
28 de julio de 2021

El abismo más reciente en la financiación de Medicaid destaca la necesidad de una financiación equiparable en los territorios estadounidenses

Declaración de Judith Solomon, Asociada Principal, Center on Budget and Policy Priorities, ante el Comité de Recursos Naturales de la Cámara

El presidente Grijalva, el vicepresidente Sablan, el delgado superior Westerman y los miembros del Comité de Recursos Naturales agradecemos la oportunidad de brindar declaraciones sobre Medicaid en los territorios. Mi nombre es Judith Solomon. Soy Asociada Principal del equipo de salud del Center on Budget and Policy Priorities, un instituto de investigación política sin filiaciones políticas y sin fines de lucro, ubicado en Washington D.C. El instituto realiza investigaciones y análisis en un amplio rango de temas políticos estatales y federales que conciernen a las familias con ingresos bajos y moderados. El sector de salud del instituto se enfoca en Medicaid, en el Programa de Seguro Médico Infantil (en inglés *Children's Health Insurance Program* o CHIP), en la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (en inglés *Affordable Care Act* o ACA) y en Medicare. He dedicado casi 40 años trabajando sobre Medicaid, desde que comencé como abogada en servicios legales y en diferentes cargos enfocados en las cuestiones normativas que afectan a los niños, a los adultos mayores y a las personas con discapacidades.

Los residentes de los territorios son ciudadanos estadounidenses o, en el caso de Samoa Estadounidense, son nacionales estadounidenses. Sin embargo, en lo que concierne a la cobertura de Medicaid, la legislación federal los trata más desfavorablemente que a los residentes de los estados. Ante la ley, no importa si los habitantes de estos territorios tienen más probabilidades de recurrir a Medicaid para obtener atención médica.

- Los estados reciben fondos ilimitados que corresponden a un porcentaje específico de los gastos por servicios médicos suministrados a las personas inscritas en Medicaid. Esto quiere decir que tienen financiación disponible cuando aumentan las necesidades a causa de una recesión, pandemia o desastre natural. Por el contrario, los territorios solo reciben financiación anual fija a través de una subvención en bloque (en inglés *block grant*). Esta financiación no alcanza para cubrir los costos de atención médica de las personas inscritas en Medicaid y deja a los territorios expuestos a riesgos mayores si se presenta un aumento en las necesidades. Cuando se acaba la financiación de la subvención en bloque, se espera que los territorios paguen con sus propios

fondos la totalidad del costo restante de los servicios de atención médica de Medicaid. Esto resulta insostenible dada su, de por sí apretada, situación financiera.

- En los estados, el porcentaje de los costos de Medicaid que el gobierno federal cubre se basa en los ingresos per cápita del estado en relación con el país en su totalidad. Pero en los territorios, se dispone de los fondos federales de las subvenciones en bloque con una tasa de pareo federal del 55 por ciento establecida por ley. Esta partida federal está muy por debajo de lo que sería si se basara en los ingresos per cápita de los territorios. (De hecho, la mayoría de los territorios calificarían para una tasa de pareo federal de 83 por ciento, lo máximo permitido para Medicaid). Además, ya que la financiación de las subvenciones en bloque de los territorios es poca, hay periodos del año en que *no hay* fondos de pareo federal disponibles porque las subvenciones en bloque se han agotado. En algunos casos, los territorios no han podido disponer de sus subvenciones en bloque porque carecen de los fondos de pareo.¹
- Los territorios no están sujetos a los mismos estándares de elegibilidad y beneficios de los programas estatales; esto se debe, en gran medida, a que los territorios no reciben los recursos financieros para cumplir con tales estándares. Se les permite establecer sus propios estándares de elegibilidad que no se basan en el umbral federal de pobreza y, en la mayoría de los territorios, los límites de elegibilidad son más bajos que los de los estados. No todos los territorios cubren todos los servicios médicos que los estados deben cubrir. Por ejemplo, Puerto Rico no cubre atención en hogares geriátricos ni servicios domiciliarios, transporte médico que no sea para emergencias y tampoco el amplio rango de beneficios para niños que se garantizan en conformidad con los beneficios de Medicaid para pruebas, diagnósticos y tratamientos tempranos y periódicos. La Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte (en inglés *Northern Mariana Islands* o CNMI) y Samoa Estadounidense tienen por ley autoridad de exención para permitirles a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (en inglés *Centers for Medicare and Medicaid Services* o CMS) eximir la mayoría de los requisitos de Medicaid que, de lo contrario, se exigirían.²

Desde 2010, el Congreso ha proporcionado partidas de financiación suplementaria a corto plazo para posibilitarles a los territorios la continuidad de los programas en curso. Sin estos fondos, los territorios tendrían que recortar profundamente las tasas de los proveedores, la elegibilidad y los beneficios, debido a que los fondos de las subvenciones en bloque no alcanzan para cubrir las necesidades de los residentes. No obstante, estas soluciones temporales no le han permitido a los territorios mejorar sus programas ni proporcionar cobertura o beneficios iguales a los de los estados. Además, han dejado a los residentes de los territorios sin una fuente estable de atención médica.

Sin una solución permanente que proporcione financiación estable y suficiente, el ciclo de los abismos financieros de Medicaid se repetirá continuamente. Los territorios se verán obligados a crear planes de contingencia con grandes recortes en cobertura y beneficios. También, continuarán obstaculizadas las mejoras permanentes que equipararían los programas de Medicaid de los territorios con los de los estados. El presupuesto para 2022 del Presidente Biden exigió paridad: “Eliminar los límites de financiación de Medicaid para Puerto Rico y los otros territorios al alinearlos

¹ Judith Solomon, “Pacific Island Territories Need Disaster Relief Funding for Medicaid,” Center on Budget and Policy Priorities, 1.º de abril de 2019, <https://www.cbpp.org/blog/pacific-island-territories-need-disaster-relief-funding-for-medicaid>.

² Sección 1902(j) de la Ley de Seguridad Social.

con las tasas de pareo de los estados”. Las medidas subsecuentes al paquete de recuperación económica del presidente son posiblemente la oportunidad única y exclusiva de proporcionar la financiación necesaria para transformar la estructura financiera de los programas de Medicaid. Así, se incrementaría el acceso de los residentes de los territorios a la atención médica y habría paridad con los estados.

Las subvenciones en bloque están muy por debajo de lo que los territorios necesitan

Las asignaciones federales limitadas para los fondos de Medicaid establecidas por ley están muy por debajo de lo que los territorios necesitan para que sus programas de Medicaid funcionen. Además, crean la necesidad de plantear soluciones legislativas temporales. Hace poco tiempo, el Congreso les proporcionó a los territorios un incremento en la financiación de las subvenciones en bloque y en las tasas de pareo federal de los años fiscales 2020 y 2021. La tasa de pareo federal de Puerto Rico fue de 76 por ciento para ese periodo y la de otros territorios debía ser, por ley, de un 83 por ciento como máximo.³ La financiación venía acompañada de varios requisitos específicos según el territorio. Por ejemplo, Samoa Estadounidense, la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte y Guam deben demostrar su progreso a través de informes de datos al Sistema Transformado de Información Estadística sobre Medicaid de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; también, deben poner en marcha una unidad de control sobre los fraudes a Medicaid. Por su parte, Puerto Rico debe desarrollar un plan para participar en el Sistema de Medidas en la Tasa de Errores de Pagos y un plan de reformas en la contratación.

El 30 de septiembre, cuando la financiación de dos años de duración termina, otro abismo se acerca rápidamente. La Comisión de Acceso a los pagos de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (en inglés *Medicaid and CHIP Payment and Access Commission* o MACPAC) calculan que los territorios tienen suficiente financiación para cubrir sus gastos hasta el 30 de septiembre, pero tendrán déficits significativos en el año fiscal 2022 a menos que el Congreso haga algo.⁴ Si el Congreso no toma medidas antes de la fecha límite, los territorios volverán a tener las subvenciones en bloque y las tasas de pareo federal que antes tenían por ley. La asignación de Samoa Estadounidense pasaría de \$85.6 millones en 2021 a \$13 millones en 2022; la asignación de la Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte, de \$62.3 millones a \$7.2 millones; la de Guam, de \$130 millones a \$19 millones; la de Puerto Rico, de \$2.8 mil millones a \$392 millones; y la de las Islas Vírgenes, de \$127.9 millones a \$19.6 millones.⁵ Todos los territorios volverían a tener un 55 por ciento en su tasa de pareo federal.⁶ Los territorios no tienen los recursos financieros para solventar la

³ En virtud de la Ley de Familias Primero en Respuesta al Coronavirus (en inglés *Families First Coronavirus Response Act* o FFCR) de 2020, todos los territorios (así como los estados) reciben un 6.2 por ciento de aumento en las tasas de pareo federal de Medicaid para lo que dure la emergencia de salud pública.

⁴ Declaración de Anne L. Schwartz, Directora Ejecutiva, Comisión de Acceso a los pagos de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil, Subcomité de Salud del Comité de Energía y Comercio, 17 de marzo de 2021, <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2021/03/Testimony-Medicaid-and-CHIP-in-the-U.S.-Territories.pdf>.

⁵ *Ibid.*

⁶ Kacey Buder, “Panel Discussion: Current and Future Issues Facing the Territories,” Comisión de Acceso a los pagos de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil, 4 de marzo de 2021, <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2021/03/Panel-Discussion-Current-and-Future-Issues-Facing-the-Territories.pdf>.

diferencia, así que, muy probablemente, tendrían que responder con drásticos recortes en la elegibilidad, los beneficios y las tasas de reembolso para los proveedores.

A pesar de tener una duración mayor a las de las soluciones propuestas recientemente, el acto de ley bipartidista que el Comité de Energía y Comercio aprobó el 21 de julio sigue siendo otra solución a corto plazo para los déficits de Medicaid en los territorios.⁷ Puerto Rico recibiría cinco años en financiación suplementaria (hasta el año fiscal 2026) con una tasa de pareo federal de 76 por ciento. Los otros territorios recibirían ocho años de financiación (hasta el año fiscal 2029) con un tasa de pareo federal de 83 por ciento. Los territorios seguirían sujetos a la financiación fija y anual de las subvenciones en bloque. Las subvenciones en bloque de los territorios para el año fiscal 2022 serían de la misma cantidad recibida en 2021. Las subvenciones en bloque de los años sucesivos tendrían cantidades invariables y establecidas *por debajo* de la financiación proporcionada en 2022. Por ejemplo, las Islas Vírgenes recibirían \$127.9 millones en 2022 y \$126 millones desde 2023 y hasta 2029. La Mancomunidad de las Islas Marianas del Norte recibiría \$62.3 millones en 2022 y \$60 millones desde 2023 y hasta 2029.

Con una financiación invariable y establecida por debajo de lo que los territorios ahora reciben, sin ajustes por inflación o por aumento de necesidades, se corre el riesgo de que las subvenciones en bloque no sean suficientes para sostener los programas de Medicaid de los territorios durante el periodo de los cinco u ocho años amparado en el proyecto de ley. El riesgo es particularmente mayor si la pandemia continúa o si, en los territorios, se presentan desastres naturales como huracanes, ciclones o tifones. Todas estas catástrofes han ocurrido en los territorios recientemente. Debido a tales desastres, los territorios tuvieron dificultades para aportar la tasa de pareo necesaria en la obtención de fondos federales, incluso cuando estas estaban por encima del 55 por ciento establecido por ley.⁸

Es preciso insistir en la importancia de una financiación federal ilimitada. Sin esta, los programas de Medicaid no pueden responder ante el incremento de necesidades durante recesiones, pandemias y desastres naturales. Medicaid tampoco puede innovar o mejorar las tasas de reembolso a los proveedores que aseguran el acceso a la atención médica. En cambio, el programa se ve obligado a mantener la elegibilidad y los beneficios por debajo de lo que se necesita y por debajo de los que los residentes de los estados reciben.

El caso de Puerto Rico demuestra las fallas de las soluciones a corto plazo

Puerto Rico es un buen ejemplo de cómo las soluciones de financiación a corto plazo no proporcionan la financiación estable y suficiente para que la cobertura de Medicaid se dé en los mismos términos que en los estados. Para establecer el tope de elegibilidad de Medicaid, Puerto Rico utiliza un umbral local de pobreza (Umbral de Pobreza de Puerto Rico, en inglés *Puerto Rico Poverty Level* o PRPL), que está considerablemente muy por debajo del umbral de pobreza federal. Puerto Rico cubre a la mayoría de grupos que tienen ingresos de hasta 138 por ciento del PRPL, equivalente

⁷ Proyecto de Ley 4406 de la Cámara de Representantes “Ley de 2021 para el Apoyo a Medicaid en los Territorios de los Estados Unidos,” https://energycommerce.house.gov/sites/democrats.energycommerce.house.gov/files/documents/BILLS-117hr4406ih_0.pdf.

⁸ Solomon, *op. cit.*

al 60 por ciento de umbral de pobreza federal (\$7,650 anuales) por persona y al 45 por ciento por familia de cuatro personas (\$11,800 anuales).⁹

A partir del 15 de noviembre de 2020, Puerto Rico subió el PRPL y esto incrementó el límite de elegibilidad para Medicaid a cerca de \$15,000 anuales por persona y a \$30,700 para una familia de cuatro personas.¹⁰ Así se permitió que el programa estuviera disponible para unas 150,000 a 200,000 personas más.¹¹ Sin embargo, el incremento en el límite de elegibilidad caduca el 30 de septiembre de 2021 cuando finalizan los actuales incrementos de dos años en la subvención en bloque y en la tasa de pareo federal de Puerto Rico. Como Puerto Rico también recibe un 6.2 por ciento de aumento en la tasa de pareo federal por el resto de la emergencia de salud pública, la isla debe cumplir con el requisito de esfuerzo en la conservación (en inglés *maintenance of effort*) para evitar la suspensión de la elegibilidad de las personas según los umbrales más bajos existentes antes de que termine emergencia de salud pública. Sin embargo, Puerto Rico tendrá la libertad de determinar la elegibilidad de los nuevos solicitantes según umbrales más bajos.

La financiación adicional que Puerto Rico recibió en 2020 y 2021 también le permitió aumentar los pagos a los médicos y a los hospitales, que están muy por debajo de los pagos a los proveedores de Medicaid de los estados. Pero estos aumentos también son temporales y van a caducar a finales de septiembre. Las bajas tasas de reembolso contribuyen a que en la isla haya escasez de proveedores de atención médica.¹²

La paridad requiere financiación suficiente y estable

Si los territorios continúan enfrentándose a abismos de financiación y funcionando dentro de una estructura de subvenciones en bloque, no pueden asegurar que sus residentes tengan un acceso continuo al rango completo de atención médica que necesitan. Tener paridad con los programas estatales requiere aumentar las tasas de elegibilidad, los beneficios y los reembolsos a los proveedores. Pero esto no es posible con subvenciones en bloque insuficientes así tengan incrementos suplementarios temporales.

Por lo tanto, así como resulta esencial abordar el abismo que los territorios enfrentarán el 30 de septiembre, también es esencial empezar a buscar una solución permanente para abolir las subvenciones en bloque y sus insuficientes tasas de pareo federal establecidas por ley dándole a los territorios la financiación ilimitada que necesitan. De esta manera, los territorios podrán satisfacer las

⁹ Edwin Park, “How States Would Fare Under Medicaid Block Grants or Per Capita Caps: Lessons from Puerto Rico,” Commonwealth Fund, 6 de enero de 2021, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2021/jan/how-states-fare-medicaid-block-grants-per-capita-caps-puerto-rico>.

¹⁰ Puerto Rico state plan amendment PR 20-0011, Centers for Medicare & Medicaid Services, 11 de diciembre de 2020, <https://www.medicare.gov/Medicaid/spa/downloads/PR-20-0011.pdf>.

¹¹ Edwin Park, “Critical Bipartisan House Legislation Would Avert Looming Fiscal Cliff for Medicaid Programs in the Territories,” Georgetown University Center for Children and Families, 14 de julio de 2021, <https://ccf.georgetown.edu/2021/07/14/critical-bipartisan-house-legislation-would-avert-looming-fiscal-cliff-for-medicaid-programs-in-the-territories/>.

¹² Judith Solomon, “Puerto Rico’s Medicaid Program Needs an Ongoing Commitment of Federal Funds,” Center on Budget and Policy Priorities, 22 de abril de 2019, <https://www.cbpp.org/research/health/puerto-ricos-medicaid-program-needs-an-ongoing-commitment-of-federal-funds>.

necesidades de sus residentes en forma equiparable y como si vivieran en los estados. Las medidas subsecuentes al paquete de recuperación económica del presidente ofrecen la oportunidad de hacer justamente eso en consonancia con la propuesta presupuestal del presidente Biden.