



## Nuevo informe: La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ha disminuido las desigualdades raciales y étnicas en el acceso a la salud, pero el progreso se ha estancado

*Adultos negros en estados que han expandido la cobertura de Medicaid ahora tienen más probabilidades de tener seguro que adultos blancos en estados que no lo han hecho*

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) ha llevado a avances históricos en el acceso a la atención médica para adultos negros e hispanos en los Estados Unidos y también ha reducido disparidades con los adultos blancos. Pero el progreso se ha estancado desde 2016 y, en algunos casos, se ha erosionado, según un nuevo informe del Commonwealth Fund.

El estudio *How the Affordable Care Act Has Narrowed Racial and Ethnic Disparities in Access to Health Care* [Cómo la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio ha reducido las disparidades raciales y étnicas en el acceso a la atención médica] analiza las tres medidas clave para el acceso a la salud con un enfoque en la raza y la etnia: no tener cobertura de seguro, no contar con atención médica debido al costo y disponer de un servicio regular de atención médica. Los investigadores se concentraron en el periodo de 2013 a 2018.

En los años después de las expansiones de cobertura estipuladas por la ley ACA en 2014, las diferencias raciales en el acceso a la salud se redujeron en todo el país, especialmente en estados que han expandido Medicaid, según el estudio. En los estados con expansión, la desigualdad disminuyó tanto que las tasas de cobertura y reportes de obstáculos para el acceso entre los adultos negros fueron similares, o incluso mejores, que los de los adultos blancos en lugares sin expansión.

Entre los descubrimientos más importantes:

- ▶ **Las desigualdades raciales y étnicas en las tasas de no asegurados se redujeron significativamente, pero el progreso se ha estancado o erosionado desde 2016.** La ley ACA ha llevado a avances históricos en la cobertura de salud en los Estados Unidos, particularmente para los adultos negros e hispanos. La tasa de adultos negros no asegurados cayó del 24,4 por ciento en 2013 al 14,4 por ciento en 2018, y entre los adultos hispanos bajó del 40,2 al 24,9 por ciento. Esto redujo las disparidades con los adultos blancos por 4,1 y 9,4 puntos porcentuales, respectivamente.

Pero los avances en cobertura para los adultos negros e hispanos se han estancado o incluso erosionado desde 2016, al igual que para la población estadounidense en general. Los adultos negros han visto aumentar su tasa de no asegurados por 0,7 puntos porcentuales desde 2016, mientras que los adultos blancos han visto un aumento de medio punto. Esto ha frenado en gran medida la reducción de las disparidades raciales en cobertura.

**BAJO EMBARGO  
NO PUBLICAR ANTES DE LAS  
12:01 AM. E.T., JUEVES  
16 DE ENERO DE 2020**

Para más información,  
comunicarse con:

Bethanne Fox  
212.606.3853  
[bf@cmwf.org](mailto:bf@cmwf.org)

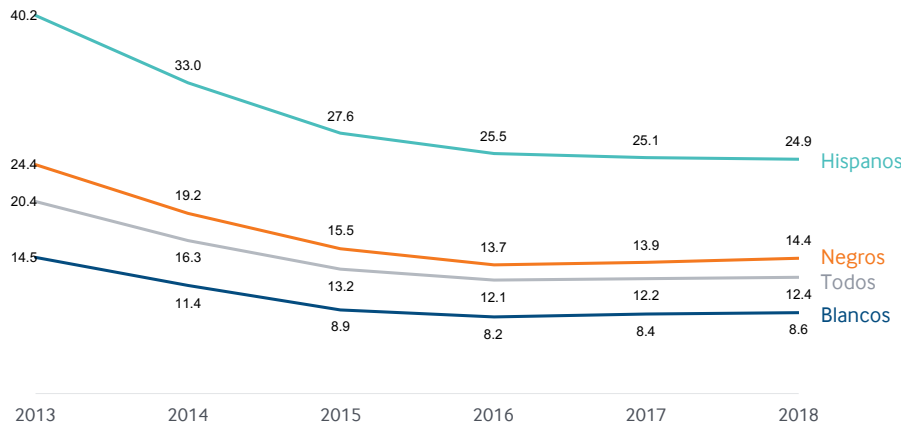
Maya Brod  
301.280.5757  
[mbrod@burness.com](mailto:mbrod@burness.com)

 [@commonwealthfnd](https://twitter.com/commonwealthfnd)

*The Commonwealth Fund es una fundación privada sin fines de lucro que apoya la investigación independiente sobre la reforma de políticas sanitarias y un sistema de salud de alto rendimiento.*

**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), -2018.

- ▶ **Menos adultos negros e hispanos evitaron la atención médica que necesitaban debido al costo.** En 2013, aproximadamente el 23 por ciento de adultos negros reportaron no haber buscado atención médica debido al costo; en 2018, el 17,6 por ciento afirmó lo mismo. Entre los adultos hispanos, los problemas de acceso relacionados con el costo cayeron del 27,8 al 21,2 por ciento. Este progreso redujo las diferencias con los adultos blancos. La mayoría de estas mejoras ocurrieron entre 2013 y 2016.
- ▶ **Medicaid ayudó a reducir disparidades raciales en la atención médica.**
  - **Disparidades de cobertura entre adultos blancos y las dos minorías se redujeron más en los estados que ampliaron Medicaid que en los estados que no lo han hecho:** La desigualdad de cobertura entre blancos y negros en los estados que ampliaron Medicaid cayó del 8,4 al 3,7 por ciento, mientras que la diferencia entre las tasas de no asegurados de los adultos hispanos y blancos bajó del 23,2 al 12,7 por ciento. Debido a este progreso, los adultos negros en estados donde hubo expansión ahora tienen más probabilidades de estar asegurados que los adultos blancos en estados donde no la hubo.
  - **Luego de la expansión de Medicaid en 2016, disparidades en cobertura entre adultos negros y blancos en Luisiana disminuyeron rápidamente en comparación con Georgia:** Para ilustrar los efectos potenciales de una mayor extensión de Medicaid, los investigadores del Commonwealth Fund analizaron dos estados sureños con grandes poblaciones de adultos negros: Luisiana, que expandió el Medicaid en 2016, y Georgia, que aún no lo ha hecho. En ambos estados, adultos con bajos ingresos obtuvieron ganancias en cobertura entre 2013 y 2015. Pero después de que Luisiana amplió Medicaid en julio de 2016, las tasas de no asegurados para adultos blancos y negros de bajos ingresos cayeron 12,2 y 16,0 puntos adicionales, respectivamente. En Georgia, sin embargo, las tasas no mejoraron después del 2016.

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

**ACERCA DE LOS ESPECIALISTAS:**

Sara Collins, Coautora del estudio y Vicepresidenta de Cobertura de Salud y Acceso del Commonwealth Fund

*«Las expansiones de cobertura de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio han contribuido a impulsar el histórico progreso en la reducción de las disparidades raciales y étnicas en la atención médica, pero todavía queda mucho por hacer. Muchos adultos negros e hispanos aún enfrentan dificultades para obtener seguro médico o la atención sanitaria que necesitan, lo cual resulta en inequidad en la salud. Para profundizar el progreso realizado desde la ley ACA dependemos de políticas como la expansión de la elegibilidad para el Medicaid, el mejoramiento de los subsidios, y nuestra capacidad para abordar la discriminación y las causas relacionadas con las persistentes inequidades raciales de nuestro sistema de salud».*

David Blumenthal, M.D., Presidente del Commonwealth Fund

*«Es alentador ver que las disparidades en el acceso a la salud para adultos negros e hispanos se están reduciendo con el tiempo, pero no podemos permitir que el progreso que hemos logrado se nos vaya de las manos. Mejorar la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y expandir el Medicaid en todos los estados serán pasos críticos para asegurar que todos puedan tener la atención médica asequible y de alta calidad que merecen».*

## IMPLICACIONES

Los autores del estudio indican que 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. Entre estas se incluyen:

- **Ampliar Medicaid sin restricciones en los 15 estados restantes.** La expansión de Medicaid es una herramienta comprobada para reducir las disparidades raciales en el acceso a la salud. Sin embargo, la elegibilidad expandida para Medicaid no está disponible para casi la mitad de los adultos negros y más de un tercio de los hispanos.
- **Reducir la desigualdad en 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. El Congreso podría contribuir habilitando los subsidios del Mercado para personas con un ingreso por debajo del 100 por ciento del nivel de pobreza federal (12.490 dólares para un individuo y 25.750 dólares para una familia de cuatro).
- **Mejorar la asequibilidad de las primas en los Mercados del ACA.** Las contribuciones a las primas de los planes del Mercado están limitadas a cierto porcentaje de los ingresos para personas entre el 100 y el 400 por ciento del nivel federal de pobreza (el límite de ingreso superior es 49.960 dólares para un individuo y 103.000 dólares para una familia de cuatro). La eliminación del límite superior ampliaría la elegibilidad para los subsidios del Mercado para que más personas puedan contratar planes de salud.
- **Promulgar ampliaciones de Medicaid para grupos específicos en cada estado que vayan más allá de la ACA.** California, por ejemplo, recientemente amplió Medicaid para dar cobertura a jóvenes indocumentados.
- **Permitir que inmigrantes indocumentados contraten coberturas médicas en el Mercado.** Este grupo actualmente no es elegible para tener cobertura a través del intercambio de seguros del ACA.

El informe completo estará disponible cuando se termine el embargo en: <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/jan/como-ley-ACA-ha-reducido-disparidades-raciales-etnicas>.

## 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.

El análisis estratifica a los encuestados por su raza u origen étnico autodeclarado: blancos (no hispanos), negros (no hispanos) o hispanos (cualquier raza). Los promedios anuales nacionales se calcularon desde 2013 hasta 2018 para cada uno de los tres indicadores mencionados a continuación, estratificados por raza/etnia. También se calculó la tasa anual promedio para personas blancas, negras e hispanas desde el 2013 hasta el 2018 en dos categorías de estados: el grupo con expansión de Medicaid incluyó los 31 estados que, junto con el Distrito de Columbia, habían ampliado Medicaid bajo la ley ACA a partir del 1 de enero de 2018; y el grupo sin expansión incluyó los 19 estados que no habían expandido 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 con expansión/no expansión son promedios entre los encuestados, no promedios de las tasas estatales. Adicionalmente, para ciertas subpoblaciones en Luisiana y Georgia, se calcularon las tasas promedio anuales de no asegurados específicas del estado de 2013 a 2018.

## INVESTIGACIÓN ADICIONAL PERTINENTE

[Did the Affordable Care Act Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage?](#)

[The New “Public Charge” Rule Affecting Immigrants Has Major Implications for Medicaid and Entire Communities](#)

[2019 Scorecard on State Health System Performance](#)

[Arkansas’s Medicaid Work Requirements Contributed to Higher Uninsured Rate and No Change in Employment](#)