

B A J O E M B A R G O
No publicar antes de las 12:01 AM. E.T.,
Jueves, 16 de enero de 2020

Cómo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ha reducido las disparidades raciales y étnicas en el acceso a la atención médica

Jesse C. Baumgartner

Investigador asociado
The Commonwealth Fund

Sara R. Collins

Vicepresidenta
The Commonwealth Fund

David C. Radley

Científico superior
The Commonwealth Fund

Susan L. Hayes

Ex investigadora superior
The Commonwealth Fund

La expansión de la cobertura de seguro introducida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) ha aumentado significativamente la capacidad de los estadounidenses para obtener la atención médica que necesitan, desde que las principales disposiciones de la ley entraron en vigor en 2014. Las investigaciones también indican que la ACA redujo las disparidades raciales y étnicas en la cobertura de seguro¹ —un objetivo clave de la ley, y que goza de un apoyo público sustancial.²

En este informe, examinamos hasta qué punto ACA también ha reducido las disparidades en el acceso a la atención médica entre los adultos negros, hispanos y blancos. Utilizando datos de la Encuesta Federal sobre la Comunidad Estadounidense (ACS) y del Sistema de Vigilancia de los Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, por sus siglas en inglés) para los años 2013 a 2018, revisamos:

- diferencias en la proporción de adultos negros, hispanos y blancos que no tienen seguro (de 19 a 64 años)
- diferencias en la proporción de personas que no recibieron atención debido al costo en los últimos 12 meses (edades de 18 a 64 años)
- diferencias en la proporción de personas con un proveedor de atención médica habitual (edades de 18 a 64 años).

Examinamos en qué medida las diferencias raciales y étnicas se han reducido desde que la ACA entró en vigor, qué diferencias existen entre los estados que han ampliado el Medicaid y aquellos que no lo han hecho, y qué opciones de políticas podrían reducir aún más las disparidades.

Esperamos que estas conclusiones ayuden a orientar a legisladores cuando estén considerando opciones para implementar un sistema de atención de salud más equitativo y eficaz en el país.

PUNTOS CLAVE

- ▶ Las ampliaciones de cobertura de la ACA han llevado a reducciones históricas de las disparidades raciales en el acceso a la atención médica desde 2013, pero el progreso se ha estancado y, en algunos casos, se ha erosionado desde 2016.
- ▶ La desigualdad entre las tasas de adultos negros y blancos sin seguro se redujo en 4,1 puntos porcentuales, mientras que la diferencia entre las tasas de hispanos y blancos sin seguro se redujo en 9,4 puntos.



The
Commonwealth
Fund

▶ Las disparidades se redujeron tanto en los estados que ampliaron la elegibilidad para el Medicaid como en los que no lo hicieron. En los estados con expansión, los tres grupos raciales tuvieron mejor acceso general a la atención de salud que en los estados sin expansión, y en general hubo menores diferencias entre los blancos y los dos grupos minoritarios.

▶ Cinco años después de la implementación de la ACA, los adultos negros que viven en los estados que ampliaron el Medicaid reportan que tienen tasas de cobertura y acceso a medidas de atención médica tan buenas o mejores que los que reportan los adultos blancos en los estados sin expansión.

▶ Mientras los adultos negros en edad laboral se han beneficiado significativamente de la expansión de Medicaid, residen desproporcionadamente (46 %) en los 15 estados que aún no han ampliado sus programas.

CÓMO REALIZAMOS ESTE ESTUDIO

Indicadores y fuentes de datos

- *Percent of uninsured adults ages 19–64 [Porcentaje de adultos no asegurados entre 19–64 años]*: U.S. Census Bureau, American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.
- *Percent of adults ages 18–64 who went without care because of cost during past year and Percent of adults ages 18–64 who had a usual source of care [Porcentaje de adultos entre 18–64 años que no tuvieron atención médica debido a los costos durante el año pasado y Porcentaje de adultos de entre 18–64 años que tuvieron un proveedor de atención médica habitual]*: Centers for Disease Control and Prevention, Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.
- *Demographics, adults ages 19–64 [Demografía, adultos entre 19–64 años]*: American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2018.

La ACS PUMS y la BRFSS son grandes encuestas federales que se utilizan para hacer un seguimiento de las características demográficas y de salud de la población de los Estados Unidos. La ACS muestrea aproximadamente 3,5 millones de individuos cada año, con tasas de respuesta anual superiores al 90 por ciento.³ La Oficina del Censo pone a disposición de los investigadores de la Muestra de Microdatos de Uso Público aproximadamente dos tercios de los registros de respuesta de la ACS. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades llevan a cabo el BRFSS cada año en asociación con agencias de implementación en cada estado. El BRFSS 2018 tuvo un índice de respuesta algo inferior al 50 por ciento, con aproximadamente 437.500 respuestas completadas; se observaron índices de respuesta similares en años anteriores.⁴

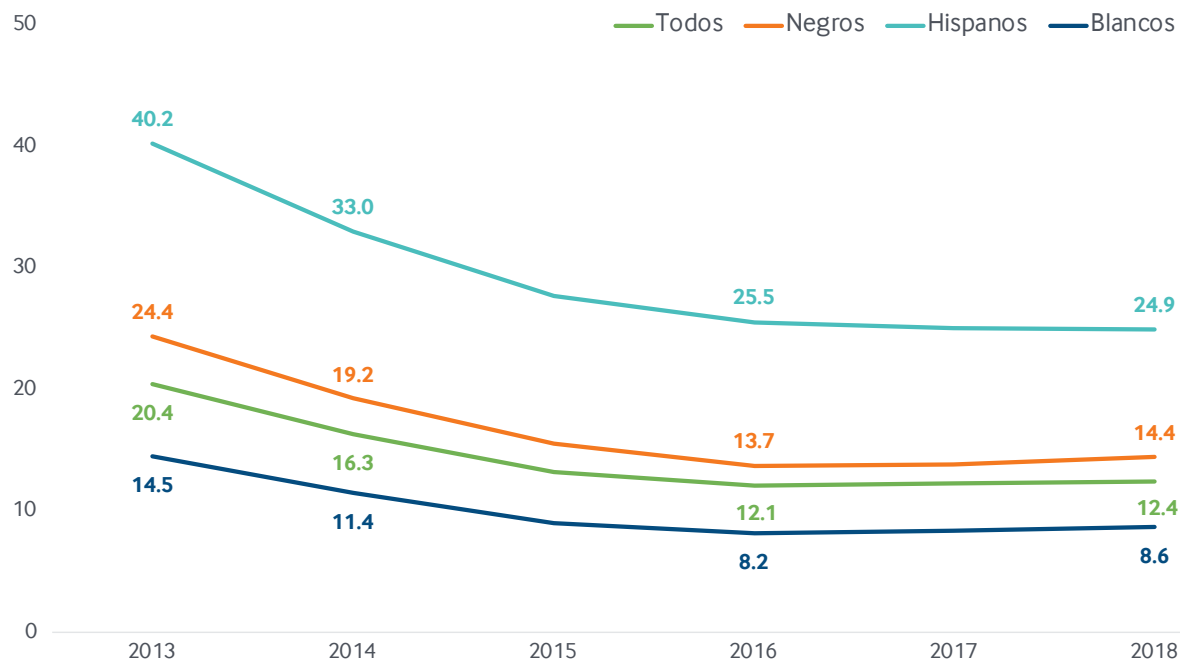
Enfoque analítico

Estratificamos a los encuestados por su raza u origen étnico autodeclarado: blanco (no hispano), negro (no hispano) o hispano (cualquier raza). Calculamos los promedios nacionales anuales de 2013 a 2018 para cada uno de los indicadores mencionados anteriormente, estratificados por raza/etnia. También calculamos la tasa anual promedio para las personas blancas, negras e hispanas de 2013 a 2018 en dos categorías de estados: el grupo de expansión de Medicaid incluyó los 31 estados que, junto con el Distrito de Columbia, habían ampliado sus programas de Medicaid bajo la ACA a partir del 1 de enero de 2018; el grupo sin expansión incluyó los 19 estados que no habían ampliado Medicaid a partir de ese momento (Maine y Virginia se consideran estados sin expansión en este análisis porque ambos implementaron sus ampliaciones de Medicaid en 2019). Los valores reportados para las categorías de expansión/no expansión son promedios entre los encuestados, no promedios de las tasas estatales.

Además, para ciertas subpoblaciones en Luisiana y Georgia calculamos las tasas promedio anuales de no asegurados específicas del estado de 2013 a 2018. Se suprimieron las tasas de subpoblación basadas en muestras pequeñas. Se suprimieron los estimados derivados de ACS PUMS si los conteos de células no ponderados eran menores de 50; los estimados derivados de BRFSS fueron suprimidos si el conteo de células no ponderado de las medidas era menor de 50 o el error estándar relativo (error estándar dividido por el estimado) era inferior al 30 por ciento.

Las tasas de adultos sin seguro han disminuido para todos los grupos desde 2013, y las disparidades se han reducido significativamente entre blancos, negros e hispanos.

Porcentaje de adultos no asegurados de 19 a 64 años de edad, por raza y etnia



Datos: American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

DESCUBRIMIENTOS

Los adultos negros, hispanos y blancos han logrado ganancias históricas en su cobertura de seguro bajo la ACA (Tabla 2).⁵ Según la Encuesta sobre la Comunidad Estadounidense de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, el índice de adultos en edad laboral no asegurados en EE. UU. se redujo del 20,4 por ciento en 2013, justo antes de que las principales disposiciones de la ley entraran en vigor, al 12,4 por ciento en 2018.⁶ Esta mejora ocurrió entre 2013 y 2016; desde entonces, el índice ha aumentado ligeramente.

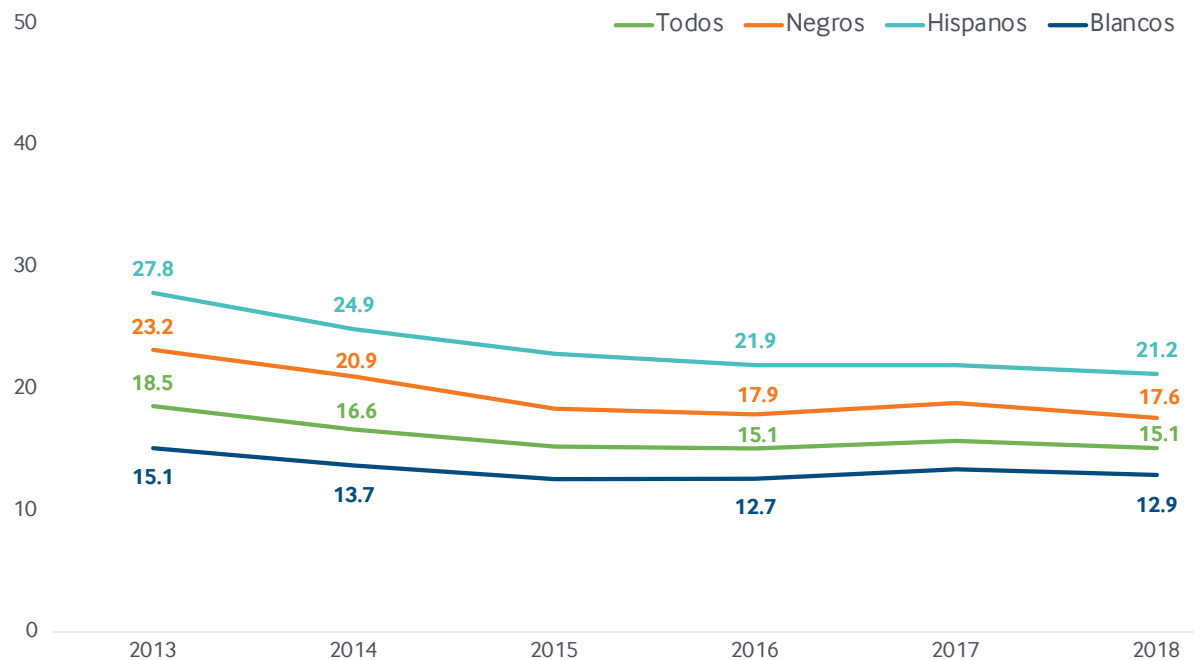
Los negros e hispanos tenían las tasas más altas de no asegurados antes de la aprobación de la ley y han logrado las mayores ganancias. El índice de adultos negros sin seguro se redujo del 24,4 por ciento en 2013 al 14,4 por ciento en 2018, mientras que el índice de adultos hispanos se redujo del 40,2 por ciento al 24,9 por ciento.

Este progreso redujo la diferencia entre los dos grupos y los adultos blancos (Tabla 3). La disparidad entre blancos y negros en la cobertura se redujo de 9,9 puntos porcentuales en 2013 a 5,8 puntos en 2018. Mientras tanto, la desigualdad entre hispanos y blancos sin seguro se redujo de 25,7 puntos a 16,3 puntos.

Pero los avances en materia de seguros de los negros e hispanos se han estancado, e incluso se han erosionado, desde 2016, de la misma manera que lo han hecho para la población en general. Los adultos negros han visto aumentar su tasa de no asegurados en 0,7 puntos porcentuales desde 2016, mientras que los adultos blancos han visto un aumento de medio punto porcentual. Esto ha frenado en gran medida la mejora de las disparidades de cobertura. Los adultos hispanos continúan reportando tasas significativamente más altas de no asegurados que los adultos blancos o negros.

Todos los grupos están experimentando menos obstáculos financieros para acceder a la atención médica, siendo los adultos negros e hispanos los que muestran la mayor reducción.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años que evitaron la atención médica debido al costo en los últimos 12 meses, por raza y etnia



Las ganancias de cobertura bajo la ACA hicieron más fácil que las personas recibieran atención médica.⁷ Los adultos de bajos ingresos son los que más se han beneficiado de los subsidios de seguro que ofrece la ley, las protecciones de gastos en efectivo y la expansión de la elegibilidad para Medicaid.⁸

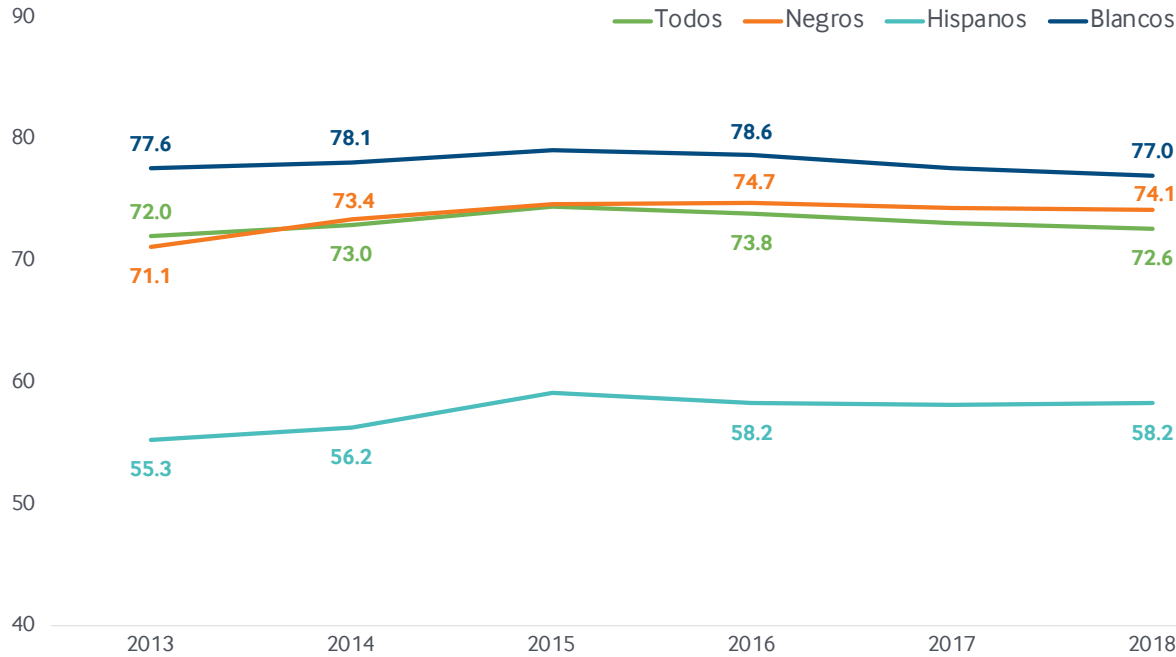
Los adultos negros e hispanos tienen casi el doble de probabilidades que los adultos blancos de tener bajos ingresos (menos del 200 % del nivel de pobreza federal, o FPL) (Tabla 1) y, antes de 2013, reportaron tasas significativamente más altas de problemas relacionados con los costos para obtener atención médica. Después de las grandes expansiones de cobertura de la ACA en 2014, experimentaron las mayores mejoras generales en el acceso (Tabla 4). El 23 por ciento de los adultos negros informó que evitaba la atención médica debido al costo en 2013, en comparación con el 17,6 por ciento en 2018. Los problemas de acceso relacionados con el costo entre los adultos hispanos se redujeron del 27,8 al 21,2 por ciento, mientras que los reportados por los blancos se redujeron del 15,1 al 12,9 por ciento.

Como resultado, se redujeron las diferencias entre los adultos blancos y los adultos negros e hispanos en cuanto a problemas de acceso relacionados con el costo. La disparidad entre negros y blancos se redujo de 8,1 puntos porcentuales en 2013 a 4,7 puntos en 2018, mientras que la diferencia entre hispanos y blancos se redujo de 12,7 puntos a 8,3 puntos (Tabla 3). Nuevamente, la mayor parte de esa mejora ocurrió entre 2013 y 2016.

Datos: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

Los adultos con un proveedor de atención médica habitual han aumentado modestamente entre los grupos negros e hispanos desde 2013, mientras que su nivel sigue siendo sistemáticamente alto entre los blancos.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años que declararon tener un proveedor de atención médica habitual, por raza y etnia



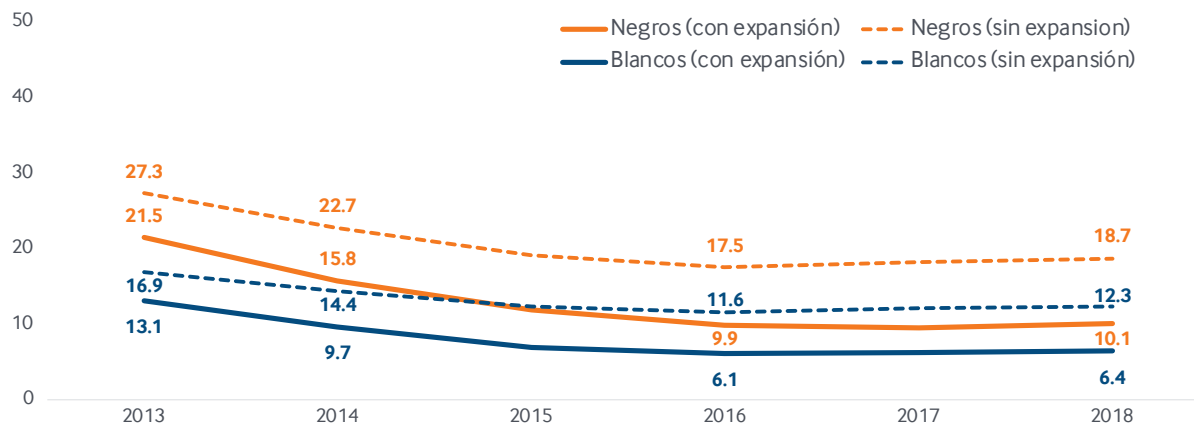
Tener un proveedor de atención médica habitual — definido como un médico personal u otro proveedor de atención sanitaria, como puede ser una clínica de salud donde alguien normalmente iría si estuviera enfermo— se considera generalmente un fuerte indicador del acceso a la atención de salud.⁹ La proporción de adultos negros e hispanos con un proveedor de atención médica habitual aumentó en aproximadamente tres puntos porcentuales entre 2013 y 2018 (Tabla 4). Esto redujo modestamente las disparidades con los adultos blancos, que siguen siendo los que tienen más probabilidades de tener un proveedor de atención médica habitual entre los tres grupos (Tabla 3).

La disparidad entre blancos y negros en cuanto a reportar sobre una fuente habitual de cobertura médica se redujo de 6,5 puntos porcentuales en 2013 a 2,8 puntos en 2018, y la diferencia entre los hispanos y los blancos se redujo de 22,4 puntos a 18,7 puntos. La mejora en esta medida se estancó para adultos negros e hispanos después de 2015.

Datos: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

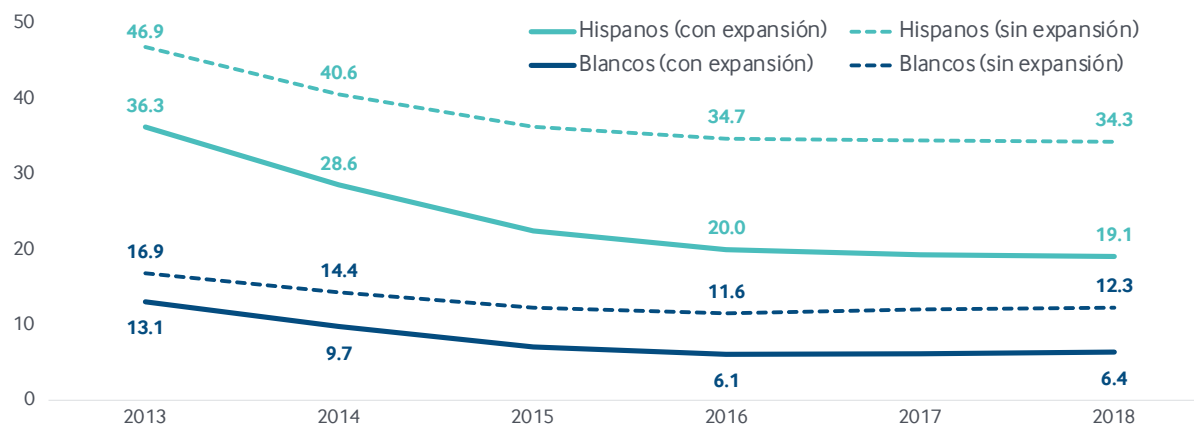
Los adultos negros que viven en estados con expansión actualmente tienen menos probabilidades de no estar asegurados que los adultos blancos que viven en estados sin expansión.

Porcentaje de adultos no asegurados de 19 a 64 años de edad, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



Aunque los adultos hispanos en ambos grupos de estados reportaron menores tasas de no asegurados y reducciones en disparidades, las ganancias fueron mayores en los estados con expansión de Medicaid.

Porcentaje de adultos no asegurados de 19 a 64 años de edad, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



Nota: Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión de Medicaid en 2019 y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

Datos: American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

La ACA ofreció a los estados la oportunidad de ampliar la elegibilidad para Medicaid, y el Gobierno federal se hizo cargo de la mayor parte del costo adicional. Examinamos los tres indicadores de acceso a la atención médica para personas en dos categorías de estados: aquellos que habían ampliado su programa de Medicaid bajo la ACA a partir del 1 de enero de 2018, y los que no lo habían hecho. Los 31 estados que, junto con el Distrito de Columbia, habían ampliado sus programas típicamente comenzaron con una base más sólida y tuvieron menores disparidades raciales y étnicas iniciales. Esto se debió probablemente a factores específicos de cada estado, tal como los estándares de elegibilidad de Medicaid previos a la ACA más generosos.¹⁰

Las tasas de no asegurados entre negros, hispanos y blancos disminuyeron tanto en los estados donde la cobertura aumentó como en aquellos donde no aumentó entre 2013 y 2018. Además, las disparidades en la cobertura entre blancos y negros e hispanos también se redujeron durante ese período de tiempo en ambos grupos de estados. Pero el progreso se ha estancado e incluso se ha erosionado ligeramente (Tabla 2, Tabla 3).

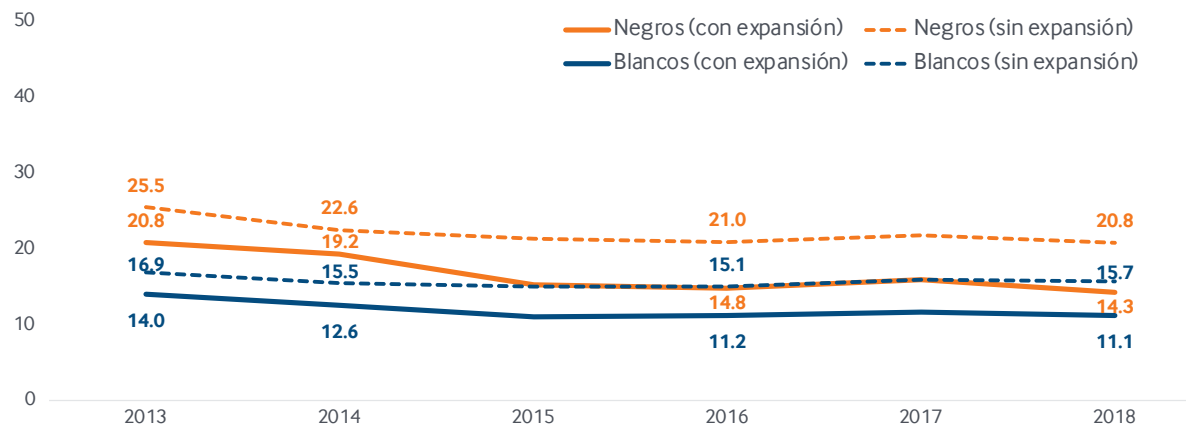
Las personas que viven en los estados que han ampliado el Medicaid son las que más se han beneficiado en términos de ganancias de cobertura. Los tres grupos reportaron menores tasas de no asegurados en los estados donde hubo expansión en comparación con los estados donde no la hubo, y mayores mejoras de cobertura entre 2013 y 2018.

Las disparidades de cobertura en los estados donde hubo expansión fueron las que más se redujeron durante el período, aunque las disparidades eran menores al principio. La desigualdad de cobertura entre blancos y negros en esos estados se redujo de 8,4 puntos porcentuales a 3,7 puntos, mientras que la diferencia entre las tasas de no asegurados de los hispanos y los blancos se redujo del 23,2 puntos a 12,7 puntos.

Debido a este progreso, los negros en los estados donde hubo expansión tienen ahora más probabilidades de estar asegurados que los blancos en los estados donde no la hubo.

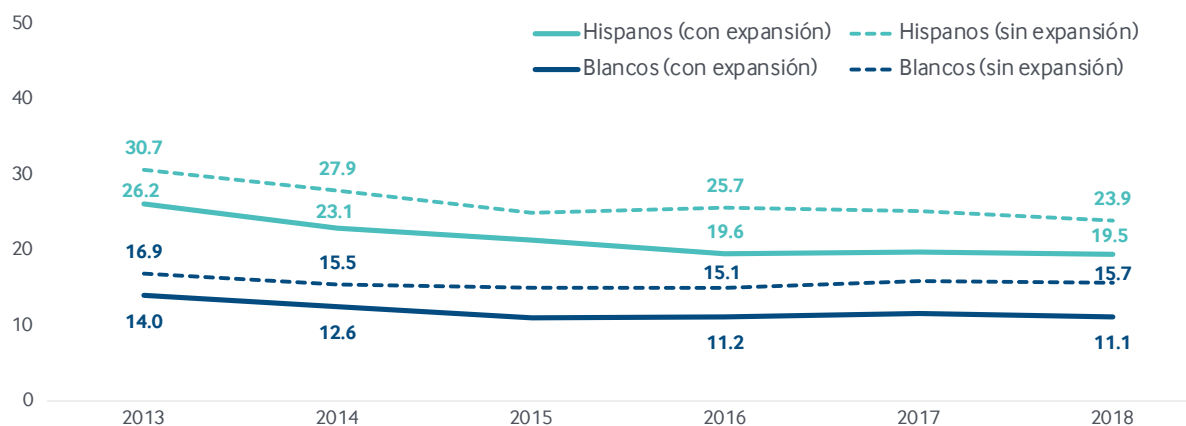
Las diferencias entre blancos y negros en problemas de acceso relacionados con los costos se han reducido tanto en los estados donde hubo expansión como en los que no la hubo, pero de manera más significativa en aquellos donde la hubo.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años que evitaron la atención médica debido al costo en los últimos 12 meses, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



La disparidad entre hispanos y blancos en cuanto a evitar la atención médica debido al costo ha disminuido significativamente tanto en los estados donde hubo expansión como en los que no la hubo.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años que evitaron la atención médica debido al costo en los últimos 12 meses, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



Nota: Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión de Medicaid en 2019 y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

Datos: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

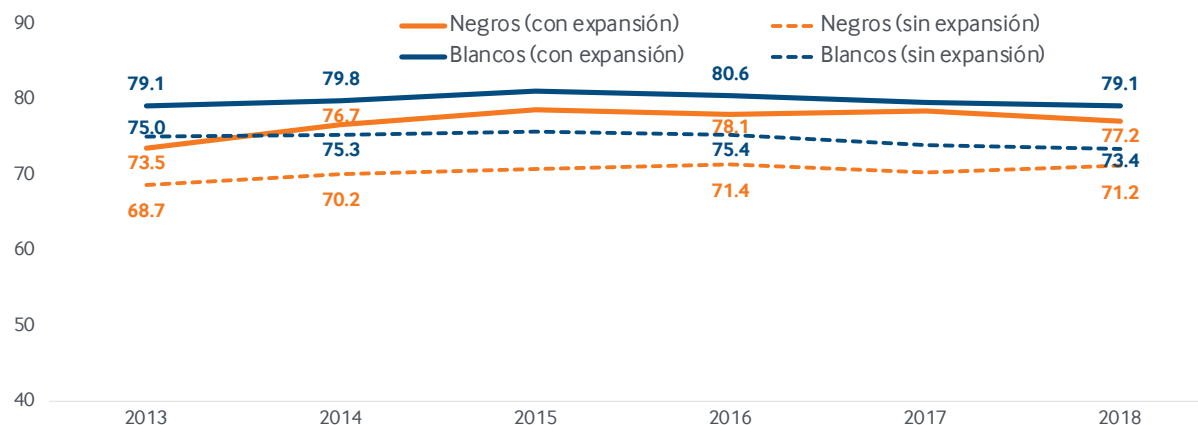
Desde 2013, los hispanos, negros y blancos, tanto en los estados donde hubo expansión como en aquellos donde no la hubo, han declarado cada vez menos que no recibieron atención médica debido al costo en los últimos 12 meses (Tabla 4). Las disparidades también se han reducido, lo que ha dado lugar a un acceso más equitativo a la atención médica (Tabla 3).

Los adultos negros en los estados donde se amplió el Medicaid experimentaron una mayor reducción de los problemas de acceso relacionados con el costo (6,6 puntos porcentuales) que los de los estados donde no se amplió (4,7 puntos porcentuales). Debido a esto, los negros en los estados con expansión ahora reportan problemas de acceso relacionados con el costo casi con los mismos índices que los blancos en los estados sin expansión (Tabla 4).¹¹

La desigualdad entre los adultos hispanos y blancos que reportan problemas de acceso relacionados con los costos se redujo tanto en los estados con expansión del Medicaid (de 12,1 puntos porcentuales a 8,3 puntos) como en los estados sin expansión (de 13,8 puntos a 8,3 puntos). La mayor disminución de la desigualdad en los estados sin expansión se debió principalmente a una menor mejora para los blancos en esos estados.

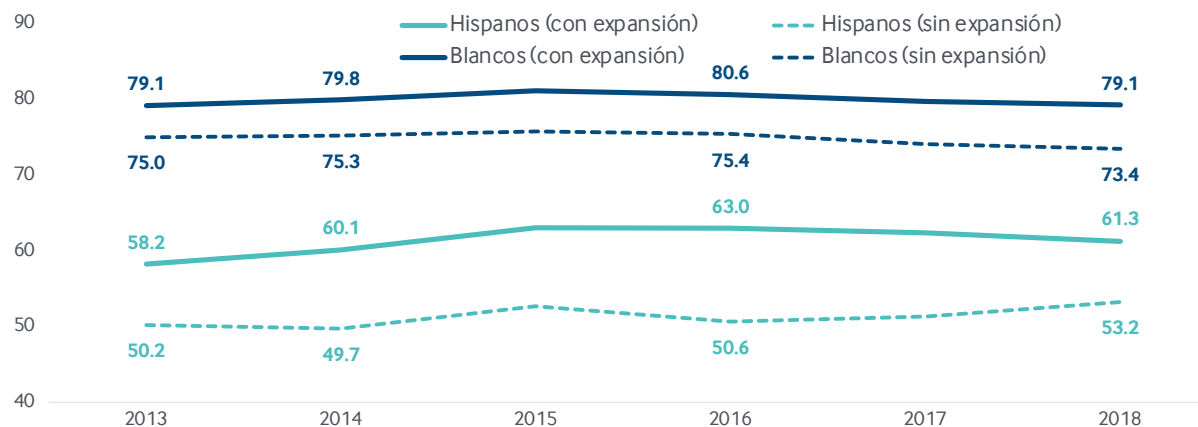
Los adultos negros en estados con expansión ahora tienen casi la misma probabilidad que los adultos blancos en esos mismos estados de tener un proveedor de atención médica habitual.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años de edad que declararon tener un proveedor de atención médica habitual, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



Los hispanos tanto en los estados donde hubo expansión como en los que no la hubo, reportaron tasas modestamente más altas en cuanto a tener un proveedor de atención médica habitual, mientras que los adultos blancos mantuvieron en gran medida sus altas tasas.

Porcentaje de adultos de 18 a 64 años de edad que declararon tener un proveedor de atención médica habitual, por raza y etnia, según el estado de expansión de Medicaid



Nota: Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión de Medicaid en 2019 y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

Datos: Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

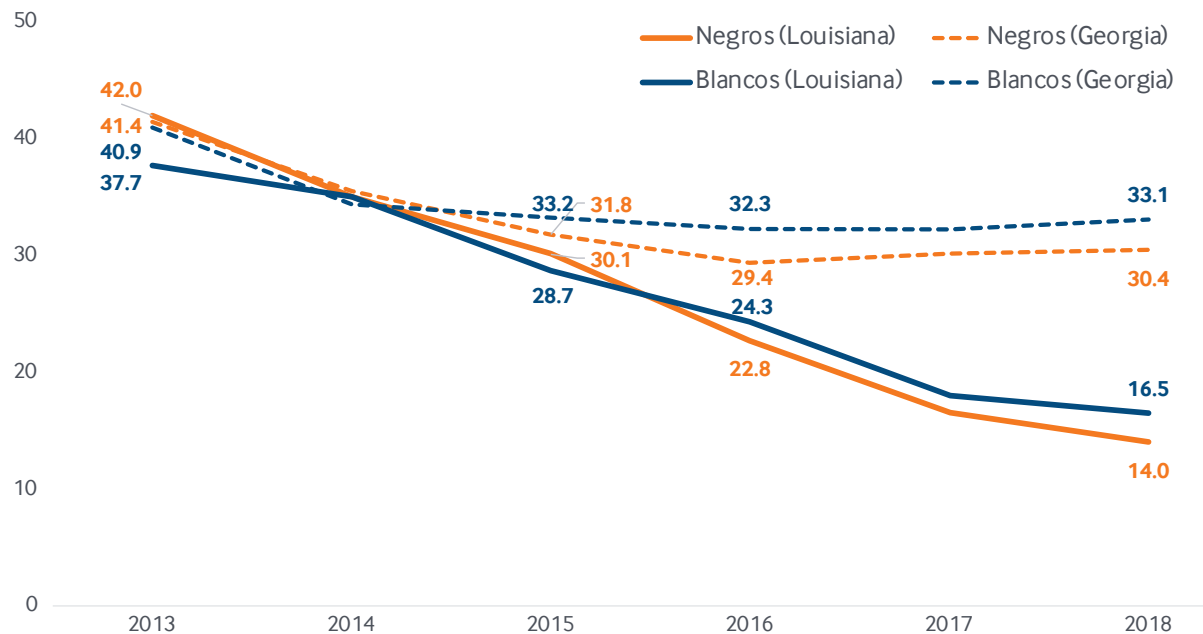
Independientemente de si vivían en un estado con expansión de Medicaid o no, los adultos blancos no reportaron mejoras en cuanto a tener un proveedor de atención médica habitual entre 2013 y 2018. Los blancos comenzaron el período a un nivel de referencia comparativamente más alto que los negros e hispanos.

En cambio, los negros e hispanos reportaron una modesta mejora en cuanto a tener un proveedor de atención médica habitual, tanto en los estados donde la cobertura aumentó como en aquellos donde no (Tabla 4).¹² Los adultos negros de los estados con expansión del Medicaid fueron los que más mejoraron, ya que el 73,5 por ciento informó sobre un proveedor de atención médica habitual en 2013, frente al 77,2 por ciento en 2018. Ahora tienen más probabilidades que los adultos blancos de los estados sin expansión de contar con un proveedor de atención médica habitual, y casi tanto como los adultos blancos de los estados con expansión del Medicaid.

La desigualdad entre los negros y los blancos en cuanto a tener un proveedor de atención médica habitual se redujo en los estados donde el Medicaid fue ampliado (a 1,9 puntos porcentuales) y en los estados donde no hubo expansión (a 2,3 puntos). La diferencia entre los hispanos y los blancos en los estados donde hubo expansión se redujo a 17,8 puntos, mientras que en los estados donde no hubo expansión se redujo a 20,2 puntos. Las disparidades en realidad disminuyeron más en los estados sin expansión, principalmente porque los adultos blancos de esos estados tuvieron una probabilidad ligeramente menor de tener un proveedor de atención médica habitual durante el periodo 2013–2018 (Tabla 3).

Después de la expansión de Medicaid, la disparidad de cobertura de seguro entre negros y blancos en Luisiana disminuyó rápidamente en comparación con Georgia, debido en gran parte a los adultos de bajos ingresos.

Porcentaje de adultos no asegurados de 19 a 64 años de edad, Luisiana y Georgia, 0–199 % FPL, por raza y etnia



La expansión de la elegibilidad para Medicaid ha sido una herramienta importante para mejorar la equidad racial en la cobertura y el acceso a la atención médica, ya que los negros e hispanos tienen ingresos desproporcionadamente más bajos.¹³ Sin embargo, se estima que el 46 por ciento de los adultos negros en edad laboral viven en los 15 estados que no han ampliado el Medicaid —una proporción mucho mayor de personas que el promedio nacional— junto con el 36 por ciento de los hispanos.¹⁴ La mayoría de los estados que no han ampliado el Medicaid se encuentran en el sur de Estados Unidos.

Para ilustrar los efectos potenciales de una mayor extensión del Medicaid, analizamos dos estados del sur con grandes poblaciones de adultos negros. Luisiana eligió ampliar el Medicaid en 2016, mientras que Georgia aún no lo ha hecho. Como indica la muestra, los adultos blancos y negros con ingresos inferiores al 200 por ciento del nivel de pobreza federal (que es de \$24.980 para un individuo y \$51.500 para una familia de cuatro en 2020) obtuvieron ganancias de cobertura entre 2013 y 2015 en ambos estados. Pero después de que Luisiana amplió Medicaid en julio de 2016, las tasas de no asegurados para ambos grupos se redujeron en 12,2 puntos adicionales a 16,0 puntos. Las tasas de no asegurados de Georgia, por su parte, no mejoraron después de 2016 (Tabla 6).

Puesto que se estima que el 54 por ciento de los adultos negros en edad laboral en Luisiana tienen bajos ingresos (Tabla 1), la expansión de Medicaid ayudó a reducir la tasa general de adultos negros no asegurados del estado al 11,3 por ciento en 2018 (Tabla 5). Esto fue inferior a la tasa correspondiente a los adultos negros (19,2 %) y a los adultos blancos (14,9 %) en Georgia.

Nota: FPL = nivel de pobreza federal, por sus siglas en inglés.

Datos: American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

CONCLUSIÓN

Las ampliaciones de cobertura de la ACA han llevado a mejoras en la cobertura y el acceso a la atención médica en todo el país. Como lo demuestran nuestro análisis y otros estudios recientes, la ley también ha llevado a reducciones históricas de las disparidades raciales en la cobertura y el acceso desde el 2014. Esto es cierto en la mayoría de los estados, y especialmente en aquellos que han ampliado Medicaid.

Con todo, casi 10 años después de la aprobación de la ley, siguen existiendo diferencias notables entre las personas de color y los blancos en todas las regiones y niveles de ingresos.

El progreso también se ha estancado para los tres grupos desde 2016, y la cobertura médica se ha erosionado ligeramente tanto para los adultos negros como para los blancos. Esto puede estar relacionado en parte con la inacción del Congreso: no ha habido legislación federal desde 2010 para mejorar o reforzar el ACA. Al mismo tiempo, la legislación reciente y las acciones ejecutivas han afectado negativamente la cobertura y el acceso a la atención médica de los estadounidenses, incluyendo: la derogación de la penalización del mandato individual por no tener seguro médico; reducciones sustanciales en los fondos para la asistencia social y de inscripción para las personas que pueden ser elegibles para la cobertura del Mercado o de Medicaid; y la flexibilización de las restricciones en los planes de salud que no cumplan con las reglas de la ACA.

Los adultos hispanos también experimentan disparidades mucho mayores, en parte porque los inmigrantes indocumentados no pueden calificar para la cobertura del Mercado, recibir subsidios o inscribirse en Medicaid.¹⁵ Estas disparidades podrían ser exacerbadas por la nueva norma de “carga pública” de la administración Trump.¹⁶

No obstante, los legisladores estatales y federales pueden tomar medidas a corto plazo para reducir aún más las diferencias raciales en el acceso a la atención médica que persisten:

- **Ampliar Medicaid sin restricciones en los 15 estados restantes.** La expansión de Medicaid es una herramienta comprobada para reducir las disparidades raciales, la cual, según nuestros datos, beneficia más a los negros y a los hispanos. Sin embargo, la expansión de la elegibilidad para el Medicaid no está disponible para casi la mitad de los adultos negros y más de un tercio de los hispanos, lo que causa un impacto excesivamente negativo en estas comunidades de color. Si más estados no deciden ampliar el Medicaid, puede ser difícil lograr una mayor reducción de las disparidades raciales.

Nuestras conclusiones sobre los efectos positivos de la expansión de Medicaid también permiten apreciar el posible impacto que los actuales proyectos y propuestas de reforma del Congreso podrían tener sobre las disparidades. Esto incluye no sólo los enfoques de “Medicare para todos”, sino también las reformas que buscan eliminar la desigualdad de expansión de Medicaid y hacer realidad la intención original de la ACA.¹⁷ Por otra parte, las propuestas republicanas para poner fin a la expansión del Medicaid en su conjunto probablemente revertirían las mejoras históricas de la ACA en cuanto a las disparidades raciales en el acceso a la atención médica.¹⁸

- **Hacer que los subsidios del Mercado estén disponibles para las personas con ingresos por debajo del 100 por ciento del nivel de pobreza o de otra manera cubrir la desigualdad de cobertura de Medicaid.** Con ingresos significativamente más bajos, los adultos negros e hispanos en los estados sin expansión corren un alto riesgo de caer en una desigualdad de cobertura en la que sus ingresos son demasiado altos para el actual Medicaid pero no lo suficientemente altos para calificar para los subsidios para primas (100 %–400 % de pobreza).¹⁹
- **Eliminar el tope de ingresos en la elegibilidad para subsidios del Mercado.** Las contribuciones a las primas de los planes del Mercado tienen un límite máximo de un cierto porcentaje de los ingresos para las personas que se encuentran entre el 100 y el 400 por ciento del nivel de pobreza, con un máximo del 9,78 por ciento de los ingresos. La eliminación del límite superior de ingresos proporcionaría un alivio a las personas que actualmente gastan más de esta proporción máxima de sus ingresos en el seguro médico.²⁰

- **Promulgar ampliaciones de Medicaid específicas para cada estado que vayan más allá de la ACA.** Por ejemplo, California recientemente amplió su programa Medicaid para cubrir a los jóvenes indocumentados.²¹
- **Permitir que los inmigrantes indocumentados contraten cobertura del Mercado.** Este grupo no es actualmente elegible para recibir cobertura a través de los intercambios de seguros de la ACA.

Todas las políticas que se presentan aquí pueden ayudar a hacer más equitativo el sistema de salud de Estados Unidos. Pero tendrán que ir acompañadas de esfuerzos para abordar los factores que propician las desigualdades raciales en materia de salud que se extienden más allá del acceso al seguro médico. Estas incluyen las desigualdades en oportunidades educativas e ingresos²² y el hecho de que las personas de color a menudo son percibidas y tratadas de manera diferente por los proveedores de atención médica.²³ Una encuesta reciente sobre los valores de los estadounidenses con respecto a la atención médica muestra que la mayoría no cree que todas las personas en los EE. UU. reciben el mismo tratamiento dentro del sistema de salud.²⁴ Y una mayoría abrumadora cree que todos deberían recibirlo.

Tabla 1. Estimados de demografía en EE. UU., 2018 (base: adultos 19–64)

	Estados Unidos		Estados con expansión		Estados sin expansión		Luisiana		Georgia	
	Total (millones)	%	Total (millones)	%	Total (millones)	%	Total (miles)	%	Total (miles)	%
Total	193	100.0%	119	100.0%	74	100.0%	2,695	100.0%	6,245	100.0%
Raza/Etnia										
Blancos	116	60.1%	72	60.6%	44	59.1%	1,599	59.3%	3,257	52.2%
Negros	24	12.5%	12	10.1%	12	16.3%	854	31.7%	1,993	31.9%
Hispanos	35	18.1%	22	18.2%	13	18.0%	134	5.0%	573	9.2%
Ingresos										
0–199% FPL	53	27.5%	31	26.2%	22	29.6%	981	36.6%	1,823	29.5%
200%–399% FPL	56	29.2%	33	27.9%	23	31.2%	737	27.5%	1,855	30.0%
400%+ FPL	83	43.3%	54	45.9%	29	39.2%	959	35.8%	2,498	40.4%
Raza/Etnia, por ingresos										
<i>Blancos</i>										
0–199% FPL	25	21.7%	15	20.8%	10	23.3%	423	26.6%	743	23.0%
200%–399% FPL	32	27.5%	19	26.2%	13	29.7%	445	28.0%	903	28.0%
400%+ FPL	58	50.8%	38	53.1%	20	47.0%	721	45.4%	1,581	49.0%
<i>Negros</i>										
0–199% FPL	9	39.5%	5	38.7%	5	40.3%	454	53.6%	716	36.4%
200%–399% FPL	8	31.6%	4	29.7%	4	33.5%	223	26.4%	644	32.8%
400%+ FPL	7	28.9%	4	31.6%	3	26.1%	170	20.1%	607	30.9%
<i>Hispanos</i>										
0–199% FPL	14	38.9%	8	37.8%	5	40.6%	61	46.3%	249	43.8%
200%–399% FPL	12	34.7%	7	34.5%	5	35.0%	38	28.4%	194	34.2%
400%+ FPL	9	26.4%	6	27.7%	3	24.4%	33	25.2%	125	22.1%

NOTAS

Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión del Medicaid en 2019, y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

FPL = nivel de pobreza federal, por sus siglas en inglés.

DATOS

American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2018.

Tabla 2. Tasas de no asegurados en EE. UU. desglosadas por demografía, 2013–2018 (base: adultos 19–64)

	Estados Unidos					Estados con expansión					Estados sin expansión				
	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)
Total	20.4	12.1	12.2	12.4	-8.0	18.4	9.2	9.1	9.2	-9.1	23.9	16.8	17.3	17.6	-6.3
Raza/Etnia															
Blancos	14.5	8.2	8.4	8.6	-5.9	13.1	6.1	6.2	6.4	-6.7	16.9	11.6	12.1	12.3	-4.5
Negros	24.4	13.7	13.9	14.4	-9.9	21.5	9.9	9.5	10.1	-11.4	27.3	17.5	18.3	18.7	-8.6
Hispanos	40.2	25.5	25.1	24.9	-15.3	36.3	20.0	19.3	19.1	-17.2	46.9	34.7	34.5	34.3	-12.6
Ingresos															
0–199% FPL	37.9	23.1	23.1	23.2	-14.7	34.6	17.1	16.6	16.6	-18.0	42.8	31.8	32.2	32.4	-10.4
200%–399% FPL	20.0	12.9	13.4	13.9	-6.1	18.9	10.8	10.9	11.3	-7.7	21.7	15.9	16.9	17.7	-4.0
400%+ FPL	6.7	4.1	4.5	4.8	-1.9	6.3	3.4	3.6	3.9	-2.4	7.7	5.4	6.1	6.6	-1.1
Raza/Etnia, por ingresos															
<i>0–199% FPL</i>															
Blancos	31.2	17.5	17.8	18.0	-13.2	28.7	12.4	12.3	12.5	-16.1	35.0	25.1	25.8	25.9	-9.0
Negros	34.4	20.3	20.5	20.8	-13.6	30.1	13.7	13.1	13.6	-16.5	38.5	26.7	27.5	27.7	-10.8
Hispanos	54.0	36.7	36.1	36.0	-18.0	48.5	28.1	27.3	26.9	-21.6	63.0	50.2	49.6	49.6	-13.4
<i>200%–399% FPL</i>															
Blancos	15.3	9.6	10.2	10.6	-4.7	14.5	8.0	8.3	8.5	-6.0	16.5	12.0	12.9	13.5	-3.0
Negros	20.5	11.9	12.3	13.3	-7.2	19.3	10.0	9.6	10.3	-9.0	21.6	13.7	14.7	15.9	-5.7
Hispanos	35.5	23.2	23.1	23.7	-11.8	32.7	19.1	18.6	19.1	-13.6	40.4	30.0	30.5	31.0	-9.3
<i>400%+ FPL</i>															
Blancos	5.2	3.1	3.4	3.7	-1.5	4.8	2.6	2.8	3.0	-1.9	6.0	4.2	4.6	5.0	-1.0
Negros	10.2	5.6	6.1	7.1	-3.2	9.8	4.7	4.9	5.6	-4.2	10.8	6.8	7.6	8.9	-2.0
Hispanos	15.0	9.5	10.4	10.7	-4.3	13.9	8.0	8.4	8.7	-5.1	17.0	12.1	14.1	14.1	-2.9

NOTAS

Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión del Medicaid en 2019, y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

El cambio neto representa el cambio de puntos porcentuales entre 2013 y 2018.

FPL = nivel de pobreza federal, por sus siglas en inglés.

DATOS

American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

Tabla 3. Tendencias en las disparidades entre negros y blancos e hispanos y blancos en la cobertura y el acceso a los seguros, 2013–2018

	Disparidad entre blancos y negros (puntos porcentuales)			Disparidad entre hispanos y blancos (puntos porcentuales)		
	2013	2018	Cambio neto (puntos %)	2013	2018	Cambio neto (puntos %)
Tasas de no asegurados (base: adultos 19–64)*						
Promedio de EE. UU.	9.9	5.8	–4.1	25.7	16.3	–9.4
Estados con expansión	8.4	3.7	–4.7	23.2	12.7	–10.5
Estados sin expansión	10.4	6.4	–4.0	30.0	22.0	–8.0
Atención médica evitada debido al costo (base: adultos 18–64)**						
Promedio de EE. UU.	8.1	4.7	–3.4	12.7	8.3	–4.4
Estados con expansión	6.8	3.1	–3.7	12.1	8.3	–3.8
Estados sin expansión	8.6	5.2	–3.5	13.8	8.3	–5.5
Proveedor de atención médica habitual (base: adultos 18–64)**						
Promedio de EE. UU.	6.5	2.8	–3.7	22.4	18.7	–3.6
Estados con expansión	5.6	1.9	–3.7	20.9	17.8	–3.1
Estados sin expansión	6.3	2.3	–4.1	24.8	20.2	–4.6

NOTAS

Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión del Medicaid en 2019, y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

DATOS

* American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

** Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

Tabla 4. Tasas de los indicadores de acceso desglosados por raza/etnia, 2013–2018 (base: adultos 18–64)

	Estados Unidos					Estados con expansión					Estados sin expansión				
	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos)	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)
Atención médica evitada debido al costo en los 12 meses anteriores															
Total	18.5	15.1	15.7	15.1	–3.4	17.0	13.3	13.7	13.2	–3.9	21.0	18.1	18.9	18.2	–2.8
Raza/Etnia															
Blancos	15.1	12.7	13.3	12.9	–2.2	14.0	11.2	11.6	11.1	–2.9	16.9	15.1	16.0	15.7	–1.3
Negros	23.2	17.9	18.8	17.6	–5.6	20.8	14.8	15.9	14.3	–6.6	25.5	21.0	21.7	20.8	–4.7
Hispanos	27.8	21.9	21.9	21.2	–6.7	26.2	19.6	19.7	19.5	–6.7	30.7	25.7	25.3	23.9	–6.7
Proveedor de atención médica habitual															
Total	72.0	73.8	73.1	72.6	0.6	73.9	76.4	75.7	75.0	1.0	68.9	69.6	68.9	68.8	0.0
Raza/Etnia															
Blancos	77.6	78.6	77.5	77.0	–0.6	79.1	80.6	79.6	79.1	0.0	75.0	75.4	74.1	73.4	–1.6
Negros	71.1	74.7	74.4	74.1	3.0	73.5	78.1	78.6	77.2	3.7	68.7	71.4	70.3	71.2	2.5
Hispanos	55.3	58.2	58.1	58.2	3.0	58.2	63.0	62.4	61.3	3.1	50.2	50.6	51.3	53.2	3.0

NOTAS

Los estados con expansión son aquellos que expandieron Medicaid el 1 de enero de 2018. En esa fecha, había 19 estados que aún no habían expandido el Medicaid. Maine y Virginia implementaron la expansión del Medicaid en 2019, y se consideran sin expansión a efectos de este análisis.

El cambio neto representa el cambio de puntos porcentuales entre 2013 y 2018.

DATOS

Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS), 2013–2018.

Tabla 5. Tasas de no asegurados en Luisiana/Georgia desglosadas por demografía, 2013–2018 (base: adultos 19–64)

	Luisiana					Georgia				
	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)	2013	2016	2017	2018	Cambio neto (puntos %)
Total	24.7	15.4	12.5	11.8	–12.9	26.0	18.1	18.7	19.1	–6.9
Raza/Etnia										
Blancos	18.9	11.8	9.7	9.5	–9.4	19.1	13.9	14.1	14.9	–4.2
Negros	31.3	17.3	13.0	11.3	–19.9	28.4	18.0	19.0	19.2	–9.2
Hispanos	52.7	43.8	38.0	39.6	–13.2	60.1	46.8	45.3	45.5	–14.6
Ingresos										
0–199% FPL	41.8	25.9	19.7	17.8	–24.0	46.3	35.0	35.5	35.9	–10.4
200%–399% FPL	21.3	14.4	11.9	11.6	–9.7	21.9	16.4	17.6	18.8	–3.1
400%+ FPL	9.7	5.5	5.5	5.9	–3.8	8.1	5.6	6.5	7.3	–0.8
Raza/Etnia, por ingresos										
<i>0–199% FPL</i>										
Blancos	37.7	24.3	18.0	16.5	–21.2	40.9	32.3	32.2	33.1	–7.9
Negros	42.0	22.8	16.6	14.0	–27.9	41.4	29.4	30.1	30.4	–11.0
Hispanos	70.7	58.5	51.8	54.0	–16.7	75.5	62.6	62.7	63.4	–12.1
<i>200%–399% FPL</i>										
Blancos	19.0	12.0	10.6	10.9	–8.1	17.9	13.7	14.9	16.4	–1.5
Negros	22.5	14.3	10.3	8.7	–13.8	21.0	14.1	14.9	16.4	–4.6
Hispanos	45.3	38.4	33.6	34.8	–10.5	50.0	40.4	38.9	40.7	–9.3
<i>400%+ FPL</i>										
Blancos	7.4	4.5	4.2	4.6	–2.7	5.9	4.5	5.1	5.7	–0.3
Negros	14.6	6.4	7.5	8.0	–6.6	12.4	6.5	7.9	9.3	–3.0
Hispanos	31.4	20.0	20.3	20.4	–11.0	21.3	16.2	17.1	18.6	–2.6

NOTAS

El cambio neto representa el cambio de puntos porcentuales entre 2013 y 2018.

FPL = nivel de pobreza federal, por sus siglas en inglés.

DATOS

American Community Survey Public Use Microdata Sample (ACS PUMS), 2013–2018.

NOTAS

1. Ajay Chaudry, Adlan Jackson, and Sherry A. Glied, *Did the Affordable Care Act Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage?* (Commonwealth Fund, Aug. 2019).
2. Eric C. Schneider et al., *Health Care in America: The Values and Experiences That Could Shape Health Reform* (Commonwealth Fund, Dec. 2019).
3. See U.S. Census Bureau, “American Community Survey — Response Rates,” n.d.
4. See Centers for Disease Control and Prevention, “BRFSS Combined Landline and Cell Phone Weighted Response Rates by State, 2018,” n.d.
5. Chaudry, Jackson, and Glied, *Did the Affordable Care Act*, 2019.
6. Los cálculos de la tasa varían ligeramente entre las encuestas federales, dependiendo del grupo de edad, la pregunta y la metodología.
7. Munira Z. Gunja, Sara R. Collins, and Herman K. Bhupal, *Is the Affordable Care Act Helping Consumers Get Health Care?* (Commonwealth Fund, Dec. 2017).
8. David C. Radley, Sara R. Collins, and Susan L. Hayes, *2019 Scorecard on State Health System Performance* (Commonwealth Fund, June 2019).
9. See “Access to Health Services,” *Healthy People 2020*, healthypeople.gov.
10. Cathy Schoen et al., *Health Care in the Two Americas: Findings from the Scorecard on State Health System Performance for Low-Income Populations* (Commonwealth Fund, Sept. 2013), Exhibit 27, p. 57.
11. La diferencia no es estadísticamente significativa.
12. La mejora para los hispanos y los negros en los estados sin expansión no fue estadísticamente significativa.
13. Radley, Collins, and Hayes, *2019 Scorecard on State*, 2019.
14. Basado en el estado de expansión de Medicaid a fecha de la publicación, con Virginia, Maine, Idaho y Utah incluidos como estados con expansión; análisis de los autores de U.S. Census Bureau, 2018 1-Year American Community Survey, Public Use Microdata Sample (ACS PUMS).
15. En 2016, se estima que había 8,4 millones de inmigrantes indocumentados de América Latina viviendo en los Estados Unidos. Jeffrey S. Passel and D’Vera Cohn, *U.S. Unauthorized Immigrant Total Dips to Lowest Level in a Decade* (Pew Research Center, Nov. 2018).
16. Sara Rosenbaum, “The New ‘Public Charge’ Rule Affecting Immigrants Has Major Implications for Medicaid and Entire Communities,” *To the Point* (blog), Commonwealth Fund, Aug. 15, 2019.
17. Senator Bernie Sanders, “The Medicare for All Act of 2019” (S. 1129); and Senator Elizabeth Warren, “Ending the Stranglehold of Health Care Costs on American Families,” Nov. 1, 2019; and Vice President Joe Biden, “The Biden Plan to Protect and Build on the Affordable Care Act,” n.d.; and Mayor Pete Buttigieg, “Medicare for All Who Want It: Putting Every American in Charge of Their Health Care with Affordable Choice for All,” n.d.
18. Republican Study Committee, *A Framework for Personalized, Affordable Care*, n.d.
19. Rachel Garfield, Kendal Orgera, and Anthony Damico, *The Coverage Gap: Uninsured Poor Adults in States That Do Not Expand Medicaid* (Henry J. Kaiser Family Foundation, Mar. 2019).

20. Jodi Liu and Christine Eibner, *Expanding Enrollment Without the Individual Mandate: Options to Bring More People into the Individual Market* (Commonwealth Fund, Aug. 2018).
21. Alexei Koseff, “California Will Give Health Coverage to Undocumented Young Adults,” *San Francisco Chronicle*, June 10, 2019.
22. Sandro Galea et al, “Estimated Deaths Attributable to Social Factors in the United States,” *American Journal of Public Health* 101, no. 8 (Aug. 2011): 1456–65.
23. Laurie Zephyrin, “Pregnancy-Related Deaths Reflect How Implicit Bias Harms Women. We Need to Fix That.,” *STAT*, July 10, 2019; Kevin A. Schulman et al., “The Effect of Race and Sex on Physicians’ Recommendations for Cardiac Catheterization,” *New England Journal of Medicine* 340, no. 8 (Feb. 1999): 618–26; and William L. Schpero et al., “For Selected Services, Blacks and Hispanics More Likely to Receive Low-Value Care Than Whites,” *Health Affairs* 36, no. 6 (June 2017): 1065–69.
24. Schneider et al., *Health Care in America*, 2019.

SOBRE LOS AUTORES

Jesse C. Baumgartner es investigador asociado en el programa de Cobertura de Salud, Acceso y Seguimiento del Commonwealth Fund. Antes de ingresar a la organización, trabajó como gerente de licencias/desarrollo tecnológico en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, consultor de ciencias biológicas en Stern Investor Relations y, anteriormente, como periodista del *Lewiston Tribune* de Idaho. Baumgartner tiene un título en periodismo e historia de University of North Carolina at Chapel Hill, donde fue elegido *Phi Beta Kappa*, y actualmente está realizando una maestría en salud pública en CUNY Graduate School of Public Health and Health Policy. También es un analista financiero certificado (CFA®).

Sara R. Collins, Ph.D., es vicepresidenta de Cobertura de Salud, Acceso y Seguimiento del Commonwealth Fund. La Dra. Collins, una economista, ingresó en el Fund en 2002 y, desde 2005, dirige el programa nacional de seguro de salud. Desde su ingreso, ha liderado varias encuestas nacionales sobre el seguro médico y fue autora de numerosos estudios, informes y artículos sobre cobertura y políticas de seguros de salud. Ha brindado testimonio como invitada ante varias comisiones y subcomisiones en el Congreso. Antes de ingresar en el Fund, la Dra. Collins fue directora asociada/investigadora superior en la New York Academy of Medicine. Anteriormente, fue editora asociada en el *U.S. News & World Report*, economista superior en Health Economics Research y analista superior de políticas sanitarias de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Nueva York. La Dra. Collins tiene un doctorado en economía de George Washington University.

David C. Radley, Ph.D., M.P.H., es científico superior del programa de Cobertura de Salud, Acceso y Seguimiento del Commonwealth Fund, donde trabaja en el proyecto Scorecard. El Dr. Radley desarrolla análisis nacionales, estatales, subestatales y regionales sobre el desempeño del sistema de salud y análisis sobre la estructura del mercado de salud. También es director superior de estudios en Westat, una empresa de investigación que respalda el proyecto Scorecard. Anteriormente, fue asociado de política sanitaria nacional para

Abt Associates, a cargo de numerosos proyectos relacionados con medir la calidad de la atención médica a largo plazo y evaluar las iniciativas informáticas relacionadas con la salud. El Dr. Radley tiene un doctorado en políticas sanitarias del Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice y tiene una licenciatura de Syracuse University y una maestría en salud pública de Yale University.

Susan L. Hayes, M.P.A., está realizando un doctorado en investigación sobre servicios de salud en Brown University. Fue investigadora superior para el programa de Cobertura de Salud, Acceso y Seguimiento del Commonwealth Fund. Hayes tiene una maestría en administración pública del Wagner School of Public Service de New York University y una licenciatura en inglés de Dartmouth College. Trabajó como periodista, escritora freelance de salud y colaboradora de edición de la revista *Parent & Child*; además escribió un libro sobre la crianza de niños bilingües junto con un pediatra del Tufts Medical Center.

AGRADECIMIENTOS

En el Commonwealth Fund, los autores agradecen a David Blumenthal, Elizabeth Fowler, Eric Schneider y Barry Scholl por sus útiles comentarios; Chris Hollander, Deborah Lorber, Paul Frame y Jen Wilson por la edición y el diseño; y Munira Gunja y Gabriella Aboulafia por el apoyo en la investigación.

.....
Christopher Hollander brindó apoyo editorial.

Para más información sobre este informe, por favor, comuníquese con:

Jesse C. Baumgartner
 Investigador asociado, Cobertura de Salud, Acceso y Seguimiento
 The Commonwealth Fund
jb@cmwf.org



The Commonwealth Fund

Affordable, quality health care. For everyone.

Sobre el Commonwealth Fund

La misión del Commonwealth Fund es promover un sistema de cuidado de la salud de alto rendimiento que logre más acceso, mejor calidad y mayor eficiencia, especialmente para los más vulnerables de la sociedad, que incluyen a personas de bajos ingresos, personas que carecen de cobertura y personas de color. El respaldo para esta investigación fue aportado por el Commonwealth Fund. Los puntos de vista aquí presentados son de los autores y no necesariamente coinciden con los del Commonwealth Fund, sus directores, funcionarios o personal.