el plan; y no existen limitaciones de tratamiento separadas que sean aplicables solo con respecto a los beneficios de salud mental o trastorno por uso de sustancias.

- b. Requiere que el administrador del plan ponga a disposición los criterios para determinar la necesidad médica y la razón de cualquier denegación de reembolso o pago por servicios prestados en el marco del plan con respecto a los beneficios de salud mental o por abuso de sustancias.
- c. Dispone que el plan proporcione cobertura fuera de la red para los beneficios de salud mental o de trastornos por uso de sustancias si el plan proporciona cobertura para los beneficios médicos o quirúrgicos proporcionados por proveedores fuera de la red.
- d. Exime de los requisitos de esta Ley a un plan de salud de grupo si la aplicación de esta ley resulta en un aumento para el año del plan de los costos totales reales de la cobertura con respecto a los beneficios médicos y quirúrgicos y a los beneficios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias en una cantidad que exceda el 2% para el primer año del plan y el 1% para cada año del plan subsiguiente. Requiere que las determinaciones sobre los aumentos de los costos reales de un plan sean hechas y certificadas por un actuario calificado y autorizado.
- e. Se establece que las determinaciones para dicha exención deben hacerse después de que dicho plan haya cumplido con esta ley durante los primeros seis meses del año del plan<sup>20</sup>.

Así, la MHPAEA preserva las protecciones de la MHPA y añade otras nuevas. No obstante, no exige que los planes de salud de grupos grandes o los emisores de seguros de salud cubran los beneficios de salud mental y trastornos por abuso de sustancias. Los requisitos de la ley se aplican sólo a los planes de salud de grupo grande y a los emisores de seguros de salud que deciden incluir los beneficios de salud mental y por abuso de sustancias en sus paquetes de beneficios<sup>21</sup>.

La ley MHPAEA fue enmendada por la *Patient Protection and Affordable Care Act*, modificada por la Ley de conciliación de la atención médica y la educación de 2010, *Health Care and Education Reconciliation*

---

<sup>20</sup> Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*). (Sec-511). Disponible en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Health-Insurance-Reform/HealthInsReformforConsume/downloads/MHPAEA.pdf>

<sup>21</sup> *Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Centers for Medicare and Medicaid Services*. Disponible en: [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet)

Act (denominada colectivamente *Affordable Care Act*) para aplicarse también a la cobertura de seguro médico individual<sup>22</sup>.

Posteriormente, el 13 de noviembre de 2013 se publicó en el Registro Federal un reglamento definitivo de aplicación de la ley MHPAEA. Las disposiciones señalan que:

Los requisitos predominantes descritos en la ley deben aplicarse por separado a seis clasificaciones de beneficios: pacientes hospitalizados dentro de la red y pacientes hospitalizados fuera de la red; ambulatorio dentro de la red y ambulatorio fuera de la red; emergencia; y medicamentos recetados. Se permiten sub-clasificaciones para visitas al consultorio separadas de todos los demás servicios ambulatorios, así como para planes que utilicen múltiples niveles de proveedores dentro de la red. La regulación incluye ejemplos para cada clasificación. Además, aunque la regulación no requiere planes para cubrir los beneficios de salud mental y de trastornos por uso de sustancias, si deben proporcionar beneficios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias en todas las clasificaciones en las que se otorgan beneficios médicos / quirúrgicos.

La reglamentación distingue entre las limitaciones cuantitativas de tratamiento y las no cuantitativas. Las cuantitativas son numéricas, como los límites de las visitas y de días. Las no cuantitativas incluyen, entre otras, el tratamiento médico y la terapia escalonada<sup>23</sup>.

Por su parte, el **proyecto de Ley de reforma de la salud mental de 2016**, *Mental Health Reform Act*, y cuyas disposiciones fueron incorporadas en la *21st Century Cures Act*, firmada por el Presidente el 13 de diciembre de 2016<sup>24</sup>, establece el cumplimiento de nuevas actividades para fortalecer la aplicación de la *Mental Health Parity and Addiction Equity Act* de 2008. Así:

- Exige a los Secretarios del Trabajo, del Tesoro y de Salud y Servicios Humanos, HHS, que publiquen un documento guía del programa de cumplimiento de los requisitos de cobertura de salud mental y de los trastornos por uso de sustancias, incluyendo los de divulgación y las limitaciones de tratamiento no cuantitativo;
- Requiere que se emitan nuevos documentos de orientación para que los planes de salud y los emisores de seguros de salud que ofrecen cobertura de seguro de salud de grupo o individual cumplan con las leyes de paridad;
- Dispone que se abra un período de comentarios públicos enfocados en las formas de mejorar el acceso del público a los documentos que contienen información que los emisores de seguros médicos están obligados a divulgar, en virtud de la legislación federal o estatal a los participantes, beneficiarios, proveedores contratados o representantes autorizados para garantizar los beneficios de salud mental y equidad en materia de adicción;

<sup>22</sup> Paul Wellstone and Pete Domenici *Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Centers for Medicare and Medicaid Services. Disponible en: [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet)

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> H.R. 34 (114th): *21st Century Cures Act*. Govtrack. Disponible en: <https://www.govtrack.us/congress/bills/114/hr34/text>

- Se exige que se convoque una reunión pública para producir un plan de acción para mejorar la coordinación federal/estatal sobre el cumplimiento de la paridad (tomando en consideración el Grupo de Trabajo para la Paridad de la Salud Mental y los Trastornos por Uso de Sustancias);
- Aclara la autoridad de los Departamentos de Trabajo, Tesoro y HHS para auditar un plan de salud cuando se descubre un plan que ha violado la ley de paridad cinco veces.
- Requiere que los Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid* publiquen un informe anual en cada uno de los próximos cinco años que resuma los resultados de las investigaciones federales cerradas en el año anterior sobre las violaciones graves del cumplimiento de los requisitos de paridad existentes;
- Establece que la Oficina de Responsabilidad del Gobierno (GAO) realice un estudio sobre el cumplimiento de la paridad, incluido el cumplimiento de las limitaciones de tratamiento no cuantitativas, un examen de la forma en que los organismos federales y estatales han mejorado el cumplimiento, y recomendaciones adicionales de cumplimiento, educación y coordinación que podrían garantizar un mayor cumplimiento de los requisitos de paridad existentes; y
- Aclara la cobertura de los beneficios de los trastornos alimenticios bajo la ley de paridad y permite que el HHS difunda recursos de información sobre los mismos<sup>25</sup>.

#### 4. Paridad en el Estado de Alaska

Uno de los Estados que cuenta con una ley particular de paridad mental en los Estados Unidos, es Alaska. De acuerdo con los **Estatutos de ese Estado, Sección 21.54.151, sobre Beneficios para la Salud Mental o Trastornos por el Uso de Sustancias**, un plan de seguro de atención médica vendido en el mercado de grandes grupos de empleadores que brinde beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental tiene que cumplir con ciertos requisitos. De este modo:

1. Si el plan incluye un límite de por vida en prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, éste debe incluir los beneficios de salud mental dentro del límite de por vida y no puede distinguir en la aplicación del límite entre beneficios médicos y quirúrgicos y beneficios de salud mental; o proporcionar un límite de por vida para los beneficios de salud mental que sea menor que el tope de por vida para los beneficios médicos y quirúrgicos;
2. Si el plan incluye diferentes límites de por vida o ninguno en diferentes categorías de beneficios médicos y quirúrgicos, también debe establecer límites de por vida sobre los beneficios de salud mental consistentes con la ley federal;
3. Si el plan no incluye un límite anual para prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, puede no establecer un límite anual para los beneficios de salud mental;

<sup>25</sup> H.R.34. 21st Century Cures Act. 13 de Diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/BILLS-114hr34enr/pdf/BILLS-114hr34enr.pdf>

4. Si el plan incluye un límite anual para prácticamente todos los beneficios médicos y quirúrgicos, el plan debe comprender los beneficios de salud mental con el límite anual y no puede distinguir en la aplicación del límite entre los beneficios médicos y quirúrgicos y los beneficios de salud mental; o proporcionar un límite anual para beneficios de salud mental que no sea menor que el tope anual para beneficios médicos y quirúrgicos; y
5. Si el plan incluye diferentes límites anuales o ninguno en diferentes categorías de beneficios médicos y quirúrgicos, el plan debe establecer límites anuales para los beneficios de salud mental de conformidad con la ley federal<sup>26</sup>.

## Referencias

### Estados Unidos

- *Gasto en salud mental de los Estados Unidos*, Pág. 64. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/fy-2021-budget-in-brief.pdf>
- H.R. 34 (114th): *21st Century Cures Act*. Govtrack. Disponible en: <https://www.govtrack.us/congress/bills/114/hr34/text>
- Ley Paul Wellstone y Pete Domenici de Paridad en la Salud Mental e Igualdad en la Adicción de 2008 (*Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*). (Sec-511). Disponible en: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Health-Insurance-Reform/HealthInsReformforConsume/downloads/MHPAEA.pdf>
- *Mental Health by the Numbers*. National Alliance on Mental Illness, NAMI. Disponible en: <https://www.nami.org/mhstats>
- *Mental Health Parity Act of 1996*. H.R.4058 — 104th Congress (1995-1996). 26 de Septiembre de 1996. Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/104th-congress/house-bill/4058>
- *Mental Health Reform Act of 2016*. 114th Congress (2015-2016). Disponible en: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/senate-bill/2680>
- *Paul Wellstone and Pete Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*. The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Centers for Medicare and Medicaid Services. Disponible en: [https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea\\_factsheet](https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Other-Insurance-Protections/mhpaea_factsheet)
- *Raising standards through sharing excellence* International Mental Health Comparisons 2019. Child and Adolescent, Adult, Older Adult Services. Uppdrag Psykisk Hälsa. 31 de Octubre de 2019. Disponible en: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2019/11/International-MH-report-31-October-2019.pdf>
- Recursos Informativos acerca de la Ley de Paridad en la Salud Mental. Asociación Americana de Psicología (APA). Disponible en: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/paridad-ley-recursos>

<sup>26</sup> *Alaska Statutes. Mental Health or Substance Use Disorder Benefit*. Sec. 21.54.151. Disponible en: <http://www.legis.state.ak.us/basis/folioproxy.asp?url=http://www.jnu01.legis.state.ak.us/cgi-bin/folioisa.dll/stattx06/query=21!2E54!2E151/doc/%7b@9817%7d>

- *The U.S. Healthcare System. The Commonwealth Fund.* Disponible en: [https://international.commonwealthfund.org/countries/united\\_states/](https://international.commonwealthfund.org/countries/united_states/)
- Tikkanen, Roosa y Abrams, Melinda. *U.S. Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes? The Commonwealth Fund.* 30 de Enero de 2020. Disponible en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/us-health-care-global-perspective-2019>
- *United States. How does it compare? Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* OECD. Disponible en: <https://www.oecd.org/unitedstates/health-at-a-glance-united-states-EN.pdf>

## OMS

- La Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Manual de Recursos sobre Salud mental, Derechos Humanos y Legislación. Organización Mundial de la Salud. 2006. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)
- Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental, mhGAP. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)
- Promoción de la Salud Mental: Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2004. Disponible en: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Salud Mental. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
- Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud. 30 de Marzo de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## Otros

- OECD/European Union (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Bruselas. Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018\\_health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en)

### Disclaimer

Asesoría Técnica Parlamentaria, está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0  
(CC BY 3.0 CL)