

## **Reautorización del programa SCHIP: más cerca de la cobertura sanitaria universal para los niños estadounidenses**

El State Children's Health Insurance Program (SCHIP) fue autorizado por el Congreso en la Balanced Budget Act de 1997, durante la presidencia Clinton. La legislación destinó para este fin unos 40 millardos de dólares para 10 años, de 1998 a 2007. En 2003, 4,4 millones de niños estaban inscritos en diferentes programas SCHIP, y otro 1,6 millón en expansiones de Medicaid financiadas por SCHIP<sup>1</sup>. En 2006, 7 Estados han expandido la elegibilidad para SCHIP al 300%, como mínimo, del nivel federal de pobreza (FPL) (VT, NJ, CT, MD, NH, WV y MA); con ello, casi todos los niños que posean la ciudadanía y estén sin asegurar serán candidatos para los programas asistenciales públicos. Además, los gobernadores de California, Pensilvania, Oregón y Wisconsin han introducido iniciativas con expansiones de los respectivos programas SCHIP para reducir sustancialmente el número de niños sin asegurar en sus Estados. En 2007, el Congreso debe reautorizar el programa SCHIP con una nueva asignación de fondos para la continuidad de su función en 2008. Dado que SCHIP es un programa de subvención en bloque o restringida, diversos Estados que establecieron programas con unos umbrales económicos de elegibilidad más elevados, unas ayudas sociales y una comercialización más adecuadas y unos procedimientos de inscripción más racionales prevén un recorte de los fondos federales en 2007, mientras que otros Estados no han gastado aún dichos fondos y disponen de ellos. Para los años fiscales 1998 a 2001, la asignación anual fue ligeramente superior a 4.200 millones de dólares. Desde 2002 hasta 2004, la asignación disminuyó por debajo de 3.200 millones de dólares, pero, para 2005 y 2006 aumentó hasta 4.100 millones de dólares y hasta 5.000 en 2007<sup>2</sup>. Debido a un reclutamiento mayor que lo anticipado y a los gastos per cápita, la inversión total de los estados en ayudas para el State Children's Health Insurance Program (SCHIP) ha superado las asignaciones anuales desde 2002. Después de dicho año, los déficit de financiación federal del SCHIP se cubrieron redistribuyendo las ayudas federales no gastadas asignadas a los estados durante los años previos a 2002. No obstante, a medida que los estados han expandido sus programas SCHIP durante los años previos, ha disminuido el importe de las ayudas federales no gastadas disponibles para su redistribución. Como consecuencia, el Congreso asignó 283 millones de dólares adicionales en la Déficit Reduction Act de 2005 para los estados en los que era previsible un déficit<sup>2</sup>. El presupuesto del año fiscal (FY) 2007 es inferior al de años anteriores, en previsión de que deban redistribuirse los fondos federales destinados, y que no se gastaron en años

anteriores, a los Estados que afrontan un recorte en los años siguientes, incluido 2007. En la NIH Reform Act de 2006 se estipulan provisiones para SCHIP que obligan a redistribuir las asignaciones de fondos federales no gastados para FY 2004 y FY 2005 y distribuirlos a los Estados con recortes federales en FY 2007<sup>3</sup>. Sin embargo, este enfoque presupuestario deja vulnerables los futuros fondos de SCHIP, debido a que durante los próximos 5 años será necesario añadir unos fondos importantes a los que ya se asignaron para el FY 2007, cuya cuantía oscilará entre 12 y 14 millardos de dólares según una estimación de la AAP, con el fin de que los Estados mantengan sus programas SCHIP actuales. La expansión de los programas estatales ya existentes requerirá nuevos fondos, además de los 12-14 millardos de dólares mencionados. Por lo tanto, la consideración de las estrategias estatales de expansión de los programas SCHIP, para reducir el número de niños sin asegurar, debe esperar a la reautorización federal del SCHIP.

Aunque parece seguro que el programa SCHIP será reautorizado, debido a la amplia base de apoyo que recibe de republicanos y demócratas en el Congreso, no está tan clara la cuantía de los nuevos fondos que serán asignados, y tampoco si se establecerán cambios para promover la inscripción, mejorar la calidad de la asistencia y facilitar futuras expansiones en la cobertura. La reautorización podría crear un incentivo económico a los Estados para que incluyan a un mayor número de niños elegibles. Ello les estimularía a mejorar la asistencia social y la comercialización y a racionalizar los procedimientos de inscripción. La modificación o eliminación de los molestos requerimientos para acreditar la ciudadanía ayudaría también a que los Estados facilitaran el proceso de inscripción. La reautorización podría así mismo financiar el desarrollo, la distribución y la evaluación de medidas para el control de calidad en pediatría, similares a las que realiza Medicaid en la medicina del adulto.

Existen diversas opciones para incrementar la cobertura de SCHIP con el fin de reducir el número de niños sin asegurar. La reautorización podría aumentar la edad de selección, ya que los individuos de 19-25 años son quienes presentan unas tasas más elevadas de falta de cobertura. Además, podría ofrecer a los Estados la opción de dar cobertura a los niños inmigrantes legales durante los 5 primeros años de vida en el país, así como a la asistencia perinatal de las embarazadas. Así mismo, la reautorización podría facilitar a los Estados el uso de los fondos SCHIP para ayudar a las familias a adquirir una cobertura financiada por el patrono, y ayudar asimismo

a las pequeñas empresas a cotizar por los niños de los empleados que estén inscritos en Medicaid o SCHIP.

La opción más global y de mayor alcance sería la de establecer un nuevo mandato federal para que los Estados expandan la cobertura de SCHIP, y/o crear un importante incentivo económico para que los Estados incrementen la cobertura al 250% o 300% del FPL. El incentivo económico podría incluir el cambio de la tasa de ajuste federal o la estructura de financiación federal de los Estados, para beneficiar a éstos. Un ejemplo del modo en que podría modificarse dicha estructura viene ilustrado por la "Kids Come First Act", una propuesta legislativa federal introducida en 2005, aunque no aprobada<sup>4</sup>. En este proyecto de ley, la cobertura de SCHIP se ampliaría a todos los niños menores de 21 años de familias con ingresos iguales o inferiores al 300% del FPL. Aunque el programa impondría un mandato sobre los Estados, se reestructuraría la financiación conjunta de SCHIP/Medicaid para reducir los gastos estatales destinados a los niños inscritos en Medicaid. El gobierno federal tendría a su cargo la plena responsabilidad económica para la cobertura de Medicaid y los costes sociales destinados a los niños de familias en el nivel de pobreza o inferior, mientras que los Estados seguirían pagando el aumento de la tasa de ajuste de SCHIP (un 36% por término medio) para los niños de familias con unos ingresos mayores, hasta un 300% del FPL. De este modo, los Estados ahorrarían presupuesto y se reducirían las diferencias de un Estado a otro en cuanto a la proporción de niños sin asegurar. Esta variabilidad interestatal es importante por su amplia gama de consecuencias para el niño, más allá del número de niños sin asegurar. Michael Petit ha publicado recientemente un libro titulado *Homeland insecurity: American children at risk*, en el que se sirvió de datos del US Bureau of Census y de otras fuentes oficiales para mostrar que los niños se encuentran en general mucho mejor si viven en los llamados Estados azules, donde existen unos niveles más elevados de impuestos e inversiones para la infancia que si viven en los Estados rojos, donde dichas cifras son bajas<sup>5</sup>.

Desde un punto de vista realista, la reautorización de un SCHIP expandido constituye la única oportunidad federal para reducir significativamente el número de niños sin asegurar en la nación, al proporcionar una vía de cobertura asequible, o a un precio razonable. Sea cual sea la expansión de SCHIP, no garantizará por sí sola la cobertura universal de los niños. SCHIP no aporta a los niños un derecho a la asistencia sanitaria, y si los aumentos de los costes superan a las previsiones, o si los Estados experimentan dificultades presupuestarias, podrían ponernse en práctica suspensiones o recortes del programa. Además, aunque al elevar el umbral de ingresos requerido para ser candidato a SCHIP se incluiría a la mayoría de niños que carecen de seguros públicos o privados, son necesarias una autorización parental y una racionalización del proceso de inscripción, a fin de lograr una plena participación. En la actualidad, aproximadamente el 70%

de los niños sin asegurar en la nación son elegibles para su inscripción en programas públicos<sup>6</sup>. Muchos padres desconocen que sus hijos tienen derecho a estos programas, y otros tienen dificultades para desenvolverse en el complejo proceso de inscripción<sup>6,7</sup>.

Sin embargo, el camino hacia los seguros sanitarios universales ha sido un recorrido difícil y frustrante. Rich Mayes ha escrito un excelente libro titulado *Universal coverage: the elusive quest for national health insurance*, donde describe las oportunidades perdidas desde 1935 y los intentos fallidos efectuados a este respecto por los presidentes Roosevelt, Truman, Nixon y Clinton<sup>8</sup>. Cuando parece llegado el momento adecuado para aprobar unas leyes de cobertura universal, surge un obstáculo político infranqueable: una recesión, una guerra, un proceso fallido o una falta de voluntad de compromiso por parte de los principales interesados. En mi opinión, es improbable que el Congreso considere seriamente cualquier ley federal para la cobertura universal de los niños, o generalizada, antes de las elecciones presidenciales de 2008. ¿El tremendo déficit presupuestario nacional y la guerra de Irak dificultarán la aprobación de los nuevos fondos federales necesarios para, al menos, conservar los programas SCHIP estatales ya existentes e incrementarlos para reducir el número de niños no asegurados? Será difícil, pero los defensores de la infancia deben manifestarse en apoyo de las iniciativas destinadas a lograr que la reautorización de SCHIP se convierta en un vehículo que nos permita acercarnos lo máximo posible al objetivo de la cobertura sanitaria universal para los niños norteamericanos.

STEPHEN BERMAN, MD, FAAP  
Department of Pediatrics, University of Colorado School of Medicine, Denver, Colorado, Estados Unidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Herz EJ, Fernandez B, Peterson CL. State Children's Health Insurance Program (SCHIP): A brief overview. Washington, DC: Congressional Research Service, Library of Congress; March 23, 2005. RL 30473.
2. Peterson CL. SCHIP original allotments: description and analysis. Washington, DC: Congressional Research Service, Library of Congress; October 31, 2006. RL 33366.
3. Peterson CL. SCHIP Provisions of HR 6164 (NIH Reform Act of 2006). Washington, DC: Congressional Research Service, Library of Congress; December 13, 2006. RS 22553.
4. Kids Come First Act of 2005 [consultado 11/7/2006]. Disponible en: [www.theorator.com/bills109/s114.html](http://www.theorator.com/bills109/s114.html)
5. Petit MR. Homeland insecurity: American children at risk. Washington, DC: Every Child Matters Education Fund; 2006.
6. Kenney G, Haley J. Why aren't more uninsured children enrolled in Medicaid or SCHIP? Washington, DC: Urban Institute; 2001. Series B, No. B-35.
7. Kempe A, Renfrew BL, Barrow J, Cherry D, Jones J, Steiner JF. Barriers to enrollment in a state child health insurance program. Ambul Pediatr. 2001;1:169-77.
8. Mayes R. Universal coverage: The elusive quest for national health insurance. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press; 2004.