

EL SEGURO SOCIAL, MEDICARE Y MEDICAID FUNCIONAN PARA IOWA



Nuestra serie de informes *El Seguro Social, Medicare y Medicaid funcionan para los Estados Unidos* está escrita para funcionarios públicos, informadores de prensa, defensores, educadores y otros ciudadanos preocupados por el tema. Además de proporcionar información acerca de la historia de cada programa, de su carácter y su vitalidad, así como de presentar cautivadoras y persuasivas historias de la vida real, cada informe incluye estadísticas sobre la cantidad de personas que reciben cobertura, los tipos de cobertura que reciben y la cantidad total de fondos que se canalizan de estos programas a cada estado en particular, incluyendo sus distritos electorales del Congreso y sus los condados. Los informes están disponibles en línea para todos los 50 estados, Washington D.C., Puerto Rico, Samoa Americana, la Isla de Guam, las Islas Marianas Septentrionales y las Islas Vírgenes estadounidenses. También hay disponible el informe nacional *El Seguro Social funciona para los Estados Unidos*.

Por favor tome en cuenta que puede encontrar en una sola hoja, al final del informe, inmediatamente después de las notas de referencias al final, una página de resumen de los datos de este informe.

Para ver datos sobre el Seguro Social a nivel de los distritos electorales del Congreso, sírvase consultar el “Anexo 1: El Seguro Social funciona para los distritos del Congreso de Iowa”, al reverso del informe, justo antes de las notas de referencias.

Para ver datos sobre el Seguro Social, Medicare y Medicaid a nivel de los condados y para datos demográficos, sírvase consultar el “Anexo 2: Datos sobre el Seguro Social, Medicare y Medicaid en los condados de Iowa”, al reverso del informe, justo antes de las notas de referencias.

* El sistema de la Administración del Seguro Social en E.U.A. no se refiere a atención médica, sino a jubilación, incapacidad y seguro de vida, entre otras coberturas. (N. del T.)

RECONOCIMIENTOS

Al igual que nuestros sistemas del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid,* este informe es el producto de la visión y el arduo trabajo de muchas personas. La organización Social Security Works (Seguro Social Funciona) está estrechamente vinculada con la Alianza de Jubilados Estadounidenses, la cual está coordinando la publicación de este informe por todas partes del país, con la ayuda de la coalición People Demanding Action (Exigencia de Acción Popular).

Mucha gente contribuyó para la redacción, el diseño y la producción de éste, nuestro sexto conjunto de informes estatales. Estamos especialmente agradecidos con el doctor Benjamin Veghte, director del Departamento de Políticas e Investigaciones de Social Security Works (SSW, por sus siglas en inglés), quien es el investigador coordinador, cuyo compromiso con la excelencia llevó al proyecto rumbo a su exitosa conclusión. Igualmente, fueron cruciales para completarlo las excepcionales contribuciones de Stephanie Connolly, especialista en Políticas e Investigaciones de SSW, incluyendo la redacción de los anexos y la compilación y verificación de los datos. Michael Phelan, el subdirector de SSW, coordinó la producción actual de este informe. Agradecemos a Josh Goldberg, pasante de Políticas e Investigaciones, por su trabajo para generar las cifras y revisar la redacción del informe entero. Asimismo, damos las gracias a Linda Benesch, especialista de Comunicaciones, por revisar y corregir el informe.

Nos es sumamente importante expresar nuestro agradecimiento a Gus, Suzie, Ruby y Mike por haber compartido sus historias y puntos de vista sobre la importancia del Seguro Social para su vida. El diseño gráfico fue realizado por Deepika Mehta.

Social Security Works también se benefició del trabajo y el compromiso de varias personas que proporcionaron su propia investigación y análisis para este informe. Quisiéramos agradecer al Dr. Roberto Gallardo del Servicio de Extensión de la Universidad Estatal de Mississippi por haber compartido con nosotros su categorización en los condados metropolitanos y no metropolitanos en cada estado. Por su parte, Arloc Sherman, Danilo Trisi y Kate Kemmerer del Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, generosamente compartieron con nosotros cálculos inéditos sobre la cantidad de personas de edad avanzada en varios grupos demográficos a los cuales el Seguro Social sacó de la pobreza en 2013. Agradecemos a Christian Wolfe, de la Oficina Actuarial del Centro de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), los datos de inscripción a Medicaid a nivel de los condados.

Asimismo, agradecemos a varios expertos en Medicare y Medicaid por su cuidadosa revisión de este informe. Juliette Cubanski, Julia Paradise y Shannon Griffen, de la Kaiser Family Foundation, David Lipschutz del Centro para la Defensa de Medicare, Stacy Sanders, del Centro de Derechos de Medicare, y Christian Wolfe del CMS, proporcionaron todos útiles comentarios a nuestros borradores anteriores. Cualquier error que quede y todas las interpretaciones de los datos son nuestra propia responsabilidad.

Los datos presentados en este informe dicen mucho de la importancia del Seguro Social para las familias, para las comunidades y para las economías locales y estatales.

Esperamos que el informe les sea útil, a medida que trabajan para fortalecer al Seguro Social en este año de su 80º aniversario y de los respectivos cincuentenarios de Medicare y Medicaid. Por favor, comuníquense con nuestro director de Comunicaciones, Lacy Crawford (lcrawford@socialsecurityworks.org), si tienen alguna pregunta sobre el informe.

Nancy Altman

Presidenta de Social Security Works; Presidenta de la Coalición para Fortalecer al Seguro Social

Coautora junto con Eric R. Kingson de [Social Security Works! Why Social Security Isn't Going Broke and How Expanding It Will Help Us All](#) (El Seguro Social Funciona! Por qué el Seguro Social no está yéndose a la quiebra y cómo su ampliación nos ayudará a todos, publicado por The New Press, enero de 2015, disponible en <http://amzn.to/1uBmbce>), y autora de [Agrarian Justice: With a new Foreword, "Social Security, Thomas Paine, and the Spirit of America"](#) (Justicia agraria con un nuevo prólogo: El Seguro Social, Thomas Paine y el espíritu de los Estados Unidos, publicado por Amazon en mayo de 2015, disponible en: amzn.to/1K4LujF)

Alex Lawson

Director ejecutivo de Social Security Works



La Alianza de Estadounidenses Jubilados es una organización de bases populares que representa a más de 4 millones de jubilados y personas de edad avanzada por toda la nación. La Alianza tiene su sede en Washington, DC, y su misión es hacer avanzar las políticas públicas que protejan la salud y la seguridad económica de los estadounidenses ancianos, enseñando a los ancianos cómo lograr un cambio a través del activismo. Conozca más sobre la Alianza y su trabajo en: www.retiredamericans.org.



La misión de la organización Social Security Works es proteger y mejorar la situación económica de todos los estadounidenses, especialmente de las poblaciones en desventaja y en riesgo y, al hacerlo, promover la justicia social para las generaciones actuales y futuras de niños, así como de los jóvenes y los adultos de edades medianas y avanzadas. www.socialsecurityworks.org.



La Coalición para Fortalecer al Seguro Social está conformada por más de 320 organizaciones nacionales y estatales que representan a más de 50 millones de estadounidenses. La Coalición está unida en torno a una serie de principios primordiales como que las coberturas del Seguro Social deben ser ampliadas y que los sistemas del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid son fundamentales para el bienestar de las familias estadounidenses y para el tipo de nación que somos. www.strengthensocialsecurity.org.

INTRODUCCIÓN Y RESUMEN



“Nunca podemos asegurar al 1% de la población contra el 100% de los peligros y vicisitudes de la vida. Pero hemos tratado de enmarcar una ley que dará en alguna medida protección al ciudadano promedio y a su familia contra la pérdida de un empleo y contra una vejez aquejada por la pobreza. Esta ley también representa una base en una estructura que está siendo edificada, pero que en modo alguno está completa. Es una estructura que se propone disminuir la fuerza de posibles depresiones futuras. Actuará como una protección para futuras administraciones en contra de la necesidad de profundizar más las deudas para suministrar un remedio a los necesitados. La ley aplanará los picos y valles de la deflación y de la inflación. Es, en suma, una ley que se encargará de las necesidades humanas y que al mismo tiempo brindará a los Estados Unidos una estructura económica de mucho mayor solidez.”

—FRANKLIN D. ROOSEVELT, 14 de agosto de 1935

En 1935, cuando el presidente Franklin D. Roosevelt firmó la promulgación de la Ley del Seguro Social, la llamó una base, el fundamento de una estructura que debe ser mantenida y sobre la que hay que construir por y para las generaciones futuras. El Seguro Social no podía ser una protección contra todos los riesgos, pero, como dijo el Presidente, podría disminuir para los trabajadores y sus familias las consecuencias de la pérdida de ingresos en la vejez.

Desde entonces, hemos construido de manera cuidadosa y deliberada, primeramente, en 1939, añadiendo un seguro de vida para los sobrevivientes en 1939, inicialmente para las viudas y los hijos a su cargo, pero que más adelante se extendió a los viudos también. En 1956 se agregó la cobertura del Seguro por Discapacidad, seguida de Medicare y Medicaid en 1965. Una importante protección contra la inflación —el ajuste automático por el costo de vida— se agregó en 1972, el cual está diseñado para mantener el poder de compra de las coberturas, independientemente de cuánto tiempo vive una persona. Hemos construido, hemos mantenido y hemos fortalecido estas instituciones por una razón: para que los trabajadores y las trabajadoras puedan protegerse a sí mismos y a sus familias. Nosotros las construimos porque nosotros, como nación, valoramos el trabajo duro, la responsabilidad personal, la dignidad humana y el cuidado de nuestros padres, de nuestros hijos, de nuestros cónyuges, de nuestros vecinos y de nosotros mismos.

Este informe revela el éxito de estas instituciones para Iowa y para la nación. Las cifras cuentan parte de la historia: cuántas personas reciben cobertura en Iowa, en sus distritos electorales para el Congreso y en sus condados; qué cantidad de dólares fluye hacia estas jurisdicciones en un año; los tipos de pensiones y los tipos de personas que reciben esas coberturas. Tal vez lo más importante es que el informe presenta las historias de los esforzados trabajadores de Iowa y de sus familias, cuyas vidas se han vuelto inconmensurablemente mejores por las protecciones que se han ganado.

A medida que vaya leyendo usted este informe, le instamos a que piense en la gente a la que conoce. En familiares que viven su vejez con dignidad porque pueden contar con un cheque del Seguro Social todos y cada uno de los meses: cheques que ellos o algún otro familiar se han ganado. Piense en esa persona mayor que tiene Medicare y, con ello, la tranquilidad de que puede recibir atención médica sin caer en la bancarrota. Piense en un familiar conocido suyo que haya podido cuidar en su casa de un hijo incapacitado de sus funciones gracias a que existe Medicaid. Piense en un abuelo(a), en un padre o madre, en un(a) tío(a) mayor, un primo(a) o un amigo de la familia cuyos ahorros de toda su vida tal vez se agotaron pagando por un cuidado de enfermería a domicilio, pero que aún puede recibir ese cuidado gracias a Medicaid.

Piense, asimismo, en la manera como estas instituciones, al igual que el sistema de autopistas de la nación, forma parte de un rico legado de aquellos que vinieron antes; un legado que continúa funcionando en los tiempos buenos y malos. A lo largo de los difíciles años de la Gran Recesión y de sus repercusiones, los sistemas del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid han adquirido una importancia aún más vital

que antes para los habitantes de Iowa, y han sido el nutriente esencial de muchas pequeñas empresas, hospitales, asilos y servicios de cuidado a domicilio. Virtualmente todos los empleos a los que estos programas sostienen, permanecen en Estados Unidos. El Gráfico 1 resume el impacto positivo que los sistemas del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid están teniendo en la población y en la economía de Iowa.

GRÁFICO 1

El impacto del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid en la población y la economía de Iowa

PROGRAMA	BENEFICIARIOS EN IOWA	PORCENTAJE DE RESIDENTES QUE RECIBE LAS COBERTURAS	PROMEDIO DE COBERTURA	TOTAL ANUAL DE COBERTURAS*
Seguro Social	616,301	19.8%	\$14,556	\$9 mil millones
Medicare	531,209	17.3%	\$8,546	\$4.3 mil millones
Medicaid	461,800	14.9%	\$8,032	\$3.7 mil millones

Fuente: Administración del Seguro Social 2015; U.S. Oficina del Censo, 2013-2015; Kaiser Family Foundation, consultada en junio de 2015. Los datos más recientes disponibles sobre el total anual de coberturas por cada estado corresponden al año fiscal 2013 de Medicaid y al año fiscal 2009 de Medicare.

*Aunque las coberturas del Seguro Social y Medicare están enteramente financiadas por el gobierno federal, Medicaid está parcialmente financiado por los gobiernos estatales y, a veces, por los gobiernos locales.

EL SEGURO SOCIAL FUNCIONA

Al celebrar el 80o aniversario de la promulgación del Seguro Social, es el momento de recordar las contribuciones que ha hecho nuestro sistema del Seguro Social a la estabilidad de la economía estadounidense. Durante 80 años, aun en los tiempos en que nuestra nación ha soportado guerras, crisis políticas y severas recesiones económicas, el Seguro Social nunca ha omitido un pago; ha pagado puntualmente y en su totalidad cada dólar de las pensiones ganadas.

El Seguro social hizo posible una jubilación digna para la amplia clase media

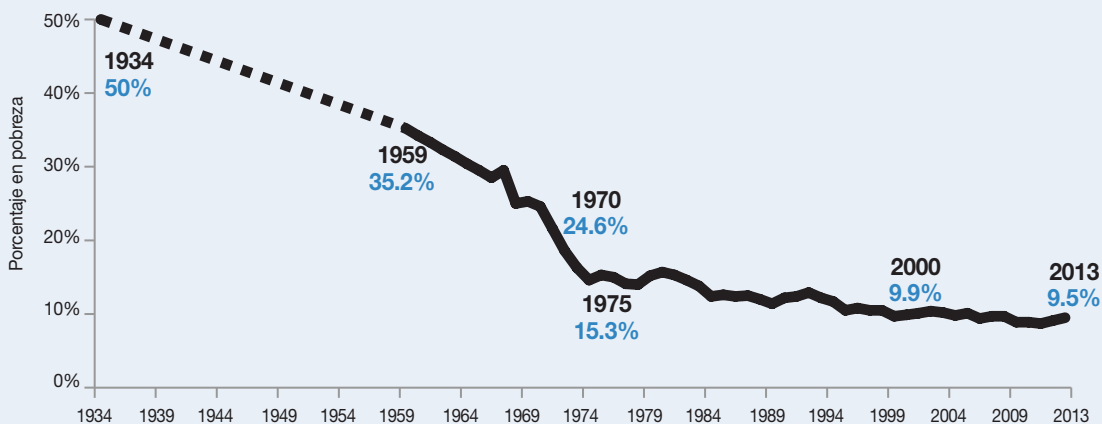
Antes de la creación del Seguro Social, la pobreza entre los estadounidenses de edad avanzada estaba generalizada. En 1934, el Comité de Seguridad Económica del presidente Roosevelt calculó que “al menos la mitad” de todos los estadounidenses mayores de 65 años era gente pobre.¹ Esos ancianos tenían que depender de la familia, de los amigos y de la caridad privada para sostenerse o, literalmente, irse a los albergues de pobres. Además de tomar medidas a corto plazo diseñadas para atender la crisis inmediata, el presidente Roosevelt introdujo en 1935 el plan de pensión del Seguro Social para la gente de edad avanzada, a fin de asegurar que las generaciones actuales y futuras de

estadounidenses gozaran de una medida de seguridad en sus últimos años. Para 1959, la primera vez que el Censo comenzó a contar oficialmente a los pobres, la pobreza entre los estadounidenses ancianos había declinado a un 35% [Gráfico 2].

Y, entre los ancianos, el índice de pobreza continuó descendiendo por el resto del siglo hasta a un 25% en 1970 y a cerca de un 10% en 2000, donde ha permanecido desde entonces, tal como lo mide el nivel estadístico federal oficial de pobreza.² Las investigaciones sugieren que el total descenso de los niveles estadísticos de pobreza entre los ancianos entre 1967 y 2000 puede atribuirse a la maduración y la ampliación del programa del Seguro Social.³

En 2014, el Seguro social proporcionó \$848 mil millones en coberturas para 59 millones de beneficiarios, lo que es casi 1 de cada 5 estadounidenses (el 18.3%).⁴ Es importante reconocer que el Seguro Social es más que un programa de jubilación para los ancianos. Cerca de 17 millones de personas menores de 65 años recibieron pensiones del Seguro Social en 2014, lo que equivale a 2 de cada 7 (el 28.7%) de los beneficiarios.⁵

GRÁFICO 2
Pobreza entre los ancianos antes y después del Seguro Social, 1934-2013



Fuente: Comité de Seguridad Económica, 1934, Informe del Comité de Seguridad Económica, 15 de enero de 1935. 1959-2013: Instituto de Políticas Económicas. “Los gastos del Seguro Social per cápita y el nivel estadístico de pobreza entre los ancianos, 1959-2013”, *The State of Working America*, 12ava. edición (consultada el 20 de mayo de 2015).

De hecho, el Seguro Social es el programa de cuidado infantil más grande del país y, a pesar de que sus beneficios son modestos, es el más generoso. La vasta mayoría de los niños estadounidenses está protegida contra la indigencia financiera en caso del fallecimiento, la incapacidad o el envejecimiento de trabajadores de cuya manutención ellos dependen. Como consecuencia de las protecciones del Seguro Social, hubo en 2014 aproximadamente 8.5 millones de niños menores de 18 años que recibieron cobertura del Seguro Social, lo que equivale al 11.6 de todos los niños.⁶ Entre ellos se incluye a aproximadamente 3.2 millones de niños que recibieron directamente pensiones del Seguro Social, y a 5.3 millones adicionales de niños que vivieron en hogares donde todo o parte del ingreso de la manutención familiar provino del Seguro Social. Además de estos niños menores de 18 años, hubo 140 mil jóvenes estudiantes de entre 18 y 19 años, así como 1 millón de hijos adultos dependientes incapacitados.⁷

Las coberturas del Seguro Social son modestas: en 2014, la pensión promedio anual del Seguro Social fue de 14 mil 375 dólares para todos los beneficiarios, y de 145 mil 943 dólares para los trabajadores jubilados.⁸ A pesar de su modesta cantidad, las coberturas del Seguro Social son vitales para la vasta mayoría de beneficiarios, tanto jóvenes como ancianos. En 2012, casi dos terceras partes (el 64.6%) de las personas de edad avanzada dependieron del Seguro Social para la mitad de sus ingresos o más.⁹ El programa sacó de la pobreza en 2013 a 22.1 millones de estadounidenses, incluyendo a 1.2 millón de niños.¹⁰

El Seguro Social proporciona una protección crucial contra las pérdidas de salarios debido a una incapacidad

El Seguro por Discapacidad (DI, por sus siglas en inglés) que brinda el Seguro Social proporciona un seguro contra un riesgo que todos los estadounidenses enfrentan: una incapacidad que les cambia la vida y que hace que uno esté imposibilitado de mantenerse a través de su trabajo. Cuando los trabajadores que han contribuido con pagos al Seguro Social quedan incapacitados para hacer una cantidad substancial de trabajo tal como está definida en los estrictos criterios de admisibilidad del programa, ellos pueden esperar recibir, como resultado de su trabajo y sus contribuciones al Seguro Social, una porción de sus salarios, reemplazada por el seguro. Para estos trabajadores incapacitados y para sus familias, el Seguro Social es una tabla de salvación. Las pensiones del Seguro Social por discapacidad proporcionan el 75% de los ingresos o más

GUS, Wisconsin

Gus era un “topo de túnel” en Vietnam, esto es, uno de los voluntarios de infantería del Ejército que se especializaban en internarse en la red de estrechos túneles creados por el Viet Cong. Los topos de túneles mataban a los soldados enemigos que se escondían ahí y sembraban explosivos para destruir estas avenidas subterráneas de la guerra de guerrillas.

Por su servicio en esta capacidad fue reconocido con la Estrella de Plata, que es la la tercera condecoración más alta que otorga el Ejército en honor a la valentía. A los 16 días que salió del Ejército, regresó a su casa en Wisconsin, y chocó en un grave accidente automovilístico donde se lesionó seriamente la columna vertebral.

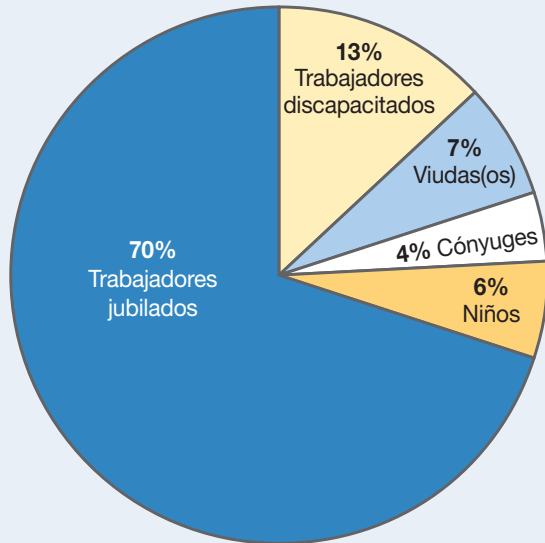
Debido a que su lesión ocurrió fuera del servicio militar, no tenía derecho de recibir seguro de discapacidad como veterano y tuvo que recurrir a la Pensión de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, en inglés). “En pocas palabras, el SSDI fue un salvavidas,” dice.

para casi 6 de cada 10 beneficiarios no internados en ninguna institución.¹¹ Sin embargo, 1 de cada 5 beneficiarios del Seguro por Incapacidad permanece en la pobreza.¹²

Mediante su duro trabajo y sus contribuciones de impuestos al salario, casi todos los trabajadores estadounidenses obtienen para ellos y para sus familiares las protecciones que provee el Seguro Social para la jubilación, la incapacidad y la sobrevivencia. El Seguro Social es la principal protección por incapacidad y el principal seguro de vida para la mayoría de los trabajadores de Iowa. Un trabajador de 30 años que esté ganando entre \$30 mil y \$35 mil, con esposa y dos hijos pequeños, recibe del Seguro Social protecciones por incapacidad y de seguro de vida por un valor de aproximadamente \$631 mil y \$612 mil, respectivamente.¹³ En la actualidad, 212 millones de trabajadores estadounidenses se han ganado estas protecciones para ellos y para sus familias.¹⁴

GRÁFICO 3

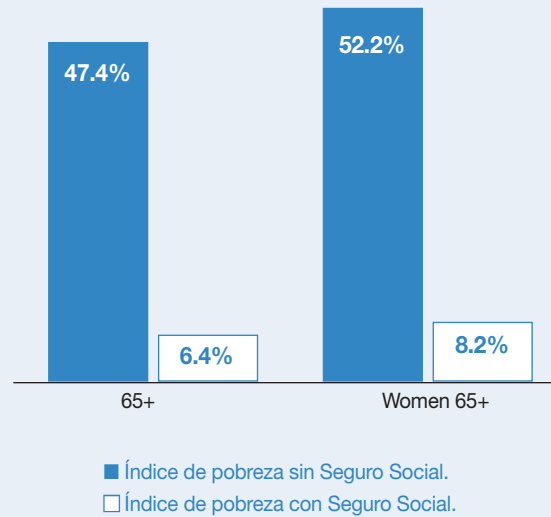
Los beneficiarios del Seguro Social en Iowa en 2014



Fuente: Administración del Seguro Social, 2015

GRÁFICO 4

Índice de pobreza entre los beneficiarios de Iowa mayores de 65 años, con y sin Seguro Social, 2011-2013



Fuente: Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, 2015.

Hay una probabilidad considerable de que un trabajador o trabajadora llegue a necesitar antes de jubilarse las protecciones del Seguro Social por una discapacidad y/o como sobreviviente. A nivel nacional, se calcula que poco más de 1 de cada 4 personas que en 2013 cumplieron 20 años quedará gravemente incapacitada durante los años en que esté trabajando.¹⁵ Y se calcula a futuro que 1 de cada 8 de los jóvenes que hoy tiene 20 años morirá antes de cumplir la edad para jubilarse.¹⁶ En conjunto, esto significa que aproximadamente 1 de cada 3 adultos jóvenes que hoy ingresan al proceso productivo laboral morirá o quedará incapacitado antes de llegar a la edad de jubilación completa.¹⁷ El Seguro Social proporciona una tranquilidad a lo largo de la vida, asegurando a las familias contra pérdidas salariales debido a la vejez, la incapacitación o la muerte.

El Seguro Social funciona para los residentes de Iowa y para la economía [Gráfico 1]

- En el año 2014, el Seguro Social otorgó pensiones a 616 mil 301 habitantes de Iowa, esto es, cerca de 1 de cada 5 residentes (el 19.8%).¹⁸

- Los habitantes de Iowa recibieron un total de \$9 mil millones de cobertura del Seguro Social en 2014, que es el equivalente al 6.4% del total del ingreso personal del estado.¹⁹
- En promedio, la pensión del Seguro Social en Iowa fue de \$14 mil 556 en 2014.²⁰
- En el año 2013, el Seguro Social sacó del nivel de pobreza a 228 mil habitantes de Iowa.²¹

El Seguro Social funciona para los ancianos de Iowa²²

- En 2014, el Seguro Social proporcionó cobertura a 431 mil 181 trabajadores jubilados de Iowa, esto es, 7 de cada 10 (el 70%) de los beneficiarios [Gráfico 3].²³
- En 2014, la pensión que típicamente recibió un trabajador jubilado en Iowa fue de \$15 mil 983.²⁴
- En 2013, el Seguro Social sacó de la pobreza a 171 mil pobladores de Iowa mayores de 65 años.²⁵
- Sin el Seguro Social, el índice de ancianos viviendo en la pobreza en Iowa, tal como lo define el nivel oficial de pobreza,²⁶ habría aumentado de ser 1 de cada 16 (el 6.4%) a ser la mitad (el 47.4%) [Gráfico 4].²⁷

El Seguro Social funciona para las mujeres de Iowa

- En 2014, el Seguro Social proporcionó pensiones a 322 mil 785 mujeres de Iowa, esto es, 1 de cada 5 de todas las mujeres de Iowa (el 20.6%).²⁸
- En 2014, el Seguro Social proporcionó pensiones a 22 mil 428 cónyuges de Iowa, esto es, 1 de cada 27 de todos los beneficiarios (el 3.6%) [Gráfico 3].²⁹
- En 2013, el Seguro Social sacó de la pobreza a 105 mil mujeres de Iowa mayores de 65 años.³⁰
- Sin el Seguro Social, el índice de mujeres de edad avanzada viviendo en la pobreza habría aumentado de ser 1 de cada 12 (el 8.2%) a ser la mitad (el 52.2%) [Gráfico 4].³¹

El Seguro Social funciona para las viudas y viudos de Iowa

- En 2014, el Seguro Social proporcionó cobertura de sobrevivencia tras fallecimiento a 46 mil 80 viudas(os) de Iowa, lo que es 1 de cada 13 beneficiarios de Iowa (el 7.5%) [Gráfico 3].³²
- En 2014, la cobertura típicamente recibida por una viuda o viudo en Iowa fue de \$15 mil 779.³³

El Seguro Social funciona para los trabajadores incapacitados en Iowa³⁴

- En 2014, el Seguro Social proporcionó pensiones de incapacidad a 78 mil 16 trabajadores de Iowa, lo que es 1 de cada 8 (el 12.7%) de los beneficiarios de Iowa [Gráfico 3].³⁵
- La pensión típicamente recibida por un trabajador incapacitado beneficiario en Iowa fue de \$12 mil 396 en 2014.³⁶

El Seguro Social funciona para los niños de Iowa

- El Seguro Social es la principal protección de seguro de vida y de incapacidad para el 98% de los 725 mil 954 niños de Iowa.³⁷
- En 2014, el Seguro Social proporcionó cobertura a 38 mil 596 niños de Iowa, esto es, 1 de cada 16 beneficiarios (el 6.3%) de Iowa [Gráfico 3].³⁸
- El Seguro Social es la principal fuente de ingresos para los 40 mil 352 hijos que viven en familias a cargo de abuelos de Iowa, que son los hogares sostenidos por abuelos u otro pariente.³⁹

SUSIE, North Dakota

Susie trabajó con su marido en su zapatería más de 22 años.

“De eso vivíamos—cuenta—Ganábamos cerca de 100 mil dólares al año, durante los buenos años. No era todo ganancia, también teníamos gastos, pero nos sosteníamos.” Y aunque su esposo murió hace 19 años, ella recuerda sus sacrificios y éxitos cada vez que recibe sus pensiones del Seguro Social y de Medicare que se ganó.

Ella comenzó a trabajar a los 14 años como mesera, en el pequeño poblado de Reeder, Dakota del Norte. A partir de entonces tuvo una serie de empleos, incluyendo el de trabajar en su propia zapatería más tarde. Hoy en día recibe cerca de \$700.00 al mes del Seguro Social y su apoyo de Medicare. Aún en Dickinson, el dinero no va muy lejos. “Estoy cubierta tanto por Medicare y por el Seguro Social, y los dos juntos me pagan menos de lo que ganaba cuando trabajaba,” explica Susie.

A sus 68 años, Susie tiene el beneficio de ver en retrospectiva cuando examina su vida y de otras personas de edad avanzada. Al preguntársele qué le parece que algunos digan que los ancianos podrían pasársela sin \$50.00 cada mes si el Seguro Social fuera recortado, ella tiene un crudo recordatorio para las generaciones jóvenes: “¡Sí, cincuenta dólares es gran cosa! Significan que yo tendré que recortar drásticamente mi presupuesto de comida. Ya en este instante está siendo reducido. Yo ya ni siquiera salgo nunca a entretenerme fuera de casa, pues no puedo pagarlo. Mi estilo de vida se ha restringido dramáticamente.”

El Seguro Social funciona para la población afroestadounidense de Iowa

- En 2013, en Iowa, el Seguro Social brindó cobertura a 1 de cada 5 de los hogares afroestadounidenses (el 18.6%), que suman 5 mil 542 hogares.⁴⁰
- A nivel nacional, en 2012 el Seguro Social sacó de la pobreza a 1 millón 231 mil afroestadounidenses mayores de 65 años.⁴¹ Sin el Seguro Social, el índice de ancianos afroestadounidenses en la pobreza habría aumentado de ser 1 de cada 6 (el 18%) a la mitad de la población (el 51%).⁴²
- A nivel nacional, en 2012 el Seguro Social proporcionó, en promedio, casi las tres cuartas partes (el 71.5%) de los ingresos de las parejas de ancianos afroestadounidenses y de los solteros que reciben cobertura. El Seguro Social constituyó hasta un 90% de los ingresos totales de casi la mitad (el 46.4%) de estos hogares de ancianos afroestadounidenses.⁴³
- Los afroestadounidenses conformaban en 2011 el 12.6% de la población, pero representaron el 19% de los beneficiarios trabajadores incapacitados.⁴⁴

El Seguro Social funciona para la población hispana* de Iowa

- En 2013, en Iowa, el Seguro Social proporcionó coberturas a 1 de cada 11 de los hogares de origen latinoamericano (el 9.3%), que suman 3 mil 883 hogares.⁴⁵
- A nivel nacional, en 2012, el Seguro Social sacó de la pobreza a 999 mil hispanos mayores de 65 años de edad.⁴⁶ Sin el Seguro Social, el índice de ancianos hispanos viviendo en la pobreza habría aumentado de ser 1 de cada 5 (el 21%) a ser la mitad (el 52%).⁴⁷

Abreviación de "hispanoamericanos" o "latinos", como se abrevia a "latinoamericanos". (N. del T.)

- A nivel nacional, en 2012, el Seguro Social proporcionó, en promedio, las tres cuartas partes (el 74.5%) de los ingresos totales de las parejas de ancianos hispanos y de los solteros hispanos que reciben pensiones. La pensión del Seguro Social constituyó el 90% de los ingresos para más de la mitad (52.6%) de estos hogares de ancianos hispanos.⁴⁸
- La Administración del Seguro Social estima que las personas de origen latinoamericano son compensadas con la tasa más alta de aprovechamiento por sus contribuciones al Seguro Social en comparación con la población en general y respecto a cualquier grupo poblacional. Eso es debido a que tienden a ser los que tienen el más bajo ingreso en toda su vida, con una expectativa de vida más larga, una mayor incidencia de incapacitación y familias más numerosas.⁴⁹

El Seguro Social funciona para los estadounidenses de origen asiático, los nativos hawaianos y de las islas pacíficas en Iowa

- En Iowa, en 2013, el Seguro Social brindó pensiones a 1 de cada 9 estadounidenses de origen asiático, nativos hawaianos y de las islas pacíficas estadounidenses (lo que equivale al 11.3%), que sumaron 2 mil 12 hogares.⁵⁰
- A nivel nacional, en 2012, el Seguro Social proporcionó, en promedio, más de dos tercios (el 67.7%) del total de ingresos en los hogares de origen asiático con beneficiarios mayores de 65 años. El Seguro Social constituyó el 90% de los ingresos de más de 4 de cada 10 hogares (el 44.4%) de ancianos estadounidenses de origen asiático.⁵¹



- A nivel nacional, los estadounidenses de origen asiático e isleños del Pacífico tienen una alta tasa de aprovechamiento de sus contribuciones al Seguro Social debido a sus largas expectativas de duración de vida. Un hombre asiático-estadounidense o de las islas del Pacífico de 65 años de edad en 2011, puede esperar vivir hasta los 85 años, en comparación con el promedio de los demás hombres, que viven hasta los 82. Una mujer asiático-estadounidense o de las islas del Pacífico de esa misma edad puede esperar vivir hasta los 88 años, en comparación con el promedio de 85 años para todas las mujeres.⁵²

El Seguro Social funciona para las comunidades rurales de Iowa

- El Seguro Social es más importante para los pobladores de Iowa que viven en los condados rurales o no metropolitanos que para quienes viven en los condados metropolitanos. En 2014, una cuarta parte de los habitantes rurales de Iowa (el 23.3%) recibió el Seguro Social, en comparación con 1 de cada 6 (el 17.6%) habitantes de Iowa metropolitanos.⁵³
- El Seguro Social es más importante para las economías locales de los condados rurales o no metropolitanos de Iowa que para las de sus condados metropolitanos. En 2014, el total del ingreso por persona en los condados rurales de Iowa fue \$57.2 mil millones, de los cuales \$4.3 mil millones (esto es, el 7.5%), provenía del Seguro Social. En contraste, el total del ingreso por persona en los condados metropolitanos del estado fue de \$81.1 mil millones, del cual \$4.8 mil millones (el 5.9%) provenía del Seguro Social.⁵⁴

El Seguro Social funciona para los inmigrantes

- El Seguro Social es fundamental para todos los inmigrantes, de los cuales 7 de cada 10 (esto es, el 71.5%) eran latinoamericanos o estadounidenses de origen asiático en 2013.⁵⁵
- Los inmigrantes recién llegados tienden a percibir menores ganancias en sus carreras, por lo que el Seguro Social probablemente será una fuente mayor de ingresos de jubilación para ellos. A nivel nacional, el ingreso medio en 2013 en los hogares de los residentes nacidos en el extranjero fue de \$47 mil 753, esto es, un 10.8% menos que el medio para los nacidos en Estados Unidos, que era de \$52 mil 910.⁵⁶
- El Seguro Social es un salvavidas para los trabajadores de edad avanzada que tienen problemas graves de salud, o empleos difíciles, o considerables incapacidades

para trabajar, de entre los cuales los inmigrantes forman parte de manera desproporcionada.⁵⁷ Casi 6 de cada 10 trabajadores inmigrantes (el 55.7%) mayores de 58 años trabajan en empleos físicamente demandantes o en condiciones laborales difíciles, en comparación con los 4 de cada 10 trabajadores nativos (el 43.8%).⁵⁸

- Un análisis realizado por la Oficina del Actuario Jefe de la Administración del Seguro Social muestra que si se proporcionara una vía de ciudadanía para los 11 millones de inmigrantes no autorizados en el país se aportaría una ganancia neta para el Seguro Social de \$284 mil millones para el año 2024, y se extendería la solvencia total del Seguro Social por dos años.⁵⁹

El Seguro Social funciona para las parejas del mismo sexo y para sus familias

En general, el Seguro Social ha recurrido a la ley estatal para determinar quién está casado. Sin embargo, hasta hace poco, la Ley Federal de Defensa del Matrimonio y las restricciones estatales al derecho de las parejas del mismo sexo de casarse impidieron que las parejas del mismo sexo y sus familias obtuvieran todas las protecciones del Seguro Social que se proporcionan a matrimonios de sexos opuestos y a sus familias. Con los históricos dictámenes emitidos por el Tribunal Supremo en los casos *EUA vs. Windsor* (26 de junio de 2013) que deroga la Ley de Defensa del Matrimonio, por una parte, y el de *Obergefell vs. Hodges* (26 de junio de 2015), que afirma el derecho constitucional de las parejas del mismo sexo de casarse en todos los estados, las coberturas y protecciones federales a los matrimonios



están ahora disponibles para todas las parejas del mismo sexo, independientemente del estado de residencia.

Los matrimonios del mismo sexo y sus familias en todos los estados podrán ahora reclamar las mismas coberturas de cónyuge, sobreviviente e hijo joven dependiente que se garantizan a todas las demás parejas casadas y a sus familias.⁶⁰ Las protecciones cruciales del Seguro Social beneficiarán potencialmente a miles de estadounidenses, tales como:

- Las 390 mil parejas del mismo sexo que actualmente están casadas por ley estatal.⁶¹
- Las cerca de 70 mil parejas del mismo sexo en los 13 estados que antes no reconocieron ni permitieron el

RUBY, Arizona

“Yo nací cuando fue electo Presidente Franklin Delano Roosevelt, en 1932, y tan sólo tres años después firmó la promulgación del Seguro Social. Ahora estoy jubilada, así que el Seguro Social tiene un efecto en mi vida en ese sentido, pero también lo tuvo antes y en la vida de mis hijos a través de las coberturas como sobrevivientes, pues recibimos pensiones después de que el padre de mis hijos murió prematuramente. Fue en un accidente de cacería. Un tipo del otro lado de la colina disparó y mi esposo recibió el disparo, así que me quedé sola con los cinco niños.

“Fue tal el impacto que verdaderamente no sabía qué iba a hacer. Llegué al punto en que casi no pude hacer nada durante 3 meses, y finalmente tuve que ir al doctor. Apenas podía poner un pie tras otro para caminar al consultorio del doctor. No sé qué habría hecho sin el Seguro Social. Cuando fui a trabajar, solamente ganaba 1 dólar con 30 centavos por hora. Era duro pero manejable. Sin el Seguro Social, no sé cómo habría sido.”

matrimonio del mismo sexo, y que se espera que se casarán dentro de los próximos 3 años.⁶²

- Los aproximadamente 210 mil hijos criados por parejas del mismo sexo.⁶³

El Seguro Social es fiscalmente responsable y financieramente sostenible.

Como fideicomiso público que es, el Seguro Social es la institución que se financia de la manera más conservadora en el país y que más se vigila cuidadosamente. El Seguro Social no practica y de hecho por ley no puede añadir ni un centavo a la deuda federal.⁶⁴ Aunque el presupuesto federal ha marcado un déficit en todos los años excepto cinco de ellos durante la última mitad del siglo, el Seguro Social no tiene permiso de pagar pensiones a menos que tenga los fondos para cubrir cada centavo del costo; sencillamente no tiene autorización para contraer préstamos.⁶⁵ Por eso el Seguro Social no tiene nada que ver con la reducción del déficit en el presupuesto federal, y por eso no debe ser parte de ninguna legislación para reducir el déficit contemplada por los dirigentes de nuestra nación.

Solamente porque el Seguro Social tiene obligación de calcular sus finanzas dentro de los 75 años futuros —un cálculo futuro en un período extremadamente largo desde cualquier medida— es por lo que nos enteramos de su modesto déficit a largo plazo.⁶⁶ En el informe de 2015, firmado por los fideicomisarios del Seguro Social —los secretarios del Tesoro, de Salud y Servicios Humanos y del Trabajo, y dos fideicomisarios públicos designados por el Presidente— se calcula a futuro que el Seguro Social puede pagar todas las pensiones completamente y a tiempo durante 19 años más.⁶⁷ Después de eso, si el Congreso no actúa, de todas formas podría seguir pagando 79 centavos de cada dólar de las pensiones ganadas.⁶⁸

El déficit que se calcula que tendrá el Seguro Social es increíblemente modesto en proporción con la economía. Incluso cuando se jubilen las nuevas generaciones,* se estima a futuro que los costos del Seguro Social subirán de su actual nivel de apenas por debajo del 5% del Producto Interno Bruto (PIB) a un alza del 6.21% en 2037, después de lo cual se calcula que caerán y posteriormente subirán otra vez gradualmente a un 6.2% en 2090.⁶⁹ El costo

* O, como se dice en inglés, “baby boomers” para referirse a las generaciones de la posguerra.

de acomodar al Seguro Social en un equilibrio actuarial representa aproximadamente el 1% del PIB.⁷⁰ Este aumento en el gasto del Seguro Social es menor del aumento en el gasto de educación pública que ocurrió cuando la gente de la generación de la posguerra cuando eran niños.⁷¹

La desigualdad en ascenso llama a desbaratar el tope y a ampliar las coberturas

Aunque los ingresos a los niveles más altos —desde salariales hasta de inversiones— han subido aceleradamente en las últimas décadas, los salarios del trabajador en general se han estancado: el trabajador medio ganó casi la misma cantidad, ajustada a la inflación, en 2010 que en 1964.⁷² En consecuencia, mientras que de 1948 al 79 las dos terceras partes del crecimiento económico provinieron del 90% de la población con menos ingresos, entre 1979 y 2012, *todo* el crecimiento del ingreso se ha destinado al 10% de los más adinerados.⁷³ En otras palabras, desde 1979, el 90% de los hogares con menos ingresos en total ha visto declinar su ingreso en términos reales.

Mientras que el 94% de la gente que gana menos ingresos hace contribuciones al Seguro Social con base en el total de sus salarios, los millonarios y los multimillonarios contribuyen solamente con los primeros 118 mil 500 dólares del ingreso ganado en 2015.⁷⁴ Y su ingreso por inversiones está completamente fuera del sistema del Seguro Social. El hecho de que virtualmente todo el crecimiento del ingreso agregado ha tenido lugar por encima del tope tributario del Seguro Social ha perjudicado las finanzas del Seguro Social y se calcula que las perjudicará aún más en las décadas por venir.⁷⁵



No solamente debemos desbaratar el tope, esto es, remover el límite salarial sujeto a las contribuciones al Seguro Social, sino también incorporar al Seguro Social los ingresos por inversiones que perciben las personas con altas ganancias. Esto garantizaría que los de mayores ingresos contribuyan al Seguro Social con base en el total de su ingreso, a la misma tarifa que los trabajadores promedio. Y eliminaría todo el déficit de fondos calculado dentro de 75 años para el Seguro Social, al tiempo que proporcionaría el suficiente ingreso para ampliar las coberturas.⁷⁶ Además, o alternativamente, destinar al sistema del Seguro Social un ingreso proveniente del impuesto al patrimonio federal, que es nuestro impuesto más progresivo en cantidad, reduciría asimismo la desigualdad de ingreso y de riquezas, al tiempo que proporcionaría suficientes contribuciones para ampliar al Seguro Social. Es importante reconocer que la idea de un sistema de pensiones para la vejez y la incapacitación, financiado por los impuestos patrimoniales, fue propuesta por uno de los padres fundadores de nuestra nación, Thomas Paine, hace más de dos siglos.⁷⁷

El Seguro Social no debe ser tomado como rehén para satisfacer la necesidad de reequilibrar fondos para 2016

Aunque el Seguro Social es un solo programa, sus coberturas son pagadas de dos fondos fiduciarios por separado: el Fondo Fiduciario de Seguro para las Personas de Edad Avanzada y los Sobrevivientes (OASI, por sus siglas en inglés), y el del Seguro por Discapacidad (DI). De vez en cuando, los fondos necesitan ser reequilibrados. Esto requiere que se haga una legislación en el Congreso. Por razones largamente anticipadas y bien entendidas, los actuarios del Seguro Social calculan a futuro que antes de finales de 2016 se tendrá que promulgar un reequilibrio entre los dos fondos fiduciarios, a fin de permitir que las coberturas a los incapacitados se sigan pagando completamente y a tiempo.⁷⁸ Por varios cambios demográficos ocurridos entre 1980 y 2010, aumentó considerablemente la población beneficiaria del seguro para incapacitados. Durante ese período, la población en edad de trabajar aumentó casi la mitad, lo que ocasionó que hubiera más trabajadores cubiertos que podrían resultar elegibles para tener derecho al seguro de incapacidad. La generación de la posguerra entró a sus años de propensión a la incapacitación y eso, unido a unos índices más bajos de natalidad en las generaciones que siguieron, redistribuyó las edades de la población, lo cual aumentó las incidencias de incapacidad. Por último, la creciente cantidad de mujeres integrándose a la fuerza

MIKE, Ohio

Mike era dueño de un pequeño negocio. Tenía su propio comercio de construcción de casas. Cuando estaba en las Bahamas de vacaciones, sufrió una apoplejía masiva. Sólo tenía 60 años. Aunque recibió alguna atención médica inicial en las Bahamas, su familia, con la ayuda de amigos, pudo contratar un vuelo para llevarlo de vuelta a los Estados Unidos para recibir tratamiento.

Su apoplejía lo dejó paralizado del lado derecho y con afasia, lo que significa que entiende lo que se le dice pero no puede hablar. Aunque normalmente la mayoría de los casos de seguro para incapacitados SSDI se llevan varios años para su aprobación, el caso de Mike era tan convincente y apremiante que fue aprobado inmediatamente. En los 7 años que lleva desde su accidente, Mike ha logrado mantenerse con su IRA, que utilizó para pagar gastos médicos imprevistos. Si no tuviera el seguro SSDI y ahora su pensión de jubilación, su familia no sabe qué habría hecho.

laboral desde 1970 ha ocasionado un aumento considerable (de un 50% a un 68%) en la cantidad de mujeres con seguro por discapacidad.⁷⁹ El débil mercado laboral y la caída de las tasas de interés de la Gran Recesión complicaron estas tensiones sobre las finanzas del sistema, principalmente al bajar los ingresos que entraban al sistema y al reducir los intereses ganados sobre las reservas del Fondo Fiduciario del Fondo para el DI. Se calcula que todas estas tendencias que han dañado la solvencia del Fondo para el Seguro por Discapacidad ahora se van a nivelar.⁸⁰

Hay una manera sencilla de extender la solvencia del Seguro por Discapacidad hasta 2034, y es reequilibrando la parte de contribuciones salariales que se destinan a los fondos fiduciarios de jubilación y discapacidad del Seguro Social, tal como lo ha hecho 11 veces el Congreso en ambas direcciones anteriormente.⁸¹ Esto garantizaría el total conjunto de protecciones del Seguro Social para los trabajadores sin afectar la solvencia en general del sistema. Más aún, al desbaratar el tope e incorporar al Seguro Social el ingreso por inversiones de quienes más ganan, la solvencia de los fondos DI y OASI podría extenderse hasta cerca de finales del siglo.⁸²

MEDICARE FUNCIONA

Durante la mitad de un siglo, el sistema de Medicare ha dado a los ancianos y a la gente con discapacidades acceso a una atención médica eficiente y a precio accesible con la que pueden contar. Protege a los beneficiarios y a sus familias contra los gastos para su salud que de otra forma podrían desbordar sus finanzas. Lo que es aún más importante es que les permite recibir la atención médica necesaria —y que a menudo les salva la vida— que muchos de ellos de otro modo no podrían pagar.

Durante 50 años, Medicare ha proporcionado atención médica durante la jubilación y la discapacidad⁸³

Mientras celebramos el cincuentenario de Medicare, vale la pena reflexionar sobre la diferencia que ha logrado en nuestras vidas. Antes de Medicare, casi la mitad de los ancianos carecía de seguro [Gráfico 5]. Esto es debido a que las compañías aseguradoras privadas, que deben generar devoluciones para sus accionistas, no podían o no estaban

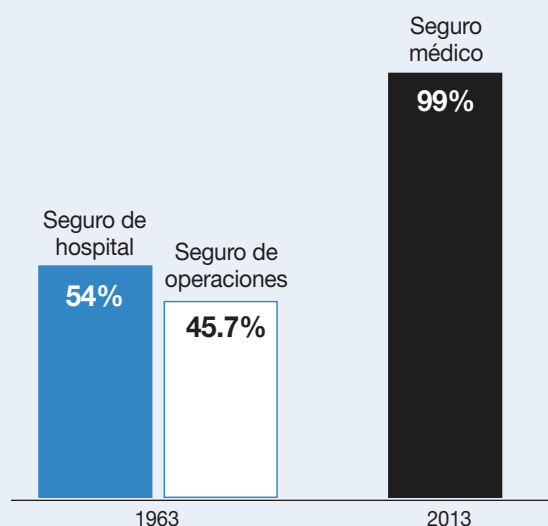
dispuestas a asegurar a los ancianos y a la gente con discapacidades a tarifas de precios accesibles, dado que las necesidades médicas de estos grupos son mayores. Quienes tenían seguro pagaban casi el triple de lo que pagaban los jóvenes, aunque, en promedio, recibían solamente la mitad de ingreso.⁸⁴

Para evitar que estos costos de atención médica crecientes continuaran amenazando la estabilidad económica de los estadounidenses en su jubilación, la Ley del Seguro Social fue ampliada en 1965 para incluir un programa de seguro médico para los ancianos, conocido como Medicare. Hoy día, virtualmente todos los estadounidenses mayores de 65 años tienen seguro médico, predominantemente a través de Medicare.⁸⁵

En 1972, Medicare se amplió para incluir a la gente discapacitada menor de 65 años que recibe cobertura de DI del Seguro Social. La gente con discapacidades tiene

GRÁFICO 5

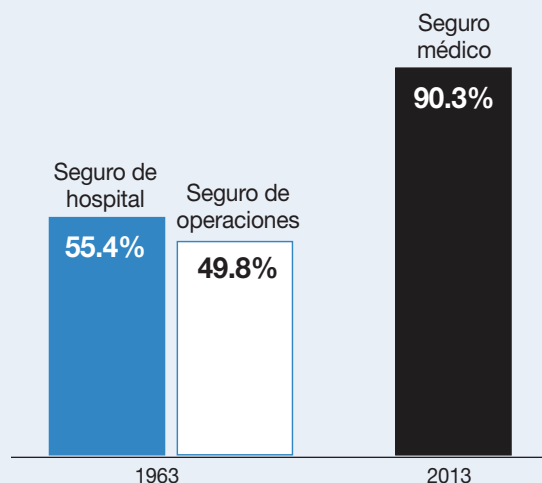
Estadounidenses mayores de 64 años con seguro médico: 1963 vs. 2013



Fuente: Para 1963: Centro Nacional de Estadísticas de Salud, *Cobertura de seguro médico en Estados Unidos: julio de 1962 a junio de 1963*. Agosto de 1964. Para 2013: Oficina federal del Censo. *Situación de cobertura médica por género y por edad, 2011-2013, Encuesta a la Comunidad de Estados Unidos, cálculos de 3 años, 2013*.

GRÁFICO 6

Estadounidenses discapacitados con seguro médico (todas las edades): 1963 vs. 2013



Fuente: Para 1963: Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, siglas en inglés), *Cobertura de seguro médico en Estados Unidos: julio de 1962 a junio de 1963*. Agosto de 1964. Para 2013: Oficina federal del Censo. *Situación de cobertura médica por edad por discapacidad, 2011-2013, Encuesta a la Comunidad de Estados Unidos, cálculos de 3 años, 2013*.

Nota: Tanto el Centro como la Oficina del Censo definen la discapacidad como una condición crónica que impide una vida normal y actividades de trabajo. Esta definición es más amplia que la definición estricta utilizada por el Seguro Social y Medicare: la incapacidad de participar en una "actividad sustancialmente gananciosa" como resultado de una condición médica, que se espera que dure al menos 1 año o que termina en la muerte.

“Los últimos años en la vida no deberían ser años de total abatimiento y a la deriva... Desde la Segunda Guerra Mundial ha habido cada vez más conciencia del hecho de que no se habría caído en la cuenta del valor total del Seguro Social si no se hubiera hecho una disposición para lidiar con el problema de los costos de las enfermedades entre nuestros ciudadanos de edad avanzada.”

— LYNDON BAINES JOHNSON, 7 de enero de 1965

derecho a recibir Medicare después de un período de espera de dos años.⁸⁶ En 1963, antes de Medicare, solamente cerca de la mitad de los estadounidenses con incapacidades (de todas las edades) tenía seguro médico [Gráfico 6]. Actualmente, el 90% lo tiene.

Si Medicare no existiera, muchos ancianos y gente con incapacidades hoy en día no podrían pagar servicios médicos básicos. Los beneficiarios de Medicare son en su mayoría gente con medios modestos. La mitad de ellos tuvo en 2013 ingreso anuales menores de \$23 mil 500.⁸⁷ Incluso con Medicare, más de una tercera parte del cheque promedio del Seguro Social de los jubilados y de sus cónyuges sobrevivientes se consume en pagos por atención médica que salen de su bolsillo.⁸⁸

Medicare: un sistema con cuatro partes

Medicare funciona para la gente de edad avanzada, para la gente con discapacidades, para la gente con enfermedades renales en su última fase y para la gente con ALS (la enfermedad de Lou Gehrig). Para todas estas poblaciones, el programa cubre los servicios de hospital necesarios, el



doctor, los análisis médicos y los servicios farmacéuticos y de rehabilitación, así como otros servicios médicos y equipo necesario.⁸⁹ En 2014, Medicare proporcionó cobertura de atención médica a 53.8 millones de estadounidenses, de los cuales el 84% (esto es, 45.1 millones) eran mayores de 65 años, y el 16% restante (8.7 millones) eran trabajadores gravemente incapacitados.⁹⁰ El gasto promedio por cada beneficiario de Medicare en 2014 fue de \$10 mil 641 dólares.⁹¹

Medicare consiste en 4 partes, cada una de las cuales proporciona diferentes coberturas médicas u opciones de servicios. La Parte A de Medicare es el programa de Seguro de Hospital (HI, en inglés), que cubre la estancia en el hospital, así como tipos selectos de servicios especializados de enfermería en instalaciones, atención a domicilio y atención de hospicios. El Seguro de Hospital se gana durante los años de trabajo de la persona y es pagado con las contribuciones al seguro, equivalentes al 2.9% de los salarios divididas en partes iguales (1.45% cada una) entre los empleadores y los empleados.⁹² Desde 2013, los hogares con un ingreso por encima del umbral no indexado de \$200 mil (\$250 mil para las parejas) ahora pagan un 0.9% adicional como contribución al Seguro de Hospital sobre su ingreso ganado (sin un ajuste patronal). El fondo para la Parte A de Medicare se complementa además con una porción de los impuestos federales al ingreso que pagan por sus coberturas los beneficiarios del Seguro Social que tienen ingresos superiores a ciertos umbrales no indexados.⁹³

La Parte B de Medicare es el programa de Seguro Médico Suplementario (SMI, por sus siglas en inglés), el cual ayuda a pagar la atención del doctor, así como servicios médicos que incluyen la atención preventiva, los análisis de laboratorio y el equipo médico durable. Una cuarta parte de sus costos es financiada por las primas (por lo general deducidas de los cheques del Seguro Social de los beneficiarios), y tres cuartas partes provienen de los ingresos federales generales.⁹⁴ El 5.5% de los beneficiarios con ingresos por

encima de los \$85 mil (\$170 mil para las parejas) pagan primas considerablemente más altas.⁹⁵ Para los beneficiarios de Medicare de bajos ingresos que también están inscritos en Medicaid, Medicaid puede cubrir la prima de la Parte B de Medicare y los costos que salen de su bolsillo. Los beneficiarios de bajos ingresos que no son admisibles para recibir las coberturas completas de Medicaid posiblemente califiquen para entrar en uno o varios de los programas de ahorros de Medicare para ayudarse a cubrir el costo de las primas de la Parte B de Medicare y la repartición de costos.⁹⁶

La Parte C de Medicare, también conocida como el programa Medicare Advantage, permite a los beneficiarios inscribirse en un plan de seguro privado que cubre las partes A y B de Medicare (y normalmente también la Parte D, que se describe más adelante). Cerca de 15.7 millones de beneficiarios de Medicare se inscribieron en Medicare Advantage en 2014, lo que equivale a 3 de cada 10 beneficiarios (el 30%).⁹⁷ Estos planes privados reciben pagos de Medicare para cubrir servicios de doctor y de hospital (y, en la mayoría de los casos, cobertura de medicinas). A lo largo de su historia, los planes Medicare Advantage han costado más por los mismos servicios que brinda el tradicional Medicare (partes A y B).⁹⁸ Antes de que se aprobaran la Ley de Protección al Paciente y la Ley de Atención Médica a Precio Accesible (ACA, por sus siglas en inglés) de 2010, Medicare estaba pagándoles a las compañías aseguradoras de Medicare Advantage un promedio anual de más de mil dólares por persona por encima del Medicare tradicional.⁹⁹ Estos costos extras ocasionaron no solamente desembolsos más altos del gobierno sino también primas más altas de la Parte B para quienes estuvieran inscritos en el plan tradicional de



Medicare. La Ley ACA incluyó disposiciones diseñadas para hacer que los costos de Medicare Advantage se igualaran más al del Medicare tradicional.¹⁰⁰

La Parte D de Medicare, que paga las medicinas, cubre la mayoría de medicamentos recetados para pacientes externos. Las coberturas de la Parte D son proporcionada por planes privados que tienen contrato con Medicare. Las coberturas de la Parte D son compradas por los beneficiarios, ya sea como planes solos o como parte de un plan de Medicare Advantage. En 2014, se inscribieron en un plan de Parte D 37.6 millones de beneficiarios, esto es, 7 de cada 10 beneficiarios (el 69.9%).¹⁰¹ La Ley ACA garantiza que los ancianos y la gente con incapacidades inscritas en la Parte D que alcancen el punto en el que falta cobertura del plan de medicinas —conocido comúnmente como el “hueco de la dona”—, reciban descuentos en medicinas de marca y sin marca. Este año, los beneficiarios alcanzan ese punto de vacío después de haber gastado \$2 mil 960 en medicinas cubiertas, y el hoyo de la dona se cierra en el catastrófico límite de cobertura de \$4 mil 700.¹⁰² Para las medicinas compradas dentro del vacío de cobertura, los beneficiarios en 2015 solamente pagan el 45% del precio para medicinas de marca y el 65% para medicinas sin marca. Como resultado de la Ley ACA, estos descuentos aumentarán constantemente hasta que el hoyo de la dona quede completamente cerrado en 2020.

Para la mayoría de los beneficiarios, aproximadamente una cuarta parte de los costos de la Parte D es financiada por las primas (generalmente deducidas de los cheques del Seguro Social de los beneficiarios), y tres cuartas partes provienen del ingreso general. Los estados están obligados a pagar primas para los beneficiarios de bajos ingresos que estén inscritos en los programas de Parte D. También hay disponible para beneficiarios de bajos ingresos una asistencia para pagar las primas de la Parte D de Medicare y para compartir los costos mediante el Subsidio para Bajo Ingreso de la Parte D de Medicare (comúnmente conocido como plan de Ayuda Extra), que es un programa administrado por el gobierno federal a través de la Administración del Seguro Social. Una pequeña proporción —cerca del 5%— de los beneficiarios de la Parte D con ingresos por encima de los \$85 mil (\$170 mil para parejas) paga primas más altas. Los beneficiarios de ingresos más altos pagan entre un 35% y un 80% de los costos de programas de Parte B y D, y esa participación aumenta junto con el alza de ingreso.¹⁰³

Medicare tiene costos administrativos más bajos que los de un seguro médico privado

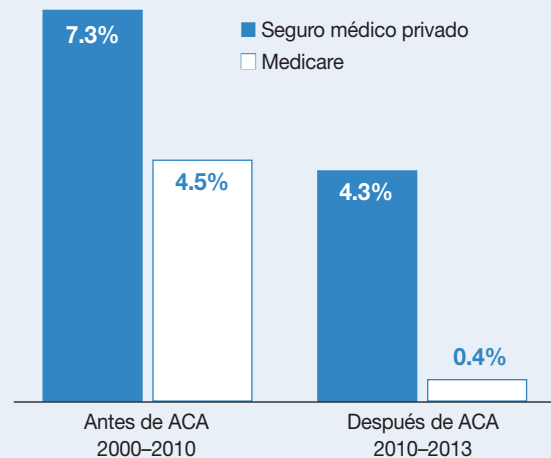
Aunque el programa tradicional de Medicare (partes A y B) cubre a la gente que en promedio tiene más cuentas que pagar de atención médica y condiciones más costosas que los cubiertos por un seguro privado, sus costos administrativos son más bajos que los de las aseguradoras privadas. Los costos administrativos del Medicare tradicional constituyeron el 1.6% del total de los gastos en 2014.¹⁰⁴ Los costos administrativos del seguro médico privado son por lo general mucho más altos, puesto que incluyen gastos adicionales no médicos, tales como el mercadeo, la publicidad, y la ganancia retenida para las aseguradoras. La Oficina del Congreso para el Presupuesto (CBO, por sus siglas en inglés) calculó que, en 2007, estos costos administrativos variaron de casi un 7% para los planes de grandes empleadores (con mil o más empleados cubiertos), hasta tanto como un 30% para seguros patrocinados por firmas muy pequeñas o comprados por individuos.¹⁰⁵

El Medicare tradicional es asimismo más eficiente que los planes de Medicare Advantage. La Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno (GAO, por sus siglas en inglés) descubrió que, en 2006, los costos administrativos de los planes de Medicare Advantage constituyeron, en promedio, un 16.7%.¹⁰⁶ La Ley ACA estipuló que, a partir de 2014, los planes de Medicare Advantage no podían destinar a su administración, ganancias y otras cuestiones no relacionadas con atención médica, más del 15% de sus pagos a Medicare. En respuesta, estos planes están ahora volviéndose más eficientes. Un estudio reciente de la GAO descubrió que, en 2011, los costos administrativos de los planes de Medicare Advantage habían caído a un 13.6%, lo que aún quedaba muy por encima de los del Medicare tradicional.¹⁰⁷

Medicare también controla los costos médicos mejor que las aseguradoras privadas, especialmente desde la Ley ACA

En los Estados Unidos pagamos mucho más en doctores, hospitales y productos farmacéuticos que en otros países. En 2011, gastamos el 17.7% del Producto Interno Bruto (PIB) en atención médica, en comparación con un promedio del 9.4% que se gasta en todas las economías industrializadas.¹⁰⁸ Dentro de nuestro sistema de atención médica a precios excesivos, Medicare históricamente ha funcionado mejor que las aseguradoras privadas con costos controlados. Para las coberturas comunes proporcionadas por Medicare y por las aseguradoras privadas entre 1969 y 2013, los costos por

GRÁFICO 7 Promedio de índice de crecimiento en costos del seguro médico privado vs. Medicare de cobertura médica común por cada inscrito, antes y después de la Ley ACA.



Fuente: Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Cuentas de Gastos Nacionales, Tablas NHE (consultadas el 30 de junio de 2015).

persona en seguro privado aumentaron un 9.1% anual, en comparación con casi un 7.5% en Medicare.¹⁰⁹ En la década inmediatamente anterior a la aprobación de la Ley ACA en 2010, los costos de las coberturas comúnmente otorgadas crecieron en un 7.3% por cada inscrito al año en seguros privados, en contraste con el 4.5% en Medicare. El Gráfico 7 muestra que, desde que se aprobó la Ley ACA, que añadió muchas disposiciones para controlar costos en nuestro sistema de atención médica y particularmente en Medicare, Medicare supera al seguro médico privado incluso de una manera más contrastante.

En efecto, desde la aprobación de la Ley ACA, los costos de Medicare para las coberturas comúnmente proporcionadas por cada inscripción han subido a menos de un décimo de la tarifa del seguro privado. Parte de esta desaceleración del alza del costo es sin duda atribuible a la Gran Recesión, pero la Recesión comenzó en diciembre de 2007 y oficialmente terminó en junio de 2009, mientras que el implacable descenso del costo no comenzó sino hasta 2010 y ha persistido desde entonces, según los más recientes datos disponibles (2013). Por tanto, gran parte de la desaceleración del costo no se puede explicar por la Recesión; los numerosos pagos y reformas de la ACA seguramente

han desempeñado también un papel en la contención de costos.¹¹⁰

Deben aprovecharse las herramientas de la Ley ACA para asegurar la accesibilidad al costo de Medicare a largo plazo

La Ley de Atención Médica a Precio Accesible está mostrando signos promisorios iniciales de estar inclinando la curva del costo en todo nuestro sistema de salud, particularmente en Medicare.¹¹¹ Aunque la Ley ACA ha sido implementada solamente de manera gradual desde 2010, las reformas estructurales contenidas en la ley enviaron inmediatamente a la industria de salud señales de que el valor y no la cantidad sería compensado en el mundo posterior a la ACA, en particular en el programa de Medicare.¹¹²

Los doctores y los hospitales, por una parte, y los planes Medicare Advantage, por otra, rápidamente comenzaron a cambiar la forma como hacen negocios, anticipándose al nuevo sistema basado en el valor. (Las aseguradoras en los mercados de seguro médico individual y de grupo también tuvieron que volverse más eficientes.)

Las disposiciones de control de costos de la Ley ACA incluyen medidas para alentar una atención coordinada de grupos de pacientes (llamadas Organizaciones de Atención Responsable o ACO, por sus siglas en inglés), así como el reembolso de proveedores con base en los costos que se esperan de atención de episodios clínicamente definidos (los “pagos en paquete”) en lugar de simplemente pagar por cada servicio facturado (“cuota por servicio”); la reducción de pagos excesivos a las aseguradoras privadas que operan en Medicare Advantage; la reducción de pagos hospitalares con altas tasas de readmisiones prevenibles; el aumento de inspección periódica y penalización del despilfarro, el fraude y el abuso; la investigación de eficacia comparativa para tener una mejor idea de lo que funciona y lo que no, y un nuevo centro de innovaciones (el Centro de Innovación de Medicare y Medicaid), encargado de probar modelos innovadores de pago y de servicio para reducir los gastos del programa al tiempo que se preserva o se optimiza la calidad de la atención.¹¹³ Cada una de estas medidas tiene probabilidades de generar una atención de una mayor calidad a costos más bajos a largo plazo. Como mínimo, estas innovaciones informarán de las iniciativas en curso para controlar los costos y optimizar la calidad de la atención médica.

En parte como resultado de la Ley ACA, la solvencia del Fondo de Fideicomiso del Seguro de Hospital que proporciona Medicare (la Parte A) ha sido ampliado a 13 años, de 2017 a 2030, después de lo cual podrá pagar el 86% de los pagos de las contribuciones salariales actuales y otros ingresos en 2030, y el 79% a partir de 2039.¹¹⁴ Para explicar de otra forma las finanzas de Medicare, el total del déficit del fondo a largo plazo del Seguro de Hospital de Medicare en los próximos 75 años ahora es menos de una quinta parte de lo que era antes de la aprobación de la Ley de Atención Médica a Precio Accesible.¹¹⁵

Aun así, el Congreso debe buscar que haya políticas que sostengan el acceso financiero a las coberturas de Medicare a largo plazo. Pero al hacerlo debe resistir los esfuerzos por sencillamente traspasar a los beneficiarios los costos que paga el gobierno federal. La más escandalosa de dichas propuestas reemplazaría a Medicare con un cupón, tal como lo planteó este año el Presupuesto Republicano de la Cámara de Representantes.¹¹⁶ Sin un sólido sistema público de Medicare, el costo de la atención médica para los ancianos y la gente con discapacidades probablemente aumentaría mucho más rápido que en el presente, y el alza en los costos de desembolsos individuales podría impedir que recibieran la atención que necesitan millones de beneficiarios de bajos ingresos e incluso muchos de medianos ingresos.¹¹⁷

Reducir las coberturas de Medicare simplemente traspasaría los costos a los más enfermos y ancianos entre nosotros, forzando a algunos ancianos y personas incapacitadas



a evitar el tratamiento, lo que probablemente conduce a necesitar una atención médica más costosa, como visitas a la sala de emergencia, traslados en ambulancia y hospitalizaciones, y a peores resultados del estado de salud a largo plazo. Pero existen propuestas promisorias para controlar los costos de Medicare sin traspasar el peso del cobro a los adultos de edad avanzada y a los incapacitados. Para empezar, el Congreso podría permitir que Medicare utilizara su considerable poder de mercadeo para negociar mejores precios de medicinas recetadas para los beneficiarios. Actualmente, según la ley que creó el programa de Parte D, el Congreso tiene prohibido hacer eso.¹¹⁸ Los administradores de Medicare tienen asimismo prohibido por el Congreso realizar investigaciones sobre eficacia del costo, que son la clase de investigaciones más eficientes que usan los sistemas médicos en todo el mundo para determinar si su dinero se está gastando en una atención que efectivamente funcione y que mejore los tratamientos existentes.¹¹⁹

En conclusión, es posible hacer importantes ahorros en los costos dentro de nuestro sistema de salud sin sacrificar la calidad de la cobertura. Con tal fin, los legisladores deben continuar aprovechando las herramientas de control de costos contenidas en la Ley de Atención Médica a Precio Accesible, y resistir cualquier esfuerzo por traspasarles a los ancianos y a los incapacitados los costos de Medicare.

Medicare funciona para la economía de Iowa.

- En 2009, Medicare proporcionó \$4.3 mil millones en coberturas para los pobladores de Iowa, esto es, el 20.8% de todo el gasto de atención médica en el estado.¹²⁰ El promedio de gasto por cada beneficiario de Medicare fue de \$8 mil 456 [Gráfico 1].¹²¹

Medicare funciona para los residentes de Iowa.

- En 2012, Medicare aseguró a 531 mil 209 pobladores de Iowa, esto es, 1 de cada 6 residentes del estado (el 17.3%). [Gráfico 1]¹²²

Medicare funciona para los ancianos de Iowa.

- En 2012, 458 mil 171 de un total de 531 mil 209 beneficiarios de Medicare en Iowa eran mayores de 65 años, esto es, 6 de cada 7 (el 85%).¹²³

Medicare funciona para la gente con incapacidades en Iowa.

- En 2012, 81 mil 165 de un total de 531 mil 209 beneficiarios de Medicare en Iowa eran personas con incapacidades, esto es, 1 de cada 7 (el 15%).¹²⁴

Medicare funciona para los residentes de Iowa con enfermedad renal en etapa terminal

La etapa terminal de la enfermedad renal ocurre cuando los riñones de una persona dejan de funcionar a un nivel necesario para la vida diaria. La gente que sufre esa etapa de enfermedad renal por lo general debe pasar por un tratamiento de diálisis o recibir un trasplante de riñón, y ambas opciones tienen precios tan altos que son prohibitivos.¹²⁵

Medicare funciona para los residentes de Iowa con esclerosis lateral amiotrófica

La esclerosis lateral amiotrófica, también conocida como enfermedad de Lou Gehrig (o ALS, por sus siglas en inglés), es una enfermedad del sistema nervioso que gradualmente paraliza todos los músculos del cuerpo de una persona y por último ocasiona la muerte por falla respiratoria.¹²⁶ Muchos residentes de Iowa con ALS se habrían empobrecido a sí mismos o a sus familias sin la ayuda de Medicare.

Los ancianos y los discapacitados no pueden tener una seguridad económica si entre la bancarrota y ellos solamente media una enfermedad. Medicare debe ser fortalecido, no recortado. Mientras continúan subiendo los costos del seguro médico del sector privado, preservar un sólido programa público de Medicare es más importante que nunca.

MEDICAID FUNCIONA

El período transcurrido desde el inicio del siglo XX hasta el final de los años 50 presencié importantes avances médicos.¹²⁷ Pero llegada la década de los 60, estos logros todavía no alcanzaban a muchos: aproximadamente 40 de 50 millones de estadounidenses eran pobres y carecían de una atención médica adecuada.¹²⁸ Los niños de las familias de bajos ingresos solamente podían visitar a los doctores la mitad de veces que sus congéneres de la clase media. Y la asistencia pública para los estadounidenses de bajos ingresos estaba fragmentada, con coberturas inadecuadas y, en algunos estados, sin cobertura médica en absoluto.¹²⁹ En consecuencia, la atención médica para los pobres de la nación era parte esencial de la Guerra contra la Pobreza que el presidente Johnson declaró en 1964.¹³⁰ Medicaid, el programa conjunto federal y estatal que ayuda a la gente de bajos ingresos y escasos recursos a pagar los costos médicos y de atención a largo plazo, era uno de los pasos principales a tomar en la lucha para acabar con la pobreza.

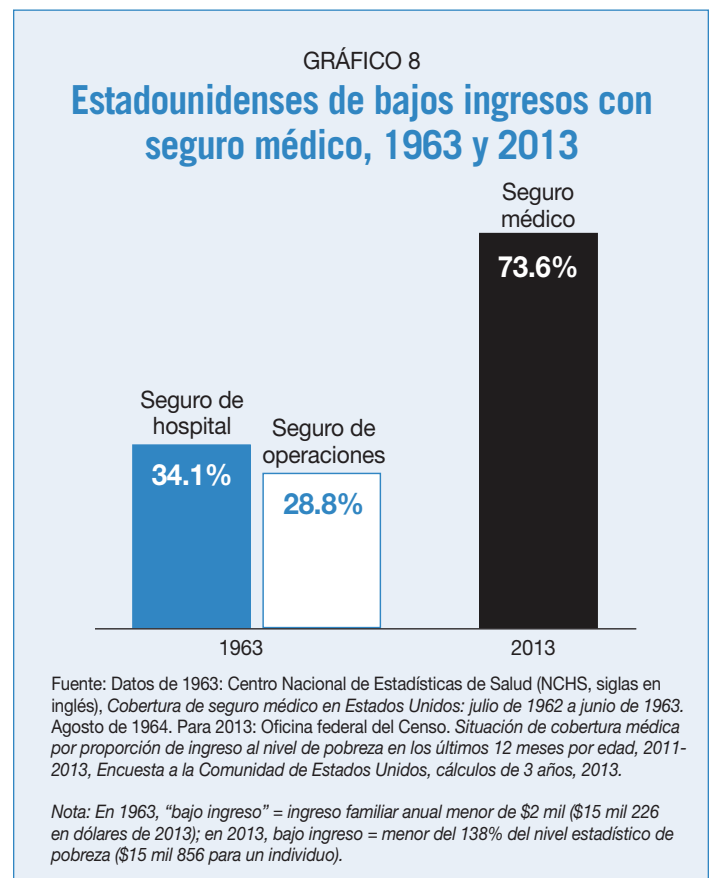
Antes de Medicaid, 2 de cada 3 estadounidenses de bajos ingresos carecían de seguro médico

Ahora que celebramos el cincuentenario de Medicaid, recordemos la diferencia que ha logrado. Creamos nuestro sistema de Medicaid para proporcionar cobertura de atención médica y cuidado a largo plazo para las familias de bajos ingresos, los ancianos y la gente con incapacidades. En 1963, antes de la creación de Medicaid, solamente el 34.1% de los estadounidenses de bajos ingresos tenían seguro de hospital y sólo el 28.8% tenía seguro de operaciones, que eran las dos formas más comunes de seguro médico en ese tiempo.¹³¹ Hoy, gracias a Medicaid y a su ampliación mediante la Ley de Atención Médica a Precio Accesible (ACA, por sus siglas en inglés) de 2010, casi tres cuartas partes de estadounidenses (el 73.6%) viviendo en la pobreza o cerca de estarlo tienen alguna forma de seguro médico [Gráfico 8].¹³²

Durante medio siglo, Medicaid ha proporcionado una cobertura médica crucial y de cuidado a largo plazo para los estadounidenses de bajos ingresos. Si bien Medicaid inicialmente sólo aseguró a los estadounidenses que recibían beneficencia pública en efectivo, el Congreso amplió la cobertura de Medicaid a lo largo de los años para ayudar a

asegurar a quienes no tenían un acceso al seguro privado que pudieran pagar, y a la cantidad cada vez mayor de gente que se estaba quedando atrás por las erosiones en la cobertura del sistema privado.¹³³ En 2013, Medicaid aseguró a 55.4 millones de estadounidenses: un amplio rango de la población, incluyendo a mujeres embarazadas, niños, y algunos padres tanto en familias con trabajo como desempleados, e hijos y adultos con discapacidades físicas y mentales. Medicaid también ayuda a algunos beneficiarios ancianos pobres y discapacitados a pagar primas y contribuciones de pagos y otras necesidades médicas.¹³⁴ Medicaid es un salvavidas para los estadounidenses de bajos ingresos que, sin el programa, lo más probable es que no tendrían seguro.

Antes de la Ley de Atención Médica a Precio Accesible, el gobierno federal exigía a los estados que otorgaran Medicaid a los niños y a las mujeres embarazadas que tuvieran hasta un umbral de ingreso mínimo (que los estados tenían



la opción de subir), y de otorgar Medicaid a los padres e hijos de familias con un ingreso que no rebasara el umbral vigente para recibir en ese estado beneficencia pública al 16 de julio de 1996. Estos umbrales eran y siguen siendo extremadamente bajos en muchos estados: 33 estados limitaron la cobertura para las familias con ingresos por debajo del nivel federal estadístico de pobreza, que es de \$11 mil 700 para un individuo y de \$24 mil 250 para una familia de 4 personas en 2015.¹³⁵ Y, en 17 estados, el derecho a recibir Medicaid fue restringido a las familias que viven con menos de la mitad del nivel estadístico de pobreza.¹³⁶ Los adultos sin hijos dependientes (excepto embarazadas y discapacitados) quedaron excluidos de tener derecho a Medicaid por ley federal, a menos que un estado utilizara fondos exclusivos para el estado o bien obtuviera una exención del gobierno federal (CMS).¹³⁷

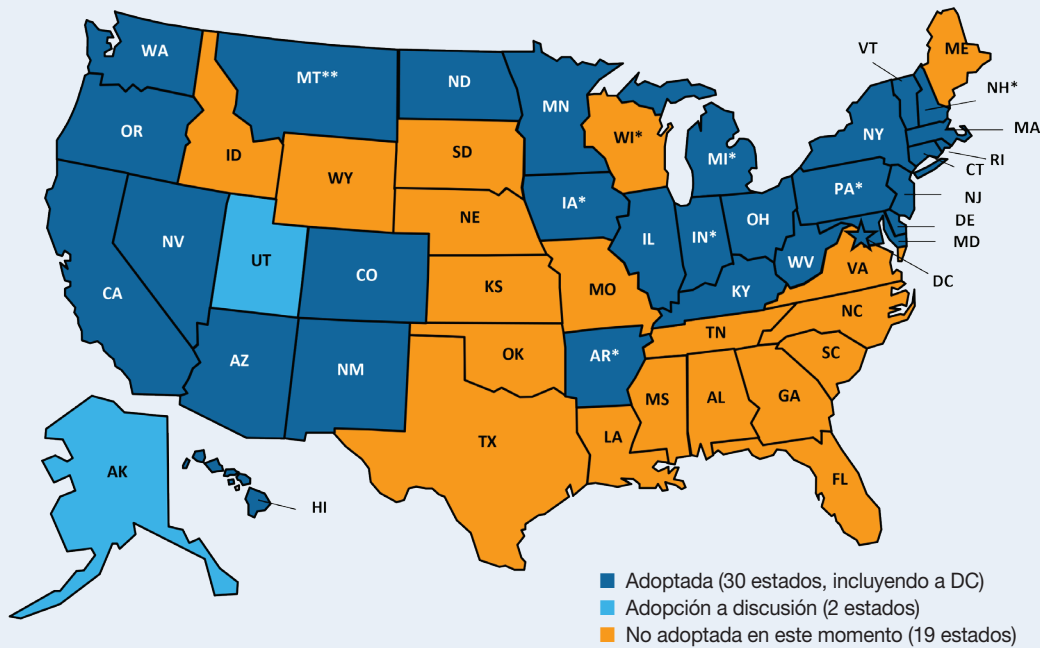
La Ley de Atención Médica a Precio Accesible amplió la elegibilidad para Medicare a casi todos los individuos con ingresos menores del 138% del nivel estadístico oficial de pobreza (\$16 mil 243 para un individuo en 2015), lo que amplió enormemente el programa para alcanzar a los adultos de bajos ingresos que antes estaban excluidos

de Medicaid. En junio de 2012, sin embargo, el Tribunal Supremo dictaminó en efecto que los estados podían optar por quedar fuera de la expansión de Medicaid. A la fecha, 29 estados y el Distrito de Columbia han ampliado la cobertura de Medicaid conforme a la Ley ACA; 19 no lo han hecho y en 2 estados eso está a discusión [Gráfico 9].

En los estados que han ampliado la cobertura de Medicaid, los índices de todos los adultos en edad de trabajar no asegurados han caído de un 14.6% a un 7.5%. Los 21 estados que no han ampliado la cobertura de Medicaid también vieron un descenso en los índices de los no asegurados, debido al mandato individual de la Ley ACA, a los mercados de seguros médicos, a los subsidios a las primas, a una mayor conciencia de la cobertura y a una simplificación de la inscripción. Sin embargo, el descenso ha sido mucho más pequeño, esto es, de sólo una tercer parte (del 21.4% al 17.1%).¹³⁸

Medicaid sigue siendo especialmente crucial para los ancianos y para la gente con discapacidades necesitados de servicios de cuidado a largo plazo. Medicare no cubre la mayoría de los costos del cuidado a largo plazo, y los planes

GRÁFICO 9
La mayoría de los estados ha adoptado la ampliación de Medicaid bajo la ACA



Fuente: Kaiser Family Foundation, *Situación de acciones estatales sobre la decisión de ampliar a Medicaid*, Datos del sector salud en los estados, KFF, actualizados el 22 de junio de 2015.

Nota: "A discusión" indica que hay actividad ejecutiva que apoya la adopción de la ampliación de Medicaid. MT ha aprobado legislación que adopta la ampliación; requiere una aprobación de exención federal. AR, IA, IN, MI, PA Y NH han aprobado las exenciones de la Sección 1115.

de seguro privado que cubren el cuidado a largo plazo con frecuencia tienen precios tan altos que resultan prohibitivos. En consecuencia, muchas personas agotan sus valores activos bajo el peso de los grandes costos del cuidado a largo plazo y se vuelven elegibles para recibir Medicaid, que paga casi la mitad de los costos del cuidado a largo plazo en toda la nación.¹³⁹ La Ley ACA estableció mejores oportunidades para que los programas estatales de Medicaid traspasen más gastos de cuidado a largo plazo a los servicios y apoyos comunitarios de cuidado a largo plazo en lugar del cuidado de instituciones.¹⁴⁰

Casi las dos terceras partes (el 63%) de todo el gasto de Medicaid son para los ancianos y la gente con discapacidades.¹⁴¹ En 2011, cerca de 1 de cada 4 ancianos y discapacitados (16.5 millones) dependieron de Medicaid. Eso incluyó a 6.4 millones de ancianos y a 10.1 millones de personas con discapacidades.¹⁴² En total, el 21% de beneficiarios de Medicare también estuvieron inscritos en Medicaid (como los llamados “elegibles duales”) en 2011.¹⁴³

Medicaid es también crucialmente importante para los niños, que constituyen cerca de la mitad de sus beneficiarios a nivel nacional.¹⁴⁴ Más de 1 de cada 3 niños de la nación actualmente recibe su seguro médico a través de Medicaid o del Programa de Seguro Médico de la Infancia (CHIP, por sus siglas en inglés), más reducido.¹⁴⁵

Medicaid funciona para la economía de Iowa.

- En 2013, Medicaid cubrió \$3.7 mil millones de costos de atención médica para los residentes de bajos ingresos de Iowa, y en 2009, el gasto de Medicaid representó el 14.2% de todo el gasto de atención médica en el estado.¹⁴⁶ En promedio, el costo por cada beneficiario de Medicaid en 2013 fue de \$8 mil 32 [Gráfico 1].¹⁴⁷

Medicaid funciona para los residentes de Iowa.

- En 2013, Medicaid aseguró a 461 mil 800 pobladores de Iowa, esto es, 1 de cada 7 residentes del estado (el 14.9%). [Gráfico 1]¹⁴⁸

Medicaid funciona para los niños de Iowa.

- En el año fiscal de 2011, Medicaid aseguró a 285 mil 400 niños de Iowa, esto es, 2 de cada 5 niños del estado (el 39.3%).¹⁴⁹

Medicaid funciona para los ancianos de Iowa.

- En 2011, 44 mil 300 del total de 461 mil 800 beneficiarios de Medicaid eran mayores de 65 años, esto es, 1 de cada 13 (el 7.4%).¹⁵⁰

Medicaid funciona para la gente con discapacidades en Iowa.

- En 2011, 85 mil de un total de 461 mil 800 beneficiarios de Medicaid eran personas con discapacidades, esto es, 1 de cada 7 (el 14.2%).¹⁵¹



Medicaid funciona para los destinatarios de cuidado a largo plazo en Iowa.

- En 2013, Medicaid proporcionó \$1.7 mil millones en cobertura de cuidado a largo plazo para los pobladores de Iowa. Eso incluye:
 - o \$760.3 millones para servicios de atención médica a domicilio (el 45.5%).
 - o \$572.9 millones para asilos (el 34.3%).
 - o \$20.5 millones para instalaciones de salud mental (el 1.2%).
 - o \$316.7 millones para instalaciones de cuidado intermedio para las personas con retraso mental (el 19%).¹⁵²
- Medicaid es el principal pagador para la vasta mayoría de pobladores de Iowa que optan por recibir atención en un asilo. En 2011, 11 mil 853 del total de 25 mil 165 residentes de asilos de Iowa eran beneficiarios de Medicaid, esto es, la mitad (el 47.1%).¹⁵³ En promedio, el costo anual de cuidado de asilo para tener un cuarto semiprivado en Iowa fue de \$52 mil 925 en 2012.¹⁵⁴ Dado el alto costo de la atención de asilos, muchos residentes de Iowa no habrían podido pagarlo sin Medicaid.

A medida que los costos de atención médica aumentan a nivel de todo el sistema, también aumentan los costos de Medicaid. Pero el gasto de Medicaid ha crecido más lentamente que el del seguro privado: a una tasa de un 1.1% desde 2007, en comparación con el 4.4% del seguro privado.¹⁵⁵ Los presupuestos de Medicaid están siendo insuficientes, sobre todo debido a la creciente desigualdad social, lo que deja fuera a una parte cada vez mayor cuyo ingreso es menor al 138% del nivel estadístico de pobreza y

sin cobertura médica de su empleador. Medicaid es parte de la solución a estos problemas, no un problema que necesita solución.

Reducir el acceso a Medicaid convirtiendo su financiamiento federal al cuidado a largo plazo en un bloque de subsidios a los estados, e imponiendo límites al gasto por persona para los niños y padres de bajos ingresos —tal como se propone hacer el actual acuerdo presupuestal del Congreso— sencillamente traspasaría los costos a los estados que, a su vez, probablemente los traspasarían a quienes menos pueden pagarlos, lo que conduciría a que muchos eviten recibir la atención necesaria. En lugar de tomar más medidas políticamente valientes para reducir el crecimiento del costo de la atención médica, dicha aproximación reduciría el acceso a la salud y a la atención a largo plazo entre las poblaciones particularmente vulnerables.¹⁵⁶

La aprobación de Medicare y Medicaid en 1965 tenía la intención por parte de muchos legisladores de ser el primer paso para lograr una cobertura de seguro médico para todos los estadounidenses.¹⁵⁷ Las ampliaciones de la cobertura de la Ley ACA nos han acercado a esa meta. Si se ampliara a Medicaid en los 21 estados restantes para que cubriera a todos los estadounidenses que perciben el 138% del nivel estadístico de pobreza o menos de esa cantidad, 4 millones más de personas tendrían cobertura médica,¹⁵⁸ lo cual evitaría entre 7 mil y 17 mil muertes anuales, según un estudio de Harvard.¹⁵⁹ Por el bien de estos adultos de ingresos muy bajos, es hora de que todos los estados amplíen la cobertura de Medicaid.

CONCLUSIÓN

Creemos nuestros sistemas del Seguro Social y de Medicare porque son las formas más eficientes, seguras, generalizadas y justas de que los estadounidenses logren tener una seguridad de ingreso al jubilarse y un seguro médico en la jubilación y en la incapacitación. Creemos nuestro sistema de Medicaid para que los estadounidenses de recursos modestos puedan tener acceso al derecho humano fundamental de recibir atención médica.

Así como son de importantes estas protecciones hoy en día, la necesidad de ellas en los años por venir solamente se incrementará. El crecimiento del ingreso es, en el mejor de los casos, lento para la mayoría de los trabajadores en la actualidad, y la desigualdad del ingreso es mayor de lo que ha sido en casi un siglo. Los empleos son menos estables y muchos trabajadores tienen considerables pérdidas sostenidas del valor de su vivienda y de otros ahorros. Más aún, la mayoría de los empleadores que a lo largo de la historia ofrecieron suplementos al Seguro Social han puesto fin a los planes tradicionales de pensiones y los han reemplazado con cuentas de ahorro estilo 401(k) mucho más riesgosas e inadecuadas.

Nuestra nación enfrenta una crisis inminente de seguridad en la jubilación. Los trabajadores hoy en día de varias edades no están ahorrando más de lo que sus contrapartes ahorraron en 1983, aunque necesitan mucho más puesto que las pensiones están desapareciendo, los costos de desembolsos individuales para atención médica son más altos y muchos están viviendo más tiempo.¹⁶⁰ El típico hogar con trabajadores que se acercan a la jubilación tienen solamente \$14 mil 500 de ahorros para la jubilación.¹⁶¹ Se anticipa que más de la mitad de los trabajadores estadounidenses de hoy (el 52%) no tendrá suficientes recursos para mantener su nivel de vida en la vejez. El panorama es aún más sombrío cuando se toman en cuenta los costos anticipados de salud y cuidado a largo plazo; entonces se anticipa que aproximadamente dos tercios de hogares con gente en edad de trabajar no podrán mantener su nivel de vida al jubilarse.¹⁶²

Si no fuera por el Seguro Social, Medicare y Medicaid, la crisis de la seguridad para jubilarse que hoy espera a la fuerza laboral sería mucho peor. Estos programas son fortalezas de seguridad y confianza, y funcionan extremadamente bien. En este mundo incierto en el que nadie es invulnerable a una muerte prematura, a una discapacidad permanente o a una

mala salud, el Seguro Social, Medicare y Medicaid están aquí para amortiguar el golpe.

Sus protecciones deberían ser ampliadas, no reducidas.

Estos programas, a la manera de nuestro sistema de autopistas, son fundamentales para la vida de nuestras familias y nuestras comunidades. En un entorno económico cada vez más incierto, serán incluso más importantes para las futuras generaciones de jubilados, esto es, los trabajadores de unos cuarenta años y los jóvenes de hoy.

Somos una nación mucho más rica de lo que éramos en 1935, 1939, 1956, 1965 o 1972, cuando estas estructuras fueron construidas y mejoradas. Ahora es nuestro turno de mantenerlas y mejorarlas, tal como lo han hecho las anteriores generaciones, por nosotros y por los que están por venir. Para construir nuestro propio legado para los hijos y nietos de nuestra nación, de modo que cuando ellos se conviertan en trabajadores, tengan la seguridad económica que el Seguro Social, Medicare y Medicaid proporcionan.

Mantener nuestros sistemas del Seguro Social, de Medicare y de Medicaid no debe reducirse a un asunto de simple aritmética. Cualquier cambio que hagamos a estos programas vitales debe ayudar a hacer avanzar su misión de proporcionar estabilidad económica y dignidad al pueblo norteamericano. Reducir los gastos en estos programas no es un fin en sí mismo; hacerlo de maneras que expongan a los beneficiarios a una inseguridad económica o a riesgos para la salud resolvería el problema aritmético, pero pondría en peligro la promesa fundamental de estos programas.

La solución está clara: es hora de duplicar lo que funciona. Debemos ampliar al Seguro Social y a Medicare, a fin de reforzar la estabilidad de la jubilación en una era de estancamiento y desigualdad salarial. Y Medicaid debe ampliarse para cubrir a todos los hogares que viven con un ingreso por debajo del 138% del nivel estadístico oficial de pobreza en los 50 estados. Fundamentalmente, de lo que esto se trata es de en qué clase de nación queremos vivir y queremos dejar para los que nos siguen. Los trabajadores de hoy tienen una participación en la preservación de estos sistemas fundacionales para ellos, para sus familias y para sus hijos y nietos. Y los políticos tienen la oportunidad de mantener, mejorar y pasar a las generaciones futuras estos logros primordiales, al igual que los anteriores Congresos y presidentes lo han hecho por nosotros.

Anexo 1: El Seguro Social funciona para los distritos de Iowa representados en el Congreso

	TOTAL EN EL ESTADO	DISTRITOS DEL CONGRESO				
		1	2	3	4	
Total anual de cobertura (\$ en millones)*	\$9,098M	\$2,356M	\$2,273M	\$2,108M	\$2,360M	
Cantidad de residentes en el estado por cada distrito del Congreso	3,076,519	766,577	769,113	780,488	760,341	
Cantidad de residentes que recibe cobertura del Seguro Social	616,301	158,932	154,582	139,454	163,333	
Porcentaje de residentes que recibe cobertura del Seguro Social	20.0%	20.7%	20.1%	17.9%	21.5%	
BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL	Mujeres	N/A	N/A	N/A	N/A	
	Trabajadores jubilados	431,181	112,056	107,353	97,037	114,735
	Trabajadores discapacitados	78,016	19,255	20,816	19,390	18,555
	Viudas(os)	46,080	11,962	11,187	9,225	13,706
	Cónyuges	22,428	6,152	5,464	4,049	6,763
	Hijos	38,596	9,507	9,762	9,753	9,574

Fuentes: Oficina Federal del Censo, ACS Cálculos demográficos y de vivienda, Encuesta a la Comunidad de Estados Unidos, cálculos de 3 años, publicada en 2014.

SSA, Iowa, Estadísticas del Congreso, diciembre de 2014, 2015.

SSA, Suplemento Estadístico Anual, 2015, "Tabla 5.J5.1: Cantidad por estado o por otra área y por género, diciembre de 2014", publicado en 2015.

*Las coberturas anuales por cada distrito representado en el Congreso se calcularon tomando las coberturas mensuales y multiplicándolas por 12.

La cantidad de cobertura estatal anual es la suma de las cifras de cada distrito del Congreso.

Anexo 2: El Seguro Social funciona para los condados de Iowa (Página 1/4)

Condado	Metropolitano / No metropolitano	DEMOGRAFÍA DE LOS CONDADOS DE IOWA, 2013						COBERTURAS DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2014						BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL POR CARACTERÍSTICA, 2014*						MEDICARE Y MEDICAID, 2011-2012	
		Población en 2013	Ingreso mediano por hogar, 2013	Porcentaje en pobreza, 2013	Población mayor de 65 años, 2013	% de población mayor de 65 años, 2013	Total anual de coberturas, 2014	% de total de ingreso personal, 2013	% de población que recibe pensiones, 2014	Total de beneficiarios	Trabajadores jubilados	Trabajadores discapacitados	Viudas(os)	Cónyuges	Hijos	% que recibe Medicare, 2012	% que recibe Medicaid, 2011				
Total de Iowa (99 condados)	N/A	3,090,416	\$ 52,286	12.6%	480,879	15.6%	\$9,088,028,000	6.6%	19.9%	616,300	431,180	78,015	46,080	22,425	38,600	18.9%	15.5%				
Adair	No-Metropolitano	7,472	\$ 47,905	10.1%	1,648	22.1%	\$26,244,000	7.9%	25.5%	1,905	1,350	185	195	85	90	23.5%	13.0%				
Adams	No-Metropolitano	3,894	\$ 44,004	13.2%	850	21.8%	\$14,124,000	5.8%	27.0%	1,050	740	110	85	45	70	28.0%	16.3%				
Allamakee	No-Metropolitano	14,169	\$ 44,673	13.9%	2,919	20.6%	\$48,036,000	8.8%	25.0%	3,545	2,590	335	290	170	160	24.0%	16.0%				
Appanoose	No-Metropolitano	12,692	\$ 37,683	17.2%	2,689	21.2%	\$45,960,000	10.9%	27.0%	3,425	2,270	510	325	140	180	26.2%	21.7%				
Audubon	No-Metropolitano	5,873	\$ 47,227	11.2%	1,418	24.1%	\$21,912,000	6.4%	27.3%	1,605	1,140	160	165	75	65	27.7%	11.5%				
Benton	Metropolitano	25,699	\$ 59,179	8.8%	4,255	16.6%	\$79,644,000	6.5%	20.9%	5,380	3,740	635	460	210	335	19.5%	12.0%				
Black Hawk	Metropolitano	132,546	\$ 46,281	16.7%	19,299	14.6%	\$392,820,000	7.4%	19.7%	26,120	17,535	4,025	1,840	975	1,745	18.4%	17.5%				
Boone	No-Metropolitano	26,364	\$ 52,578	11.3%	4,403	16.7%	\$84,276,000	7.1%	21.7%	5,720	3,975	695	425	180	445	21.0%	13.6%				
Bremer	Metropolitano	24,624	\$ 61,665	6.5%	4,475	18.2%	\$81,408,000	7.2%	21.3%	5,255	3,960	385	465	240	205	20.3%	7.9%				
Buchanan	No-Metropolitano	20,976	\$ 54,383	9.2%	3,358	16.0%	\$62,880,000	7.3%	20.3%	4,250	2,915	485	400	210	240	19.5%	13.2%				
Buena Vista	No-Metropolitano	20,567	\$ 47,514	12.5%	2,993	14.6%	\$49,848,000	5.2%	17.0%	3,500	2,450	360	310	160	220	17.5%	17.1%				
Butler	No-Metropolitano	15,021	\$ 53,920	9.3%	3,106	20.7%	\$53,832,000	7.2%	24.9%	3,740	2,640	335	360	200	205	23.7%	13.0%				
Calhoun	No-Metropolitano	9,926	\$ 47,351	14.0%	2,239	22.6%	\$36,024,000	7.6%	25.9%	2,575	1,800	235	240	125	175	26.9%	13.0%				
Carroll	No-Metropolitano	20,598	\$ 51,328	9.5%	3,900	18.9%	\$66,576,000	6.4%	23.1%	4,755	3,230	485	435	240	365	22.6%	12.5%				
Cass	No-Metropolitano	13,598	\$ 45,191	14.8%	2,906	21.4%	\$51,444,000	7.7%	27.2%	3,700	2,550	470	305	150	225	26.6%	17.8%				
Cedar	No-Metropolitano	18,393	\$ 58,530	7.4%	3,312	18.0%	\$58,392,000	6.9%	21.3%	3,910	2,870	380	310	145	205	20.0%	10.9%				
Cerro Gordo	No-Metropolitano	43,575	\$ 46,063	11.9%	8,335	19.1%	\$158,040,000	7.7%	25.0%	10,915	7,645	1,425	795	370	680	23.8%	17.5%				
Cherokee	No-Metropolitano	11,945	\$ 51,655	11.1%	2,626	22.0%	\$44,256,000	6.0%	25.4%	3,040	2,190	295	260	135	160	23.9%	12.6%				
Chickasaw	No-Metropolitano	12,321	\$ 50,342	10.6%	2,359	19.1%	\$40,740,000	6.0%	23.4%	2,885	2,065	280	265	135	140	22.9%	12.3%				
Clarke	No-Metropolitano	9,325	\$ 42,776	13.3%	1,599	17.1%	\$27,672,000	8.3%	22.0%	2,055	1,450	265	145	55	140	21.1%	19.9%				
Clay	No-Metropolitano	16,491	\$ 51,399	10.7%	3,200	19.4%	\$57,072,000	7.3%	24.1%	3,980	2,825	475	355	140	185	23.3%	15.5%				
Clayton	No-Metropolitano	17,773	\$ 48,626	12.0%	3,641	20.5%	\$62,568,000	8.2%	26.2%	4,665	3,270	495	400	220	280	24.8%	12.1%				
Clinton	No-Metropolitano	48,420	\$ 49,702	13.9%	8,625	17.8%	\$161,028,000	8.1%	22.8%	11,045	7,525	1,550	880	370	720	21.8%	19.9%				
Crawford	No-Metropolitano	17,434	\$ 48,555	13.0%	2,887	16.6%	\$49,020,000	5.9%	20.3%	3,535	2,385	425	345	175	205	20.0%	16.4%				
Dallas	Metropolitano	74,641	\$ 79,309	6.0%	8,102	10.9%	\$166,008,000	4.6%	13.8%	10,275	7,640	1,010	695	315	615	12.5%	7.6%				
Davis	No-Metropolitano	8,791	\$ 44,477	16.5%	1,526	17.4%	\$23,988,000	8.6%	20.3%	1,785	1,235	220	145	90	95	19.9%	12.9%				
Decatur	No-Metropolitano	8,136	\$ 37,534	21.6%	1,528	18.8%	\$23,868,000	9.7%	22.4%	1,820	1,295	210	135	85	95	21.7%	21.1%				
Delaware	No-Metropolitano	17,534	\$ 54,587	10.1%	3,095	17.7%	\$50,268,000	6.1%	20.5%	3,590	2,495	345	345	210	195	19.5%	11.5%				
Des Moines	No-Metropolitano	40,480	\$ 42,882	12.3%	7,450	18.4%	\$144,060,000	7.4%	23.9%	9,655	6,730	1,315	685	300	625	23.0%	22.2%				

Anexo 2: El Seguro Social funciona para los condados de Iowa (Página 2/4)

Condado	DEMOGRAFÍA DE LOS CONDADOS DE IOWA, 2013										COBERTURAS DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2014							BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL POR CARACTERÍSTICA, 2014*					MEDICARE Y MEDICAID, 2011-2012	
	Metropolitano / No metropolitano	Población en 2013	Ingreso mediano por hogar, 2013	Porcentaje de población por en pobreza, 2013	Población mayor de 65 años, 2013	% de población mayor de 65 años, 2013	Total anual de coberturas, 2014	% de total de ingreso personal, 2013	% de población que recibe pensiones, 2014	Total de beneficiarios	Trabajadores jubilados	Trabajadores discapacitados	Viudas(os)	Cónyuges	Hijos	% que recibe Medicare, 2012	% que recibe Medicaid, 2011							
Dickinson	No-Metropolitano	16,955	\$ 58,610	8.7%	3,961	23.4%	\$73,740,000	8.7%	28.9%	4,895	3,755	440	345	185	170	27.5%	10.8%							
Dubuque	Metropolitano	95,697	\$ 51,907	12.8%	15,186	15.9%	\$296,532,000	7.5%	20.9%	20,045	14,110	2,415	1,530	770	1,220	19.2%	14.1%							
Emmet	No-Metropolitano	9,996	\$ 46,892	14.7%	1,909	19.1%	\$33,564,000	8.0%	23.9%	2,390	1,635	285	210	100	160	22.9%	14.4%							
Fayette	No-Metropolitano	20,502	\$ 44,739	13.9%	4,106	20.0%	\$68,460,000	8.4%	24.8%	5,075	3,440	620	460	245	310	24.1%	18.5%							
Floyd	No-Metropolitano	16,092	\$ 48,964	12.1%	3,317	20.6%	\$58,296,000	8.8%	25.5%	4,110	2,805	510	340	165	290	24.5%	17.0%							
Franklin	No-Metropolitano	10,548	\$ 47,879	13.6%	2,075	19.7%	\$36,612,000	6.3%	24.0%	2,530	1,840	250	215	100	125	23.0%	15.3%							
Fremont	No-Metropolitano	7,080	\$ 50,934	13.1%	1,479	20.9%	\$26,616,000	7.1%	26.6%	1,880	1,310	240	135	60	135	25.9%	14.0%							
Greene	No-Metropolitano	9,139	\$ 47,936	12.8%	1,931	21.1%	\$34,572,000	7.6%	26.2%	2,395	1,670	290	215	95	125	25.8%	16.6%							
Grundy	Metropolitano	12,314	\$ 61,381	6.9%	2,414	19.6%	\$44,232,000	6.5%	23.6%	2,900	2,160	245	265	115	115	22.6%	8.5%							
Guthrie	Metropolitano	10,687	\$ 53,708	10.3%	2,267	21.2%	\$39,192,000	8.0%	25.3%	2,705	1,995	265	200	85	160	26.1%	11.7%							
Hamilton	No-Metropolitano	15,312	\$ 50,867	10.1%	2,917	19.1%	\$52,884,000	6.8%	23.6%	3,620	2,580	430	280	100	230	22.8%	14.0%							
Hancock	No-Metropolitano	11,094	\$ 54,835	10.1%	2,201	19.8%	\$38,856,000	6.8%	24.7%	2,735	1,880	270	245	130	210	22.6%	12.1%							
Hardin	No-Metropolitano	17,441	\$ 51,907	11.0%	3,701	21.2%	\$61,848,000	7.1%	24.4%	4,255	3,090	420	390	160	195	24.4%	15.1%							
Harrison	Metropolitano	14,431	\$ 53,764	10.6%	2,699	18.7%	\$47,364,000	6.9%	23.1%	3,330	2,290	405	310	110	215	22.6%	15.1%							
Henry	No-Metropolitano	20,222	\$ 50,084	14.2%	3,494	17.3%	\$66,216,000	8.8%	22.5%	4,555	3,205	595	320	125	310	20.8%	19.1%							
Howard	No-Metropolitano	9,526	\$ 45,975	11.9%	1,869	19.6%	\$29,424,000	7.3%	22.9%	2,185	1,525	205	230	120	105	22.9%	15.2%							
Humboldt	No-Metropolitano	9,688	\$ 52,286	11.2%	1,983	20.5%	\$33,264,000	6.6%	23.9%	2,315	1,590	255	210	115	145	23.7%	13.9%							
Ida	No-Metropolitano	7,141	\$ 51,948	11.5%	1,513	21.2%	\$24,048,000	5.6%	23.5%	1,680	1,190	140	185	100	65	24.2%	12.1%							
Iowa	No-Metropolitano	16,330	\$ 58,028	10.1%	2,916	17.9%	\$51,792,000	6.5%	21.6%	3,530	2,615	375	255	115	170	20.9%	11.1%							
Jackson	No-Metropolitano	19,587	\$ 46,180	11.8%	3,802	19.4%	\$67,560,000	9.0%	25.5%	4,990	3,430	570	410	210	370	23.3%	15.3%							
Jasper	No-Metropolitano	36,641	\$ 55,492	9.8%	6,536	17.8%	\$127,464,000	9.4%	23.5%	8,600	6,000	1,160	585	300	555	21.4%	14.2%							
Jefferson	No-Metropolitano	16,810	\$ 41,942	16.1%	3,038	18.1%	\$52,248,000	8.4%	23.2%	3,900	2,800	480	250	140	230	20.0%	18.8%							
Johnson	Metropolitano	139,155	\$ 53,204	16.0%	13,327	9.6%	\$280,416,000	4.4%	12.4%	17,300	12,435	2,185	970	565	1,145	11.5%	10.4%							
Jones	Metropolitano	20,611	\$ 54,749	10.2%	3,752	18.2%	\$66,240,000	8.9%	22.1%	4,565	3,290	495	370	175	235	20.9%	11.7%							
Keokuk	No-Metropolitano	10,329	\$ 47,626	13.3%	2,064	20.0%	\$33,648,000	7.4%	23.8%	2,455	1,715	265	215	110	150	23.8%	16.2%							
Kossuth	No-Metropolitano	15,321	\$ 55,972	9.8%	3,366	22.0%	\$56,088,000	6.3%	25.8%	3,960	2,865	365	345	200	185	26.7%	11.8%							
Lee	No-Metropolitano	35,682	\$ 45,307	16.2%	6,477	18.2%	\$124,476,000	10.1%	24.2%	8,635	5,865	1,275	620	280	595	23.0%	21.5%							
Linn	Metropolitano	216,111	\$ 56,503	9.7%	30,268	14.0%	\$620,100,000	6.3%	18.4%	39,820	28,360	5,135	2,505	1,205	2,615	16.8%	14.3%							
Louisa	No-Metropolitano	11,282	\$ 51,387	11.3%	1,803	16.0%	\$34,332,000	7.7%	20.7%	2,330	1,595	310	185	95	145	19.0%	18.1%							
Lucas	No-Metropolitano	8,746	\$ 41,011	15.1%	1,815	20.8%	\$30,576,000	10.4%	25.7%	2,245	1,570	270	180	90	135	24.5%	20.9%							
Lyon	No-Metropolitano	11,712	\$ 60,548	7.6%	1,973	16.8%	\$31,440,000	4.5%	19.1%	2,240	1,625	175	205	130	105	18.7%	8.3%							

Anexo 2: El Seguro Social funciona para los condados de Iowa (Página 3/4)

Condado	Metropolitano / No metropolitano	DEMOGRAFÍA DE LOS CONDADOS DE IOWA, 2013					COBERTURAS DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2014					BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL POR CARACTERÍSTICA, 2014*					MEDICARE Y MEDICAID, 2011-2012	
		Población en 2013	Ingreso mediano por hogar, 2013	Porcentaje en pobreza, 2013	Población mayor de 65 años, 2013	% de población mayor de 65 años, 2013	Total anual de coberturas, 2014	% de total de ingreso personal, 2013	% de población que recibe pensiones, 2014	Total de beneficiarios	Trabajadores jubilados	Trabajadores discapacitados	Viudas(os)	Cónyuges	Hijos	% que recibe Medicare, 2012	% que recibe Medicaid, 2011	
Madison	Metropolitano	15,448	\$ 59,074	8.4%	2,447	15.8%	\$46,140,000	7.3%	20.4%	3,145	2,315	325	195	95	215	18.4%	10.7%	
Mahaska	No-Metropolitano	22,417	\$ 48,978	14.0%	3,721	16.6%	\$67,644,000	7.7%	21.5%	4,825	3,320	660	355	200	290	20.2%	19.1%	
Marion	No-Metropolitano	33,252	\$ 56,883	9.3%	5,473	16.5%	\$100,956,000	7.8%	20.9%	6,945	4,885	875	525	245	415	20.1%	11.6%	
Marshall	No-Metropolitano	40,994	\$ 51,382	13.4%	7,019	17.1%	\$132,672,000	8.4%	21.6%	8,875	6,325	1,130	560	355	505	20.8%	20.9%	
Mills	Metropolitano	14,896	\$ 56,504	10.0%	2,252	15.1%	\$47,064,000	6.2%	22.1%	3,285	2,085	430	185	105	480	20.7%	13.9%	
Mitchell	No-Metropolitano	10,709	\$ 53,049	10.2%	2,297	21.4%	\$37,500,000	6.2%	24.7%	2,660	1,950	215	245	135	105	23.8%	10.0%	
Monona	No-Metropolitano	9,121	\$ 41,461	12.5%	2,212	24.3%	\$35,208,000	7.9%	27.8%	2,540	1,730	285	240	125	160	27.1%	16.0%	
Monroe	No-Metropolitano	8,012	\$ 49,012	12.6%	1,515	18.9%	\$25,800,000	8.5%	23.7%	1,900	1,310	245	145	70	130	22.5%	15.8%	
Montgomery	No-Metropolitano	10,424	\$ 44,669	15.0%	2,161	20.7%	\$39,312,000	8.6%	26.5%	2,765	1,905	405	210	90	155	25.4%	21.3%	
Muscatine	No-Metropolitano	42,836	\$ 54,025	12.7%	6,335	14.8%	\$130,440,000	7.0%	20.1%	8,615	5,975	1,215	575	315	535	18.3%	21.0%	
O'Brien	No-Metropolitano	14,044	\$ 57,287	9.4%	2,897	20.6%	\$49,020,000	6.6%	24.6%	3,460	2,350	345	385	180	200	24.3%	13.0%	
Oseola	No-Metropolitano	6,211	\$ 51,017	9.1%	1,272	20.5%	\$20,760,000	6.2%	23.9%	1,485	1,025	140	150	75	95	23.2%	9.3%	
Page	No-Metropolitano	15,713	\$ 47,438	17.3%	3,149	20.0%	\$56,208,000	9.2%	25.5%	4,010	2,775	575	260	140	260	24.9%	18.1%	
Palo Alto	No-Metropolitano	9,185	\$ 49,536	10.8%	1,969	21.4%	\$32,160,000	6.2%	25.0%	2,295	1,570	240	255	90	140	23.7%	13.1%	
Plymouth	Metropolitano	24,957	\$ 58,113	8.3%	4,368	17.5%	\$75,216,000	5.5%	20.7%	5,175	3,695	515	455	240	270	20.0%	9.5%	
Pocahontas	No-Metropolitano	7,154	\$ 50,401	11.5%	1,595	22.3%	\$27,144,000	7.1%	26.8%	1,915	1,335	210	205	90	75	26.7%	14.6%	
Polk	Metropolitano	451,677	\$ 59,388	12.4%	51,646	11.4%	\$1,106,700,000	5.1%	15.7%	71,030	49,410	10,360	4,415	1,870	4,975	14.6%	17.5%	
Pottawattamie	Metropolitano	92,728	\$ 50,570	13.6%	14,226	15.3%	\$273,132,000	7.2%	20.4%	18,955	12,200	3,330	1,350	540	1,535	19.6%	17.9%	
Poweshiek	No-Metropolitano	18,601	\$ 50,799	12.0%	3,564	19.2%	\$62,028,000	7.6%	22.0%	4,100	3,055	415	305	130	195	21.7%	13.1%	
Ringgold	No-Metropolitano	5,072	\$ 47,319	16.4%	1,249	24.6%	\$17,016,000	8.9%	25.5%	1,295	950	120	110	55	60	26.7%	15.6%	
Sac	No-Metropolitano	10,071	\$ 51,399	10.6%	2,274	22.6%	\$37,560,000	6.7%	26.4%	2,655	1,890	255	240	155	115	26.0%	11.8%	
Scott	Metropolitano	170,385	\$ 54,444	14.2%	23,835	14.0%	\$481,992,000	6.0%	18.7%	31,900	22,060	4,435	2,285	1,060	2,060	17.5%	18.8%	
Shelby	No-Metropolitano	11,961	\$ 54,740	9.4%	2,662	22.3%	\$43,980,000	6.4%	25.8%	3,090	2,180	365	265	135	145	26.2%	12.7%	
Sioux	No-Metropolitano	34,547	\$ 61,817	8.2%	4,931	14.3%	\$80,904,000	4.8%	16.3%	5,645	4,035	460	535	355	260	16.4%	8.8%	
Story	Metropolitano	92,406	\$ 53,782	21.1%	9,794	10.6%	\$192,996,000	5.1%	13.2%	12,210	9,140	1,290	720	430	630	12.6%	9.1%	
Tama	No-Metropolitano	17,576	\$ 53,844	11.5%	3,363	19.1%	\$59,016,000	8.1%	23.4%	4,120	2,880	435	375	185	245	22.4%	15.0%	
Taylor	No-Metropolitano	6,161	\$ 45,009	14.1%	1,284	20.8%	\$21,048,000	7.1%	26.1%	1,610	1,125	190	130	85	80	26.3%	15.3%	
Union	No-Metropolitano	12,583	\$ 43,357	13.5%	2,374	18.9%	\$40,248,000	8.5%	23.6%	2,975	2,040	425	215	95	200	23.3%	18.4%	
Van Buren	No-Metropolitano	7,436	\$ 43,019	16.2%	1,524	20.5%	\$26,652,000	10.6%	26.4%	1,965	1,395	265	135	80	90	24.6%	17.0%	
Wapello	No-Metropolitano	35,391	\$ 40,629	19.9%	5,979	16.9%	\$113,796,000	9.2%	23.2%	8,220	5,205	1,390	710	325	590	22.8%	26.2%	

Anexo 2: El Seguro Social funciona para los condados de Iowa (Página 4/4)

Condado	DEMOGRAFÍA DE LOS CONDADOS DE IOWA, 2013				COBERTURAS DEL SEGURO SOCIAL, 2013-2014		BENEFICIARIOS DEL SEGURO SOCIAL POR CARACTERÍSTICA, 2014*						MEDICARE Y MEDICAID, 2011-2012				
	Metropolitano / No metropolitano	Población en 2013	Ingreso mediano por hogar, 2013	Porcentaje en pobreza, 2013	Población mayor de 65 años, 2013	% de población mayor de 65 años, 2013	Total anual de coberturas, 2014	% de total de ingreso personal, 2013	% de población que recibe pensiones, 2014	Total de beneficiarios	Trabajadores jubilados	Trabajadores discapacitados	Viudas(os)	Cónyuges	Hijos	% que recibe Medicare, 2012	% que recibe Medicaid, 2011
Warren	Metropolitano	47,336	\$ 66,328	7.0%	6,923	14.6%	\$137,988,000	6.7%	18.7%	8,865	6,635	950	550	230	500	16.9%	9.3%
Washington	Metropolitano	22,015	\$ 54,480	9.3%	4,017	18.2%	\$70,200,000	6.9%	22.2%	4,895	3,530	550	355	195	265	21.5%	14.9%
Wayne	No-Metropolitano	6,402	\$ 38,981	14.2%	1,440	22.5%	\$21,132,000	9.5%	25.2%	1,615	1,125	190	160	80	60	27.2%	16.9%
Webster	No-Metropolitano	37,044	\$ 45,202	15.9%	6,353	17.1%	\$122,316,000	7.7%	23.0%	8,510	5,715	1,245	670	265	615	22.0%	19.2%
Winnebago	No-Metropolitano	10,554	\$ 50,383	11.1%	2,135	20.2%	\$37,128,000	8.7%	24.6%	2,595	1,890	255	215	110	125	23.8%	12.8%
Winneshiek	No-Metropolitano	20,994	\$ 53,194	10.9%	3,711	17.7%	\$62,880,000	7.0%	21.1%	4,420	3,300	355	380	200	185	20.2%	9.3%
Woodbury	Metropolitano	102,130	\$ 45,678	16.5%	13,777	13.5%	\$271,668,000	7.0%	18.6%	19,005	12,650	2,955	1,345	640	1,415	17.5%	20.5%
Worth	No-Metropolitano	7,541	\$ 49,605	10.9%	1,472	19.5%	\$24,444,000	8.1%	23.0%	1,735	1,265	190	130	65	85	22.6%	11.8%
Wright	No-Metropolitano	12,972	\$ 49,369	10.6%	2,762	21.3%	\$45,852,000	6.7%	24.3%	3,155	2,215	340	300	145	155	24.8%	15.9%

*Los totales por estado contenidos en este anexo tal vez no equivalgan a las cifras citadas en otras partes de este informe, pues las cifras por condado que proporciona la SSA son redondeadas.

Población en 2013: Oficina Federal del Censo, *Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios:* del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014. Cálculos de población en 2014. Publicado en 2015. <http://factfinder2.census.gov/>. El total de la población estatal que se proporciona en el Anexo 2 posiblemente no coincida con la del Anexo 1 porque es la suma de los cálculos de la población del condado individualmente, los cuales tienen un margen de error más alto que los cálculos de población por cada distrito del Congreso.

Zona metropolitana y no metropolitana: Cálculos no publicados de datos de la Administración del Seguro Social y la Oficina de Análisis Económico realizados por el Dr. Roberto Gallardo, del Servicio de Extensión de la Universidad Estatal de Mississippi, a nombre del Centro para Estrategias Rurales, y compartidos con Social Security Works. Para efectos de este análisis, el término "rural" se refiere a los condados con al menos una zona urbanizada con 50 mil pobladores o más y condados adyacentes en los que el 25% de la fuerza productiva o más viaja diariamente a trabajar en condados con 50 mil personas o más. "No metropolitana" se refiere a condados designados por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) como no metropolitanos, incluyendo las áreas metropolitanas, o "pequeñas ciudades", con hacimientos urbanos de entre 10 mil y 49 mil 999 personas, y zonas no principales que carecen de una población centralizada de cualquier tipo. Los cálculos iniciales del Dr. Gallardo hicieron una distinción entre "pequeñas ciudades" y condados "rurales". Para Social Security Works, el creó un promedio sopesado de "pequeñas ciudades" y condados "rurales" que nos permitió contrastar cifras metropolitanas y no metropolitanas. Departamento Federal de Agricultura, Servicio de Investigación Económica (ERS, en inglés), ¿Qué es lo rural?, 16 de marzo de 2015, <http://www.ers.usda.gov/topics/rural-economy-population/rural-classifications/what-is-rural.aspx#U6SGcGTTWGN>.

Total del ingreso personal en 2013: Oficina de Análisis Económico, *CAI Resumen de Ingreso Personal, población, ingreso personal per cápita*, 20 de noviembre de 2014, <http://bee.gov/regional/>.

Ingreso mediano de hogar, 2013: Oficina Federal del Censo, Rama de Cálculos de Zonas Pequeñas, *Cálculos de ingresos y pobreza en zonas pequeñas*, 2013, "Tabla 1: 2013 Cálculos de pobreza e ingresos medianos en condados", publicado en 2014 en <http://www.census.gov/did/www/saife/data/statecounty/data/2013.html>.

Porcentaje en pobreza, 2013: Oficina Federal del Censo, Rama de Cálculos de Zonas Pequeñas, *Cálculos de ingresos y pobreza en zonas pequeñas*, 2013, "Tabla 1: 2013 Cálculos de pobreza e ingresos medianos en condados", publicado en 2014 en <http://www.census.gov/did/www/saife/data/statecounty/data/2013.html>.

Población mayor de 65 años, 2013: Oficina Federal del Censo, 2014 *Cálculos de población, Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios:* del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014. Publicado en 2015. <http://factfinder2.census.gov/>.

Porcentaje de población que recibe coberturas, 2013: SSA, *Coberturas del OASDI por estado y condado*, 2014, "Tabla 4. Cantidad de beneficiarios en actual situación de recibir pagos, por condado, por tipo de cobertura y género de beneficiarios mayores de 65 años, diciembre de 2014", publicado en julio de 2015 en http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/oasdi_sc/.

Total anual de coberturas, 2014: SSA, *Coberturas del OASDI por estado y condado*, 2014, "Tabla 4. Cantidad de beneficiarios en actual situación de recibir pagos, por condado, por tipo de cobertura y género de beneficiarios mayores de 65 años, diciembre de 2014", publicado en julio de 2015 en http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/oasdi_sc/.

Beneficiarios del Seguro Social por característica, 2014: SSA, *Ibid*, Tabla 4.

Porcentaje de población que recibe Medicare, 2012: Cálculo basado en los datos de inscripciones a Medicare en 2011 según datos de población en 2011. Datos de inscripción a Medicare: Oficina Federal del Censo, 2014, *Cálculos de población, Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios:* del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014. Publicado en 2015. <http://factfinder2.census.gov/>.

Porcentaje de población que recibe Medicaid, 2011: Cálculo basado en los datos de inscripciones a Medicaid en 2011 según datos de población en 2011. Datos de inscripción a Medicaid: Oficina Federal del Censo, 2014, *Cálculos de población, Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios:* del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014. Publicado en 2015. <http://factfinder2.census.gov/>.

Debido a las limitaciones en la disponibilidad de datos, el porcentaje de residentes que recibe Medicaid en algunos condados no pudo ser proporcionado.

Notas de referencias:

- 1 El Comité describió esta cifra como un “cálculo conservador”. Tomado del Comité de Seguridad Económica, Informe del Comité sobre Seguridad Económica, 15 de enero de 1935 (<http://www.ssa.gov/history/reports/ces5.html>).
- 2 Virginia P. Reno y Benjamin Veghte, *Situación económica de los ancianos en los Estados Unidos*, Academia Nacional de Seguridad Social, septiembre de 2010, en <http://www.nasi.org/sites/default/files/research/Economic%20Status%20of%20the%20Elderly%20in%20the%20United%20States.pdf>. Las cifras de pobreza en este informe están basadas en la medida oficial de pobreza. Desde 2010, el Censo ha estado asimismo llevando un registro actualizado de la medida de pobreza, que es la Medida Complementaria de Pobreza (SPM, por sus siglas en inglés), con base en una recomendación de la Academia Nacional de Ciencias. La SPM mide la pobreza en términos de umbrales basados en el costo actual de vida, el cual varía con la cantidad de integrantes del hogar y los gastos. En gran parte debido a los altos costos de atención médica que pagan los ancianos de su bolsillo, reporta niveles considerablemente más altos para los ancianos que lo que informa la medida oficial de pobreza. Tomado de la Oficina Federal del Censo (Kathleen Short), *La Medida Complementaria de Pobreza en 2011*, noviembre de 2012 (https://www.census.gov/hhes/povmeas/methodology/supplemental/research/Short_ResearchSPM2011.pdf).
- 3 Gary V. Engelhardt y Jonathan Gruber, *El Seguro Social y la evolución de la pobreza en los ancianos*, Hoja de Trabajo Núm. 10466 de la Oficina Nacional de Investigaciones Económicas, mayo de 2004 (<http://www.nber.org/papers/w10466>).
- 4 Total anual de coberturas en 2014: \$812 millones 45 mil. Administración del Seguro Social (SSA), *Suplemento Estadístico Anual, 2015*, “Tabla 5.J1—Total calculado de coberturas anuales pagadas por cada estado u otra área y por programa en 2014”. Julio de 2015, en <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2015/5j.html>. Total de beneficiarios en diciembre de 2014: 57 millones 978 mil 610. SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad por estado o por otra área, programa y tipo de cobertura; diciembre de 2014”. Total de la población de E.U.A. en 2014: 318 millones 857 mil 056. Oficina Federal del Censo “Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1º de abril de 2010 al 1º de julio de 2014”. *Cálculos de población en 2014*. Publicado en 2015 (<http://factfinder2.census.gov/>).
- 5 Calculado restando la cantidad de beneficiarios mayores de 65 años (40 millones 865 mil 508) del total de beneficiarios (57 millones 978 mil 610). SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J3: Cantidad y total de pensiones mensuales para los beneficiarios mayores de 65 años, por estado o por otra área y por género, diciembre de 2013”.
- 6 Servicio de Investigaciones del Congreso (CRS) (Thomas Gabe), *Los efectos del Seguro social en la pobreza de la infancia*, 23 de enero de 2015. <http://www.pennyhill.com/jmsfileseller/docs/RL33289.pdf>
- 7 SSA, *ibíd.*, 2015, “Tabla 5.F4: Cantidad de niños y total de coberturas mensuales, por tipo de cobertura, diciembre de 1940 a 2014, años selectos” consultado el 25 de junio de 2015 en <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2015/5f.html#table5.f4>. Los niños discapacitados pueden recibir coberturas indefinidamente siempre y cuando hayan quedado discapacitados antes de cumplir los 22 años.
- 8 Promedio de pensiones encontrado al dividir el total del gasto entre el total de beneficiarios. Total de coberturas anuales de SSA, *ibíd.* “Tabla 5.J1: Cálculo del total de coberturas anuales pagadas, por estado o por otra área y por programa, 2015 (en millones de dólares)”, julio de 2015. <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2015/5j.html>. Total de beneficiarios de SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014.” El promedio de pensión del trabajador jubilado es encontrado multiplicando el promedio de cobertura mensual del trabajador jubilado por 12. SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J6: Distribución porcentual de pensiones mensuales para los trabajadores jubilados, por estado o por otra área, y cobertura mensual, diciembre de 2014.”
- 9 SSA, *Ingreso de la población mayor de 55 años, 2012*, Tabla 9.A1, abril de 2014 (http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/income_pop55/2012/sect09.html).
- 10 Tabulaciones inéditas hechas por el Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas (CBPP, por sus siglas en inglés), para Social Security Works, datos de la Oficina Federal del Censo. Encuesta sobre Población Actual, marzo de 2014.
- 11 Michelle Stegman Bailey y Jeffrey Hemmeter, *Características de los participantes de programas DI y SSI no internos en una institución, actualizado en 2010*, Investigación y Estadística, Nota Núm. 2014-02, febrero de 2014, Tabla 2 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/rsnotes/rsn2014-02.html>).
- 12 Stegman y Hemmeter, *ibíd.*, Tabla 5.
- 13 \$631 mil, el valor de la cobertura por discapacidad incluye \$443 mil de pensión de seguro por incapacidad (DI, en inglés), y \$189 mil de pensiones a ancianos y sobrevivientes una vez que el trabajador incapacitado alcanza la edad de jubilación completa. SSA, *El valor presente de las coberturas anticipadas a lo largo de una vida de un hipotético trabajador que está muriendo a la edad de 30 años o que se está quedando incapacitado*, Memorandum inédito de Michael Clingman, Kyle Burkhalter, y Chris Chaplain, actuarios, dirigido a Alice H. Wade, Subjefe Actuario, 5 de noviembre de 2014.
- 14 SSA, *Cantidad estimada de trabajadores sin ningún seguro, por grupo de edad y por género, el 31 de diciembre 1970-2014*, en <http://www.ssa.gov/OACT/STATS/Tabla4c2FI.html> (consultado el 21 de junio de 2015).
- 15 SSA, “Hoja Informativa”, 2 de abril de 2014 (<http://www.ssa.gov/pressoffice/factsheets/basicfact-alt.pdf>).
- 16 SSA, “Hoja Informativa,” *ibíd.*
- 17 Oficina del Actuario Jefe (Robert Baldwin y Sharon Chu), “Una tabla de salvación de la muerte y la incapacidad para trabajadores sin seguro nacidos en 1985” Nota actuarial 2005.6, SSA Oficina del Actuario Jefe, febrero de 2006. <http://www.ssa.gov/oact/NOTES/ran6/an2005-6.pdf>
- 18 Total de beneficiarios de la SSA, *Suplemento Estadístico Anual, 2014*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014”, julio de 2015 en <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j2>. Datos de la población del estado tomados de la Oficina Federal del Censo, “Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1º de abril de 2010 al 1º de julio de 2013”, 2013 *Cálculos de población*, 2014 (<http://factfinder2.census.gov/>).
- 19 Total anual de coberturas de la SSA, *Suplemento Estadístico Anual, 2015*, “Tabla 5.J1: Cálculo del total de coberturas anuales pagadas, por estado o por otra área y por programa, 2014 (en millones de dólares)”, julio de 2015, <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j1>. Porcentaje cobertura equivalente al total del ingreso personal calculado utilizando cifras estatales de la Oficina de Análisis Económico, *Cuentas económicas regionales*, “SA1-3: Resumen de Ingreso Personal (en miles de dólares)”, 25 de marzo de 2015 (<http://www.bea.gov/regional/index.htm>).
- 20 El promedio de cobertura fue encontrado dividiendo el total del gasto entre el total de beneficiarios. Total de cobertura anual de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), *Suplemento Estadístico Anual, 2015*, “Tabla 5.J1: Cálculo del total de coberturas anuales pagadas, por estado o por otra área y por programa, 2014 (en millones de dólares)”, julio de 2015, en <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j1>.
- 21 Tabulaciones inéditas hechas por el Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas (CBPP, por sus siglas en inglés), para Social Security Works, datos de la Oficina Federal del Censo. Encuesta sobre Población Actual, marzo de 2014. Los cálculos estatales se basan en un promedio de 3 años (2010-2012) para mejorar su confiabilidad; los datos nacionales corresponden a 2012.
- 22 Para efectos de este informe, “ancianos” o “personas de edad avanzada” describe a individuos mayores de 65 años.
- 23 SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2015/5j.html#table5.j2>).
- 24 Para efectos de este análisis, “típica” describe la pensión “media”. Por tanto, toda referencia a “típica” corresponderá a dicha descripción. La pensión media mensual multiplicada por 12 para calcular la cifra anual. SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J6: Porcentaje de distribución de pensiones mensuales para los jubilados, por estado o por otra área, y pensión mensual, diciembre de 2014,” julio de 2015 en <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j6>
- 25 Tabulaciones inéditas hechas por el Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas (CBPP, por sus siglas en inglés), para Social Security Works, datos de la Oficina Federal del Censo. Encuesta sobre Población Actual, marzo de 2014.

26 Consulte la nota de referencia 3 para obtener más información sobre cómo se mide la pobreza.

27 Tabulaciones inéditas hechas por el Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas (CBPP, por sus siglas en inglés), para Social Security Works, datos de la Oficina Federal del Censo. Encuesta sobre Población Actual, marzo de 2014.

28 SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J5.1: Cantidad, por estado o por otra área, y por género, diciembre de 2014,” julio de 2015. <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#T7table5.j1>. Porcentaje de mujeres que reciben cobertura, calculado utilizando el total de la población femenina con datos de la Oficina Federal del Censo en “Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014”, *Cálculos de población*, 2015, en: <http://factfinder2.census.gov/>.

29 El total de cónyuges que recibe cobertura se calculó sumando la cantidad de cónyuges de trabajadores jubilados a la cantidad de cónyuges de discapacitados. SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j2>).

30 Tabulaciones inéditas hechas por el Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas (CBPP, por sus siglas en inglés), para Social Security Works, datos de la Oficina Federal del Censo. Encuesta sobre Población Actual, marzo de 2014.

31 CBPP, inédito, *ibíd.*

32 SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j2>).

33 Cobertura media mensual multiplicada por 12 para calcular la cifra anual. SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J9: Porcentaje de distribución a las y los viudos no incapacitados, por estado o por otra área, y cobertura mensual, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j9>).

34 Los datos aquí corresponden a trabajadores incapacitados que reciben pensión por discapacidad. No incluye a aquellos trabajadores discapacitados e “hijos adultos discapacitados” que reciben cobertura a edad avanzada (jubilación) o cobertura de sobreviviente. En este informe, cualquier uso del término “trabajador discapacitado” se referirá solamente a aquellos trabajadores incapacitados que reciben cobertura de discapacidad.

35 SSA, *ibíd.*, “Tabla 5.J2: Cantidad, por estado o por otra área, por programa y por tipo de cobertura, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j2>).

36 Cobertura media mensual multiplicada por 12 para calcular la cifra anual. SSA, *ibíd.* “Tabla 5.J8: Porcentaje de distribución a trabajadores incapacitados, por estado o por otra área y pensión mensual, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j8>).

37 En este caso, “los hijos” se refiere a las personas menores de 18 años, y no incluye ni a los hijos adultos discapacitados ni a personas de 18 a 19 años de edad. Cuando se habló del seguro de protecciones del Seguro Social para los hijos, se consideró que los hijos menores de 18 años son el grupo más apropiado para hacer referencia en este análisis, pues incluso los estudiantes de 18 a 19 años de edad que reciben pensión como dependientes de un padre discapacitado o fallecido pudieron haber calificado para cobertura antes de los 18. Aunque los hijos adultos con discapacidad pueden recibir cobertura por incapacidad grave que hayan sufrido a los 18 años o después, esto debe ocurrir antes de los 22 años, lo que significa que una gran proporción de los beneficiarios probablemente también ha comenzado a recibir pensiones antes de los 18. Población menor de 18 años de edad: Oficina Federal del Censo, “Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014”, *Cálculos de población*, 2015, en <http://factfinder2.census.gov/>. Datos del porcentaje de hijos sin seguro tomados de SSA, *Coberturas de sobrevivientes*, julio de 2013, p. 4 (<http://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10084.pdf>).

38 SSA, *ibíd.* Tabla 5.J10. Cantidad de hijos, por estado o por otra área y tipo de cobertura, diciembre de 2014,” julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/5j.html#table5.j10>).

39 Oficina Federal del Censo, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2011-2013*. Relación con el encargado del hogar correspondiente a hijos menores de 18 años en hogares, 2014 (<http://factfinder2.census.gov>).

40 El término “hogares” tal como aquí se utiliza se refiere a los hogares que reportaron ingresos en los últimos 12 meses. Las familias que reciben pensión del Seguro Social son las que figuran en la lista de receptores de “ingreso del Seguro Social”. Oficina Federal del Censo, 2011-2013, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, “Perfil de la población seleccionada en los Estados Unidos”, 2013* (<http://factfinder2.census.gov>).

41 CBPP, inédito, *ibíd.*

42 CBPP, inédito, *ibíd.*

43 SSA, *Ingreso de la población mayor de 55 años, 2012*, Tabla 9.A3, abril de 2014. http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/income_pop55/2012/sect09.html#table9.a3

44 SSA, *El Seguro Social es importante para los afroestadounidenses*, abril de 2014. <http://www.ssa.gov/news/press/factsheets/africanamer.htm>

45 El término “hogares” tal como aquí se utiliza se refiere a los hogares que reportaron ingresos en los últimos 12 meses. Las familias que reciben pensión del Seguro Social son las que figuran en la lista de receptores de “ingreso del Seguro Social”. Oficina Federal del Censo, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2011-2013. “Perfil de la población seleccionada en los Estados Unidos”, 2014* (<http://factfinder2.census.gov>).

46 CBPP, inédito, *ibíd.*

47 CBPP, inédito, *ibíd.*

48 SSA, *Ingreso de la población mayor de 55 años, 2012*, Tabla 9.A3, abril de 2014 (http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/income_pop55/2012/sect09.html#table9.a3).

49 SSA, *El Seguro Social es importante para los hispanoamericanos*, junio de 2015, en <http://www.ssa.gov/news/press/factsheets/hispanics.htm>. Ésta es la base de datos estadísticos válidos más reciente. Fernando Torres-Gil et al., *La gran participación de los hispanoamericanos en el debate sobre el Seguro Social*, 28 de junio de 2005 (<http://www.cbpp.org/files/6-28-05socsec.pdf>).

50 El término “hogares” tal como aquí se utiliza se refiere a los hogares que reportaron ingresos en los últimos 12 meses. Las familias que reciben pensión del Seguro Social son las que figuran en la lista de receptores de “ingreso del Seguro Social”. Para los estados en los que hay grandes cantidades de residentes asiáticos-estadounidenses, así como nativos hawaianos y de islas del Pacífico, las cantidades de beneficiarios y residentes se sumaron para calcular el porcentaje total de asiático-estadounidenses, nativos hawaianos y de islas del Pacífico que reciben cobertura. Oficina Federal del Censo, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2011-2013. “Perfil de la población seleccionada en los Estados Unidos”, 2014* (<http://factfinder2.census.gov>).

51 SSA, *Ingreso de la población mayor de 55 años, 2012*, Tabla 9.A3, abril de 2014 (http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/income_pop55/2012/sect09.html#table9.a3).

52 SSA, *El Seguro Social es importante para los nativos hawaianos y de las islas del Pacífico*, abril de 2014, en <http://www.ssa.gov/news/press/factsheets/asian.htm>. Ésta es la base de datos estadísticos válidos más reciente.

53 SSA, *Beneficiarios del OASDI por estados y condados, 2014*, julio de 2015 (http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/oasdi_sc/).

54 Cálculos no publicados de datos de la Administración del Seguro Social y la Oficina de Análisis Económico realizados por el Dr. Roberto Gallardo, del Servicio de Extensión de la Universidad Estatal de Mississippi, a nombre del Centro para Estrategias Rurales, y compartidos con Social Security Works. Para efectos de este análisis, el término “rural” se refiere a los condados designados por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés) como no metropolitana, incluyendo las áreas *micropolitanas*, o “pequeñas ciudades”, con hacinamientos urbanos de entre 10 mil y 49 mil 999 personas, y zonas no principales que carecen de una población centralizada de cualquier tipo. “Metropolitana” se refiere a los condados con al menos una zona urbanizada de 50 mil personas o más, y condados adyacentes en los cuales el 25% o más de la fuerza productiva o más viaja diariamente a trabajar en condados con 50 mil personas o más. Los cálculos iniciales del Dr. Gallardo hicieron una distinción entre “pequeñas ciudades” y condados “rurales”. Para Social Security Works, él creó un promedio sopesado de “pequeñas ciudades” y condados “rurales” que nos permitió contrastar cifras metropolitanas y no metropolitanas. Departamento Federal de Agricultura, Servicio de Investigación Económica (ERS, en inglés), *¿Qué es lo rural?*, 16 de marzo de 2015, (<http://www.ers.usda.gov/topics/rural-economy-population/rural-classifications/what-is-rural.aspx#.UeSGcGTTWGN>).

55 La condición de hispanoamericano (o “hispano” o “latino”, como se abrevia) y de asiático-estadounidense se define aquí por autoidentificación, no por nacimiento, y el término “inmigrantes” se refiere a los residentes en los Estados Unidos nacidos en el extranjero. Oficina Federal del Censo, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2011-2013. Cálculos anuales, “Características selectas de las poblaciones nativas y extranjeras, 2014*, en <http://factfinder2.census.gov/>. El Seguro Social proporcionó todo o casi todo el ingreso para más de la mitad (el 52.6%) de hogares a cargo de hispanos de edad avanzada, y a más de 4 de cada 10 hogares (el 44.4%) a cargo de asiáticos mayores de edad en 2012, en contraste con un tercio de hogares (el 34.6%) a cargo de ancianos blancos. SSA, *Ingreso de la población mayor de 55 años, 2012*, Tabla 9.A3, abril de 2014. http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/income_pop55/2012/sect09.html#table9.a3

56 Oficina Federal del Censo, *Encuestas a la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2011-2013. “Características selectas de la población nacida en el país y nacida en el extranjero, 2014”* (<http://factfinder2.census.gov/>).

57 Seis de cada 10 trabajadores (el 60%) de los trabajadores que se jubiló antes de lo esperado en 2014 mencionaron que la causa era un problema de salud o una incapacitación. Tomado de: Instituto de Investigaciones de Coberturas de los Empleados (EBRI, por sus siglas en inglés), “Hoja Informativa Núm. 2 de la Encuesta sobre la Confianza en la Jubilación, 2012: El cambio de expectativas respecto a la jubilación”, 21 de abril de 2015, p. 2. (http://ebri.org/pdf/surveys/rcs/2015/RCS15_FS-2_Expect.pdf).

58 Centro para la Investigación Económica y de Política Pública (CEPR, por sus siglas en inglés), Hye Jin Rho, ¿Trabajo duro? Patrones de sucesos en trabajos físicamente demandantes entre los trabajadores de edad avanzada, Tabla 8, agosto 2010, p. 14. <http://www.cepr.net/documents/publications/older-workers-2010-08.pdf>

59 SSA, Oficina del Actuario Jefe, *Cálculo de los efectos financieros de largo alcance en el Seguro Social causados por la “Ley de Seguridad Fronteriza, Oportunidades Económicas y Modernización de la Inmigración”, legislación presentada como el proyecto S. 744 (Congreso 113) por el senador Marco Rubio y aprobada por el Senado el 27 de junio 2013*. Febrero de 2014 (http://ssa.gov/oact/solvency/MRubio_20130627.pdf).

60 Antes del dictamen del 26 de junio de 2015 del Tribunal Supremo, las parejas del mismo sexo que estaban legalmente casadas pero viviendo en un estado que legalmente no reconocía el matrimonio homosexual no podían recibir coberturas del Seguro Social para sus cónyuges e hijos dependientes. Después del dictamen, el 9 de julio de 2015, el Departamento de Justicia anunció que los matrimonios del mismo sexo en todos los estados podían comenzar a recibir éstas y otras coberturas federales para matrimonios. Tomado del Departamento de Justicia, *Fiscal General Lynch anuncia que los planes de cobertura federales para matrimonios están disponibles a parejas del mismo sexo en toda la nación*, 9 de julio de 2015 (<http://www.justice.gov/opa/pr/attorneygeneral-lynch-announces-federal-marriage-benefits-available-same-sex-couples>).

61 Lauren Jow, *La investigación del Instituto Williams de la UCLA desempeñó un papel en la histórica decisión sobre el matrimonio del mismo sexo*, UCLA Newsroom, 26 de junio de 2015. <http://newsroom.ucla.edu/stories/ucla-s-williams-institute-research-played-role-in-historic-same-sex-marriage-decision>.

62 Lauren Jow, *ibíd.*

63 Lauren Jow, *ibíd.*

64 El Seguro Social no contribuye al déficit, porque la cobertura sólo puede ser pagada de los ingresos recaudados por los fideicomisos del Seguro Social —el Fondo Fiduciario de Seguro para las Personas de Edad Avanzada y los Sobrevivientes (OASI, por sus siglas en inglés) y el Seguro de Discapacidad (DI)— que están completamente separados del presupuesto general. Fideicomisarios del Seguro Social, Informe de 2015 de los Fideicomisarios del Seguro Social, julio de 2015, Tabla II.B1 (<http://www.ssa.gov/oact/tr/2015/tr2015.pdf>). Los fondos fiduciarios no tienen autorización para contraer préstamos, y por lo tanto, no pueden gastar ni generar el déficit. En el caso de que los ingresos del fideicomiso estén por debajo de lo que se necesita para pagar el 100% de las coberturas, entonces, por ley, las pensiones no podrían ser pagadas en su totalidad y a tiempo. Es por eso que, si el Congreso no hace nada para apuntalar el mejoramiento de las finanzas del programa para el año 2033, el Seguro Social sólo tendrá ingresos suficientes para pagar alrededor de tres cuartas partes de las pensiones programadas hasta el año 2090. Este modesto descenso en el financiamiento a menudo es citado como prueba de que el programa es financieramente insostenible o “con un déficit”. De hecho, es precisamente lo contrario: da fe de la estructura de financiamiento autosustentable del Seguro Social, que le impide un gasto generador de déficit o pedir prestado en modo alguno al presupuesto general.

65 Oficina de Administración y Presupuesto de la Casa Blanca, *Tabla 1.1: Resumen de ingresos, egresos y excedentes o déficits: 1789-2018*, 2013 (<http://www.whitehouse.gov/omb/budget/Historicals>).

66 Social Security Works, *Garantizar la existencia del Seguro Social es a largo plazo el equilibrio actuarial*, julio de 2015, (<http://www.socialsecurityworks.org/ensuring-socialsecurity-is-in-long-term-actuarial-balance/>).

67 Fideicomisarios del Seguro Social, *Informe de 2015 de los Fideicomisarios del Seguro Social*, julio de 2015 (<http://www.ssa.gov/oact/tr/2015/tr2015.pdf>).

68 Fideicomisarios del Seguro Social, *ibíd.*

69 Fideicomisarios del Seguro Social, *ibíd.* “Tabla II. D5: Resumen del ingreso, costo y saldo anual de los seguros OASDI y HI como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB), años naturales 2015-90”.

70 Fideicomisarios del Seguro Social, *ibíd.*

71 Academia Nacional de Seguro Social (NASI, por sus siglas en inglés), Janice M. Gregory, Thomas N. Bethell, Virginia P. Reno y Benjamin W. Veghte, *El fortalecimiento del Seguro Social a largo plazo*, noviembre de 2010, p. 7. http://www.nasi.org/sites/default/files/research/SS_Brief_035.pdf

72 Michael Greenstone y Adam Looney, *La incómoda verdad sobre los sueldos estadounidenses*, *The New York Times*, 22 de octubre de 2012. http://economix.blogs.nytimes.com/2012/10/22/the-uncomfortable-truth-about-american-wages/?_php=true&_type=blogs&r=0

73 Thomas Piketty y Emmanuel Saez, *La desigualdad del ingreso en los Estados Unidos, 1913-1998*, Tabla A3, última modificación: agosto de 2013. <http://elsa.berkeley.edu/~saez/TabFig2012prel.xls>

74 SSA, *Suplemento Estadístico Anual, 2013*, “Tabla 4.B4: Porcentaje de trabajadores con ganancias inferiores al máximo anual gravable de impuestos, por género, años selectos 1937-2012”, abril de 2015. <http://www.ssa.gov/policy/docs/statcomps/supplement/2014/4b.html#table4.b4>; SSA, “Planificador de coberturas: máximo de ganancias gravables de impuestos (1937-2015).” <http://www.ssa.gov/planners/maxtax.htm> (consultado el 24 de junio de 2015).

75 Oficina del Congreso para el Presupuesto, *El panorama del presupuesto a largo plazo en 2015*, 16 de junio de 2015, p. 122. <http://www.cbo.gov/publication/50250>

76 Social Security Works, *Quiénes reciben ingresos altos deben contribuir con su justa parte al Seguro Social: opciones de políticas*, 6 de abril de 2015, en http://www.socialsecurityworks.org/wp-content/uploads/2015/04/High-Earners-Should-Contribute-Fair-Share-to-Social-Security-Policy-Options_FINAL.pdf.

77 Thomas Paine, *Justicia agraria. Con un nuevo prólogo de Nancy J. Altman. El Seguro Social, Thomas Paine, y el espíritu de Estados Unidos*, 2015, en <http://amzn.to/1IAjuhT>.

78 Fideicomisarios del Seguro Social, *Informe 2015 de Fideicomisarios del Seguro Social*, julio de 2015, en <http://www.ssa.gov/oact/tr/2015/tr2015.pdf>.

79 Stephen C. Goss, *Los retos financieros que enfrenta el programa del Seguro Social para cobertura por discapacidad*, 14 de marzo de 2013, en http://www.ssa.gov/oact/testimony/HouseWM_20130314.pdf.

80 Goss, *ibíd.*, p. 10.

81 Social Security Works, *El Seguro Social espera una corrección técnica de rutina*, 27 de mayo de 2014 (http://www.socialsecurityworks.org/wp-content/uploads/2014/05/Social-Security-Awaits-Routine-Technical-Correction_FINAL-3.pdf). El efecto conjunto de los dos últimos reequilibrios hechos en 1983 y 1994 fue transferir los fondos de discapacitados al fondo de jubilación. Kathy Ruffing y Paul N. Van de Water, *Aumentar la participación de impuestos salariales al Seguro por Discapacidad del Seguro Social no perjudicaría a los jubilados*, Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, 2 de diciembre de 2014 (<http://www.cbpp.org/cms/?fa=view&id=4241>).

82 Social Security Works, *Quiénes reciben ingresos altos deben contribuir con su justa parte al Seguro Social: opciones de políticas*, 6 de abril de 2015, en: http://www.socialsecurityworks.org/wp-content/uploads/2015/04/High-Earners-Should-Contribute-Fair-Share-to-Social-Security-Policy-Options_FINAL.pdf.

83 Tal como se explica más detalladamente más adelante, Medicare comenzó a cubrir a discapacitados en 1972, hace 43 años.

84 Academia Nacional de Seguridad Social (NASI, en inglés), *Las finanzas de Medicare: descubrimientos del Informe de Fideicomisarios de 2012*, abril de 2012 (http://www.nasi.org/sites/default/files/research/Medicare_Finances_Findings_of_the_2012_Trustees_Report.pdf).

85 Oficina Federal del Censo. *Situación de cobertura de seguro médico por género y por edad*, 2011-2013, Encuesta para la Comunidad Estadounidense, Cálculos de 3 años, 2014 en <http://factfinder.census.gov/faces/nav/jsf/pages/index.xhtml>. De los estadounidenses mayores de 65 años que recibieron Medicare en 2012, el 92.5% estuvo inscrito en las partes A y B, mientras que el 7.5% estuvo inscrito sólo en la Parte A. Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), Inscripciones a Medicare – Beneficiarios de edad: a partir del 1 de julio de 2012.” Consultado el 3 de junio de 2015 (<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/MedicareEnrpts/Downloads/12Aged.pdf>).

86 La gente con ALS (enfermedad de Lou Gehrig) no está sujeta al período de espera: puede ir a Medicare tan pronto como recibe Seguro por Discapacidad (SSDI). La gente en fase terminal de enfermedad renal no tiene que estar cobrando Seguro por Discapacidad para poderse inscribir en Medicare (pero para tener derecho debe tener algún historial de trabajo, ya sea de ellos o de algún familiar); tampoco tienen que pasar por período de espera.

87 Kaiser Family Foundation (KFF), *Ingresos y activos de beneficiarios de Medicare, 2013 – 2030*, enero de 2014 (<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2014/01/8540-income-and-assets-of-medicare-beneficiaries-2013-e28093-20301.pdf>).

88 Social Security Works, *Traspasar a los ancianos el pago de más costos de Medicare es un recorte indirecto al Seguro Social*, enero de 2014 (http://www.socialsecurityworks.org/wp-content/uploads/2014/01/Shifting-More-Medicare-Costs-to-Seniors-Is-an-Indirect-Social-Security-Cut_Final-Jan-27.pdf).

89 Social Security Works, *Traspasar a los ancianos el pago de más costos de Medicare es un recorte indirecto al Seguro Social*, enero de 2014 (http://www.socialsecurityworks.org/wp-content/uploads/2014/01/Shifting-More-Medicare-Costs-to-Seniors-Is-an-Indirect-Social-Security-Cut_Final-Jan-27.pdf).

90 Centro de Servicios de Medicare & Medicaid (CMS), *Datos resumidos del CMS* 21 de abril de 2015, en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>. No todos los beneficiarios de Medicare fueron trabajadores; una pequeña proporción son gente con discapacidades que tiene derecho a Medicare por el historial de trabajo y las contribuciones de seguro social de un padre o familiar, por ejemplo como beneficiario del Seguro por Discapacidad en la Infancia (CDB) o como cónyuge discapacitado de un esposo difunto. SSA, *Medicare*, julio de 2015 (<http://ssa.gov/pubs/EN-05-10043.pdf>).

91 El gasto promedio por beneficiario es el total de pagos de cobertura de Medicare dividido entre la cantidad total de beneficiarios. KFF, *ibid*.

92 KFF, *ibid*.

93 Hasta un máximo de un 50% de las coberturas del Seguro Social para parejas con más de \$32 mil y solteros con más de \$25 mil está sujeto a impuestos al ingreso, y las aportaciones de eso se canalizarán al Fondo Fiduciario del Seguro Social. Hasta un 85% de las coberturas del Seguro Social para parejas con más de \$44 mil y solteros con más de \$34 mil están sujetos a pagar impuestos al ingreso y esas aportaciones adicionales se canalizan al Fondo de Seguro de Hospital de Medicare. Virginia Reno, *¿Qué sigue para el Seguro Social?*, octubre de 2013, en: https://www.nasi.org/sites/default/files/research/Whats_Next_for_Social_Security_Oct2013.pdf. La Ley ACA también introdujo el Impuesto sobre el Ingreso de Inversiones Netas de Medicare del 3.8% del menor de los ingresos netos por inversiones de un hogar, o la cantidad en que su ingreso neto ajustado es superior a \$200 mil (\$250 mil para quienes presentan declaraciones conjuntas). Pero los ingresos provenientes de este impuesto no se canalizan a los fondos fiduciarios de Medicare. Fideicomisarios de Medicare, *Informe de Fideicomisarios de Medicare 2015*, julio de 2015, en: <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>.

94 KFF, *Nota de datos de primas relacionadas con el ingreso de Medicare*, 20 de marzo de 2015 (<http://kff.org/medicare/issue-brief/medicares-income-related-premiums-a-data-note/>).

95 KFF, *Nota de datos de primas relacionadas con el ingreso de Medicare*, 3 de junio de 2015 (<http://kff.org/medicare/issue-brief/medicares-income-related-premiums-a-data-note/>).

96 Medicare Rights Center, *Medicare Interactive.org*. en http://www.medicareinteractive.org/page2.php?topic=counselor&page=script&script_id=390 (consultado el 14 de julio de 2015).

97 KFF, *Manual elemental sobre Medicare: datos claves sobre el programa de Medicare y la gente a la que cubre*, 20 de marzo de 2015 (<http://kff.org/medicare/report/a-primer-on-medicare-key-facts-about-the-medicare-program-and-the-people-it-covers/>).

98 Junta de Asesoría sobre Pagos de Medicare (Medpac), *Informe al Congreso: políticas de pagos de Medicare, Capítulo 4*, marzo de 2010 (http://www.medpac.gov/documents/reports/mar10_ch04.pdf?sfvrsn=0).

99 Casa Blanca, Oficina del Secretario de Prensa. *La Ley de Atención Médica a Precio Accesible: fortaleciendo a Medicare, combatiendo la desinformación y protegiendo a los ancianos de Estados Unidos*, 8 de junio de 2010 (<http://www.whitehouse.gov/the-press-office/affordable-care-act-strengthening-medicare-combating-misinformation-and-protecting>).

100 Casa Blanca, Oficina del Secretario de Prensa, *ibid*.

101 Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), *Datos resumidos del CMS*, noviembre de 2014 (<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>).

102 KFF, *ibid*.

103 KFF, *Nota de datos de primas relacionadas con el ingreso de Medicare*, 3 de junio de 2015 (<http://kff.org/medicare/issue-brief/medicares-income-related-premiums-a-data-note/>).

104 En 2014, el total de gastos de Medicare (en partes A, B y D), fue de \$613.3 mil millones, de los cuales \$8.8 mil millones (el 1.4%) se destinó a gastos administrativos. Revisando sólo las partes A y B, el gasto sumó \$535.2 mil millones, con gastos administrativos de \$8.5 mil millones (1.6%). Los datos de gastos administrativos para los planes de la Parte C de Medicare (Medicare Advantage) en 2013 no están disponibles. Fideicomisarios de Medicare, *Tabla II.B1—Datos de Medicare correspondientes al año natural 2014*, Informe de Fideicomisarios de Medicare 2015, julio de 2015 (<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>).

105 Oficina del Congreso para el Presupuesto (CBO), *Asuntos claves al analizar las principales propuestas de seguro de salud*, diciembre de 2008, p. 70. (<http://www.cbo.gov/ftpdocs/99xx/doc9924/12-18-KeyIssues.pdf>).

106 Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno, *Las organizaciones de Medicare Advantage: los gastos efectivos y las ganancias en comparación con las proyecciones para 2006*, 8 de diciembre de 2008 (<http://www.gao.gov/products/GAO-09-132R>).

107 Oficina General de Contaduría, *Medicare Advantage 2011. Ganancias similares a proyecciones para la mayoría de los planes, pero más altas en los planes con requisitos específicos de elegibilidad*. Diciembre de 2013, p. 10 (<http://www.gao.gov/assets/660/659836.pdf>).

108 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCED) *Libro de datos 2014: Estadísticas ambientales y sociales* (París: OCED Publishing, 2014), en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2014_factbook-2014-en.

109 Oficina del Actuario de los CMS, *Historial de datos del gasto nacional en Salud: Tabla 21.- Medicare y el seguro médico privado; gastos por cada persona inscrita y cambio de porcentaje anual, años naturales 1969-2013*, en <http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html> (consultado el 28 de junio de 2015). Las coberturas comunes se refieren a las coberturas comúnmente proporcionadas por Medicare y por el seguro médico privado. Estas coberturas son los servicios de hospital, los servicios de doctor y clínicos, otros servicios profesionales y productos médicos durables.

110 Michael Chernew, *Examinar el presente y el futuro de la desaceleración del crecimiento del gasto en salud*, Health Affairs Blog, 3 de septiembre de 2014 (<http://healthaffairs.org/blog/2014/09/03/examining-the-present-and-future-of-the-health-spending-growth-slowdown/>).

111 Si observamos el total de gastos del programa por cada persona inscrita (no solamente en coberturas comúnmente proporcionadas), encontramos que el crecimiento del gasto de Medicare ha declinado de un 6.5% por año en 2000-10 a ser un 0.7% por año en el período 2010-13. Oficina del Actuario de los CMS, *Historial de datos del gasto nacional en Salud: Tabla 21.- Medicare y el seguro médico privado; gastos por cada persona inscrita y cambio de porcentaje anual, años naturales 1969-2013*, 2015, <http://>

- www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/NationalHealthAccountsHistorical.html, (consultado el 28 de junio de 2015).
- 112 Robert Wood Johnson Foundation, ¿Cómo controla la ACA los costos de atención médica?, julio de 2011 (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2011/rwjf1451).
- 113 Judy Feder, Paul N. Van de Water y Henry Aaron, *El caso contra el apoyo a las primas*, Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, diciembre de 2011, en: <http://www.cbpp.org/research/the-case-against-premium-support>; CMS, *Sobre el Centro de Innovaciones de los CMS*, <http://innovation.cms.gov/about/index.html>, (consultado el 25 de junio de 2015).
- 114 Fideicomisarios de Medicare, *Informe de los Fideicomisarios de Medicare, 2015*, julio de 2015 (<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>).
- 115 El valor presente del déficit del Fondo Fiduciario para el Seguro de Hospital en los próximos 75 años fue de 3.9% del salario gravable de impuestos en 2009, y es del 0.68% del salario gravable de impuestos hoy en día. Academia Americana de Actuarios, *La condición financiera de Medicare: Más allá del saldo actuarial*, mayo de 2009. http://www.actuary.org/files/trustees_09.4.pdf/trustees_09.4.pdf; Fideicomisarios de Medicare, *Informe de los Fideicomisarios de Medicare, 2005*, julio de 2015 (<http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/Downloads/TR2015.pdf>).
- 116 Sobre la propuesta, consulte: *Las resoluciones presupuestales de la Cámara de Representantes y el Senado republicanos para el año fiscal 2016 y su efecto en los ancianos*, marzo de 2015 (<http://www.ncpsm.org/PublicPolicy/Medicare/Documents/ArticleID/1400/The-Fiscal-Year-2016-House-and-Senate-Republican-Budget-Resolutions-and-Their-Effect-on-Seniors>).
- 117 Para conocer un convincente análisis del sistema de cupones para Medicare, también conocido como “apoyo a las primas” consulte *El caso contra el apoyo a las primas*, de Judy Feder, Paul N. Van de Water y Henry Aaron, Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, 21 de diciembre de 2011 (<http://www.cbpp.org/research/the-case-against-premium-support>).
- 118 KFF, *Hoja informativa sobre la cobertura de medicinas de Medicare*, 19 de septiembre de 2014 (<http://kff.org/medicare/fact-sheet/the-medicare-prescription-drug-benefit-fact-sheet/>).
- 119 Alan M. Garber y Harold C. Sox, “El papel de la investigación de la eficacia comparativa”, *Health Affairs*, Vol. 29, Núm. 10 (octubre de 2010) 1805-11 (<http://content.healthaffairs.org/content/29/10/1805.full>).
- 120 KFF, *Cálculos del gasto de Medicare por estado de residencia (en millones)*, diciembre de 2011. <http://www.statehealthfacts.org/comparemapTabla.jsp?ind=620&cat=6>. Total del gasto en atención médica tomado de: KFF, *Gastos de atención médica por estado de residencia (en millones)*, 2009, diciembre de 2011 (<http://www.statehealthfacts.org/comparemapTabla.jsp?ind=592&cat=5>).
- 121 Cobertura promedio encontrada al dividir el total del gasto entre el total de beneficiarios. KFF, *Gastos de atención médica por estado de residencia (en millones)*, 2009, diciembre de 2011 (<http://www.statehealthfacts.org/comparemapTabla.jsp?ind=620&cat=6>). KFF, *Distribución de beneficiarios de Medicare por categoría de elegibilidad, 2009*. Publicado en 2010 (<http://www.statehealthfacts.org/compareTabla.jsp?ind=293&cat=6>).
- 122 KFF, *Cantidad total de beneficiarios de Medicare en 2012*, <http://kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/>, (consultado en junio de 2015). Los datos sobre inscripciones a Medicare en 2012 son los más recientes disponibles. Los datos sobre la población estatal tomados de la Oficina Federal del Censo en “Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1° de abril de 2010 al 1° de julio de 2014”, *Cálculos de población de 2014* (publicado en 2015), en: <http://factfinder2.census.gov/>.
- 123 KFF, *Distribución de beneficiarios de Medicare por categoría de elegibilidad 2012*, en <http://kff.org/medicare/state-indicator/distribution-of-medicare-beneficiaries-by-eligibility-category-2/>, (consultado en junio de 2015). Los datos para la distribución de beneficiarios de Medicare en 2012 son los más recientes disponibles.
- 124 KFF, *ibid*.
- 125 Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de los Institutos Nacionales (NLM), *Enfermedad renal en etapa terminal*, 2011 (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000500.htm>).
- 126 NLM, *Esclerosis lateral amiotrófica*, 2011 (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/amyotrophiclateralsclerosis.html>).
- 127 Rosemary A. Stevens, “La atención médica a principios de los años 60,” *Health Care Financing Review* 18, Núm. 2, invierno de 1996 (<http://www.ssa.gov/history/pdf/HealthCareEarly1960s.pdf>).
- 128 Rosemary A. Stevens, *ibid*.
- 129 Lyndon Baines Johnson, *Mensaje especial al Congreso: Cómo hacer que avance la salud de la nación*, 7 de enero de 1965 (<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=27240>).
- 130 Lyndon Baines Johnson, *Mensaje Anual al Congreso sobre el Informe Presidencial*, 8 de enero de 1964 (<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=26787>).
- 131 Centro Nacional para Estadísticas de Salud, *La cobertura de seguro médico: Estados Unidos– de julio de 1962 a junio de 1963*, agosto de 1964 (http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_011acc.pdf).
- 132 Oficina Federal del Censo, Encuesta a la población actual, *Suplemento Anual Social y Económico (ASEC)*, Tablas HI03 y HI04, 2014 (<http://www.census.gov/hhes/www/cps/Tablas/032014/health/toc.htm>).
- 133 Se calcula a futuro que tan sólo la elegibilidad por la ampliación de Medicaid y del programa de seguro médico infantil Children’s Health Insurance Program (CHIP) bajo la Ley de Atención Médica a Precio Accesible ocasionará la inscripción de otros 25 millones de estadounidenses en Medicaid y CHIP para 2525. Oficina del Congreso para el Presupuesto, “*Disposiciones de la Ley de Atención Médica a Precio Accesible sobre cobertura de seguro- CBO*, línea de inicio de marzo de 2015. Tabla 2. *Los efectos de la Ley de Atención Médica a Precio Accesible en la cobertura de seguro médico*, marzo de 2015.
- 134 KFF, *Inscripción mensual a Medicaid, diciembre de 2013*, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/monthly-medicare-enrollment-in-thousands/> (consultado el 1° de julio de 2015).
- 135 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, *Pautas de pobreza en 2015*, en <http://aspe.hhs.gov/poverty/15poverty.cfm#thresholds>, (consultado el 2 de julio de 2015).
- 136 Adam Peck and y Culp-Ressler, “Sin la Ley de Salud de Obama, las familias que ganan menos de \$5000.00 no son lo suficientemente pobres para recibir Medicaid en algunos estados” *ThinkProgress*, 15 de agosto de 2012 (<http://thinkprogress.org/health/2012/08/15/690761/without-obamacare-families-making-under-5000-arent-poor-enough-for-medicare-in-some-states/>).
- 137 Estas exenciones se denominan exenciones de demostración Sección 1115.
- 138 Estos descensos ocurrieron entre principios de 2013 y principios de 2015. La expansión de Medicaid tuvo efecto en la mayoría de los estados en enero de 2014. Sharon K. Long et al, *A tomar las existencias: Las ganancias en cobertura de seguro médico bajo la Ley ACA a partir de marzo de 2015*. Encuesta de Monitoreo de la Reforma de Salud, Urban Institute, 16 de abril de 2015 (<http://hrms.urban.org/briefs/Gains-in-Health-Insurance-Coverage-under-the-ACA-as-of-March-2015.html>).
- 139 Alan B. Cohen et al., ed., *Medicare y Medicaid a los 50* (New York: Oxford University Press, 2015), p. 348.
- 140 KFF, *El avance de Medicaid*, 9 de marzo de 2015 (<http://kff.org/health-reform/issue-brief/medicaid-moving-forward/>).
- 141 KFF, *El gasto de Medicaid por cada grupo de inscripción en el año fiscal 2011*, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-spending-by-enrollment-group/>, (consultado el 13 de julio de 2015).
- 142 KFF, *Distribución de inscritos a Medicaid por cada grupo de inscripción en el año fiscal 2011*, consultado en junio de 2015 (<http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-of-medicare-enrollees-by-enrollment-group/>).

- 143 KFF, *Los elegibles duales como porcentajes en el total de beneficiarios de Medicare en el año fiscal 2011*, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/duals-as-a-of-medicare-beneficiaries/> (consultado el 14 de julio de 2015).
- 144 KFF, *El avance de Medicaid*, 9 de marzo de 2015, p. 2 (<http://files.kff.org/attachment/issue-brief-medicare-moving-forward>).
- 145 KFF, *Medicaid: manual básico*, marzo de 2013, p. 7 (<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2010/06/7334-05.pdf>).
- 146 Debido a las limitaciones en la disponibilidad de datos, el total de gastos de Medicaid corresponden al año fiscal 2013; sin embargo, los más recientes datos sobre el gasto total en salud a nivel estatal disponibles corresponden al año fiscal 2009. En consecuencia, aunque se disponen datos sobre el gasto de Medicaid en el año fiscal 2013, se utilizaron los datos de gastos de Medicaid del año fiscal 2009 para calcular el porcentaje de Medicaid en el gasto total de atención médica en cada estado. Los datos de los gastos de Medicaid en 2013 provienen de *El total de gastos de Medicaid en el año fiscal 2013*, de KFF, consultado en junio de 2015 en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicare-spending/>. Los datos correspondientes a los gastos de Medicaid en 2009 provienen de *El total del gasto de Medicaid en el año fiscal 2009*, de KFF, inédito. Datos proporcionados a Social Security Works por Lindsay Donaldson, investigadora asociada de la Kaiser Family Foundation. El porcentaje de Medicaid en el total de atención médica se encontró dividiendo el total de gasto de Medicaid entre el total de gastos de atención médica. KFF, *Gastos de atención médica por cada estado de residencia (en millones)*, 2009, publicado en 2010. <http://www.statehealthfacts.org/comparemapTabla.jsp?ind=592&cat=5>. La cifra del gasto de Medicaid incluye la porción de financiamiento que proviene de los gobiernos estatales y locales.
- 147 El promedio se calculó dividiendo el gasto total entre el total de beneficiarios. *Gasto total de Medicaid en el año fiscal 2013*, KFF, consultado en junio de 2015 en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/total-medicare-spending/>. *Inscripción mensual al Medicaid (en miles)*, diciembre de 2013, KFF, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/monthly-medicare-enrollment-in-thousands/>, (consultado en junio de 2015).
- 148 *Inscripción mensual al Medicaid (en miles)*, diciembre de 2013, KFF, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/monthly-medicare-enrollment-in-thousands/>, (consultado en junio de 2015). Los datos de la población estatal provienen de la Oficina Federal del Censo, "Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1º de abril de 2010 al 1º de julio de 2014", *Cálculos de población de 2015* (<http://factfinder2.census.gov>).
- 149 KFF, *Distribución de inscritos a Medicaid por grupos de inscripciones en el año fiscal 2011*. <http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-of-medicare-enrollees-by-enrollment-group/>, (consultado en junio de 2015). Los datos de 2011 de la población infantil provienen de la Oficina Federal del Censo, "Cálculos anuales de la población residente por grupos selectos de edades y por género para Estados Unidos, los estados, los condados, y el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y sus municipios: del 1º de abril de 2010 al 1º de julio de 2014", *Cálculos de población de 2015* (<http://factfinder2.census.gov>).
- 150 KFF, *Distribución de inscritos a Medicaid por grupos de inscripciones en el año fiscal 2011* en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/distribution-of-medicare-enrollees-by-enrollment-group/>, (consultado en junio de 2015).
- 151 KFF, *ibid.*
- 152 KFF, *Distribución del gasto de Medicaid en atención a largo plazo en el año fiscal 2013*, en <http://kff.org/medicaid/state-indicator/spending-on-long-term-care/>, (consultado en junio de 2015).
- 153 KFF, *Panorama general de la capacidad, el financiamiento y el patrimonio de las instalaciones de asilos en los Estados Unidos en 2011*, Tablas 4 y 6, junio de 2013 (<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/06/8456-overview-of-nursing-facility-capacity.pdf>).
- 154 Instituto MetLife Mature Market, *Encuesta de mercadeo sobre los costos de la atención a largo plazo: Encuesta de Mercado de 2012 de MetLife sobre Asilos, vida con asistencia, servicios diarios a adultos y costos de cuidado a domicilio*, noviembre de 2012, en <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2012/studies/mmi-2012-market-survey-long-term-care-costs.pdf>.
- 155 Matt Broaddus, *Medicaid funciona: hojas informativas de los estados*, Centro de Prioridades de Presupuesto y Políticas Públicas, 10 de julio de 2015 (<http://www.cbpp.org/research/health/medicaid-works-state-fact-sheets>).
- 156 Consejo de Líderes de Organizaciones de la Vejez, *Topes de Medicaid per cápita*, diciembre de 2014 en <http://www.lcao.org/files/2014/12/LCAO-Medicaid-PCC-Issue-Brief-Final1.pdf>; Cámara de Representantes, Resolución Concurrente sobre el Presupuesto para el Año Fiscal 2016, abril de 2015 en http://budget.house.gov/uploadedfiles/confprpt_on_s.con.res_11.pdf.
- 157 Jonathan Oberlander y Theodore R. Marmor, "El camino que no se ha tomado: ¿Qué pasó con 'Medicare Para Todos'?", en *Medicare y Medicaid a los 50*, ed. por Alan B. Cohen *et al.* (New York: Oxford University Press, 2015), 55-76.
- 158 Para obtener un análisis completo del vacío de cobertura consulte KFF, *El vacío de cobertura: los adultos pobres sin seguro en estados que no amplían Medicaid. Una actualización*. 17 de abril de 2015 (<http://kff.org/health-reform/issue-brief/the-coverage-gap-uninsured-poor-adults-in-states-that-do-not-expand-medicare-an-update/>).
- 159 Sam Dickman *et al.*, *La opción de quedarse fuera de la ampliación de Medicaid: los impactos en la salud y las finanzas*, Blog Health Affairs, 30 de enero de 2014 (<http://healthaffairs.org/blog/2014/01/30/opting-out-of-medicare-expansion-the-health-and-financial-impacts/>).
- 160 Alicia H. Munnell, Wenliang Hou, y Anthony Webb, *La actualización del índice nacional de riesgo de jubilación NRR1 muestra que sigue siendo insuficiente para la mitad*, Centro de Investigaciones sobre Jubilación del Colegio Universitario de Boston, diciembre de 2014 (<http://crr.bc.edu/briefs/nrr1-update-shows-half-still-falling-short/>).
- 161 Nari Rhee y Illana Boivie, *La crisis continua de ahorros de jubilación*, marzo de 2015 (http://www.nirsonline.org/storage/nirs/documents/RSC%202015/final_rsc_2015.pdf).
- 162 Éste es un cálculo conservador. El Centro de Investigaciones sobre Jubilación del Colegio Universitario de Boston estimó que, en 2006, justo antes de la Gran Recesión, el 44% de los hogares con gente en edad de trabajar estarían en riesgo de movilidad social en descenso al jubilarse, pero ese porcentaje subió a un 61% cuando se incluyeron los costos de atención médica, y a un 64% cuando se contaron los costos de cuidado a largo plazo, esto es, un 21% adicional. En su cálculo de 2010, que estimó que el 53% de los hogares estaba en riesgo de no poder mantener su nivel de vida al jubilarse, el Centro no incluyó un cálculo de una cantidad añadida de hogares que estarían en riesgo si se tomaran en cuenta los costos de salud y cuidado a largo plazo. Si esa cantidad adicional fuera equivalente al 21% que sumó en 2006, entonces 7 de cada 10 hogares estarían en riesgo después de tomar en cuenta los costos de salud y cuidado a largo plazo. Alicia Munnell *et al.*, *Los costos de la salud elevan el índice nacional de riesgo en la jubilación*, Núm. 8-3, Centro de Investigaciones sobre Jubilación del Colegio Universitario de Boston (febrero de 2008) en: http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2008/02/ib_8-3.pdf; Munnell *et al.*, *El índice nacional de riesgo en la jubilación: una actualización*, Núm. 12-20, Centro de Investigaciones sobre Jubilación del Colegio Universitario de Boston, octubre de 2012 (http://crr.bc.edu/wp-content/uploads/2012/11/IB_12-20-508.pdf).

DATOS CLAVES SOBRE EL SEGURO SOCIAL, MEDICARE Y MEDICAID EN IOWA

El Seguro Social funciona para los residentes de Iowa y para la economía

- En el año 2014, el Seguro Social otorgó pensiones a 616 mil 301 habitantes de Iowa, esto es, cerca de 1 de cada 5 residentes (el 19.8%).
- Los habitantes de Iowa recibieron un total de \$9 mil millones de cobertura del Seguro Social en 2014, que es el equivalente al 6.4% del total del ingreso personal del estado [Gráfico 1 en el informe completo].
- En promedio, la pensión del Seguro Social en Iowa fue de \$14 mil 556 en 2014.
- En el año 2013, el Seguro Social sacó del nivel de pobreza a 228 mil habitantes de Iowa

El Seguro Social funciona para los ancianos de Iowa

- En 2014, el Seguro Social proporcionó cobertura a 431 mil 181 trabajadores jubilados de Iowa, esto es, 7 de cada 10 (el 70%) de los beneficiarios [Gráfico 3 en el informe completo].
- En 2013, el Seguro Social sacó de la pobreza a 171 mil pobladores de Iowa mayores de 65 años. Sin el Seguro Social, el índice de ancianos viviendo en la pobreza en Iowa, tal como lo define el nivel oficial de pobreza, habría aumentado de ser 1 de cada 16 (el 6.4%) a ser la mitad (el 47.4%) [Gráfico 4 en el informe completo].

El Seguro Social funciona para los trabajadores de Iowa con incapacidades

- En 2014, el Seguro Social proporcionó pensiones de incapacidad a 78 mil 16 trabajadores de Iowa, lo que es 1 de cada 8 (el 12.7%) de los beneficiarios de Iowa [Gráfico 3 en el informe completo].

El Seguro Social funciona para las mujeres de Iowa

- En 2014, el Seguro Social proporcionó pensiones a 322 mil 785 mujeres de Iowa, esto es, 1 de cada 5 de todas las mujeres de Iowa (el 20.6%).
- En 2013, el Seguro Social sacó de la pobreza a 105 mil mujeres de Iowa mayores de 65 años. Sin el Seguro Social, el índice de mujeres de edad avanzada viviendo en la pobreza habría aumentado de ser 1 de cada 12 (el 8.2%) a ser la mitad (52.2%) [Gráfico 4 en el informe completo].

El Seguro Social funciona para los niños de Iowa

- En 2014, el Seguro Social proporcionó cobertura a 38 mil 596 niños de Iowa, esto es, 1 de cada 16 beneficiarios (el 6.3%) de Iowa [Gráfico 3 en el informe completo].

El Seguro Social funciona para la gente de color de Iowa

- En 2013, en Iowa, el Seguro Social brindó cobertura a 2 de cada 5 de los hogares afroestadounidenses (el 18.6%), que suman 5 mil 542 hogares.
- En 2013, en Iowa, el Seguro Social proporcionó coberturas a 1 de cada 11 de los hogares de origen latinoamericano (el 9.3%), que suman 3 mil 883 hogares.
- En Iowa, en 2013, el Seguro Social brindó pensiones a 1 de cada 9 estadounidenses de origen asiático, nativos hawaianos y de las islas pacíficas estadounidenses (lo que equivale al 11.3%), que sumaron 2 mil 12 hogares.

El Seguro Social funciona para las comunidades rurales de Iowa

- En 2014, una cuarta parte de los habitantes rurales de Iowa (el 23.3%) recibió el Seguro Social, en comparación con 1 de cada 6 (el 17.6%) habitantes de Iowa metropolitanos.

Medicare funciona para los residentes de Iowa y para la economía

- En 2012, Medicare aseguró a 531 mil 209 pobladores de Iowa, esto es, 1 de cada 6 residentes del estado.
- En 2009, Medicare proporcionó \$4.3 mil millones en coberturas para los pobladores de Iowa, esto es, el 20.8% de todo el gasto de atención médica en el estado. El promedio de gasto por cada beneficiario de Medicare fue de \$8 mil 456 [Gráfico 1 en el informe completo].

Medicare funciona para la gente de edad avanzada y gente con incapacidades de Iowa

- En 2012, 458 mil 171 de un total de 531 mil 209 beneficiarios de Medicare en Iowa eran mayores de 65 años, esto es, 6 de cada 7 beneficiarios.
- En 2012, 81 mil 165 de un total de 531 mil 209 beneficiarios de Medicare en Iowa eran personas con incapacidades, esto es, 1 de cada 7 beneficiarios.

Medicaid funciona para los residentes de Iowa y para la economía

- En 2012, Medicaid aseguró a 461 mil 800 pobladores de Iowa, esto es, 1 de cada 7 residentes del estado.
- En 2013, Medicaid cubrió \$3.7 mil millones de costos de atención médica para los residentes de bajos ingresos de Iowa, y en 2009, el gasto de Medicaid representó el 14.2% de todo el gasto de atención médica en el estado. En promedio, el costo por cada beneficiario de Medicaid en 2013 fue de \$8 mil 32 [Gráfico 1 en el informe completo].

Medicaid funciona para la gente de edad avanzada, para discapacitados y para la gente que recibe cuidado a largo plazo en Iowa

- En 2011, 44 mil 300 del total de 461 mil 800 beneficiarios de Medicaid eran mayores de 65 años, esto es, 1 de cada 13 beneficiarios.
- En 2011, 85 mil de un total de 461 mil 800 beneficiarios de Medicaid eran personas con discapacidades, esto es, 1 de cada 7 beneficiarios.
- En 2013, Medicaid otorgó \$1.7 mil millones de cobertura para cuidado a largo plazo a los residentes de Iowa. En 2011, Medicaid otorgó cobertura de asilo a 11 mil 853 residentes de asilos, esto es, la mitad de residentes del estado inscritos en asilos.