

OBAMACARE: LA REFORMA QUE CAMBIÓ LA SALUD EN EE. UU. Y SU CONTRASTE CON EL SISTEMA ARGENTINO

RESUMEN EJECUTIVO

ESTADOS UNIDOS CON ACA Y ARGENTINA CON SISTEMA MIXTO: PROS Y CONTRAS COMBINADOS DE AMBOS SISTEMAS DE SALUD

PROS

Ampliación de la cobertura:

- EE. UU.: La ACA permitió reducir la población sin seguro del 15% al 9% entre 2012 y 2021.
- Argentina: La cobertura formal se aproxima al 90%; garantiza la universalidad en términos normativos.

Protección a sectores vulnerables:

- EE. UU.: Prohíbe rechazos por condiciones preexistentes; subsidia seguros privados según ingresos; expandió Medicaid (en algunos Estados).
- Argentina: El sistema público y el PAMI cubren a sectores no contributivos y adultos mayores, respectivamente.

Modelos de subsidio diferenciados:

- EE. UU.: Subsidios directos a la demanda según ingresos, promoviendo competencia en mercados de seguros.
- Argentina: Subsidios a la oferta (hospitales, obras sociales, PAMI), con posible margen para implementar criterios más equitativos.

Presencia de programas especiales para mayores:

- EE. UU.: Medicare, con primas y copagos, pero subsidios escalonados.
- Argentina: PAMI, aunque subfinanciado, constituye un actor clave del sistema previsional.

Comparativamente mejor acceso formal post-ACA en EE. UU y preexistente en Argentina:

- Argentina ofrecía mayor cobertura formal que EE. UU. antes de la ACA.

CONTRAS

Inequidades persistentes y acceso desigual:

- EE. UU.: El 8% de la población sigue sin cobertura; fuerte dependencia del estado de residencia; comunidades afroamericanas, migrantes y residentes sin Medicaid expandido enfrentan grandes barreras.
- Argentina: El 37% depende del hospital público, que cumple un rol clave en el acceso a la salud, aunque con niveles de atención desiguales según la región y el tipo de prestación.

Problemas de eficiencia y sostenibilidad:

- EE. UU.: Sistema extremadamente caro (USD 14.570 per cápita, 17,6% del PBI), sin control efectivo de costos.
- Argentina: Crónico subfinanciamiento, baja calidad relativa y falta de mecanismos de ajuste compensatorio.

Fragmentación estructural:

- EE. UU.: Fragmentación administrativa y disparidad entre estados.
- Argentina: Tres subsistemas mal articulados, sin integración efectiva.

Falta de cobertura efectiva y real universalidad:

- EE. UU.: La cobertura no es universal; el acceso depende de múltiples factores.
- Argentina: Aunque la cobertura es formalmente universal, la calidad y el acceso real son desiguales.

Déficit en transparencia y rendición de cuentas:

- Argentina: Escasa información pública, incumplimiento de transferencias estatales, débil control del uso de fondos (por ejemplo, en PAMI).

Resultados sanitarios no proporcionales al gasto:

- EE. UU.: A pesar del altísimo gasto, la eficiencia del sistema es limitada.
- Argentina: Gasto más bajo, pero también con bajos niveles de desempeño y resultados.

Ambos sistemas no cumplen plenamente su objetivo:

- EE. UU.: Modelo caro, dependiente del sector privado, sin lograr cobertura universal.
- Argentina: Modelo más barato, pero ineficiente y con cobertura de baja calidad en muchos casos.

Tratamiento de los extranjeros dentro del sistema de salud

Argentina:

La Ley de Migraciones N.º 25.871 (art. 8º) garantiza que todas las personas migrantes, independientemente de su estatus legal, tienen derecho al acceso igualitario a la salud. Esto se traduce en la posibilidad concreta de atención en hospitales públicos, especialmente en niveles de atención primaria y urgencias.

Estudios recientes —como el de Magliano (2025)— demuestran que **el uso del sistema sanitario por parte de migrantes no es desproporcionado**, no genera sobrecarga en la infraestructura pública y, en muchos casos, es incluso menor al de la población nativa.

Las principales barreras para el acceso no son económicas, sino institucionales y sociales: discriminación, exigencias informales de documentación, desconocimiento del sistema y temor a ser denunciados.

Según el Censo Nacional 2022, en Argentina residen cerca de 2 millones de personas migrantes, y el 78,4% de los mayores de 60 años accede al sistema previsional, lo cual expresa un grado importante de inclusión institucional en otros planos del Estado de bienestar.

Estados Unidos:

En 2023 residían en EE. UU. 47,1 millones de inmigrantes. **A pesar de algunas mejoras introducidas por la ACA, los inmigrantes indocumentados están completamente excluidos** de sus beneficios: no pueden acceder ni a Medicaid ni a seguros subsidiados del Health Insurance Marketplace. Incluso los inmigrantes con estatus legal que llevan menos de cinco años de residencia suelen estar fuera del sistema federal de Medicaid, con algunas excepciones estatales.

Los datos muestran una realidad preocupante: **el 23% de los inmigrantes en EE. UU. no tiene cobertura médica; entre los ciudadanos nativos, la cifra desciende al 8%; entre los inmigrantes indocumentados, el 40% carece de seguro.**

Se trata de un sistema profundamente segmentado, donde el acceso a derechos básicos como la salud depende del estatus migratorio, tipo de empleo y estado de residencia. La ACA, lejos de corregir estas desigualdades estructurales, las ha cristalizado.

Comparación y recomendaciones

Ambos países adoptan modelos profundamente distintos frente al tratamiento de las personas migrantes en el sistema de salud.

Argentina

Garantiza normativamente el acceso universal, aunque con dificultades prácticas. **El desafío principal no es legal, sino de implementación efectiva:**

- **reducir la informalidad institucional,**
 - combatir la discriminación,
 - capacitar al personal de salud en diversidad cultural,
 - asegurar mecanismos de información accesible para la población migrante.
- Además, sería deseable avanzar en sistemas de monitoreo y evaluación de la equidad y calidad de la atención.

Estados Unidos

Enfrenta obstáculos normativos y estructurales. **Las posibles mejoras requieren reformas federales profundas, como:**

- **ampliar el acceso a Medicaid,**
 - **eliminar las restricciones de la ACA según estatus migratorio,**
 - reconocer la salud como un derecho humano y no como un bien de mercado.
- También sería pertinente fomentar una **mayor articulación entre estados y gobierno federal**, para **mitigar las asimetrías territoriales.**

Paola Ferrari, docente de la Licenciatura en Política y Administración Pública de UADE, advierte que, **aunque es posible comparar los sistemas de salud de EE. UU. y Argentina, sus lógicas son muy distintas. En Argentina, el acceso depende de la situación laboral,**

nivel de ingresos y lugar de residencia, lo que genera problemas de equidad y fragmentación. En el subsistema público, el financiamiento lo asumen provincias y municipios, y las principales dificultades no son de financiamiento, sino de coordinación (Centrángolo y Goldschmit, 2022).

En línea con estas consideraciones, **Agustín Barros**, referente de la Licenciatura en Gobierno y Relaciones Internacionales de UADE, subraya que también es importante considerar **aspectos idiosincráticos: en Argentina, salud y educación son valores públicos que la sociedad defiende históricamente, incluso ante reformas estructurales profundas. Esto contrasta con el caso norteamericano, donde la salud es concebida más como un bien privado**, lo cual influye en el diseño de sus políticas sanitarias.

EL INFORME

Acceso y financiamiento de la salud: una comparación crítica entre Estados Unidos y Argentina

La reforma sanitaria conocida como Affordable Care Act (ACA) u "Obamacare", promulgada en Estados Unidos en 2010, introdujo una transformación significativa en el acceso a la cobertura médica en ese país.

Este informe sintetiza sus principales medidas, analiza sus efectos sociales y económicos, y los contrasta -con las debidas cautelas analíticas- con las particularidades del sistema mixto argentino.

El objetivo no es equiparar lo incomparable, sino extraer lecciones útiles desde una perspectiva general.

1. LA ACA Y LA RECONFIGURACIÓN DEL ACCESO EN EE. UU.

La ACA se propuso tres metas: expandir la cobertura, mejorar la calidad de la atención y controlar los costos.

Entre sus pilares centrales se incluyen:

- Prohibición de rechazos por condiciones preexistentes.
- Subsidios a personas sin recursos suficientes para acceder a seguros privados.
- Extensión de Medicaid, según criterios de pobreza ampliados.
- Mercados estatales de seguros, para promover competencia y accesibilidad.

Desde 2014, más de 20 millones de personas obtuvieron cobertura gracias a la ACA. La tasa de población sin seguro bajó del 15% en 2012 al 9% en 2021. Aun así, persisten inequidades estructurales: comunidades afroamericanas, migrantes y residentes de estados que no ampliaron Medicaid siguen enfrentando barreras serias de acceso.

2. UN SISTEMA COSTOSO, PERO PARCIALMENTE COMPENSADO

Estados Unidos sigue teniendo el sistema sanitario más caro del mundo. En 2023, el gasto total en salud alcanzó los USD 4,9 billones (17,6% del PBI), con un gasto per cápita de USD 14.570. Ahora bien, no todo ese aumento es atribuible a la ACA. Factores como la innovación farmacéutica, los modelos de remuneración médica y la fragmentación administrativa inciden fuertemente.

Medicare y Medicaid, programas públicos orientados a mayores, discapacitados y personas de bajos ingresos, abarcan a más de 150 millones de personas. Pero la cobertura plena sigue atada, en muchos casos, a la capacidad de pago y al estado donde se reside.

3. ¿QUÉ COMPARAR CON ARGENTINA, Y CÓMO?

En Argentina coexisten tres subsistemas: el público, las obras sociales y la medicina prepaga. Este modelo permite una cobertura formal cercana al 90%, aunque enfrenta desafíos de calidad, fragmentación y sostenibilidad, particularmente en sectores con mayor demanda como el público.

Cualquier comparación económica nominal con Estados Unidos resulta estéril si no se ponderan diferencias en estructura demográfica, escalas salariales, productividad médica, relación paciente/profesional, incentivos de mercado y tipo de cobertura. Por ejemplo, un médico argentino cobra entre 5 y 10 veces menos que su par estadounidense, lo que distorsiona cualquier lectura basada solo en el "gasto mensual por persona".

Lo relevante es, entonces, el diseño del sistema y su sostenibilidad: mientras en EE. UU. el Estado subsidia directamente al individuo para acceder a seguros (ACA) o al sistema (Medicare-Medicaid), en Argentina el sistema previsional, sostiene al PAMI. También el Estado aporta recursos de rentas generales y una parte es solventada con el pago de los usuarios. El hospital público se financia con recursos fiscales y pagos ocasionales del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sistema fiscal cubre a los no contributivos, sin mecanismos de ajuste compensatorios eficaces.

4. UNA COMPARACIÓN POSIBLE: MEDICARE Y PAMI

Tanto Medicare como PAMI son pilares del cuidado a adultos mayores, aunque sus modelos difieren:

Medicare exige primas y copagos, pero ofrece subsidios escalonados según ingresos. Estos subsidios dependen de cada Estado y de cada momento histórico.

PAMI se sostiene mediante aportes de trabajadores activos y subsidios, pero con fuerte subfinanciamiento y dependencia de la recaudación previsional. No obstante, es importante aclarar que los fondos del PAMI se han derivado a distintos fines, en todas las gestiones, por lo que es muy difícil medir su costo eficiencia como sistema. Es controlado por la Auditoría General de la Nación.

A pesar del mayor gasto per cápita en EE. UU., los resultados son dispares: la esperanza de vida es mayor en EE. UU. (81 años) que en Argentina (77,5), aunque ambos países enfrentan desafíos de equidad y eficiencia.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Comparar los costos brutos del sistema de salud sin considerar su estructura, sus niveles de remuneración y sus mecanismos de cobertura conduce a conclusiones inválidas.
- El sistema estadounidense no garantiza la cobertura universal, tiene alto costo, y depende

de la presencia del sector privado.

- El sistema argentino es mixto, garantiza la cobertura universal, pero con problemas de financiamiento y eficiencia.
- En Estados Unidos hay un 8 % de población que no accede a ninguna cobertura por estar fuera de los parámetros de Medicaid, y a su vez no poder pagar un seguro.
- En Argentina, cerca del 37 % de la población recurre al hospital público, un subsistema fundamental en términos de acceso, pero que presenta importantes desafíos de equidad y calidad, con atención que puede variar considerablemente según la región o el nivel de complejidad. Aun así, su historia y sus aportes al desarrollo médico-científico nacional evidencian su gran valor social.
- La ACA permitió mejoras sustanciales en el acceso a la salud en EE. UU., aunque no logró resolver las desigualdades estructurales ni controlar los costos del sistema.
- El sistema argentino ofrece cobertura formal más amplia que el estadounidense pre-ACA, pero con menores niveles de calidad, financiamiento crónico insuficiente y escasa transparencia.
- Ninguno de los dos sistemas logra plenamente su objetivo (probablemente se identifiquen soluciones más equitativas en la CEE).

Recomendaciones

Revisar los mecanismos de subsidio directo en Argentina: el modelo de transferencias universales a la oferta (hospitales, PAMI, obras sociales) podría complementarse con subsidios a la demanda según criterios de ingreso, como en la ACA. “En lugar de preguntarnos cómo garantizar atención médica a todos los ciudadanos, la pregunta implícita es: ¿cómo hacemos para dar atención médica a todos los problemas, a cualquier costo y en cualquier momento?” (<https://www.infobae.com/opinion/2025/06/21/salud-para-todos-vs-salud-para-todo/>)

Fortalecer la información pública y la rendición de cuentas: la transparencia en el uso de fondos y resultados sanitarios es baja en Argentina. Por otra parte, las transferencias del sector público no se cumplen.

Repensar el rol del Estado como regulador e integrador: más que prestador directo, su función clave podría ser diseñar e implementar políticas que garanticen accesibilidad equitativa y eficiencia del gasto. Argentina tiene un modelo barato, pero ineficiente. Estados Unidos tiene un modelo caro, y también ineficiente.

Al hablar de inmigración, se debe pensar en solucionar temas de fondo como son las residencias y la inmigración ilegal. Corresponde a los estados buscar soluciones. De todos modos, las estadísticas muestran que el mayor uso que hacen los inmigrantes es de las emergencias médicas.

Se puede cobrar la atención médica a inmigrantes, pero si están dados los determinantes

económicos sociales, es decir, si hay empleo, vivienda y educación. Si no se dan estas condiciones, cobrar es sinónimo de no prestar, y no deja de ser una mera teoría.

La UE tiene previstos distintos mecanismos de ayudas económicas a los países miembros que reciben inmigrantes. Mientras no haya indicios en contrario, un inmigrante es una población vulnerable con distintas barreras de acceso. Las soluciones dependen de la ética y definición de cada Estado.

Una mención al Hospital Público: en Argentina es una institución que ha demostrado su capacidad de prestación, y su aporte al desarrollo de las ciencias médicas. Casos como Houssay, Leloir o Milstein y muchos desconocidos lo evidencian, “De la investigación dependen la salud, el bienestar, la riqueza, el poder y hasta la independencia de las naciones (Houssay, 1960).

Respecto a la financiación del sistema de salud, el porcentaje que representa en el Presupuesto Nacional mide el grado de prioridad que tiene para una Nación. Una vez aprobado, cabe respetar su destino, y controlar el ejecutado. El control, es un tema difícil de abordar en la gestión de corto, tanto en instituciones públicas como privadas.