

CONTEXTO

ISSNPrint: 2339-3084

ISSN (E): 2346-0784

<http://contexto.ugca.edu.co>**Investigación****Información del artículo**

Recibido: 28/05/2016

Revisado: 07/08/2016

Aceptado: 20/10/2016

Información del autor

**Profesor investigador del Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. Doctor en Economía. Miembro del grupo de investigación Agenda Internacional avalado por el Departamento de Ciencia y Tecnología de Colombia, Colciencias.

Correspondencia

mdelapue@uninorte.edu.co

© 2016 Universidad La Gran Colombia. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License 4.0, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acrediten.

**Cómo citar**

De la puente, M.A. (2016) Reforma sanitaria en Estados Unidos y su aproximación al turismo médico global. Contexto 5. 93-104.

Reforma sanitaria en Estados Unidos y su aproximación al turismo médico global*

Mario Alberto de la Puente Pacheco**

Resumen

La reforma sanitaria en Estados Unidos busca aumentar la cobertura de asegurados a partir de un enfoque equitativo en la distribución de gastos entre empleados y empleadores, y la eliminación de restricciones de tiempo y condición médica preexistentes a los nuevos usuarios del sistema. Se analiza el sistema sanitario de Estados Unidos, la reforma implementada y el impacto sobre el turismo médico como alternativa de aseguramiento a bajo coste con riesgos en calidad de los servicios prestado. Se encuentra que la reforma no necesariamente incentiva a los agentes del mercado a contratar nuevas pólizas de seguro debido a múltiples variables mientras los agentes facilitadores del turismo médico encuentran varios retos para el consumo de servicios médico-turísticos externos.

Palabras clave: Turismo médico, reforma sanitaria, sistema de salud.

Health care reform in the United States and its approach to medical global tourism**Abstract**

The purpose of health care reform in the United States is to increase coverage to insured individuals parting from an equitable approach on expenses distribution between employees and employers, and elimination of restrictions of time and previous medical condition to the new users of the system. This article analyzes the US health care system, the implemented reform, and impact on medical tourism as a low cost ensuring alternative, with risk of quality of the provided service. It is found that such reform not necessarily incentives market agents to contract new insurance policies, due to the many variables, while facilitating agents of medical tourism face several challenges to be considered for the potential exploitation of migrating trend for health care purposes in curing and preventive field.

Keywords: Medical tourism, health care reform, health care system.

* El presente documento hace parte del trabajo de investigación "Turismo de Salud: Caso Colombiano" bajo la financiación de la Universidad del Norte.

Introducción

Se estudian las implicaciones de la reforma sanitaria en Estados Unidos sobre el turismo médico mundial a partir de una identificación a las principales dificultades que afronta su sistema sanitario por medio de una radiografía de su estructura funcional. La intención es reconocer las oportunidades de crecimiento en demanda de servicios médico-turísticos entendidos como la tendencia al sometimiento voluntario de procedimientos médicos de alta, mediana y baja complejidad en la reforma sanitaria que se caracteriza por la intención de aumentar la cobertura de aseguramiento a más de 32 millones de estadounidenses a partir de la cobertura compartida entre empleados y empleadores (Fundación Káiser para la Familia, 2016). Así se inicia el documento con la identificación del marco teórico de la economía de la salud como función del estado de bienestar utilitario de un individuo a partir de unos insumos y condición clínica preexistente que resultan en un stock de periodos variables de condición de salud.

También se explica el concepto de turismo de la salud entendido como la participación del turismo médico y de bienestar que a su vez resulta en mayores opciones de sometimiento voluntario a procedimientos en casos de restricción presupuestaria y de oferta en la localidad de destino (se entiende localidad como espacio geográfico en el cual confluyen diversos elementos que permiten la oferta de servicios médicos tradicionales y alternativos a pacientes nacionales y externos). Las menciones de la economía de la salud y el turismo de la salud permiten establecer un marco teórico que aproxima de manera más rigurosa el impacto de la reforma sanitaria sobre el turismo médico identificando de manera posterior las oportunidades de aprovechamiento de los agentes del sector sobre las alternativas de aseguramiento de empleados y autónomos estadounidenses. Una vez establecido el marco teórico se analiza el sistema sanitario estadounidense haciendo énfasis en el Medicare, sus alternativas de aseguramiento, las fallas que presenta en geografía y servicios para los asegurados, y los altos costos en el que se incurre para aquellos que deseen cambios en su plan de seguro.

La razón del enfoque en Medicare se debe a que es este segmento de la población asegurada en este programa que cuenta con menor restricción presupuestaria para someterse a procedimientos médicos en el extranjero (a

diferencia de Medicaid que asegura a pacientes con una mayor restricción en el gasto por concepto de servicios de salud). A continuación, se establecen las particularidades de la reforma sanitaria que permitirá identificar las oportunidades de los agentes del turismo médico (aseguradoras, intermediarios o bróker, clínicas en la localidad de destino y empresas involucradas) para lograr cumplir las estipulaciones de la reforma. A continuación, se analiza el efecto de la reforma sobre el turismo médico segmentado entre los hospitales, las localidades de mayor incidencia en el impacto, las compañías y aseguradoras como principales agentes involucrados, facilitadores y agentes de viajes como intermediarios en el sector para finalizar con el aprovechamiento y retos que presentan las localidades para recibir a pacientes en sus especializaciones resaltadas. Finalmente, el artículo concluye resaltando los principales cambios instaurados en la reforma sanitaria y su impacto sobre el sector del turismo de la salud en el segmento médico.

De acuerdo a lo anterior, el turismo médico se presenta como una opción viable, aunque forzada, de sometimiento a procedimientos médicos en localidades diferentes a las de origen frente a restricciones de aseguramiento, oferta y capacidad de gasto de potenciales pacientes en Estados Unidos. Sin embargo, el fenómeno analizado se limita al estudio de pacientes que se someten de manera individual a procedimientos de alta complejidad de forma aislada (McKinsey & Co., 2009) sin analizar los convenios que entre las empresas tanto públicas como privadas y aseguradoras con alianzas en el extranjero se establecen para ofrecer una cobertura sanitaria de bajo coste frente a situaciones como los altos honorarios médicos en el país del norte, clínicas que de manera voluntaria se desvinculan del programa Medicare por posible reingresos de pacientes que implican altas multas monetarias hasta cierre de la entidad o incluso empresas que prefieren cubrir la multa impuesta antes que ofrecer aseguramiento a empleados por el ahorro que implica.

Las restricciones antes mencionadas hacen que aun cuando Estados Unidos cuente con el gasto en salud más elevado de los países miembros de la OCDE (2015) solo tenga una cobertura sanitaria de alrededor del 90 % (Oficina de Censo de Estados Unidos, 2015) debido entre otros, a la cooptación del sistema sanitario a empresas privadas de aseguramiento y clínicas de alta complejidad que operan en el sector privado. Esto sumado a la complejidad de programas como el Medicare y sus partes analizadas a

continuación resultan en la desorientación de muchos potenciales asegurados y el posterior no aseguramiento. Sumado a lo anterior, comportamientos de salud de jóvenes entre los 18-28 años que consideran que no deben estar asegurados debido a su percepción de buena salud y la no obligatoriedad antes de la reforma propio del valor futuro en salud explicado por Sloan (2012) produce una cobertura sanitaria aún menor para jóvenes cuya carga tributaria para la garantía de aseguramiento de los “*baby boomers*” aumentaría en años posteriores.

Por otro lado, el turismo de la salud es un fenómeno creciente que se ha convertido en una opción viable de generación de divisas para países en desarrollo que dependen de la cotización internacional de materias primas donde a través del eslabonamiento productivo por medio de jerarquías verticales y horizontales (De la Puente, 2015) se entrelazan diversas industrias afines y diferentes del turismo (hoteles, hostales, servicios de transporte, catering, centros de revitalización y relajación, balnearios, clínicas, agencias de viajes, servicios de cambio de divisas, aerolíneas, ferrocarriles, parques temáticos, parques ecológicos, entre otros). Todo lo anterior desenlaza efectos directos e indirectos hacia la economía de una nación (entiéndase efecto directo el resultado de la actividad turística sobre otras industrias afines al sector mientras que el efecto indirecto se expresa en otras industrias que jalonan la economía de un territorio).

Sin embargo y propio de la oferta de servicios, estas se encuentran sujetas a juicios subjetivos de quienes se someten a procedimientos médicos y otras variables como el entorno geográfico y barreras lingüísticas/culturales en la localidad en la que se encuentren. Si esto se suma al comportamiento del potencial paciente que en su gran mayoría (Deloitte, 2009) no desea ir a otra localidad para someterse a procedimientos médicos, desencadena una transición lenta para que pacientes que necesitan ir a otros destinos efectivamente lo ejecuten. Si bien Estados Unidos es el principal emisor de turistas de salud en sus diversos segmentos, el ritmo de crecimiento es aún bajo debido a las inseguridades que supone el traslado a otra localidad con resultado negativos para los oferentes globales.

Brevemente, el presente artículo aproxima los efectos de la reforma sanitaria sobre la dinámica internacional del turismo médico a partir del supuesto de no traslado

voluntario como primera opción a una localidad diferente a la emisora.

Comportamiento en salud y dinámica global del turismo médico

Según Sloan (2012) el estado de salud de un individuo se infiere a partir de la función de producción entendida como el bienestar utilitario de un agente a partir de los insumos a los que este se someta (procedimientos invasivos, no invasivos, tratamientos de alta y baja complejidad, consumo de medicamentos, entre otros). Lo anterior agregado a la condición genética resulta en un estado de salud particular no repetible de manera exacta a otro agente durante un periodo de tiempo.

Es necesario resaltar que el estado de salud es dinámico y cambiante con lo cual el agente por incentivo temprano o reacción frente a síntomas particulares busca mejorar su utilidad para mantenerse “*sano*” tanto física como mentalmente por el mayor tiempo posible.

De la Puente (2015) destaca la complejidad de la estructura de demanda de servicios sanitarios a partir de tres conceptos fundamentales. El primero es el costo de capital entendido como el gasto tanto monetario como no monetario de consumo en productos y servicios sanitarios en porcentaje del total presupuestario y margen de tiempo dedicado al consumo de servicios y productos de salud en el ámbito curativo y preventivo. Este es el caso de un individuo que cuenta con límite en su presupuesto para el consumo de servicios de salud y de tiempo para el sometimiento de los mismos debido a diversas razones (escasez de tiempo debido a un empleo, actividades terceras, entre otros). Por otro lado, Sloan (2012) menciona el concepto de Eficiencia Marginal del Capital o la capacidad de consumo de servicios y productos médicos adicionales a partir de restricciones presupuestarias y no presupuestarias que derivan del costo del capital y que buscan como objetivo final lograr *stocks* de salud óptimos entendidos como momentos sucesivos de buen estado de salud.

El equilibrio de estos dos factores resulta en un *stock* óptimo de capital de salud individual H (representación simbólica de una óptima condición en salud en un momento determinado). Según Ferlander (2007) tanto MEC y COC representan de forma implícita la oferta y la demanda del mercado de la salud a partir

de restricciones propias de los agentes involucrados (escasez de información, información asimétrica, nivel de concentración de mercado). Adicional a la mención de los factores que conforman el mercado de bienes y servicios de salud se resaltan los tipos de seguros de salud y el impacto económico y de restricción de oferta sobre el asegurado ya sea individual o perteneciente a una empresa pública o privada.

Por su parte Denavas-Walt (2010) expone que el seguro de salud se diseñó con la finalidad de disminuir el costo para el paciente en servicios de salud. Un aseguramiento puede tomar muchas formas. Una forma es *subsidio fijo monetario*. Esta póliza de seguro especifica que el cotizante pagará una cantidad fija de durante un periodo T (unidad de tiempo) y gozará de una serie de servicios a bajo costo. Esta forma de cobertura también es llamada “compensación”. La póliza de seguro pagará $\$I$ (compensación por concepto de atención en unidades individuales) por una consulta al médico y $\$I$ por una cirugía que cubra la póliza. Sin embargo, a pesar de que una póliza de seguro cuenta con ciertas ventajas como el subsidio por servicios de salud, también tiene desventajas desde el punto de vista del paciente.

Una de las mayores desventajas es que el subsidio se mantiene fijo, mientras que la oferta de servicios de salud y consultas médicas varía de precio. Esta situación provoca un riesgo de potencial aumento de inversión por parte del paciente, especialmente en intervenciones quirúrgicas y medicamentos de alto costo para tratar enfermedades de alta complejidad. Por otro lado, a pesar de que los aportes en términos cuantitativos son bajos en comparación con el precio total de los servicios de salud, el beneficio monetario que ofrece una póliza de seguro tiene una finalidad eficiente en términos de gastos por parte de las compañías de seguros. Al financiar una pequeña proporción de los servicios de salud que frece su póliza, obliga al consumidor a escoger la oferta de menor precio en un servicio particular de salud que ofrezca el contrato de aseguramiento incentivando al consumidor a utilizar los servicios de salud más económicos. Una alternativa para el *aporte fijo monetario* es el *subsidio ad valorem*. El término *ad valorem* proviene del latín “de acuerdo con el valor” (Manning, 1987).

Un subsidio ad valorem aumenta con el incremento del bien o servicio subsidiado. Por otra parte, un contrato de aseguramiento *ad valorem* pagará un porcentaje específico

del precio del bien o servicio asegurado, mientras el otro porcentaje restante del valor del servicio de salud le corresponde pagarlo al cotizante, este porcentaje restante se llama coaseguro.

Por ejemplo, una persona contrata un seguro bajo la modalidad *subsidio ad valorem* donde el seguro paga el 50 % de una consulta médica, y el paciente pagará un coaseguro del precio restante de 50 %. En este caso la tasa de coaseguramiento (tasa del precio de la consulta médica que le corresponde pagar al asegurado) será de 50/50, 0.5. Si el porcentaje de aseguramiento cambia de 50 % a 80 %, la tasa de coaseguramiento sería 80/20, 0.2.

El coaseguramiento es menos utilizado en el presente que lo que se utilizó en el pasado. Muchas pólizas de seguros de salud contienen *deducibles* o cantidades mínimas de pago al momento de recibir el subsidio de servicios de salud. Existen dos justificaciones que explican la existencia de un deducible. La primera es que el pago por parte del asegurado supone un ahorro de gastos para la compañía aseguradora. La segunda razón es que un deducible es un incentivo indirecto para disminuir la cantidad de utilización de servicios de salud aseguradas en la póliza de seguro.

Otra forma de subsidio de servicios de salud establecido en un seguro de salud es el *copago*. Es un pago que realiza el asegurado en cada servicio de salud prestado. Es una modalidad parecida a la anterior, aunque la diferencia radica en que bajo esta modalidad se realiza un desembolso del asegurado en cada servicio que demande. El individuo paga $\$y$ (valor en dólares) por concepto del servicio prestado mientras la compañía de seguro paga el valor restante. En este tipo de subsidio, el seguro de salud no tiene incidencia en el aumento de la curva de la demanda de servicios de salud por parte del asegurado ya que el asegurado deberá pagar una parte del valor del servicio prestado demandado en un momento determinado. Si el seguro pagara la totalidad del servicio prestado, el asegurado sería indiferente al precio de servicios de salud y la demanda sería inelástica. Entre las formas alternativas de seguros de salud y su impacto sobre el consumo del potencial asegurado se encuentran 1) subsidio fijo monetario en el cual la póliza de seguro cubre un valor fijo monetario por un servicio de salud particular en un tiempo determinado; 2) subsidio ad valorem que cubre un porcentaje específico de servicio de salud y que varía dependiendo el servicio a demandar; 3) el deducible

que cubija u monto del costo de servicio de salud mientras el seguro sanitario el restante y 4) el copago en el cual el asegurado paga un valor fijo por unidad de servicio y el seguro cubre el resto del valor monetario.

Una vez identificada la estructura de mercado de servicios sanitarios, y los tipos de aseguramiento en salud para los agentes se estudia la tendencia global de servicios médico-turísticos entendidos como el creciente flujo de pacientes de localidades de origen a someterse a procedimientos en localidades de destino con especializaciones particulares. La firma consultora McKinsey & Co. (2009) resalta la clasificación del turismo de la salud en cuatro categorías: 1) turismo curativo que hace referencia al traslado de localidad con fines de curación de una condición desfavorable de salud preexistente; 2) turismo preventivo o el traslado provisional con fines de reafirmación de buen estado de salud e identificación de potenciales condiciones clínicas desfavorables; 3) turismo estético en el cual el paciente busca el sometimiento de procedimientos de belleza invasivos y no invasivos; 4) turismo de bienestar o la ejecución de actividades de medicina tradicional o alternativa con fines de mejora del estado de salud tanto física como mental (se destaca la talasoterapia, termalismo y los centros de bienestar y relajación como actividades en el rubro).

Según Deloitte (2009) existe una correlación entre los procedimientos de turismo de salud demandados y la edad de los pacientes. Por un lado, un paciente en sus veintes se encuentra en plena búsqueda de una ubicación laboral lo que implica contar con un estado de ánimo positivo para hacer frente a los retos que impone un empleo/proyecto empresarial con lo cual suelen demandar actividades físicas y medicamentos que les brinden energía para toda una jornada de trabajo. Mientras que Sengupta y Sahoo (2011) resalta que el consumo de los pacientes en sus treintas suele ser diferente debido a la necesidad de consolidarse en el mundo laboral y comenzar a formar un patrimonio que le ofrezca una vejez digna.

En ese sentido, los procedimientos más solicitados suelen ser tratamientos alternativos revitalizantes, acceso a centros médico-deportivo, tratamientos contra el estrés y la obesidad, además de procedimientos estéticos no invasivos que les otorguen una apariencia destacada en sus empleos y vida personal. Los pacientes en sus cuarenta suelen replantearse su actividad laboral buscando

alternativas que les permitan no solo una remuneración digna, sino también el materializar proyectos profesionales y de emprendimiento particular. Así, los chequeos médicos ejecutivos, el consumo de servicios en centros de bienestar, relajación y centros de termalismo se destacan frente a procedimientos de medicina tradicional, mientras que un paciente entre los cincuenta a sesenta suele sufrir la pérdida de un ser querido por lo que el consumo de servicios de equilibrio mental, espiritual y asesoría de psicólogos es notablemente alta. (Diviskera, 2010).

Finalmente, los pacientes entre sus setentas y ochentas toman muchas precauciones en su alimentación y suelen incrementar sus visitas al médico para chequeos generales con lo cual los servicios en la categoría de medicina curativa suelen ser mayores, mejorando la calidad de la vida en la etapa de la vejez. Teniendo en cuenta lo anterior, Fayissa, Nsiah, y Tadesse (2011) destacan la existencia de particularidades de oferta, precios y especialidades que ofrecen diversas localidades que buscan atraer a pacientes según sus intereses.

Las localidades ubicadas en América de mayor nivel de atracción de pacientes estadounidenses son Brasil, México y Costa Rica. Cuentan con costos comparativos para procedimientos de medicina curativa o turismo medico de entre 25 % - 60 % con ventajas geográficas en algunas de estas como la misma zona horaria, cirugía dental y estética de alta confiabilidad como resultado de la acreditación de clínicas de alta complejidad frente a comisiones de acreditación conjunta (la más destacada es la Comisión Conjunta Internacional) y la cercanía geográfica que disminuye los costos de traslado hacia localidades como la frontera norte de México para el sometimiento de procedimientos de ortodoncia que suelen ser un 55% menor al precio en territorio estadounidense. El grado de dependencia de ingresos es en algunas zonas de México tan alta que se han establecido ciudadelas para la atención especializada de pacientes norteamericanos (este es el caso de clústeres con fines de atención en ortodoncia a pacientes estadounidenses y canadienses).

Por otro lado, las localidades más notorias en Asia y el Pacífico como los Estados Árabes del golfo India, Malasia, Singapur y Tailandia cuentan con costos para la ejecución de procedimientos de medicina con y sin compuestos farmacológicos de entre 15 % - 55 % contando con particularidades que van desde la atención a pacientes con focos regionales y principalmente chinos, hasta la

preparación de médicos especialistas y enfermeras en localidades como Estados Unidos y Alemania para la oferta en sus países de origen.

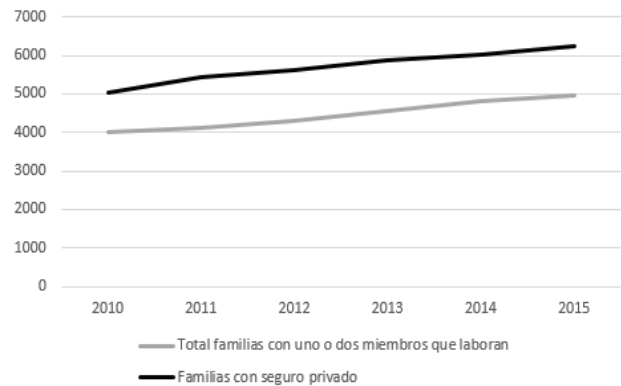
Sin embargo, en la actualidad existen planes nacionales para el desarrollo y potenciación del turismo médico en localidades con baja participación global, pero que debido a una coyuntura económica adversa en un entorno de cotización a la baja de materias primas y baja diversificación exportadora de países en vía desarrollo, este sector cada vez cuenta con una mayor partida presupuestaria y normas administrativas y legislativas que buscan su despeje (este es el caso de Venezuela que teniendo en cuenta las ventajas del tipo de cambio y las adecuaciones naturales para la oferta de servicios en la categoría de bienestar busca recuperar los pacientes que por cuenta de la inestabilidad política y económica han optado por otras localidades con mayor seguridad integral). Se espera que los ingresos del sector a nivel mundial crezcan a medida que las restricciones presupuestarias y de cobertura de seguro médico en localidades como es el caso de Estados Unidos se acentúe.

Estructura del sistema de salud estadounidense (énfasis en Medicare)

Según la Fundación Kaiser (2016) Estados Unidos es el país que gasta más dinero per cápita en salud, llegando actualmente a una cifra equivalente al 17 % del PIB, lo que es un 65 % más que el promedio de gasto porcentual de los 12 países más ricos del mundo. Sin embargo, sus estándares sanitarios promedio en temas como expectativa de vida, mortalidad infantil, prevención de muertes evitables, son inferiores a los de otras naciones industrializadas y, además, un alto porcentaje de su población no cuenta con un sistema de seguro médico. Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se encuentran cooptados por el sector privado siendo Medicare y Medicaid una alternativa mixta.

La siguiente figura muestra la contribución de familias al sistema sanitario estadounidense donde uno o dos miembros laboran a fin de exponer el control del sector privado en el aporte al sistema de salud nacional.

Figura 1: contribución de familias al sistema sanitario estadounidense en miles de millones de dólares



Fuente: Kaiser Foundation (2016). Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 2010-2015. (En línea): <http://kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions/>.

Aproximadamente 70 % de la población está cubierta por un sistema de aseguramiento de salud privado el cual en su mayoría es contratado a través del empleador, con aportes conjuntos del empleado y el patrono. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS por sus siglas en inglés) es el principal organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales a quienes no pueden proveérselos por sí mismos. El HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto.

La organización Clínicas de Chile en su revista Temas de Coyuntura (Clínicas de Chile, 2009) señala que el gobierno federal cuenta con dos grandes programas sanitarios: Medicare y Medicaid. El primero cubre a adultos mayores de 65 años de edad financiándose a través de ingresos directos e indirectos (aunque existe un alto nivel de endeudamiento para mantener vigente la cobertura a más de 40 millones de estadounidenses). El programa Medicare se divide en las siguientes secciones: 1) La parte A que otorga servicios médicos hospitalarios de primera necesidad (UCI) y atención intermedia a partir de una lista de servicios médicos obligatorios que deben ofrecer las clínicas y hospitales públicos; 2) la sección B que ofrece un seguro médico complementario al inicial; la sección C que cubre medicamentos de mediana y alta complejidad cubiertos en el programa Medicare y que se complementan con seguros de salud privados; y la parte D que amplía la cobertura de medicamentos para condiciones de alta complejidad. Según Clínicas de Chile

(2009) Existe una variedad de planes de coberturas para medicamentos operados por empresas privadas, pero, todos deben cumplir con las normas establecidas por el gobierno federal y entregar como mínimo un plan estándar definido. El siguiente grafico muestra el porcentaje de cobertura de medicamentos según su costo y su respectiva repartición entre el programa y el beneficiario.

Tabla 1. porcentaje de cobertura de medicamentos según su costo y su respectiva repartición entre el programa y el beneficiario

Costo total anual de medicamentos	% que cubre el plan	% que paga el beneficiario
US\$0-US\$250	0%	100%
US\$251-US\$2250	75% (US\$1500)	25% (US\$500)
US\$2251-US\$5100	0%	100%
US\$5100 en adelante	95%	5%

Fuente: Clínicas de Chile. A.G. (2009). Sistema de salud de Estados Unidos: Cómo funciona y qué propone la reforma. Revista Temas de Coyuntura, 21. pp. 1-9.

El “Costo total anual de medicamentos” es la cantidad total de dinero que cuestan sus medicamentos recetados, sin importar quién los paga (Díaz y María, 2012). Como se puede observar en la tabla, el plan estándar tiene un tope parcial anual de US\$2,250. Una vez que se supera ese tope de costo total, la persona deberá pagar todas sus recetas hasta que el costo total anual alcance los US \$5,100. A partir de ese monto, comienza la cobertura catastrófica y el plan cubre el 95% del costo de sus medicamentos hasta el final del año calendario. Nótese la finalidad del programa el cual es la cobertura de medicamentos y tratamientos (principalmente críticos) y de alta denominación monetaria para adultos mayores que cuentan con impedimentos para acceder a servicios y medicamentos para el combate de cuadros clínicos complejos (enfermedades costosas).

El programa Medicare se encuentra bajo la supervisión de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, adscrito al Departamento de Salud el cual también administra el programa Medicaid, el funcionamiento de laboratorios clínicos públicos y el programa de seguridad social para menores de edad. El aporte al programa varía según la condición productiva del contribuyente ya que si es empleado por cuenta ajena paga 1,5% del 3% determinado

en la normativa federal, mientras que si es autónomo aporta la totalidad del porcentaje anterior. Otra fuente de financiación se deriva de las multas por concepto de no inscripción en el programa a tiempo así como el no cumplimiento del tiempo reglamentario para ser elegible en el programa (cuarenta trimestres). Los usuarios que se inscriban en la sección A del programa Medicare no deben aportar una cuota mensual por concepto de afiliación debido al supuesto de pago de impuesto a la seguridad social derivado de la Ley de Contribución de Seguro Federal (2002). Sin embargo, aquellas que solo cuenten con entre 30-39 trimestres de cotización pero cuenten con la edad de afiliación deberán aportar US\$ 254 mientras que los usuarios que tengan menos de 30 trimestres de cotización efectiva deben aportar US\$ 461 al mes. En la sección B todos los usuarios interesados en adquirir un seguro médico complementario deben aportar un monto de cuota fija mensual y copago adicional al momento de adquirir el servicio médico demandado.

Se estima que, al menos antes de la crisis económica, un 75% de los empleados tenía cobertura de salud a través de su empleador (Godwing, 2004). Según Gowrisankaran y Town (2003) los planes de cobertura ofrecidos por los empleadores en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, a través de organizaciones HMO, o de Prestadores Preferentes (PPO), desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación. Estas opciones “dirigidas” se generaron como un esfuerzo organizado, que incluye tanto a los aseguradores como a los proveedores de salud, para usar incentivos financieros y medidas organizativas con el fin de controlar el aumento de los costos.

El modelo característico de atención regulada son las HMO y los PPO se consideran una variación del modelo. Las HMO son organizaciones que entregan la totalidad de los servicios de salud a sus afiliados a cambio de una mensualidad (capitación). Para entregar las atenciones usa una red de proveedores propia o convenida. Para el asegurado la elección de médicos y hospitales se limitan a los que tienen convenios con la HMO para prestar atención y a menudo se requieren derivaciones para ver a un especialista.

Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita en vez de usar la modalidad de pago por prestación.

Aproximación a la reforma sanitaria

El 23 de Marzo de 2010 la reforma sanitaria titulada “Affordable Care Act, (Departamento de Salud y Servicios Sociales, 2014) es aprobada en el Congreso de Estados Unidos y ratificada en 2012 por la Corte Suprema de Estados Unidos. La reforma cuenta con varios puntos clave basándose en el principio de mandato individual (obligatoriedad por parte del ciudadano y la no excusa de selección o falta de conocimiento de la misma):

El primero es que a partir de 2014 los ciudadanos están obligados a adquirir un seguro médico bien sea por mandato individual o a través de una empresa en la cual el asegurado (a) se encuentre laborando a tiempo completo o parcial so pena de la imposición de una multa que para 2014 fue de US\$95 al año y para 2016 será de US\$695 anual individual solo aplicable a personas naturales (la reforma no cobija el aseguramiento a prisioneros, grupos religiosos, amparados en Medicare y Medicaid).

Así, las principales ventajas para los potenciales asegurados frente a los que poseen seguro médico es que en principio no se puede expulsar o descartar de la solicitud de ingreso a un tipo de seguro a un cliente por condiciones médicas preexistentes, no es posible expulsar a un asegurado por contraer una enfermedad de larga duración aun cuando no exista un seguro público como en otros países industrializados, las empresas se encuentran en la obligación de asegurar a sus empleados (ya sea que laboren a tiempo completo o parcial).

Asimismo, los hijos pueden permanecer en el seguro de sus padres hasta los 26 años independientemente de su estado conyugal o laboral. La reforma también estipula que el gobierno federal debe a portar a la conjetura del Health Insurance Exchange o mercados estatales de seguro médico para que las empresas en todas sus denominaciones puedan acceder a información referente a los costos y alcance de cobertura para sus empleados.

Sin embargo y a pesar de la finalidad de la reforma que es el la cobertura de alrededor de 32 millones de estadounidenses, existen diversas dificultades para la puesta en marcha de la misma iniciando con los altos costes en que incurren las empresas (principalmente las micro con menos de 50 empleados, aunque la reforma otorga beneficios tributarios y ayuda monetaria a las que se cobijen en la norma).

La reforma también establece penalidades a hospitales por concepto de reingreso de pacientes una vez dados de alta en el que se compruebe la no prestación de servicios con la optimización de recursos con el que cuente el centro de salud.

A continuación se detallan los aspectos positivos y negativos de la actual reforma:

Aspectos positivos:

- Eliminación de condiciones de preexistencia para el otorgamiento de un seguro médico con cobertura condicionada;
- Eliminación del límite anual de vida en los planes de cobertura médica (contratos renovables salvo excepciones establecidas en cláusulas pactadas entre las partes);
- Obligatoriedad en el aseguramiento por parte de empresas en todos sus alcances;
- Refuerzo en la garantía de prestación de servicio médico bajo contratación con el Estado;
- Aspectos a considerar:
- Aumento de coste asociado al seguro médico. Todos los pacientes pagan el mismo valor independientemente de su estado de salud y comportamiento frente a la misma;
- La penalización no incentiva a las personas a comprar un seguro médico hasta que se encuentren enfermas (es decir se aplica el principio económico de “selección adversa” principalmente a jóvenes hasta los 28 años);
- El seguro médico individual para 2020 por medio del mandato individual será de US\$13,763 y el seguro familiar de US\$38,160;
- Compañías con más de 50 empleados optan por pagar multas por concepto de no aseguramiento medico a sus empleados de US\$2,000 anuales frente a un aseguramiento de entre US\$7,000-US\$12,000 anuales;

- Altos costos de procedimientos en el país debido a limitantes como honorarios médicos, equipos y preparación para operaciones y escasez de especialistas.

Existen muchas opiniones que critican la eficacia de la reforma sanitaria.

No existe una diferenciación del valor pagado para la obtención de un seguro médico a partir del estado de salud de un individuo y/o sus costumbres.

Así, el valor futuro en salud no se incluye en la fórmula que establece el valor del seguro médico demandado lo que implica incentivos negativos para la práctica de actividades que deterioran el estado de salud toda vez que no afecta el aseguramiento parcial.

Por otro lado y debido al comportamiento en salud relacionada con las edades antes mencionadas, la cobertura porcentual de jóvenes entre 21-28 es mínima (15%) debido a la percepción de buen estado de salud y la idea de un seguro como un gasto adicional sin beneficios en el futuro cercano. En ese sentido la penalización no incentiva la toma de un seguro en el corto plazo. Asimismo, el seguro médico de carácter individual es muy elevado (aproximadamente un salario anual) lo que implica un menor incentivo para contratar un seguro médico.

Esto también afecta a las empresas (grandes y medianas) que optan por el pago de una multa anual menos costosa que el aseguramiento de sus empleados.

Según el Grupo Lewin (2014) 19 millones de personas perderán el actual plan de seguro médico en la compañía donde laboran como resultado de la selección de empleados a medio tiempo que implica una cobertura parcial menos costosa o su inexistencia, mientras que la Oficina de Presupuesto del Congreso (2013) establece que entre 8-9 millones de personas con bajo salario y empleadores de pequeñas empresas podrían perder su plan de cobertura médica en la compañía donde laboran como resultado de la opción de contratación de empleados a tiempo parcial y los menores costos de aseguramiento que implica.

Por otro lado, según la Asociación de Turismo Médico (2013) señala que el 73% de las aseguradoras (en todos sus tamaños) consideran que la reforma aumentó los costos de aseguramiento de manera considerable, 24% cree que aumentó de manera leve, 3% piensan que disminuyeron y 0% se mantuvo.

Efectos sobre el turismo médico y retos para el aprovechamiento coyuntural y estructural

El turismo médico se presenta como una alternativa para la disminución de costos de aseguramiento y traslado de pacientes hacia localidades donde el poder adquisitivo es mayor debido a las variaciones del tipo de cambio. Asimismo, la escasez de especialistas sumado a una mayor cobertura resulta en largas listas de espera que genera incentivos a viajar al extranjero. En ese sentido, las localidades de mayor atracción de pacientes estadounidenses en el segmento curativo y preventivo son Costa Rica, México, Panamá, Tailandia, Singapur y China (McKinsey, 2013). Mientras que los servicios más demandados son la radioterapia, quimioterapia, cirugía reconstructiva del suelo pélvico, cirugía cardiovascular con diferentes finalidades y tratamientos traumatológicos de baja complejidad.

Según La Asociación de Turismo Médico (2014) entre 2012-2014 aumentó el número de empresas de más de 300 empleados que contrató con una compañía de seguro médico servicios para la atención de empleados fuera de territorio estadounidense en de 9,620 a 64,211 lo que expone una oportunidad de crecimiento frente a la consolidación de la reforma. Las generalidades en los contratos de seguro médico van desde la garantía de atención a pacientes en el extranjero por medio de una oficina internacional en las clínicas donde se atienden asuntos como visado, interlocución entre el médico en la localidad de origen y destino, exámenes de diagnóstico en caso de ausencia en la localidad de origen, servicio de transporte, hospedaje, alimentación especial y acceso a medicamentos tanto genéricos como comerciales dependiendo la cobertura del asegurado. Bajo este panorama las acciones que deben realizar los agentes que intervienen en el sector son diversas.

Por un lado los hospitales en las localidades de destino deben dirigir una publicidad y mercadeo diferenciado a través de los brókers o intermediarios de las aseguradoras a fin de captar pacientes en sus destinos previo cumplimiento de la estipulación en la cobertura de seguro. Por otro lado es necesaria la inversión en imagen de marca a nivel internacional a través de alianzas estratégicas con clínicas estadounidenses que fortalezca la marca externa, así como la publicación en revistas especializadas que aumente la reputación internacional de la clínica de interés, y no menos importante la asistencia a congresos,

seminarios y eventos abiertos que expanda las relaciones con otras instituciones médicas y aseguradoras para futura firma de convenios interinstitucionales.

En cuanto a las localidades es necesaria la realización de estudios de fisibilidad para crear una imagen con marca sólida y que se diferencie de la competencia regional.

Otro punto no menos importante es la creación de clústeres de servicios de salud de complejidad de acuerdo al potencial de desarrollo interno a través de los actores participantes (la creación de clústeres de salud terminan en muchos casos con un alto grado de difusión de la finalidad de la misma, más aun en situación de bajos retornos en el corto plazo).

También es necesaria el involucramiento de entidades gubernamentales para el desarrollo exitoso de los clústeres, mercadeo a través de la marca país y la planeación en el mediano y largo plazo del sector en caso de identificación de ventajas particulares (cabe destacar el caso de Singapur la cual se ha diferenciado en la alta complejidad de los servicios ofrecidos con altos precios atrayendo a pacientes con alto poder adquisitivo).

Por su parte las compañías aseguradoras deben analizar los sistemas de salud de las localidades involucradas con el fin de conocer la especialidad de ofertas y no caer en deterioro de imagen corporativa y acciones legales en su contra, realizar evaluaciones periódicas a sus empleados a fin de conocer su estado de salud en tiempo real, establecer relaciones y acuerdos interinstitucionales con clínicas externas acreditadas o en proceso de acreditación que ofrecen alta calidad en los procedimientos ofertado a menores precios comparativos con Estados Unidos. Finalmente los facilitadores o brokers (intermediarios) deben ampliar sus relaciones de negocios con hospitales y compañías aseguradoras e incrementar el volumen de pacientes a través de estudios de mercado que identifiquen los rubros de mayor oportunidad de contratación.

Conclusiones

El turismo médico se presenta como una opción de abaratamiento de costos de empresas grandes, medianas y pequeñas para el cumplimiento de la reforma sanitaria que se encuentra vigente. Si bien la reforma cuenta con ventajas fundamentales como la no expulsión de asegurados por contraer enfermedades de alta complejidad

o el no rechazo de cobertura por condiciones médicas preexistentes, existen aspectos que reevalúan la eficacia de la reforma como el incentivo de pago de multas por encima del aseguramiento de empleados por parte de corporaciones, aumento del coste asociado al seguro médico que incide en la restricción presupuestaria de individuos y empresas, y el principio de selección adversa que solo incentiva a la mayoría de jóvenes a contratar un seguro médico en caso de una enfermedad.

Así, la opción de contratar servicios en el extranjero representa no solo un rendimiento presupuestario, sino también el posicionamiento de clínicas internacionales que a través de acuerdos interinstitucionales aportan al crecimiento económico de países en vía de desarrollo y generan ingreso de divisas en un entorno de devaluación de monedas de naciones de las Américas, Asia Pacífico y África. Sin embargo, los principales retos del sector son por una parte la generación de confianza en el tiempo por parte de los pacientes a someterse a procedimientos en el extranjero y lograr una diferenciación del servicio prestado basado en la especialidad de la localidad destino. Se espera que la consolidación de la reforma afecte de manera notable el crecimiento del turismo médico en el segmento curativo y preventivo, así como jalone otras categorías como el de bienestar incidiendo en efectos tanto directos e indirectos en la economía de la localidad de destino.

Referencias bibliográficas

- Asociación de Turismo Medico. (2013). Medical Tourism Survey Report. Sitio web consultado el 3 de Diciembre de 2016. https://www.medicaltourismassociation.com/en/prod23_survey.html
- Asociación de Turismo Medico. (2014). Medical Tourism Survey Report. Sitio web consultado el 17 de Enero de 2016. https://www.medicaltourismassociation.com/en/prod23_survey.html
- Asociación de Turismo Medico (2014): US Healthcare Reform's Effects on the US Medical Tourism Marketplace. Sitio web consultado el 22 de Enero de 2016. <http://www.medicaltourismassociation.com/es/us-healthcare-reform-s-affect-on-the-us-medical-tourism-marketplace-white-paper.html>

- Centro De Servicios para Medicare y Medicaid (CMS), HHS. (2013). Medicare program; hospital inpatient prospective payment systems for acute care hospitals and the long-term care hospital prospective payment system and Fiscal Year 2014 rates; quality reporting requirements for specific providers; hospital conditions of participation; payment policies related to patient status. Final rules. *Federal Register*, 78, pp.50495.
- Chen, C. (2010). Low income and MEDICARE financial limitations. *America Health Insurance Plan Monthly Review*, 87, pp. 53.
- Clinicas de Chile. A.G. (2009). Sistema de salud de Estados Unidos: Cómo funciona y qué propone la reforma. *Revista Temas de Coyuntura*, 21. pp. 1-9.
- Comisión Conjunta de Financiación de Medicare (US). (2000). Report to the Congress: selected Medicare issues. MedPAC.
- Comisión Conjunta para la Financiación de Medicare. (US). (2013). Report to the Congress: issues in a modernized Medicare program. MedPAC.
- Comisión Conjunta Internacional. (2011). Estándares para la Acreditación de la Joint Commission International. Sitio web consultado el 25 de Enero de 2016. <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/calidad/JCI%204aEdicionEstandaresHospitales2011.pdf>
- Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica. (2002). Ley de Contribución de Seguro Federal. Sitio web consultado el 20 de Octubre de 2016. http://comptroller.defense.gov/Portals/45/documents/fmr/archive/07aarch/07a_45_200202.pdf
- Díaz, A., & María, A. (2012). Internationalization process of medical services: a comparative analysis of the current state of medical tourism in Medellín, Colombia and San José, Costa Rica. *Regional Tourism*, 32, pp. 34-354.
- De La Puente, M. (2015). Sector del turismo de salud: caso colombiano. *Revista de Economía del Caribe*, 26, pp. 6-27.
- De La Puente, M. (2015) Dinámica internacional del turismo de la salud. *Revista Dimensión Empresarial*, 13, pp. 164-182.
- Deloitte. (2014). *Medical Tourism: Updates and Implications*. Sitio web consultado el 10 de Diciembre de 2015. <http://www.medretreat.com/templates/UserFiles/Documents/Deloitte%20Report%2020091023.pdf>
- Deloitte. (2013). *Evolving Medical Tourism in Canada: Exploring a New Frontier*. Sitio web consultado el 10 de Diciembre de 2015. <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/life-sciences-health-care/ca-en-health-care-life-sciences-evolving-medical-tourism-exploring-a-new-frontier.pdf>
- Deloitte. (2008). *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Sitio web consultado el 10 de Diciembre de 2015. https://www.academia.edu/9144718/Medical_Tourism_Consumers_in_Search_of_Value_Produced_by_the_Deloitte_Center_for_Health_Solutions
- Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos. (2014). The Affordable Care Act. Sitio web consultado el 25 de Enero de 2016. <http://www.hhs.gov/healthcare/about-the-law/read-the-law/index.html>
- Denavas-Walt, C. (2010). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States*. DIANE Publishing. Boston.
- Divisekera, S. (2010). International tourism demand. *Annals of Tourism Research*, 12, 31-49.
- Dwyer, L., Forsyth, P., & Dwyer, W. (2010). *Tourism Economics and Policy* (Vol. 3). Channel View Publications. Canberra.
- Dwyer, L., & Spurr, R. (2010). *Tourism economics summary*. STCRC for Economics and Policy. 4, 98.
- Dwyer, I. (2008). *Tourism Immigration Interrelationships*. Bureau of Immigration and Population Research. Canberra.

- Fundación Káiser Para la Familia (2016). Premiums and Worker Contributions Among Workers Covered by Employer-Sponsored Coverage, 2010-2015. Sitio web consultado el 22 de Enero de 2016. <http://kff.org/interactive/premiums-and-worker-contributions/>
- Godwing, M. (2004). General structure of global health care in the US. *Health Care Services*, 9, pp. 41-47.
- Gowrisankaran, G., Town, R. (2003). Competencia, contribuyentes y calidad hospitalaria. Sitio web consultado el 10 de Diciembre de 2015. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2003.00185.x/epdf>
- Graham, D. J., Reichman, M. E., Wernecke, M., Zhang, R., Southworth, M. R., Levenson, M. (2014). Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly MEDICARE patients treated with dabigatran or warfarin for non-valvular atrial fibrillation. *Circulation*, 23, pp. 114.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, 80, pp. 223-255.
- Grossman, M. (2000). The human capital model. *Handbook of Health Economics*, 1, 347-408.
- Grupo Lewin. (2014). Bending the Health Care Costs in New York State. Sitio web consultado el 25 de Enero de 2016). http://www.lewin.com/content/dam/Lewin/Resources/Site_Sections/Publications/NYSHealth_BundledPaymentPlan.pdf
- Fayissa, B., Nsiah, C., & Tadesse, B. (2011). Research note: tourism and economic growth in Latin American countries—further empirical evidence. *Tourism Economics*, 17, pp. 1365-1373.
- Ferlander, S. (2007). The importance of different forms of social capital for health. *Acta Sociologica*, 50, pp. 115-128.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2007). *The Economics of Health and Health Care*. Pearson Prentice Hall. New Jersey.
- Kumar, R. (2014). *Global Trend in Health Medical Tourism*. Bombay: SBS Publishers.
- Manning, W. G., Newhouse, J. P., Duan, N., Keeler, E. B., & Leibowitz, A. (1987). Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American Economic Review*, 14, pp. 251-277.
- Mckinsey and Company. (2009). *Developing Sector of World Class*. Sitio web consultado el 2 de Enero de 2013. <https://www.ptp.com.co/documentos/Plan%20de%20Negocios%20Turismo%20de%20Salud.pdf>
- Mckinsey. (2010). *Health Care in India: The Road Ahead*. Bombay, India: McKinsey y Co.
- Mckinsey. (2014). *Modelo de Demanda de Turismo de Salud Para 2015*. Buenos Aires, Argentina: McKinsey y Co.
- Oficina de Censo de Estados Unidos. (2015). *Health Insurance Coverage in the United States*. Sitio web consultado el 18 de Octubre de 2015. <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). *Medical Tourism: Treatment, Markets and Health System Implications*. Sitio web consultado el 10 de Diciembre de 2015. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
- Sengupta, P., & Sahoo, S. (2011). Evaluation of health status of fishers: Prediction of cardiovascular fitness and anaerobic power. *World J Life Sci & Med Res*, 1, pp. 25-30.
- Sloan, F. (2012). Rate regulation as a strategy for hospital cost control: evidence from the last decade. *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 62, pp. 195-221.