



## **Derechos, mercado y luchas políticas. A propósito de la reforma sanitaria de la Administración Obama**

**María Luz Rodríguez Fernández**

*Universidad de Castilla-La Mancha*

[Marialuz.rodriquez@uclm.es](mailto:Marialuz.rodriquez@uclm.es)

### **Resumen**

En 2010, el modelo norteamericano de protección de la salud fue sometido a una profunda reforma por parte de la Administración Obama. En este artículo se analizan las disfunciones y los costes que produce un modelo sanitario privado y basado en el juego del libre mercado, así como la confrontación política en torno a dicha reforma. También es objeto de análisis, fundamentalmente desde la perspectiva económica, el llamado "mandato individual" u obligación ciudadana de tener seguro médico, que es la pieza clave de la reforma, junto con los motivos que han llevado a la Corte Suprema de los Estados Unidos a considerar el mismo un impuesto y su conformidad con la Constitución.

### **Palabras clave**

Reforma sanitaria, Administración Obama, cobertura universal de la salud, mandato individual, Corte Suprema.

88

## **Obamacare: Rights, Market and Political Struggle**

### **Abstract**

Obama Administration made a deep reform of US Health Care in 2010. Analyse the dysfunctions and costs that provokes a private and market based health care system, as well as the political controversy that followed such reform, is the main objective of this article. It is also analysed, basically from an economic point of view, the so-called "individual mandate", i.e., the legal obligation to contract a medical insurance, considered as the key of the Obama reform. Finally, the article studies the Supreme Court arguments considering the individual mandate a tax and, consequently, according to US Constitution.

### **Keywords**

Health care reform, Obama Administration, universal health care, individual mandate, Supreme Court.

The term 'social insurance' to describe this institution implies both that it is compulsory and that men stand together with their fellows.

W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*<sup>1</sup>

## 1. Un mercado privado de salud en busca de una reforma

Para alguien que ha crecido en la cultura jurídica del Estado Social puede resultar sorprendente el modo elegido por la Administración Obama para garantizar la protección de la salud de toda la población norteamericana. A diferencia de lo que sucede en buena parte de los países europeos, donde sus constituciones reconocen los derechos sociales, Estados Unidos no ha completado la evolución en el ámbito de los derechos que explicara T. H. Marshall (1950: 10-27) en *Citizenship and Social Class*, ya que, una vez reconocidos los derechos civiles y los políticos, la Constitución americana -o, más bien, la sociedad americana- nunca ha dado el paso de reconocer en el mismo nivel los derechos sociales. Por ello, ni en el pasado ni en el presente han apelado a la Constitución o a un inexistente derecho a la salud de la ciudadanía para construir su sistema sanitario. Es el mercado el que proporciona los cuidados sanitarios a la gran mayoría de los norteamericanos y es interviniendo en el mercado como la Administración Obama pretende obtener el acceso universal al sistema de salud.

Los norteamericanos tienen Seguridad Social desde el 15 de agosto de 1935, cuando, a iniciativa del Presidente Franklin D. Roosevelt, y formando parte de la política del llamado *New Deal*, se aprobó la *Social Security Act*. Pero en ella no se garantizaba prestación pública alguna en relación con el cuidado de la salud. Treinta años más tarde, durante el mandato del Presidente Lyndon B. Johnson, y dentro de la política conocida como *Great Society*, se aprobó la *Social Security Amendments of 1965*. En esta ocasión sí se abordaron las prestaciones sanitarias de la población, aunque de manera claramente limitada. Fue entonces cuando se crearon los dos grandes programas públicos de salud que todavía hoy están vigentes en Estados Unidos: *Medicare* y *Medicaid*. El primero, de carácter federal, es un programa destinado a garantizar la protección de la salud de la población mayor de 65 años y de las personas con discapacidad. En la actualidad, son 48'7 millones de personas (40'4 millones de mayores de 65 años y 8'3 millones de personas con discapacidad) las que están acogidas a este programa, con una inversión pública que ascendió en 2011 a 549'1 billones de dólares<sup>2</sup>. *Medicaid* cubre la asistencia sanitaria de las personas con menos ingresos, se administra por los estados y, según los últimos datos oficiales, son 66'6 millones de norteamericanos los que obtienen cuidados de salud por medio de él, con una inversión pública de 383'4 billones de dólares en el último año (*Medicaid.gov*, 2010).

A pesar de la impresión que puedan causar estos datos, sobre todo vistos desde un país como España que tiene poco más de 47 millones de habitantes, no conviene confundirse. Estados Unidos no tiene un sistema público y mucho menos universal de salud. *Medicare* y *Medicaid* son una mínima parte del modelo sanitario. Redes de seguridad destinadas a la población más vulnerable: personas mayores, con discapacidad o pobres. El resto de la población compra sus prestaciones sanitarias en el mercado. Lo que ilustra bien cómo conciben los norteamericanos lo

<sup>1</sup> Beveridge (1942: 13). El informe original puede consultarse en el sitio web: [http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf). Revisado el 11 de junio de 2012.

<sup>2</sup> Véase The Boards of Trustees of The Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medical Insurance Trust Funds (2012).



que en Europa llamamos Estado del Bienestar. Para ellos es el mercado el mejor mecanismo de distribución de recursos, incluidos los que tienen que ver con el cuidado de la salud. Sólo en los huecos que deja el mercado, por razón de una ineficiencia que ellos no suelen atribuir al funcionamiento del mismo, puede situarse la acción pública de protección social. Residual, marginal o supletoria respecto de la propia acción privada (Fives, 2008: 30). Por eso, ni hablan de derechos cuando se refieren a las prestaciones sociales, ni éstas están construidas jurídicamente como tales<sup>3</sup>. Y por eso también, cada vez que alguno de sus Presidentes ha intentado ir más allá de este esquema en materia de política social, se ha generado una fuerte confrontación política que casi siempre ha dado al traste con el intento. Como veremos, eso mismo es lo que ha reproducido la reforma sanitaria de la Administración Obama.

## 2. Falta de cobertura universal, alto coste económico y desigualdad

El mercado proporciona a los norteamericanos cuidados de salud aunque también no pocos problemas. Por lo que aquí interesa, el primero de ellos es que hay muchas personas que no tienen cobertura sanitaria; el segundo, que la inversión que necesita el sistema es muy elevada; y el tercero que se trata de un sistema que genera una fuerte desigualdad (Lettieri, 2010).

En Estados Unidos hay 51 millones de personas que no tienen seguro médico (The Congressional Budget Office, 2010). Lo que significa que, en caso de ponerse enfermas, tendrán que pagar los gastos de la asistencia sanitaria que necesiten. Si todas ellas pudieran pagarse desde una radiografía hasta un trasplante de corazón, probablemente no hubiera mayor dificultad, pero los datos nos invitan a pensar que la mayoría de estas personas no puede y que, por tanto, tener seguro médico sería para ellas una condición necesaria para acceder y/o poder pagar los cuidados de salud. Tengamos en cuenta que, según recoge la propia Ley que reforma la sanidad norteamericana, esto es, la *Patient Protection and Affordable Care Act* de 2010, el 62% de las “bancarrotas” de personas físicas están causadas por los costes de las prestaciones sanitarias o que, en 2008, último dato oficial, las personas sin seguro dejaron impagados 43.000 millones de dólares en costes de sanidad<sup>4</sup> (PPACA, 2010: 144).

Probablemente, algunas de estas personas son *free riders* y no tienen seguro porque no quieren. De hecho, uno de los perfiles que se dibuja entre las personas sin seguro es el de los jóvenes sanos que no temen enfermar (Wulsin y Dougherty, 2009: 2). Pero ello produce unas consecuencias humanas y económicas muy graves. Más de 20.000 norteamericanos mueren cada año porque la falta de seguro médico les impide poder tratarse a tiempo de su enfermedad<sup>5</sup>. Este es el lado humano de haber decidido no asegurarse, en un país en el que la falta de seguro o el ahorro en el coste del mismo hacen que la medicina preventiva -crucial, por ejemplo, en la detección del cáncer- sea casi inexistente. El lado económico es menos dramático, pero igualmente negativo. A fin de compensar los impagos que las personas sin seguro producen en el mercado de la salud, las compañías aseguradoras deslizan el coste de esos impagos sobre las primas que pagan aquellos otros que sí se aseguran. Se calcula que esta práctica, conocida con el

<sup>3</sup> Tal es el criterio de su Corte Suprema en *Flemmim v. Nestor* 363 U.S. 603 (1960).

<sup>4</sup> La *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA; Public Law 111-148) fue aprobada el 23 de marzo de 2010. Los datos referidos en el texto pueden hallarse entre los *Findings* de la SEC. 1501 (F) y (G).

<sup>5</sup> Este es el dato que proporciona el Institute of Medicine of the National Academies (2009). Sin embargo, en un estudio más reciente de Families USA (2010), se habla de más de 26.000 personas muertas en 2010 por falta de seguro médico.

nombre de *stealth premium*, incrementa el coste de un seguro familiar en 1.017 dólares al año y el de un seguro individual en 368 dólares al año (CCH, 2010: 224).

Ello agrava el problema de aquellos que no tienen seguro sencillamente porque no pueden. Junto a los jóvenes sanos, miles de trabajadores/as con bajos salarios de empresas que no ofrecen planes para el cuidado de la salud<sup>6</sup> son el otro gran colectivo de no asegurados. Para ellos, el factor determinante de la falta de seguro es el coste que supone el mismo para la economía personal o familiar (Wulsin y Dougherty, 2009: 2). Quede claro que no estamos hablando de las personas con menos ingresos, ya que, como vimos antes, éstas están cubiertas por *Medicaid*. Nos referimos a una franja de población que está claramente por encima del umbral de pobreza pero no gana lo suficiente como para asumir con holgura el pago de un seguro médico, de modo que "prefiere" asumir el riesgo de enfermar sin esa red de seguridad. Una situación ésta que, además, ha ido en aumento en los últimos tiempos, debido a la crisis económica y al desempleo que también aquejan a los Estados Unidos. Y que tiene el efecto perverso de impulsar la subida de los precios de los seguros médicos y, en consecuencia, hacer cada día más difícil que este segmento de la población pueda asegurarse.

Recordemos siempre que estamos en presencia de un mercado y que debemos aplicar su lógica. Por tanto, si los costes de las aseguradoras que proporcionan cuidados de salud a los norteamericanos se mantienen, porque la población enferma y sus enfermedades no varían sustancialmente, pero hay menos personas que pagan el correspondiente seguro médico, a fin de mantener los beneficios de estas empresas, el lógico resultado es un incremento de precios de la prestación sanitaria y/o de la prima de los propios seguros médicos. De hecho, en los últimos nueve años, el precio de estos seguros ha subido más que los salarios y que el índice de precios al consumo (Wulsin y Dougherty, 2009: 3).

91

Pues bien, sea porque no quieren o sea porque no pueden, lo cierto es que la falta de seguro médico de esta parte importante de la población les genera problemas a ellos mismos y al resto de la sociedad. Los problemas médicos se escapan de un artículo de estas características, pero están bien documentados en el informe del *Institute of Medicine of the National Academies* (2009) titulado *Americas's Uninsured Crisis: Consequences for Health and Health Care*. Sí diré, no obstante, que todo parece indicar que hay un segmento de la ciudadanía norteamericana cuya protección de la salud es más que deficiente. A ello se suman los efectos económicos ya vistos: el posible encarecimiento de las prestaciones sanitarias y de los propios seguros médicos de todos los demás ciudadanos.

Lo que no es más que una parte del otro problema que tiene el modelo sanitario norteamericano: es muy caro<sup>7</sup>. Muy caro para los ciudadanos a título particular y muy caro también para el conjunto de la ciudadanía. Vaya por delante que siempre he pensado que, en el debate en torno a los derechos sociales, el argumento económico es el de peso menor. Pero precisamente por esa razón me interesa destacar ahora que la inversión que demanda un modelo sanitario como el

<sup>6</sup> La mayor parte de la población norteamericana obtiene seguro médico mediante los planes de seguro que le ofrece la empresa en la que trabaja y que, por lo general, están previamente consensuados con los sindicatos. Según la *Patient Protection and Affordable Care Act* son 176 millones de trabajadores los asegurados por esta vía. Véase PPACA (2010: 144), especialmente SEC. 1501, *Findings* (D).

<sup>7</sup> De acuerdo con un informe del *Institute of Medicine of the National Academies* (2010), los factores que encarecen la sanidad norteamericana son "los servicios innecesarios, las ineficiencias en la provisión de servicios, los altos precios, los costes administrativos innecesarios, las oportunidades de prevención perdidas y el fraude".



norteamericano, privado y no público, y basado en el juego de la oferta y la demanda propio del mercado, es muy alta.

Los datos que suministra la propia *Patient Protection and Affordable Care Act* son bien elocuentes a ese respecto. En 2009, el gasto total en materia de salud de los norteamericanos fue de 2.500.000.000.000 dólares, esto es, 2'5 trillones de dólares, lo que representa cerca de un 18% (el 17'6%) de su PIB<sup>8</sup>. Ningún modelo de sanidad público y universal supone más allá del 12% del PIB de su correspondiente país<sup>9</sup>. Así pues, y en vista de estos datos, un modelo de sanidad privado y basado en el mercado es más caro que cualquiera de los modelos públicos y universales de salud que conocemos. Lo mismo sucede si miramos el gasto *per capita* en materia sanitaria. Estados Unidos tiene el más alto de los países de la OCDE: 7.960 dólares<sup>10</sup>. Datos estos que habría que retener para el debate en torno a la sostenibilidad de nuestro Estado Social y, más aún, para ese otro que utiliza dicho argumento económico a fin de enmascarar un debate ideológico sobre la privatización de al menos una parte de nuestra sanidad.

El tercero de los problemas del modelo de protección de la salud norteamericano es que de él se derivan evidentes desigualdades. Desigualdades, para empezar, en relación con la población asegurada. La mayor parte de las personas que no tienen seguro médico son de origen latino (los llamados "latinos" representan el 15'4% de la población de Estados Unidos y son, sin embargo, el 32'3% de la población no asegurada) o de raza negra (los "blacks" representan el 13'3% de la población, pero un 16'7% de los no asegurados)<sup>11</sup>. Diferencias también por razón de sexo. Primero, al respecto de la cobertura sanitaria, ya que se calcula que en 2011 había 19 millones de mujeres entre 18 y 64 años sin seguro médico<sup>12</sup>. El motivo de estas diferencias, las que se refieren a las mujeres aunque también las que guardan relación con el origen o el color de las personas, probablemente se encuentre en el hecho de que la mayor parte de la población asegurada lo está a través de los planes de seguro médico de sus propias empresas, con lo que aquellas personas que tienen más dificultades para acceder al empleo las tienen también, y por esa misma razón, para tener un seguro médico. De esta forma, el empleo -tenerlo o no tenerlo, o las propias características del mismo- se convierte, a su vez, en una fuente de desigualdad en materia sanitaria. Pero las diferencias por razón de sexo no acaban ahí. También se producen en caso de estar aseguradas: las mujeres pagan más por el mismo seguro médico que los hombres, un billón de dólares más que ellos cada año<sup>13</sup>.

Hay, por otra parte, desigualdades que tienen que ver con la edad. Habitualmente las personas mayores pagan más por sus seguros médicos que las personas más jóvenes, porque se considera la edad como un factor de riesgo. Tanto que a veces el precio del mismo seguro llega a multiplicarse por 25 en función de la edad de la persona asegurada. Y las hay, finalmente, y quizá sean estas las peores de todas, en relación con la propia asistencia sanitaria. Al tratarse de un mercado de seguros -pensemos que funciona como el mercado de seguros de nuestros coches-, las personas pueden decidir la cobertura que quieren tener en materia de salud y también el porcentaje de co-pago de los gastos sanitarios que están dispuestas a

<sup>8</sup> PPACA (2010: 143), especialmente SEC. 1501, *Findings* (B).

<sup>9</sup> Según datos proporcionados por la OCDE (2009). En esa fecha el gasto sanitario en España representaba el 9'5% de su PIB.

<sup>10</sup> Cfr. Whitehouse (2012: 3). Son datos relativos a 2009; en ese año el gasto *per capita* en materia sanitaria en España era de 3.068 dólares.

<sup>11</sup> Cfr. Institute of Medicine of the National Academies (2009).

<sup>12</sup> Rosenthal, L. y Arons, J. (2012).

<sup>13</sup> *Ibidem*.

asumir. Naturalmente, cabe pensar que todas las personas desean tener el mayor y el mejor, o de más calidad, acceso a las prestaciones sanitarias, pero la decisión al respecto depende, en los Estados Unidos, de lo que esa persona pueda pagar en función de su nivel de renta. 72 millones de norteamericanos declaran que tienen dificultades para pagar las facturas sanitarias, con lo que puede presumirse que han contratado una cobertura sanitaria que está por encima de la que pueden permitirse (o lo que es lo mismo: dado su nivel de rentas, deberían haber elegido una asistencia sanitaria menor o de peor calidad). No obstante, el fenómeno inverso es más nocivo. 25 millones de adultos norteamericanos están "infra-asegurados", esto es, tienen una póliza de seguros cuyo precio, probablemente el que han podido pagar, no les garantiza la asistencia sanitaria que necesitan<sup>14</sup>. De lo que se deduce que, en el modelo sanitario norteamericano, y es esta una triste conclusión, la protección de la salud de la ciudadanía depende en gran medida de su renta.

### 3. Intentos anteriores de reforma: la historia de un fracaso

En vista de lo anterior, no puede resultar extraño que, desde hace ya tiempo, haya habido en Estados Unidos momentos políticos en que se haya querido alterar el *status quo* de su sanidad. En 1945 lo intentó el Presidente Harry S. Truman, quien propuso la creación de un seguro nacional de salud, pero fracasó tras una fuerte campaña en contra de los sectores más conservadores de la sociedad, que le acusaron de estar próximo a las ideas del comunismo<sup>15</sup>. Casi 50 años después, en 1994, fracasó también, y por razones similares, el Presidente William J. Clinton, cuya reforma sanitaria estaba basada en la obligación de todos los ciudadanos norteamericanos de tener seguro médico<sup>16</sup>. Es decir, basada en el conocido como "mandato individual", que vuelve a ser la pieza clave de la reforma sanitaria de la Administración Obama, emprendida en 2009 y aprobada en 2010.

93

Antes de continuar, me interesa destacar tres aspectos, que ilustran bien por qué me refiero a las luchas políticas en el título de este artículo. El primero, y quizá menos relevante, es que el Presidente Barack H. Obama no defendió el "mandato individual" como eje de su reforma sanitaria durante su campaña electoral, sino la obligación de los padres de asegurar la cobertura sanitaria de sus hijos. La que sí defendió el "mandato individual" durante su campaña para ser la candidata del Partido Demócrata a la Presidencia de los Estados Unidos fue Hillary Rodham Clinton, que hoy es su Secretaria de Estado (Wulsin y Dougherty, 2009: 15).

El segundo, y más importante, es que han sido siempre Presidentes del Partido Demócrata los que han intentado modificar el modelo sanitario y representantes políticos del Partido Republicano los que han estado y están, a veces fieramente, en contra de ello. En un país en el que no parecen existir las ideologías, resulta que las agendas políticas de unos y otros, de los demócratas y los republicanos, son, en el fondo, bien diferentes. Lo que demuestra que todavía hoy, y a pesar de la tan extendida e interesada opinión acerca de la similitud ideológica de todos los dirigentes políticos, las opciones políticas o ideológicas de quienes gobiernan siguen afectando -y diré que, al menos para mi concepción de la democracia, eso es positivo- a la configuración del modelo de sociedad.

Finalmente, y también en el terreno de la política, la reforma sanitaria de la Administración Obama no se ha librado de las mismas críticas que tuvieron las precentes. Una y otra vez se alude a ella, desde los sectores *libertarios*, como una

<sup>14</sup> Véase The Commonwealth Fund (2010).

<sup>15</sup> Véase. Truman, H.J. (1945).

<sup>16</sup> Cfr. Merlis, M. *et al.* (2010).



nueva muestra de *big government*, en el sentido, muy negativo para estos sectores, de ser un nuevo intento de intervención del Gobierno en el discurrir del libre mercado y la economía (Epstein, 2010-2011: 4).

#### 4. La pieza de la discordia: el "mandato individual", una pieza del libre mercado

Sin embargo, el famoso "mandato individual", la pieza clave y más controvertida de la reforma sanitaria de la Administración Obama, es un mecanismo que juega dentro del libre mercado. En efecto, aun habiendo reconocido que el modelo sanitario estadounidense era fuente de notables ineficiencias y que, por ello, había de ser sometido a una profunda reforma, la Administración Obama no ha propuesto un cambio radical de su *status quo*. La reforma sanitaria de 2010 es muy extensa e intensa, sí, pero hay algo que no cambia en lo sustancial, y es que es el mercado el que sigue siendo el gran proveedor de la asistencia sanitaria. Ni se ha reconocido a la población norteamericana el derecho a la protección de la salud, lo que hubiera conllevado su automática universalización, ni se ha caminado en la dirección de crear un modelo sanitario público o, como ellos lo denominan, un modelo *single-payer* (Lettieri, 2010). Al contrario, la vía elegida ha sido obligar a todos los ciudadanos a estar dentro del mercado, mediante la correspondiente compra de un seguro médico por parte de aquellos que no lo tienen.

En eso consiste, básicamente, el conocido como "mandato individual", aunque la *Patient Protection and Affordable Care Act* nunca lo llame así. En la Ley se habla de "responsabilidad individual", en un intento de construir una narrativa política y jurídica donde el acento se pone, no en los derechos que se poseen en cuanto ciudadano, sino en las obligaciones y responsabilidades que se asumen por vivir dentro de una determinada comunidad (Hunter, 2010-2011: 1963). En cualquier caso, sea responsabilidad o mandato, lo cierto es que, a partir de 2014, fecha en la que entra en vigor esta parte de la Ley, toda la población norteamericana estará obligada a tener un seguro médico, sea porque están dentro de alguno de los programas públicos como *Medicare* o *Medicaid*, sea porque lo obtienen a través de sus empresas, sea porque lo adquieren a título individual. De no disponer del correspondiente seguro médico, y siempre que económicamente se lo hubieran podido permitir por no superar su coste el 8% de su renta, el ciudadano o ciudadana "resistente" vendrá obligado a pagar una determinada suma de dinero al erario público cuando haga su declaración de impuestos<sup>17</sup>. Suma ésta que, apelando nuevamente a la retórica *comunitarista* a la que antes me refería, la Ley denomina *shared responsibility payment*, sin aclarar, no obstante, si su naturaleza jurídica es la de un impuesto para contribuir al sostenimiento de los costes sanitarios o la de una sanción por incumplimiento del deber de tener seguro médico. Como veremos después, la consideración al respecto de esta cuestión ha sido fundamental a la hora de enjuiciar la adecuación o no a la Constitución del "mandato individual".

Conviene, no obstante, aclarar que la utilización del mismo como fórmula para intentar universalizar la cobertura sanitaria no es un invento de la Administración Obama. Alguno de los más afamados comentaristas políticos atribuye la idea de aplicar esta fórmula en la realidad norteamericana a una propuesta hecha en los años '80 por la *Heritage Foundation*<sup>18</sup>, uno de los más potentes *think tank* de pensamiento conservador, que hoy es, sin embargo, una de

<sup>17</sup> Para un análisis más detallado de la regulación del "mandato individual", véase CCH, 2010: 224-234.

<sup>18</sup> Véase Zakaria (2012).

las más firmes detractora de la misma<sup>19</sup>. Hay, además, experiencias internacionales que pueden haber servido de guía. En prácticamente todas las crónicas sobre el "mandato individual" se consigna que Estados Unidos ha seguido la dirección de las experiencias habidas al respecto en Suiza desde 1996 y en Holanda desde 2006, fruto, esta última, de la privatización de su anterior modelo sanitario. En ambos países europeos, en lugar de existir el modelo de sanidad propio del Estado Social, el mercado de la salud es privado y tener seguro médico, obligatorio (Leu, Rutten, Brouwer *et al.*, 2009: vii).

Pero quizá lo más sorprendente, sobre todo teniendo en cuenta la controversia política levantada en relación con el mismo, es que el "mandato individual" ya existe y está en funcionamiento en los Estados Unidos. Muy sorprendente -y muy paradójico también- porque, en 2006, fue Massachusetts el primer Estado que puso en marcha una reforma sanitaria prácticamente idéntica a la propuesta a nivel federal por la Administración Obama, incluida la obligación de toda la población de estar en posesión de un seguro médico. En 2008, primer año de vigencia del "mandato individual", se aseguraron más de 430.000 personas; en 2009, segundo año de su vigencia, Massachusetts había conseguido que el 97'4% de su población tuviera seguro (Wulsin y Dougherty, 2009: 21). El artífice de esta reforma, y entonces Gobernador de Massachusetts, fue Willard Mitt Romney, actual candidato del Partido Republicano a la Presidencia de Estados Unidos y que -por paradojas del destino o, más bien, imperativos de la lucha política- hoy abomina del "mandato individual", de su propia reforma y hasta de los resultados, aparentemente exitosos, de la misma.

Nuevamente nos encontramos con la influencia de la lucha política, como he dicho antes muy presente en todos los avatares habidos en torno a la reforma sanitaria. A veces, como parece ser el caso del candidato republicano a las elecciones presidenciales de 2012, por razones de pura estrategia electoral: naturalmente, aunque él practicara la misma política, ahora que está en la carrera presidencial puede resultarle "arriesgado", porque le haría perder los votos de los sectores contrarios a la misma, decir que está de acuerdo con la política de sanidad de su oponente político. Otras, sin embargo, por razones que parecen ser más profundas.

La reforma sanitaria de la Administración Obama inaugura, para algunos, una nueva forma de entender la "identidad nacional", ya que abre un debate público, que nunca antes había existido con la misma fuerza en la sociedad de los Estados Unidos, sobre las obligaciones y responsabilidades que cada uno asume frente a los demás cuando convive en su misma comunidad (Hunter, 2010-2011: 1956). Frente a esta versión claramente *comunitarista*, está la del otro lado, la *libertaria*. Es decir, la de aquellos que piensan que la reforma sanitaria de la Administración Obama es un ataque a la libertad de los norteamericanos y a la forma de comprender el gobierno y la economía propia de los mismos, motivo por el que apelan a la completa desregulación del mercado de la sanidad como vía para acabar con los problemas que, pese a todo, reconocen que existen (Epstein, 2010-2011: 7). En esta tensión entre el *comunitarismo* y el *individualismo* se ha movido siempre, según los conocedores de la cultura política de este país, el Partido Republicano, que hoy, quizá también por la presión política de sus sectores más conservadores, está alejándose de las doctrinas *comunitaristas* y acercándose a las del puro *individualismo*. Ello explicaría la actitud mostrada por los republicanos en relación con la reforma, aun estando basada, como se dijo antes, en un mecanismo como el

<sup>19</sup> Véase una muestra de cuál es la opinión de la *Heritage Foundation* sobre la reforma sanitaria de la Administración Obama en Owcharenko *et al.* (2010).



"mandato individual" que opera dentro del mercado y tiene por finalidad reforzar el mismo (Dionne, 2012: 250 y 251).

En efecto, el "mandato individual" es el intercambio habido para que el modelo sanitario de los Estados Unidos pueda seguir basado en el juego del mercado (Smith, 2011: 1726 y 1727). Páginas atrás he relatado algunas de las disfunciones que produce este modelo, desde el punto de vista sanitario, social y económico, pero no son las únicas, hay dos más que interesa destacar ahora. Las personas con condiciones "preexistentes" de salud, esto es, con alguna enfermedad previa como el asma o la diabetes, pueden tener serias dificultades para encontrar quien les asegure e, incluso, una vez aseguradas, pueden ver rescindida su póliza porque el coste de su asistencia sanitaria sea más elevado del inicialmente previsto. Del otro lado sucede, sin embargo, lo que se denomina habitualmente "selección adversa", que significa que la mayor propensión a disponer de seguro médico la tienen las personas con peores condiciones de salud o aquellas que están próximas a enfermar, de modo que la probabilidad de que los asegurados necesiten cuidados de salud se incrementa de manera exponencial y el coste de los cuidados de salud que van a necesitar estos asegurados -y que las aseguradoras van a tener que asumir- será probablemente también mucho más alto (Wulsin y Dougherty, 2009: 3).

Pues bien, la *Patient Protection and Affordable Care Act* pretende acabar, en un determinado periodo de tiempo, ya que la puesta en marcha de todas las previsiones de la misma tiene un calendario que llega hasta 2019, con todas las disfunciones que produce el mercado de la salud a las que me he referido. No es cuestión de volver a enumerarlas, pero sí, por ejemplo, de señalar que se limita ampliamente la posibilidad de que los seguros médicos sean más caros en razón del sexo o la edad de la persona asegurada; que se exige la puesta en práctica de planes de medicina preventiva sin que ello pueda ser causa del encarecimiento de la póliza del seguro médico; que todos los seguros tendrán que ofrecer un "paquete" mínimo de cuidados sanitarios básicos o esenciales para evitar el fenómeno de las personas "infra-aseguradas"; o que no podrá dejarse sin asistencia sanitaria a nadie por muchas y graves que sean sus condiciones preexistentes o sobrevenidas de salud<sup>20</sup>.

Es claro que todas estas exigencias legales encarecen la asistencia sanitaria y que, por ello, las empresas podrían haberse "defendido" frente a las mismas derivando su coste al precio de los seguros médicos, con el resultado de hacerlos mucho más caros para sus usuarias y usuarios. Pero, entonces, el fenómeno de la "selección adversa" -que ya hoy significa que el 5% de la población norteamericana soporta el 50% de los costes de los cuidados de la salud<sup>21</sup>- se hubiera agravado y hubieran sido muchos más los pacientes sanos o sin especiales problemas de salud los que, ante la subida de los seguros, podrían haber optado por dejar de estar asegurados. Ello habría frustrado los dos grandes objetivos de la reforma, la rebaja de los precios de los seguros para hacer el acceso a los cuidados de salud más asequible y la extensión con vistas a la cuasi-universalización de la cobertura sanitaria. Es más, para conseguir el cumplimiento de ambos objetivos, la propia *Patient Protection and Affordable Care Act* va en dirección contraria y establece mecanismos -como la necesidad de justificar las subidas de precio de los seguros

<sup>20</sup> El conjunto de las medidas de la Ley, así como el calendario de su puesta en marcha, puede consultarse en The Commonwealth Fund (2010: 1-3).

<sup>21</sup> Véase Cohen y Willian (2012).



médicos o la creación de los llamados *Exchanges* por parte de los Estados<sup>22</sup>- que tratan, más bien, de contener el encarecimiento de los seguros médicos.

Ante ello, esto es, ante el encarecimiento de los costes y la imposibilidad fáctica o legal de subir los precios, una parte importante de las empresas del mercado de la salud hubiera tenido dificultades económicas para seguir adelante o, cuando menos, una pérdida importante de sus beneficios. De forma que, para salvarlas, para salvar el mercado como modelo (Hunter, 2010-2011: 1975 y 1976), la única solución posible era expandir al máximo el número de personas que pagan seguros médicos, logrando, así, que el mayor coste que suponen las exigencias de la nueva Ley se reparta entre todos los ciudadanos y que, por tanto, el mayor riesgo de algunos y su mayor coste en materia de cuidado sanitario se compensen con el riesgo menor y el coste prácticamente inexistente que causan los que, aun pagando seguro, no precisan cuidados de salud. Ese es el significado económico del "mandato individual" y el por qué, por primera vez en la historia de las reformas sanitarias de los Estados Unidos, las empresas aseguradoras y las farmacéuticas están completamente de acuerdo con la misma (Lettieri, 2010).

### 5. La ironía del destino: el "mandato individual" es constitucional porque es un impuesto

Pese a ello, los republicanos han emprendido una cruzada política y jurídica frente a la reforma, tachándola de inconstitucional y residenciando el conflicto en sede judicial. Empezaron en los Estados donde han conseguido que los "tribunales supremos" de dos de ellos, Florida y Virginia, hayan declarado que la reforma sanitaria contraviene, en efecto, la Constitución de los Estados Unidos (Hodge *et al.*, 2011: 395). Después, el conflicto se ha llevado hasta la Corte Suprema. Pero se ha hecho de una manera un tanto sorprendente. Una y otra vez puede escucharse a líderes republicanos decir que el "mandato individual" es contrario a la libertad de las personas porque las obliga a adquirir un seguro médico, quieran o no quieran hacerlo. Con lo que habría cabido esperar que, de una u otra forma, el recurso ante la Corte Suprema hubiera versado sobre si obligar a alguien a adquirir un seguro médico es o no coherente con la libertad de los norteamericanos garantizada por su Constitución. Un argumento jurídico *libertario* que habría podido canalizarse a través de la cláusula sobre el *due process of law* prevista en la Quinta Enmienda. Pero no. Ese no es el argumento del recurso republicano frente al "mandato individual". El argumento jurídico con el que los republicanos han atacado la pieza clave de la reforma sanitaria de la Administración Obama es la falta de competencia del Congreso de los Estados Unidos para imponer la obligación de estar asegurado amparándose en el poder que le da la Constitución para regular el comercio interestatal. Una causa, así pues, sobre *federalismo* y no sobre libertad (Smith, 2011: 1724 y 1725).

Pues bien, desde este punto de vista, el "mandato individual" podría ser, en efecto, inconstitucional. Pero no lo es, en opinión de la Corte Suprema de los Estados Unidos, si, en lugar de apelar al poder para regular el comercio interestatal, la imposición del "mandato individual" se entiende que forma parte del poder que

<sup>22</sup> Los llamados *Exchanges* deben ser creados por cada uno de los Estados a efectos de tener alguna clase de intervención pública en relación con la compra de seguros médicos por parte de sus ciudadanos. La configuración de los *Exchanges* en la *Patient Protection and Affordable Care Act* es muy abierta, de forma que el *Exchange* puede ser desde una página web que permita a los ciudadanos tener mayor conocimiento sobre los seguros médicos que pueden encontrar en el Estado de que se trate hasta una especie de agencia que compre ella misma los seguros médicos que necesite la ciudadanía. Véase más ampliamente Hunter (2010-2011: 1983-1994).



posee el Congreso para establecer impuestos<sup>23</sup>. Es, en verdad, complicado e irónico. Complicado porque parece que el enjuiciamiento sobre la constitucionalidad del "mandato individual" se ha hecho desde un prisma totalmente diferente al que impera en la opinión pública y al que han utilizado los recurrentes. E irónico porque ha sido un juez de los considerados conservadores, el *Chief Justice* C. J. Roberts, el que ha "salvado" la constitucionalidad del "mandato individual", al considerar que puede "leerse" como un impuesto, calificación que siempre se había negado a admitir -al menos públicamente- la Administración Obama.

Es cierto que la *Patient Protection and Affordable Care Act* entiende que el "mandato individual" es un acto de naturaleza económica y comercial y que, por tanto, el poder constitucional que ampara su imposición es el reconocido en el Artículo I, Sección 8, Cláusula 3 de la Constitución de los Estados Unidos para regular el comercio "entre varios Estados"<sup>24</sup>. Quizá haya sido por ello por lo que la tacha de inconstitucionalidad del "mandato individual" no haya estado fundada en la cláusula sobre el *due process of law* sino, como dije antes, en las competencias del Congreso, negando que la competencia para regular el comercio interestatal pudiera alcanzar la imposición de contratar un seguro médico. Pues bien, la Corte Suprema da plenamente la razón a los recurrentes en este punto.

Aunque en casos anteriores, como *United States v. Lopez* o *United States v. Morrison*, la Corte Suprema había negado la competencia del Congreso para proceder a la regulación de comportamientos individuales de naturaleza no económica (así calificaban los recurrentes al "mandato individual") bajo la cláusula del comercio interestatal (Hodge *et al.*, 2011: 397), el *Justice* Roberts reconoce que la interpretación dominante sobre el alcance de dicha cláusula ha sido, por lo común, mucho más amplia. Tanto que ha llegado incluso a dar cobertura a la regulación de actos personales, locales y aislados, como la plantación de trigo (*Wickard v. Filburn*) o marihuana (*Gonzales v. Raich*) para uso personal, porque, de agregarse los mismos, podían tener efecto económico en el comercio entre los Estados (Supreme Court, 2012: 18). Razón esta, por cierto, que había llevado a algunos juristas a vaticinar que la Corte Suprema declararía, con base en el argumento *federalista*, la constitucionalidad del "mandato individual" (Smith, 2011: 1730-1732; Hodge *et al.*, 2011: 397-398). Sin embargo -dice el *Justice* Roberts-, por amplia que haya sido la comprensión al respecto de la cláusula sobre el comercio interestatal, siempre ha requerido que exista una previa actividad, que es precisamente la que se somete a regulación. Lo que no sucede en el caso del "mandato individual", donde esa actividad comercial previa no existe, ya que el sujeto objeto de regulación no ha contratado ni comprado ningún seguro médico (Supreme Court, 2012: 20).

No niega la Corte Suprema que no comprar seguros médicos tenga importantes consecuencias económicas, tal como aseguraba la representación de la Administración Obama para defender la constitucionalidad del "mandato individual" al amparo de la cláusula de comercio interestatal. Pero eso puede ser relevante, dice el *Justice* Roberts, para los "economistas", a los que la diferencia entre hacer o no hacer les resulta indiferente, porque en ambos casos se producen, es verdad, efectos económicos (Supreme Court, 2012: 24). Por el contrario, quienes escribieron la Constitución de los Estados Unidos y dijeron que el poder del Congreso lo era literalmente para "regular" el comercio interestatal, no eran "filósofos metafísicos", sino

<sup>23</sup> La Corte Suprema (2012) de los Estados Unidos ha resuelto los "recursos de inconstitucionalidad" frente a la *Patient Protection and Affordable Care Act* el 28 de junio de 2012. La *opinión* de la Corte Suprema (*National Federation of Independent Business v. Sebelius*).

<sup>24</sup> PPACA (2010: 143), especialmente *Findings* (1).

hombres prácticos, que dijeron con palabras sencillas lo que querían decir, esto es, que el poder del Congreso es para "regular" una actividad comercial preexistente y no para imponer a nadie la misma (Supreme Court, 2012: 24).

A partir de aquí el argumento del *Justice Roberts*, que está juzgando una causa sobre las competencias de que dispone o no el Congreso de los Estados Unidos, se vuelve, sin decirlo, un alegato *libertario*. El Congreso -dice- tiene ya mucho poder para regular la actuación de la ciudadanía (Supreme Court, 2012: 23), pero carece de él para regular su falta de actuación, como lo es no tener, por la razón que sea, seguro médico (Supreme Court, 2012: 21). De consentir que el Congreso, con amparo en la cláusula de comercio interestatal, pudiera regular lo que los ciudadanos no hacen en el mercado, se estaría empoderando al mismo para tomar las decisiones que ellos personalmente no toman (Supreme Court, 2012: 21). Miles de ciudadanos no hacen o dejan de hacer miles de cosas todos los días, por lo que, de aceptar la posibilidad constitucional de regular la *inactividad* de la ciudadanía, bastaría con que un número suficiente de ellos no hiciera lo que el Gobierno espera que hagan, para que, apelando a las implicaciones económicas producidas, pudiera obligárseles a hacerlo (Supreme Court, 2012: 22). Lo cual -concluye- concedería un "vasto dominio" al poder del Congreso de los Estados Unidos (Supreme Court, 2012: 20), que habría encontrado, por esta vía, la fórmula para resolver casi cualquier problema de la vida (Supreme Court, 2012: 22), llegando, incluso, hasta poder imponer a los ciudadanos -y en esta parte el *Justice Roberts* hace uso de la hipérbole para ejemplificar el poder que pretende arrebatar al Congreso- que sean vegetarianos, dado que muchos de ellos no hacen una dieta sana y eso produce importantes y probadas consecuencias para la salud y también para la economía (Supreme Court, 2012: 22 y 23).

99

Así pues, si bien se mira, la constitucionalidad del "mandato individual" ha sido juzgada, en esta primera parte de la "sentencia" de la Corte Suprema, en relación con la libertad y no con la distribución de poderes que opera la Constitución de los Estados Unidos. Recuérdese que, por la forma en que se fraguó, la Constitución norteamericana distribuye los poderes entre la Unión y los Estados de la misma y que, por tanto, cuando se refiere, como en la cláusula sobre comercio interestatal, a los poderes del Congreso, está afirmando en dónde reside este poder y no tanto la extensión que deba tener el mismo. Desde esta perspectiva, parece que el juicio sobre la constitucionalidad del "mandato individual" basado en la falta de competencia del Congreso de los Estados Unidos debería haber versado sobre si éste, del "mandato individual", era o no un caso que sobrepasaba los límites del comercio de uno solo de los Estados, porque, de ser de ese modo, el Congreso habría carecido de competencia, como pretendían los recurrentes, para regular el mismo. Ese era el camino natural de una causa sobre *federalismo* (Smith, 2010: 1741-1746). Sin embargo, el camino seguido por la Corte Suprema nada tiene que ver con quién posee la competencia para regular el comercio, si los Estados o la Unión, sino con qué cosas puede o no puede hacer el Congreso de los Estados Unidos para salvaguardar la esfera de libre decisión de la ciudadanía.

Ahora bien, una vez sentado el criterio al respecto de la cláusula sobre comercio interestatal, la Corte Suprema da un giro y declara la conformidad con la Constitución del "mandato individual". No porque se contradiga, sino porque encuentra amparo en otro título competencial para hacerlo. A pesar de que en público la Administración Obama siempre había negado que la suma económica que acompaña al "mandato individual", y cuyo pago se impone en caso de no disponer de seguro médico, fuera un impuesto, los abogados del Gobierno defendieron ante la Corte Suprema esta posibilidad para el caso de que se entendiera la falta de competencia del Congreso por la vía de la cláusula sobre comercio interestatal



(Supreme Court, 2012: 15). Ello abriría otra senda de análisis u otra posible "lectura" del "mandato individual" a la luz, en este caso, del Artículo I, Sección 8, Cláusula 1 de la Constitución norteamericana, que reconoce que el Congreso de los Estados Unidos "tiene poder para establecer y recaudar impuestos".

El *Chief Justice* Roberts, junto con los otro cuatro *Justices* considerados progresistas, acepta que esa sea, en efecto, la "lectura" alternativa y conforme con la Constitución que pueda hacerse del "mandato individual". Primero porque hay precedentes, como *Parsons v. Bedford* o *Blodgett v. Holden*, que justifican la decisión de que, ante dos posibles lecturas de una misma ley, constitucional la una y la otra no, la Corte Suprema "salve" la misma con fundamento en la primera (Supreme Court, 2012: 31). No se necesita para ello que esa otra interpretación sea la mejor o la más natural de la figura de que se trate, basta con que sea posible y es posible -dice la Corte Suprema- que el "mandato individual" sea un impuesto (Supreme Court, 2012: 32). En segundo lugar, porque, aunque la *Patient Protection and Affordable Care Act* denomina a la suma de dinero a la que nos referimos *shared responsibility payment* o, en otros momentos, directamente *penalty*, la naturaleza jurídica de una figura debe enjuiciarse, no por la "etiqueta" que se emplee para hablar de ella (Supreme Court, 2012: 34), sino por lo que en realidad es, de acuerdo con una aproximación o forma de enjuiciamiento que el *Justice* Roberts califica de "funcional" (Supreme Court, 2012: 35). Y, finalmente, porque hay suficientes indicios que llevan a pensar que lo que realmente ha hecho el Congreso es crear un nuevo impuesto cuyo hecho imponible es carecer de seguro médico (Supreme Court, 2012: 32): se recauda junto con los impuestos; la cuantía a pagar depende de la renta que tenga la unidad familiar; las unidades familiares exentas de impuestos no pagan dicha cantidad; el organismo competente y el procedimiento para su recaudación son los mismos que en la recaudación de impuestos; la cantidad a pagar al Tesoro Público es moderada, de manera que ni reemplaza el pago de un seguro médico ni se asemeja a una fuerte penalización por una conducta inasumible desde la perspectiva de la legalidad; porque, además, y ya para terminar, la Ley jamás califica de ilícita o ilegal la conducta de aquellos que no compran un seguro médico (Supreme Court, 2012: 33, 36 y 37). En definitiva, si parece un impuesto, es porque es un impuesto. Y eso hace que el "mandato individual" sea, por cinco votos frente a cuatro, plenamente constitucional.

No sé, sinceramente, si era este el final feliz que se merecía la reforma sanitaria de la Administración Obama. Han ganado, sí. Al menos en el terreno jurídico. La obligación de toda la ciudadanía de tener seguro médico será una realidad en 2014 y habrá, con total seguridad, muchos aspectos que cambien para mejor en el ámbito de la protección de la salud de los norteamericanos. Pero, después de comprobar hasta qué punto ha sido necesario intervenir en el mercado privado para corregir las deficiencias del mismo, tanto que hay quien piensa que se trata realmente de un proceso de "publicación" del sistema sanitario (Hunter, 2010-2011: 1996), una se pregunta si no hubiera sido más práctico reconocer, como hicimos hace tiempo los defensores del Estado Social, que, en este ámbito, el mercado no funciona.

## Bibliografía

BEVERIDGE, W. (1942), *Social Insurance and Allied Services*, His Majesty Stationery Office, BBC. Disponible en línea: [http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19\\_07\\_05\\_beveridge.pdf](http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf). Revisado el 11 de junio de 2012.



- CCH (2010), *Law, Explanation and Analysis of the Patient Protection and Affordable Care Act, Including Reconciliation Act Impact*, Wolkers Kluwer, Chicago.
- COHEN, S.B. y WILLIAN, Y. (2012), "The Concentration and Persistence in the Level of Health Expenditures over Time: Estimates for U.S. Population, 2008-2009", Medical Expenditure Panel Survey. Disponible en línea: [http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st354/stat354.pdf](http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st354/stat354.pdf). Revisado el 27 de junio de 2012.
- DIONNE, E. J. (2012), *Our Divided Political Heart: The Battle for the American Idea in a Age of Discontent*, Bloomsbury, New York.
- ELMENDERF, D.W. et al. (2010), *The Congressional Budget Office Cost Estimate of H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010, Mar. 20*, The Congressional Budget Office. Disponible en línea: [www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconprop.pdf](http://www.cbo.gov/sites/default/files/cbofiles/ftpdocs/113xx/doc11379/amendreconprop.pdf). Revisado el 15 de junio de 2012.
- EPSTEIN, R.A. (2010-2011), "Bleak Prospects: How Health Care Reform Has Failed in The United States", *Texas Review of Law & Politics*, Vol. 15, pp. 1-37.
- FAMILIES USA (2010), *Dying for Coverage. The Deadly Consequences of Being Insured*. Disponible en línea: <http://familiesusa2.org/assets/pdfs/Dying-for-Coverage.pdf>. Revisado el 20 de junio de 2012.
- HODGE, J.G., BROWN, E.C.F., ORENSTEIN, D.G. y O'KEEFE, S. (2001), "Congress, Courts, and Commerce: Upholding the Individual Mandate to Protect the Public's Health", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Núm. 39, pp. 394-400.
- HUNTER, N.D. (2010-2011), "Health Insurance Reform and Intimations of Citizenship", *University of Pennsylvania Law Review*, Vol. 159, pp. 1955-1997.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2009), *America's Uninsured Crisis: Consequences for Health and Health Care*. Disponible en línea: <http://iom.edu/Reports/2009/Americas-Uninsured-Crisis-Consequences-for-Health-and-Health-Care.aspx>. Revisado el 20 de junio de 2012.
- INSTITUTE OF MEDICINE OF THE NATIONAL ACADEMIES (2010), *The Health Care Imperative: Lowering Costs and Improving Outcomes*. Disponible en línea: <http://iom.edu/Reports/2011/The-Healthcare-Imperative-Lowering-Costs-and-Improving-Outcomes.aspx>. Revisado el 25 de junio de 2012.
- LETTIERI, A. (2010), "Obama's unaccomplished Health Care reform". Disponible en línea: <http://www.insightweb.it/web/content/obama's-unaccomplished-health-care-reform>. Revisado el 8 de junio de 2012.
- LEU, R.E., RUTTEN, F.H., BROUWER, W. et al. (2009), "The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets", *Fund Report*, The Commonwealth Fund. Disponible en línea: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2009/Jan/The-Swiss-and-Dutch-Health-Insurance-Systems--Universal-Coverage-and-Regulated-Competitive-Insurance.aspx>. Revisado el 23 de mayo de 2012.
- MARSHALL, T.H. (1950), *Citizenship and Social Class, and other essays*, Cambridge University Press, Cambridge.
- MEDICAID.GOV (2010), *Medicaid Enrollment by State*. Disponible en línea: <http://www.medicare.gov/Medicare-CHIP-Program-Information/By-State/By-State.html>. Revisado el 15 de junio de 2012.
- MERLIS, M. et al. (2010), "Health Policy Brief: Individual Mandate," *Health Affairs*. Disponible en línea: [http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief\\_id=14](http://www.healthaffairs.org/healthpolicybriefs/brief.php?brief_id=14). Revisado el 25 de junio de 2012.
- OCDE (2009), *Country Statistical Profile*. Disponible en línea: <http://stats.oecd.org/index.aspx>. Revisado el 20 de junio de 2012.
- OFFICE OF LEGISLATIVE COUNSEL (2010), *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)*. U.S. House of Representatives. Disponible en línea:



- <http://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>. Revisado el 15 de junio de 2012.
- OWCHARENKO, N., MOFFIT, R.E., DUBAY, C., *et al.* (2010), *The Case Against Obamacare: Health Care Policy Series for the 112th Congress*, The Heritage Foundation. Disponible en línea: <http://www.heritage.org/research/projects/the-case-against-obamacare>. Revisado el 25 de junio de 2012.
- ROSENTHAL, L. y ARONS, J. (2012), *Interactive Quiz: How the Affordable Care Act Benefits Women*, Center for American Progress. Disponible en línea: [www.americanprogress.org/issues/2012/03/aca\\_womens\\_quiz.html](http://www.americanprogress.org/issues/2012/03/aca_womens_quiz.html). Revisado el 26 de junio de 2012.
- SMITH, P.J. (2011), "Federalism, *Lochner* and the Individual Mandate", *Boston University Law Review*, Vol. 91, pp. 1723-1747.
- SUPREME COURT (1960), *Flemmim v. Nestor*, 363 U.S. 603. Disponible en línea: [www.ssa.gov/history/nestor.html](http://www.ssa.gov/history/nestor.html). Revisado el 15 de junio de 2012.
- SUPREME COURT (2012), *National Federation of Independent Business v. Sebelius*. Disponible en línea: <http://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>. Revisado el 29 de junio de 2012.
- THE BOARDS OF TRUSTEES OF THE FEDERAL HOSPITAL INSURANCE AND FEDERAL SUPPLEMENTARY MEDICAL INSURANCE TRUST FUNDS (2012), *The 2012 Annual Report*. Disponible en línea: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/downloads/tr2012.pdf>. Revisado el 15 de junio de 2012.
- THE COMMONWEALTH FUND (2010), "What Will Happen Under Health Reform- And What's Next?", *Columbia Journalism Review*, May supplement, pp. 4-6. Disponible en línea: <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Other/2010/What-Will-Happen-Under-Health-Reform-and-Whats-Next.aspx>. Revisado el 15 de junio de 2012.
- TRUMAN, H.J. (1945), *This Day in Truman History. November 19, 1945. President Truman's Proposed Health Program*. Disponible en línea: <http://www.trumanlibrary.org/anniversaries/healthprogram.htm>. Revisado el 22 de junio de 2012.
- WHITEHOUSE, S. (2012), *Health Care Delivery System Reform and The Patient Protection and Affordable Care Act. A Report from Senator Sheldon Whitehouse for the U.S. Senate Committee on Health, Education, Labor and Pensions, United States Senate*. Disponible en línea: <http://www.whitehouse.senate.gov/imo/media/doc/Health%20Care%20Delivery%20System%20Reform%20and%20The%20Affordable%20Care%20Act%20FINAL2.pdf>. Revisado el 15 de junio de 2012).
- WULSIN, L. y DOUGHERTY, A. (2009), *Individual Mandate. A Background Report*, California research Bureau. Disponible en línea: <http://www.library.ca.gov/crb/09/09-007.pdf>. Revisado el 22 de mayo de 2012.
- ZAKARIA, F. (2012), "Health Insurance Is for Everyone", *Time Magazine US*. Disponible en línea: <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,2109128-2,00.html>. Revisado el 25 de junio de 2012.

