
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La situación de salud de los residentes de los Estados Unidos de América ha mejorado en los últimos 10 años. Entre 1990 y 1995, la esperanza general de vida al nacer aumentó de 75,4 a 75,8 años. En 1995, una persona que hubiera cumplido 60 años de edad podía esperar que su vida se prolongara en promedio 21,1 años más, lo que daba un total de 81,1 años. Una persona que hubiera cumplido 65 años podía esperar que su vida se extendiera 17,4 años más, hasta los 82,4 años. La esperanza de vida al nacer era mucho mayor para los hombres blancos (73,4) que para los hombres negros (65,4); sin embargo, la diferencia se ha ido acortando. El aumento de la esperanza de vida en los años noventa fue de 0,7 años para los hombres blancos y de 0,9 años para los hombres negros. La diferencia de la esperanza de vida al nacer entre las mujeres blancas y las negras era de 5,6 años. Aunque los datos para el período comprendido entre 1990 y 1994 son definitivos, los correspondientes a 1995 son preliminares y, por consiguiente, están sujetos a modificaciones. Se dispone de datos preliminares para los blancos, los negros y los hispanos, pero se carece de los correspondientes a otros grupos raciales y étnicos.

Se estimó que 36 millones de personas vivían en la pobreza en 1995, año en que la tasa nacional de pobreza fue de 13,8%, en comparación con 15,1% en 1993. La tasa de pobreza de los negros, el mayor grupo minoritario, fue de 29,3%, casi el triple que la de la población blanca.

La tasa de pobreza de las familias constituidas por niños y encabezadas por mujeres declinó en forma brusca, de 47,1% en 1991 a 41,5% en 1995, y la tasa de pobreza de los niños descendió de 21,8% a 20,8% en el mismo período. En 1995, el porcentaje de niños negros que vivían en la pobreza (42%) era aproximadamente 2,5 veces mayor que el de niños blancos (16%). La pobreza existente entre los niños hispanos (40%) era similar a la registrada entre los niños negros.

La población residente en los Estados Unidos alcanzó un total de 263 millones de habitantes en 1995, 6% más que en 1990. Entre 1990 y 1995, la población de 75 a 84 años de edad creció 11% hasta llegar a 11 millones y la de 85 años y más aumentó 20% y alcanzó los 3,6 millones. La población negra aumentó 8% y la hispana 20%, lo que arroja un total de 33 millones y 27 millones respectivamente. La población asiática y de las islas del Pacífico creció 24% y llegó a 9 millones.

Mortalidad

Se estimó que en 1995 se registraron en los Estados Unidos 2.312.180 defunciones, que representaron una tasa de mortalidad de 880,0 por 100.000 habitantes. Esta tasa fue 0,5% mayor que la de 875,4 por 100.000 de 1994 e igual que la de 1993. La tasa de mortalidad ajustada por edad, que elimina los efectos del envejecimiento de la población, alcanzó en 1995 una cifra mínima sin precedentes de 503,7 por 100.000 habitantes, 0,7% menor que la de 507,4 registrada en 1994 y 1,9% menor que la de 513,3 en 1993. Las tasas de mortalidad de las mujeres de casi todos los grupos de edad desglosados en intervalos de 10 años y las de los hombres de todos los grupos de edad, declinaron en todas las razas en conjunto entre 1994 y 1995. Sin embargo, aumentaron las tasas de mortalidad de las mujeres de 85 años y más. La causa que más contribuyó al descenso de las tasas de mortalidad de las poblaciones blanca y negra en el grupo de 15 a 24 años de edad fue la disminución de los homicidios.

En 1995, la tasa de mortalidad por todas las causas en conjunto, ajustada por edad, fue aproximadamente 70% mayor en los hombres que en las mujeres. La mortalidad masculina por cada una de las 15 causas principales de defunción, también fue mayor. La principal diferencia entre los sexos se debió a la infección por el VIH, caso en el que la tasa correspondiente ajustada por edad fue 5,1 veces mayor en los hombres que en

las mujeres. La diabetes mellitus produjo la menor diferencia entre los sexos, con una razón hombre/mujer de 1:1.

Durante los años noventa se registró una marcada disminución de las tasas correspondientes a tres de las principales causas de muerte (las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y las lesiones no intencionales), en gran parte atribuible a la reducción de factores de riesgo causantes de enfermedad. También contribuye a esta tendencia el incremento de la conciencia del público con respecto a los riesgos que acarrear actividades como fumar y conducir vehículos en estado de embriaguez.

Entre 1990 y 1995, la tasa de mortalidad por enfermedades del corazón, la principal causa de muerte, ajustada por edad, se redujo 9,1%. Esta notable reducción es consecuencia de la mejor detección y control de la hipertensión arterial, la disminución del tabaquismo, y el conocimiento cada vez más completo de la función que cumplen las grasas alimentarias en la producción de colesterol. Desde 1990, la mortalidad por enfermedades del corazón en los hombres blancos, las mujeres blancas y el conjunto de hombres y mujeres negros disminuyó 10,8%, 7,5% y 9,7%, respectivamente. En 1995, la mortalidad de los hombres blancos por enfermedades del corazón fue casi dos veces mayor que la de las mujeres blancas y más de 64% mayor en los hombres negros que en las mujeres negras. En 1993, la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades del corazón en los hombres de ascendencia asiática mayores de 45 años (107,6 defunciones por 100.000) fue aproximadamente 17% menor que la de los hispanos, 3,8% menor que la de los indígenas estadounidenses, 77% menor que la de los blancos y 149% menor que la de los negros.

Las defunciones de hombres blancos por cáncer de pulmón aumentaron 5,8% entre 1990 y 1995. La tasa de mortalidad correspondiente a esta enfermedad disminuyó 14,5% en los hombres negros y 8,7% en los hombres blancos. En 1995, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por cáncer de pulmón de los hombres negros y blancos (73,7 y 51,7 defunciones por 100.000, respectivamente) fueron entre dos y tres veces mayores que las de las mujeres negras y blancas (26,1 y 27,4, respectivamente).

En 1993, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por todos los tipos de cáncer de los indígenas estadounidenses, los asiáticos y los hispanos de 45 años y más del sexo masculino fueron similares (92,9, 99,9 y 97,4 defunciones por 100.000, respectivamente); estas tasas fueron mucho menores que las correspondientes a los blancos y los negros (156,4 y 238,9 defunciones por 100.000, respectivamente). Los datos más recientes de los que se dispone para ciertos grupos raciales, entre los que están los asiáticos y los indígenas norteamericanos, datan de 1993.

La tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares, que ocupan el tercer lugar entre las principales causas de defunción, ajustada por edad, disminuyó en 3,6% entre 1990 y

1995, con lo que continuó la tendencia descendente observada en los años ochenta. Desde 1980, la disminución de la mortalidad por accidentes cerebrovasculares osciló entre 34,1% para los hombres negros y 36,8% para los hombres blancos. En 1995, la tasa de mortalidad por accidentes cerebrovasculares ajustada por edad fue casi el doble en los hombres negros que en los hombres blancos y 69,4% mayor en las mujeres negras que en las blancas.

Desde 1984, el cáncer ha superado a las enfermedades del corazón como principal causa de defunción de las personas de 45 a 64 años. En 1995, ocasionó 252,5 defunciones por 100.000 personas de este grupo de edad. Las tasas correspondientes al cáncer de mama se mantienen altas a pesar de la atención prestada a la detección y tratamiento precoces. El cáncer es la causa de aproximadamente una de cada cuatro defunciones anuales en los Estados Unidos, y en 1995 ocasionó la muerte de 537.969 personas. Las tasas generales de mortalidad por cáncer han variado poco desde 1950.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Análisis por grupos de población

La salud del lactante

En 1995, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Entre 1990 y 1995, la tasa de mortalidad correspondiente a los niños blancos disminuyó 17,1%, de 7,6 a 6,3 por 1.000 nacidos vivos, y la de los niños negros se redujo 17,2%, de 18,0 a 14,8. En consecuencia, las tasas de mortalidad infantil bajaron hasta un nivel sin precedentes en los Estados Unidos.

En 1994, casi 32.000 niños —alrededor de 0,75% de los nacidos— murieron antes de cumplir 1 año de edad. En 1995, las cinco causas principales de defunción fueron las anomalías congénitas, las afecciones relacionadas con la gestación corta y el bajo peso inespecificado al nacer, el síndrome de la muerte súbita del lactante, el síndrome de dificultad respiratoria y las complicaciones maternas del embarazo.

En 1994, el porcentaje general de niños nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos fue de 7,3%, superior al de 7,2% de 1993. El porcentaje de niños con un peso inferior a 1.500 gramos (que están más expuestos al riesgo de muerte y discapacidad) se mantuvo estable en 1,3%. En 1994, el porcentaje de niños negros que pesaban menos de 1.500 gramos triplicó al de los niños blancos (3,0% frente a 1,0%). Se ha determinado que el tabaquismo de la madre es un factor de riesgo para el bajo peso al nacer en los Estados Unidos. Otros problemas graves relacionados con el bajo peso al nacer son la falta de atención prenatal, la poca edad de la madre y el abuso del alcohol y las drogas.

La propagación del VIH/sida en las mujeres y los hombres heterosexuales ha resultado en un creciente número de recién nacidos seropositivos. Los niños nacidos con la infección por el VIH requieren una atención de salud más intensiva durante toda la vida. Hasta junio de 1996 se había notificado que padecían sida más de 6.900 niños menores de 13 años de edad.

La salud del niño y del adolescente

En 1994, las tasas de cobertura con las vacunas DPT, anti-polio mielítica y antisarampionosa aplicadas entre los 19 y los 35 meses de edad fueron de 90%, 79% y 90% respectivamente. Esto representa cierta mejora con respecto a 1992, año en que las tasas de cobertura con la vacuna DPT fueron de 83%, con la vacuna antipoliomielítica 72% y con la antisarampionosa 83%. Sin embargo, en 1994 el nivel de la cobertura inmunitaria fue menor que en muchos otros países, incluidos muchos países en desarrollo.

Todavía se presentan brotes de enfermedades transmisibles en los Estados Unidos, lo que indica que los programas de vacunación no cubren a muchos niños, especialmente de las zonas rurales y de los barrios pobres más poblados de las ciudades. Sin embargo, aparte de un aumento del número de casos de sarampión entre 1989 y 1990, que afectó sobre todo a los niños de edad preescolar, no hubo brotes graves ni epidemias de enfermedades inmunoprevenibles en los últimos años.

Más de 42% de las defunciones en la niñez se deben a lesiones no intencionales y alrededor de 30% de ellas ocurren como resultado de accidentes de vehículos de motor. El número de defunciones por este tipo de accidentes ha disminuido debido a la observancia de las leyes vigentes en 50 estados, que exigen la instalación de dispositivos de seguridad para los niños pequeños en los automóviles.

Las tres causas principales de defunción de los adolescentes, son las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio. Si bien las defunciones causadas por conducción de vehículos de motor en estado de embriaguez constituyen el mayor riesgo para los hombres blancos de 15 a 24 años, el homicidio es la principal causa de muerte entre los hombres negros del mismo grupo de edad. La tasa de mortalidad de los hombres blancos jóvenes por accidentes de vehículos de motor fue de 42,4 por 100.000 en 1995.

La tasa de suicidio de los indígenas estadounidenses de sexo masculino de 15 a 24 años de edad (31,6 defunciones por 100.000 habitantes en 1993) fue un tercio más alta que la de los jóvenes blancos y superó a la de los jóvenes negros en 57%, a la de los jóvenes hispanos en 74% y a la de los jóvenes asiáticos en 150%.

Varios estudios indican que en los Estados Unidos la edad media al primer coito es de 16 años, lo que expone a los alum-

nos de los colegios secundarios al riesgo de contraer la infección por el VIH. Hasta junio de 1996 se habían notificado 2.463 casos de sida entre los adolescentes (13 a 19 años) y 94.414 entre los jóvenes de 20 a 29 años. Dado que el tiempo que transcurre para que la infección por el VIH se manifieste como sida puede ser de 10 años o más, muchas personas que padecen la enfermedad cuando tienen entre 20 y 30 años se infectaron durante la adolescencia. El porcentaje de mujeres adolescentes con diagnóstico de sida llegó a un máximo de 43% en 1994 y disminuyó a 40% en 1995.

Otras amenazas a la salud infantil son el retraso mental, los impedimentos para el aprendizaje y los problemas emocionales y del comportamiento. Al parecer, estas afecciones son más prevalentes en los niños que viven en la pobreza que en los de mejor situación socioeconómica.

La salud del adulto

En 1994, la tasa de fecundidad fue de 66,7 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad, 1% menos que la de 67,6 de 1993 y 6% menos que la de 70,9 de 1990. En 1994 nacieron 3.952.767 niños, 1% menos que en 1993. Los datos preliminares para 1995 indican que los nacimientos siguieron disminuyendo en otro 1% aproximadamente.

Entre 1993 y 1994, la tasa de natalidad por edad de la madre disminuyó 1% en las mujeres de 15 a 29 años. La tasa correspondiente a las mujeres de 30 a 39 años pasó de 1% a 2%, mientras que la de las mujeres de 40 a 44 años aumentó 5%. Las tasas de las adolescentes más jóvenes, de 10 a 14 años, y las de las mujeres de 45 a 49 años, permanecieron sin cambios. La tasa de natalidad para las mujeres de 15 a 17 años disminuyó a 37,6 por 1.000 nacimientos y la de las mujeres de 18 y 19 años bajó a 91,5 por 1.000 nacimientos, lo que representa una disminución de 1% en ambos casos. Los datos preliminares para 1995 indican que las tasas de natalidad de las adolescentes siguen descendiendo.

En 1994, la tasa de fecundidad correspondiente a las mujeres hispanas disminuyó 1%, a 105,6 por 1.000 nacimientos. Los datos preliminares indican que la tasa de 1995 (103,7) es la más baja desde 1989, cuando se dispuso de datos nacionales sobre la fecundidad de las mujeres hispanas. Pese a esta disminución, en 1994 la fecundidad de las mujeres hispanas siguió siendo mucho más alta que la de las mujeres blancas de otro origen, en todas las edades. Por ejemplo, la tasa de natalidad de las adolescentes hispanas fue de 107,7 por 1.000, en comparación con 40,4 en las adolescentes blancas no hispanas. Entre los grupos hispanos, la tasa de fecundidad de las mujeres mexicano-estadounidenses fue la más alta (115,4 en 1994), seguida por la de las puertorriqueñas (81,9) y la de las cubanas (55,9). Para las mujeres hispanas no pertenecientes a estos tres grupos la tasa de fertilidad fue de 97,7.

El sida ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres de 2 a 44 años. El número de casos de sida producidos por transmisión heterosexual notificados en mujeres aumentó 165% entre 1992 y 1993, en parte debido a que desde 1993 se han incluido las afecciones ginecológicas como elementos de referencia para la definición de caso de sida; de 1993 a 1995 el número de casos que produjo la transmisión heterosexual disminuyó 14%. Aunque las mujeres negras e hispanas constituyen solo 22% de la población femenina, 74% de las mujeres con diagnóstico de sida desde 1981 pertenecen a estos grupos étnicos.

En 1995, 64,2% de las mujeres de 15 a 44 años de edad usaban algún método anticonceptivo. En la actualidad es posible elegir nuevos métodos, como el implante Norplant y el "condón femenino"; sin embargo, el implante es costoso y no se sabe hasta qué punto puede estar al alcance de las mujeres de bajos ingresos. Aunque el condón femenino puede disminuir mucho la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) entre las mujeres que lo utilizan, todavía se ignora su grado de aceptación y uso en las poblaciones expuestas al mayor riesgo de estas infecciones y de embarazos no deseados. Los datos correspondientes a 1994 indican que la tasa de aborto fue de 321 por 1.000 nacidos vivos, menor que la de 345 por 1.000 nacidos vivos de 1990. La tasa de aborto es de 21 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. Esta tasa se ha mantenido estable de 1980 a 1991 y se han registrado disminuciones anuales, moderadas pero constantes, desde 1991.

La salud del adulto mayor

El envejecimiento de la población es una de las mayores dificultades que afronta el sistema de atención de salud de los Estados Unidos. Las proyecciones indican que en el año 2000 el número de personas de 65 años y más aumentará a 35 millones, cifra equivalente a 13% de la población. Se espera que este porcentaje llegue a 23% en el 2040. Sin embargo, lo más importante es el rápido crecimiento de la población de 85 años y más, cuyo aumento previsto es de 52%, con lo que llegará a 4,6 millones en el año 2.000. En consecuencia, se observará un gran aumento de afecciones discapacitantes como fracturas de cadera y la enfermedad de Alzheimer.

Las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la neumonía y la influenza, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes son las principales causas de defunción de las personas de 65 años y más. Puesto que la enfermedad neumocócica es tres veces más prevalente en las personas mayores de 65 años, se considera que la inmunización de los adultos de más edad es un servicio preventivo prioritario.

Problemas como la artritis, las deficiencias visuales y auditivas, la osteoporosis, la incontinencia y la demencia también tienen graves repercusiones en la vida de las personas de edad avanzada. La promoción de la salud ofrece importantes beneficios para mantener la salud de los ancianos. La actividad física y la alimentación adecuada pueden aumentar el contenido de minerales de los huesos, reducir el riesgo de fracturas osteoporóticas y ayudar a mantener un peso corporal apropiado.

La salud de grupos especiales de población

En los dos últimos decenios, los grupos minoritarios por su origen racial y étnico han aumentado mucho más rápido que la población blanca, que es la mayoritaria, y se espera que esta tendencia se mantenga en los próximos 30 años por lo menos. Las proyecciones indican que la población negra crecerá 35% de 1990 al año 2020, mientras que se duplicará a más del doble la de otros grupos minoritarios (sobre todo la asiática y de las islas del Pacífico, pero también la de los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska). Se espera que la población hispana aumente 84%. El crecimiento proyectado para la población blanca es solo de 11% en el período mencionado.

Aunque las enfermedades crónicas son las principales causas de defunción de las personas mayores de 45 años, pertenezcan o no a grupos minoritarios, la población minoritaria (negros, hispanos, indígenas de los Estados Unidos, y estadounidenses de origen asiático y de las islas del Pacífico) tiene una participación desproporcionadamente alta en la mortalidad, la enfermedad, la discapacidad y las condiciones adversas de salud. Los indicadores de salud que se utilizan habitualmente, como la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad infantil, muestran que en materia de salud existe una diferencia cada vez mayor entre las poblaciones minoritarias y mayoritaria. La pobreza es el factor que más contribuye a las disparidades en lo que respecta al estado de salud.

Negros. Como el grupo minoritario más grande, los negros constituyen 12% de la población nacional. Aunque viven en todo el país y ocupan todos los niveles socioeconómicos, la mitad de ellos habitan en zonas urbanas caracterizadas por pobreza, escuelas deficientes y viviendas inapropiadas, y un tercio vive en estado de pobreza, proporción tres veces mayor que la de los blancos.

Las tasas de mortalidad de los negros sobrepasan las de los blancos en 58,8%. Las tasas son también más altas con respecto a las principales causas de muerte. El homicidio sigue siendo la causa de la mayor diferencia entre las razas. En 1995, la tasa de mortalidad por homicidio ajustada por edad

fue cerca de seis veces mayor en la población negra que en la blanca, y en ese año el homicidio constituyó la principal causa de defunción en los negros de 15 a 24 años de edad. Las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas, ajustadas por edad, son de un tercio a casi el triple más altas en la población negra que en la blanca. Las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto, de las vías respiratorias y de la mama han disminuido en los años noventa en la población negra, al igual que en la blanca. Las tres causas de defunción que arrojaron tasas menores en los negros que en los blancos fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los trastornos afines, el suicidio y la enfermedad de Alzheimer.

Hispanos. La población hispana es el segundo de los grupos minoritarios más grandes y que más crecen. Los subgrupos hispanos, que comprenden los estadounidenses de origen mexicano y cubano, los puertorriqueños, y los inmigrantes de América Central y del Sur, representaban aproximadamente 10% de la población total en 1995. En 1994, la tasa de natalidad de los hispanos fue de 25,5 nacimientos por 1.000 habitantes, mientras que la de la población en su conjunto fue de 15,2 nacimientos por 1.000.

El tabaquismo constituye un grave riesgo para la salud de los hispanos, ya que 43% de los hombres hispanos fuman actualmente y los adolescentes de ambos sexos fuman más que los adolescentes negros o los blancos. Los adolescentes hispanos también declaran que consumen alcohol más a menudo que los negros y los blancos.

Asiáticos y originarios de las islas del Pacífico. Los asiáticos y originarios de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas distintos y representan a muchos grupos culturales, constituyen la tercera minoría del país. Los asiáticos establecidos en los Estados Unidos por generaciones virtualmente son indistinguibles de la población mayoritaria en cuanto a su situación socioeconómica, y su ingreso mediano es mayor que el de la población general.

Estudios locales han determinado que ciertas enfermedades acarrearán riesgos particulares para la salud de los estadounidenses de origen asiático y de las islas del Pacífico. La tasa de cáncer de pulmón de los hombres del Asia Sudoriental es 18% mayor que la de los hombres blancos. Se ha documentado que los hombres filipinos de 50 años y más que viven en California tienen tasas de hipertensión arterial más altas que las de la población californiana en su conjunto. La tuberculosis y la hepatitis B son motivo de particular preocupación para las comunidades de inmigrantes. Las tasas de estas afecciones en inmigrantes del Asia Sudoriental son 40 veces mayores que las de la población general.

Indígenas de los Estados Unidos. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska constituyen el grupo minori-

tario más pequeño y suman 2,1 millones de habitantes. Aproximadamente 50% viven en las zonas urbanas y gran parte del resto, en reservas. El Gobierno Federal, por medio del Servicio de Salud de los Indígenas, se ocupa de la atención de salud de este grupo.

Esta población es relativamente joven, pues una gran proporción de los indígenas estadounidenses mueren antes de los 45 años y porque su nivel de fecundidad es relativamente alto. Las tasas de mortalidad por diabetes, enfermedades del hígado y tuberculosis, ajustadas por edad, son dos o tres veces mayores en los indígenas estadounidenses que en la población general del país.

La principal causa de defunción de los indígenas estadounidenses menores de 45 años son las lesiones no intencionales, que muy a menudo se producen a consecuencia del consumo de alcohol (75%). La tasa de mortalidad por lesiones entre los indígenas estadounidenses de 15 a 24 años es dos o tres veces más alta que la de cualquier otro grupo. Más de la mitad (54%) de los accidentes causados por vehículos de motor que se producen en esta población se han atribuido a los efectos del alcohol.

El alcoholismo es el principal problema social y de salud de los indígenas estadounidenses y de las personas naturales de Alaska. En 1992, la tasa de mortalidad por diversas causas relacionadas con el consumo de alcohol, ajustada por edad, fue de 38,4 defunciones por 100.000 habitantes, 5,6 veces más alta que la de la población general (6,8 por 100.000). El hábito de fumar y otras formas de uso del tabaco también causan problemas graves de salud.

Refugiados. En 1995 fueron admitidos en los Estados Unidos 131.300 refugiados. De ellos, 34% provenían de Europa Oriental y de la antigua Unión Soviética, 28% del Asia Oriental, 3% del Cercano Oriente, 30% de América Latina y el Caribe, y 3% de África. El número de refugiados que entró a los Estados Unidos en el año fiscal 1995 representa una disminución de 9% con respecto al que ingresó en 1992. El número de refugiados y de otras personas provenientes de América Latina y el Caribe aumentó 131% en el mismo período.

Una vez que los refugiados llegan al país, su recepción y ubicación inicial es una tarea que compete a 12 organizaciones filantrópicas que trabajan por medio de convenios de cooperación con el Departamento de Estado costeados con fondos federales. Posteriormente, reciben ayuda de programas estatales financiados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales.

Puesto que los refugiados suelen tener problemas de salud derivados de las condiciones imperantes en sus países de origen, se ofrecen servicios de atención de salud en los campamentos de asilo inicial localizados en centros de tramitación del registro de refugiados. En los puertos de entrada, las autoridades de cuarentena se encargan de la inspección de los re-

fugiados y sus fichas médicas, y notifican de su arribo a los departamentos de salud estatales y locales correspondientes. El Programa de Reasentamiento de Refugiados proporciona servicios de salud a todos los refugiados que llenan un cuestionario sobre sus medios económicos.

En 1995, el Gobierno aportó casi US\$ 412 millones para apoyar las actividades en favor de los refugiados que se llevan a cabo en el exterior y en el país. Se conceden fondos para programas de subvención a las oficinas de salud estatales y locales para la realización de exámenes físicos a los recién llegados, con el fin de identificar los problemas de salud que podrían obstaculizar su reasentamiento y sus posibilidades de conseguir empleo y bastarse por sí mismos.

Personas con discapacidad. En los Estados Unidos hay más de 49 millones de personas con discapacidades físicas y mentales. La discapacidad afecta a todos los aspectos del bienestar de estas personas y tiene consecuencias emocionales, sociales y económicas. En 1994 y 1995, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud condujo la primera encuesta amplia sobre discapacidad realizada en el país. Esta encuesta permitió comprobar que la prevalencia de discapacidades es desproporcionadamente mayor en los menores de edad, las personas de edad avanzada, los pobres y la población rural.

Durante el año fiscal 1997, el Departamento de Salud y Servicios Sociales dedicó más de US\$ 62.000 millones a programas para discapacitados. La discapacidad no solo resulta sumamente costosa para quienes la sufren, sino también para los estados y la nación en su conjunto. En 1997, las pérdidas económicas por discapacidad estimadas fueron de más de US\$ 350.000 millones, suma que incluye el mayor costo de la atención de salud y la disminución de la productividad.

La atención de salud es un componente esencial de la asistencia que se brinda a las personas con discapacidad para que lleven una vida independiente, y el Departamento de Salud y Servicios Sociales se ocupa de velar por que se les garantice el acceso a una atención de salud de calidad durante toda la vida. En 1997, Medicare y Medicaid, los programas públicos de financiamiento más importantes, cubrieron alrededor de 12 millones de personas consideradas discapacitadas sobre la base de criterios federales. Se estimó que en el año fiscal 1997 se gastaron US\$ 21.000 millones en atención de salud y servicios prestados por Medicare y se espera que el Gobierno Federal asigne \$33.000 millones para pagos de Medicaid. En el presupuesto del año fiscal 1998 se incluyen propuestas para ayudar a las personas con discapacidad a que lleven una vida más independiente.

La Administración para el Financiamiento de la Atención de Salud (HCFA), una división del Departamento de Salud y Servicios Sociales, aplica la Ley de Traspaso y Gestión Responsable del Seguro Médico de 1996, a la vez que se pone especial empeño en garantizar la cobertura de salud a las per-

sonas con afecciones preexistentes. Asimismo, la HCFA continúa prestando apoyo a la atención comunitaria y de larga estancia de las personas de edad avanzada y de las que tienen alguna discapacidad evolutiva o física.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales apoya y conduce una amplia gama de investigaciones sobre la organización y prestación de servicios, y la calidad y financiamiento de la asistencia sanitaria en establecimientos de larga estancia para personas con discapacidad. En particular, la Agencia para la Política de Atención de Salud e Investigación ayuda a las autoridades responsables a planear la manera de satisfacer las necesidades de salud de las personas con discapacidad mediante el examen de su acceso a los servicios médicos, la utilización que hacen de ellos y sus impresiones sobre el funcionamiento del sistema de atención de salud.

La falta de conocimiento sobre las necesidades de salud de las mujeres con discapacidad resultante de deficiencias físicas crónicas indujo a los Institutos Nacionales de la Oficina Sanitaria de Investigación sobre la Salud de la Mujer a patrocinar actividades de promoción de la salud. Estos programas están centrados en la identificación de las barreras que impiden la promoción de la salud y la puesta en marcha de intervenciones eficaces y bien definidas, encaminadas a mejorar la salud de las mujeres con discapacidad.

Otras poblaciones especiales. Un programa patrocinado por el Gobierno Federal conocido con el nombre de Atención de Salud de las Personas sin Hogar procura facilitar el acceso de este grupo a los servicios de atención primaria de salud y al tratamiento de la toxicomanía. En 1997 se auspiciaron 123 programas de este tipo en 48 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico. Durante el año fiscal 1997, la financiación de estos programas alcanzó un total de US\$ 69 millones.

Las personas que residen en las zonas donde se realizan proyectos de construcción de viviendas públicas también han sido escogidas para recibir asistencia con fondos federales, con el fin de ayudarles a superar las barreras que les impiden recibir servicios de salud, como la falta de transporte, las dificultades idiomáticas y la escasez de recursos económicos. En 1997 se concedió un total de US\$ 9 millones a 21 instituciones para dar a los que residen en viviendas públicas mayor acceso a la atención de salud.

Análisis por tipo de enfermedad o daño

Enfermedades transmisibles

Enfermedades inmunoprevenibles. Entre las enfermedades inmunoprevenibles, la difteria, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis disminuyeron o permanecieron en un nivel

constante bajo entre 1988 y 1995. Sin embargo, se produjo un brote de sarampión de grandes proporciones de 1989 a 1990, después de casi 10 años de haberse notificado relativamente pocos casos. En 1989, el número de casos de sarampión superó el promedio notificado anualmente en los ocho años precedentes; en 1990 se notificaron 27.786 casos y en 1995, solo 281.

El brote de sarampión afectó a todos los grupos de edad, pero el aumento más marcado de la incidencia se registró en preescolares y en adultos mayores de 20 años. Los datos recolectados en varias ciudades indicaron que la cobertura con la vacuna antisarampionosa de los niños de jardín de infancia fue solo de 40% a 65%, y la baja cobertura contribuyó mucho a la propagación de la enfermedad. También se produjo un brote de sarampión en niños de edad escolar, cuyas tasas de cobertura de inmunización son más elevadas, lo que llevó a las autoridades de 21 estados a exigir la aplicación de una segunda dosis de la vacuna antisarampionosa a los niños al ingresar al jardín de infancia, al primer grado o a la escuela intermedia.

Sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Se estimó que en 1992 el número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en los Estados Unidos oscilaba entre 635.000 y 900.000. Hasta junio de 1996 se habían notificado 530.397 casos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en adultos, adolescentes y niños. El número de casos de sida se duplicó con creces entre 1992 y 1993, en parte por la ampliación de la definición de caso de sida para vigilancia en 1993, como ya se ha mencionado. Entre 1993 y 1995 el número de casos anuales disminuyó 30% y en 1995 llegó a 71.300.

La infección por el VIH sigue siendo un grave problema de salud, y las minorías raciales y étnicas soportan una parte desproporcionada de la carga. Sin embargo, entre 1993 y 1995, el número anual de casos de sida en negros e hispanos decreció 23% y 25%, respectivamente, y se alcanzaron tasas de 91 y 42 por 100.000 habitantes respectivamente, en comparación con 15 por 100.000 en las personas blancas.

En el período comprendido entre 1993 y 1995 hubo una disminución proporcional de los casos notificados mayor en los hombres (33%) que en las mujeres (18%). En las mujeres, las tasas de 1995 fueron más altas entre las negras y las hispanas (46 y 17 por 100.000 habitantes, respectivamente) que entre las blancas (3 por 100.000). En 1995, los niños negros representaron 66% de todos los casos de sida pediátrico notificados.

En los Estados Unidos, las relaciones sexuales de hombres con otros hombres (44%) y la inyección de drogas por vía intravenosa (26%) constituyen la principal forma de exposición en los casos de sida notificados. Un creciente número de personas se han infectado por contacto heterosexual (11%). En

1995, el número de mujeres infectadas con el VIH por contacto heterosexual superó al de las infectadas por utilizar drogas inyectables.

Los programas de prevención orientados a modificar comportamientos siguen siendo la principal estrategia de lucha contra el VIH/sida. Se han emprendido campañas masivas de educación y programas de prevención para reducir el consumo de drogas inyectables, disminuir el comportamiento sexual de alto riesgo y aumentar el uso de condones. En todo el país se ha empezado a trabajar para desarrollar programas creativos de prevención, mejorar la atención de los pacientes de sida y realizar investigaciones sobre atención.

Puesto que muchas personas con sida no cuentan con seguro médico y otras han agotado las prestaciones de su seguro privado y sus recursos personales para pagar un tratamiento costoso, gran parte del costo del tratamiento de la infección por el VIH/sida es sufragado por programas locales o estatales, y por Medicaid.

Las ETS representan un riesgo importante para las mujeres de los Estados Unidos. En 1995, las tasas de sífilis y gonorrea en las mujeres fueron de 6 y 140 por 100.000, respectivamente; ambas han disminuido en los años noventa. Una vez infectadas, las mujeres suelen mostrar menos síntomas que los hombres, y es menos probable que busquen asistencia y que reciban un diagnóstico correcto después de ser atendidas. Puesto que las ETS producen en las mujeres complicaciones mucho más graves que en los hombres (por ejemplo, esterilidad, embarazo ectópico y cáncer del cuello del útero), es importante que adquieran conocimientos sobre la prevención, el diagnóstico y las consecuencias de estas enfermedades.

Tuberculosis. Después de haber disminuido durante decenios, la incidencia de la tuberculosis aumentó en los Estados Unidos a comienzos de los años noventa. En 1992 se notificaron 26.673 casos nuevos, lo que representó un aumento de 20% en comparación con los registrados en 1985. Desde 1992, el número anual de nuevos casos ha disminuido hasta alcanzar aproximadamente el nivel de 1985 (en 1995 se notificaron 22.860 casos). El aumento registrado a comienzos de los años noventa se debió a muchos factores, entre ellos la epidemia de infección por el VIH, el deterioro de la infraestructura de atención de salud pública y el incremento del número de casos registrados en inmigrantes.

Los brotes recientes han causado una profunda preocupación por la frecuencia de tuberculosis polifarmacorresistente. Se ha creado un grupo nacional de trabajo para ampliar el plan estratégico trazado en 1989 para la eliminación de la tuberculosis. Este grupo elaboró un plan nacional de lucha contra la tuberculosis polifarmacorresistente, con el fin de definir las medidas que se deben tomar para combatir los brotes actuales de esta enfermedad, prevenir otros y trabajar para su eliminación definitiva.

Enfermedades transmitidas por los alimentos. Las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen siendo un importante problema de salud en los Estados Unidos. Se considera que 9.000 muertes y entre 6,5 y 33 millones de episodios de enfermedad se relacionan con los alimentos. Asimismo, se estima que los costos de hospitalización por estas enfermedades exclusivamente superan los US\$ 3.000 millones anuales, y que la pérdida de productividad que causan siete agentes patógenos específicos equivale a una suma que oscila entre \$6.000 millones y \$9.000 millones.

Entre 1988 y 1992 se notificaron en los Estados Unidos 2.423 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos. Los agentes patógenos bacterianos causaron 79% de los 1.001 brotes y 90% de los casos con una etiología determinada. Aunque los brotes causados por *Salmonella enteritidis* continúan provocando una gran morbilidad y mortalidad, disminuyeron 35% entre 1989 (77 brotes) y 1996 (50 brotes). Además de bacterias como *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* serotipo O157:H7 y *Listeria monocytogenes*, los parásitos (que comprenden *Cryptosporidium parvum* y *Cyclospora cayotensis*) han aparecido como importantes agentes patógenos de transmisión alimentaria. Los brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos que se producen en varios estados como consecuencia de productos contaminados son de importancia epidemiológica.

Aunque todos los años se notifican en los Estados Unidos unos 400 brotes, la mayor parte de las enfermedades transmitidas por los alimentos se presentan en forma individual y esporádica. Anteriormente, las autoridades de salud locales, estatales y nacionales llevaban a cabo una vigilancia pasiva de determinadas infecciones para conocerlas mejor. A principios de 1996 se puso en marcha un programa de vigilancia activa en cinco centros centinelas (Redes de Alimentos), para proporcionar datos más pormenorizados de casos esporádicos de infecciones con diagnóstico.

Enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados con la salud

Tumores malignos. Se estima que en 1997 se diagnosticarán 180.200 casos nuevos de cáncer de mama femenino, con lo que esta enfermedad pasará a ocupar el segundo lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres. Se estima que 1 de cada 10 mujeres tendrá cáncer de mama durante su vida. Aunque las mujeres negras tienen una incidencia del cáncer de mama 18% menor que las blancas, sus tasas de supervivencia son mucho menores, probablemente porque en las mujeres blancas la enfermedad se diagnostica más precozmente. Aunque la tasa de incidencia del cáncer de pulmón en los hombres comenzó a declinar en 1984, la de las mujeres sigue aumentando.

Aunque las tasas de incidencia del cáncer de colon y recto han aumentado desde 1973, parecen haber alcanzado un punto máximo en los hombres y mujeres blancos. En los últimos años, las tasas de incidencia han mostrado una marcada disminución en la población blanca de ambos sexos, una moderada reducción en las mujeres negras, y estabilidad en los hombres negros. Si bien las tasas de mortalidad por cáncer de colon y recto han aumentado levemente en los hombres negros, han permanecido estable en las mujeres negras en los últimos años.

Accidentes y violencia. En 1995, casi 151.000 estadounidenses murieron a consecuencia de lesiones sufridas en accidentes de vehículos de motor, caídas, quemaduras, asfixia por ahogamiento, envenenamiento, homicidio y suicidio. Esto quiere decir que murieron por lesiones más de 400 personas por día, de las cuales al menos 58 eran niños. Se estima que en 1995 los costos por lesiones, que comprenden la atención médica directa y la rehabilitación así como la pérdida de ingresos y de productividad, superaron los US\$ 224.000 millones, lo que representa un aumento de 42% con respecto al último decenio. En los Estados Unidos, las lesiones no intencionales provocan más defunciones de personas de 1 a 34 años de edad que cualquier otra causa. Se pueden poner en práctica muchas medidas de prevención de lesiones no intencionales, entre ellas los cinturones de seguridad y los asientos especiales para niños a fin de prevenir los accidentes de tránsito mortales, los detectores de humo para alertar a los residentes de la posibilidad de incendio y el cercado de las piscinas para impedir ahogamientos; sin embargo, no se utilizan sistemáticamente.

En los últimos 30 años, los accidentes de tránsito mortales han disminuido en forma notable. Con todo, más de 1.200.000 personas perdieron la vida en las rutas en ese período, y los accidentes de tránsito siguieron siendo la principal causa de muerte por lesiones no intencionales. En la actualidad, los choques de vehículos de motor representan casi la tercera parte del total de las muertes por lesiones y son la principal causa de defunción de las personas de 5 a 24 años de edad. El consumo de alcohol se relaciona con más de 40% de las defunciones por accidentes de tránsito y es un factor importante en las aproximadamente 1.200.000 lesiones por choques que se registran cada año. Solamente en 1993 hubo 1.500.000 arrestos por conducir en estado de embriaguez o bajo la influencia de las drogas. Se estima que, en los Estados Unidos, aproximadamente dos de cada cinco personas sufrirán accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol.

Todos los años mueren cerca de 900 personas como consecuencia de heridas sufridas mientras andaban en bicicleta. En las salas de urgencias reciben tratamiento otros 550.000 ciclistas lesionados, en 33% de los casos con heridas en la ca-

beza, que son la causa de 62% de las muertes relacionadas con el ciclismo. Los estudios indican que los cascos protectores disminuyen el riesgo de lesiones en la cabeza en 80%.

En la actualidad, la tasa de mortalidad por incendio en los Estados Unidos es la más alta de todos los países industrializados. Los incendios que se producen en las viviendas residenciales son la causa principal de mortalidad relacionada con el fuego. En 1995 se produjeron 414.000 incendios de viviendas, en los que perdieron la vida 3.640 personas y resultaron lesionadas otras 18.650. Los daños materiales directos superaron los US\$ 4.200 millones; el costo de las muertes y lesiones por incendios alcanzó un total de \$16.000 millones. Las personas que viven en casas equipadas con detectores de humo tienen 50% menos de probabilidades de morir a causa de un incendio. En los Estados Unidos, aproximadamente una cuarta parte de las viviendas carecen de detectores de humo que funcionen.

En los Estados Unidos, en el curso de un día normal, 70 personas mueren víctimas de homicidio, 87 se suicidan, 3.000 intentan suicidarse y 18.000 como mínimo sobreviven a asaltos. Entre 1990 y 1995, la tasa de homicidio ajustada por edad disminuyó 8,9%, a 9,2 defunciones por 100.000 habitantes; entre los hombres de 25 a 44 años de edad, la tasa descendió 20,4%. Sin embargo, se observaron grandes diferencias en las tasas de homicidio registradas en 1995 en los hombres de 15 a 24 años. Las tasas de homicidio de los hombres negros y de los hispanos fueron 18 y 8,7 veces mayores respectivamente que las de los hombres blancos. El homicidio ocupa el segundo lugar entre las principales causas de defunción en los jóvenes de 15 a 24 años y es la causa más importante en los negros de este mismo grupo de edad.

En 1994, casi 5.000 mujeres fueron asesinadas en los Estados Unidos. En los casos en que se pudo determinar si el autor del crimen y la víctima se conocían, apenas 13% de las mujeres fueron muertas por extraños. De las mujeres asesinadas por alguien que las conocía, aproximadamente la mitad fueron víctimas de sus esposos o de personas con las que habían mantenido relaciones íntimas. La gran mayoría de las agresiones a mujeres no terminan en su muerte, sino en lesiones físicas y en una profunda angustia. Se estima que en 1985, el año más reciente para el que se dispone de datos, 1.800.000 mujeres fueron agredidas físicamente por los hombres con los que formaban pareja.

Entre 1980 y 1995 la tasa de suicidio aumentó solo levemente en la población de los Estados Unidos. Sin embargo, en 1995 el suicidio ocupó el noveno lugar entre las principales causas de defunción. Todos los años los suicidios se cobran más de 30.000 vidas; aproximadamente 80% de los que se suicidan son hombres. Los datos de mortalidad recopilados para el período comprendido entre 1990 y 1995 indican que en los Estados Unidos la tasa de suicidio registrada en los menores de 15 años fue dos veces mayor que la que en

promedio se observó en el mismo grupo de edad en otros países altamente industrializados. De 1952 a 1995 las tasas de suicidio de los adolescentes y de los adultos jóvenes se triplicaron con creces. Entre 1980 y 1995 la tasa de suicidio de los jóvenes de 15 a 19 años aumentó 23%; el incremento fue de 118% para los niños de 10 a 14 años. En ese período, la tasa correspondiente a los hombres negros de 15 a 19 años aumentó 146%.

Las tasas de suicidio de las personas mayores de 65 años siguen siendo muy altas. El período comprendido entre 1980 y 1990 fue el primer decenio, desde el de 1940, en que la tasa de suicidio de las personas mayores aumentó en vez de disminuir. En 1995, las personas de 65 años y más representaban 13% de la población, pero constituían casi la quinta parte de los suicidas. Puesto que este grupo de edad es el que más rápido crece en los Estados Unidos, es probable que el número de suicidios siga aumentando en él.

Trastornos del comportamiento. En 1994 funcionaban 5.932 centros de salud mental en los Estados Unidos. Casi 60% (3.216) estaban dirigidos o eran financiados en todo o en parte por alguna institución estatal de salud mental. Los hospitales psiquiátricos estatales y municipales llegaban a 260 (5%); los hospitales psiquiátricos privados eran 430 (8%); las instituciones para el tratamiento de niños con trastornos emocionales, 459 (9%); los hospitales generales con servicios de psiquiatría, 1.612 (30%); las organizaciones especializadas en psiquiatría de la Administración de Ex Combatientes, 161 (3%), y todas las demás organizaciones dedicadas a la salud mental, 2.470 (46%).

En 1994, las instituciones de salud mental recibieron aportes por US\$ 37.400 millones. De esta suma, los centros financiados en todo o en parte por alguna institución estatal dedicada a la salud mental recibieron \$23.200 millones y \$7.400 millones se destinaron a los hospitales de psiquiatría estatales y municipales. En 1994, el programa Medicaid proporcionó 20,4% (\$7.700 millones) y 21,9% (\$5.100 millones) del total de los fondos que recibieron, respectivamente, las instituciones de salud mental en su conjunto y los centros de salud mental dirigidos o financiados por instituciones estatales de salud mental. Las organizaciones de atención administrada proporcionaron fondos a 2.662 centros de salud mental (46%).

En 1992 (el último año para el que se dispone de datos), la prevalencia anual de trastornos mentales no relacionados con el abuso de sustancias fue de 16% en los adultos de 18 a 54 años de edad que no estaban internados en ninguna institución ni pertenecían a la población rural. De estos adultos, 11,1% sufrían algún trastorno depresivo (afectivo) y 34,2% obtuvieron tratamiento. La prevalencia de los trastornos depresivos fue mayor en las mujeres (34,2%) que en los hombres (13,1%).

Abuso de sustancias. En los Estados Unidos, aproximadamente 11% de las muertes prevenibles se relacionan con el consumo de alcohol y el uso de drogas ilegales. El consumo de alcohol se vincula con los choques de vehículos de motor y con lesiones intencionales de carácter mortal, como suicidios y homicidios: en 1994, 19.470 muertes se atribuyeron a causas producidas por el consumo de alcohol. El consumo excesivo de alcohol, que se define como la ingestión de cinco o más copas seguidas, como mínimo, alguna vez en las dos semanas anteriores a la medición, ha aumentado en los últimos años. En 1995 se notificó que 28% de los alumnos del último año del colegio secundario y 41% de los estudiantes universitarios consumían alcohol excesivamente.

En 1992 comenzó a aumentar la prevalencia del consumo de marihuana entre los estudiantes de último año del colegio secundario. Una preocupación conexas es la continua disminución del porcentaje de estudiantes secundarios que perciben que la sociedad reprueba el consumo ocasional de marihuana o que el uso habitual de esta droga produce daños físicos o psicológicos. La tasa de consumo entre los adultos jóvenes (18 a 25 años) siguió siendo aproximadamente la misma en 1994 y 1995.

El Secretario del Departamento de Salud y Servicios Sociales ha declarado que la Iniciativa para la Prevención del Abuso de Sustancias Tóxicas entre los jóvenes es una de las seis propuestas fundamentales del Departamento. De acuerdo con los objetivos de la Oficina de Política Nacional sobre el Abuso de Drogas, la iniciativa se propone educar a la juventud del país y capacitarla para que rechace las drogas ilegales, así como el alcohol y el tabaco. Su meta primordial es invertir la tendencia ascendente del consumo de marihuana y reducir en 25% la tasa de consumo entre los jóvenes de 12 a 17 años.

Salud oral. Quizá las afecciones dentales y bucales, que comprenden las caries dentales y las enfermedades periodontales, sean las más prevalentes y prevenibles en los Estados Unidos, sobre todo en los grupos de menor nivel socioeconómico. Aunque en general las condiciones de salud oral han mejorado, especialmente en los niños, en 1995 los gastos por servicios dentales llegaron a US\$ 45.800 millones, alrededor de 5,2% de todos los gastos realizados por concepto de servicios de atención a las personas. De la suma mencionada, 95,6% fue pagada directamente por los usuarios o por medio del seguro dental privado. Sin embargo, es importante señalar que menos de la mitad de la población estadounidense cuenta con este tipo de seguro.

En una encuesta nacional realizada entre 1988 y 1994 se comprobó que más de 60% de los niños menores de 10 años y 55% de los niños y adolescentes de 5 a 17 años tenían una dentición temporal sin caries. Aunque las caries de la dentición permanente continúan disminuyendo en los niños de edad escolar, 45% aún padecen esta enfermedad prevenible.

Las caries dentales afectan prácticamente a todos los estadounidenses adultos. En la encuesta se comprobó que 94% de las personas de 18 años y más tenían caries sin tratar u obturaciones en las coronas de sus dientes. Las mujeres tenían más caries que los hombres, pero menos caries sin tratar. Aunque los blancos tenían aproximadamente el doble de caries de corona que los negros y los estadounidenses de origen mexicano, estos dos grupos presentaban más superficies dentales que requerían tratamiento que los blancos. Las mujeres tenían mejor salud periodontal que los hombres, y los blancos presentaban menos problemas periodontales que los negros o los estadounidenses de ascendencia mexicana.

El cáncer bucal afecta sobre todo a los adultos mayores de 60 años y causa más de 8.000 defunciones al año. Su tratamiento es costoso y a menudo desfigura mucho el rostro y causa pérdida de funciones. En relación con los cánceres bucales, los factores de riesgo más comunes son el consumo de tabaco y de alcohol y la excesiva exposición al sol. La detección y el tratamiento precoz pueden reducir la morbilidad y el costo. Las estrategias seguidas en el lugar de trabajo y en la comunidad para eliminar el consumo de tabaco podrían evitar muchos de los 30.000 casos nuevos de cáncer bucal que se producen anualmente.

LA RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Políticas y planes nacionales de salud

La política nacional más amplia para mejorar la salud y prevenir las condiciones de salud adversas se denomina "Gente Sana 2000". Su objetivo central es aumentar el número de personas que tienen una vida larga y saludable y sin discapacidad. El segundo objetivo del plan exige la eliminación de las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos de población, y el tercero, el acceso de toda la población a servicios preventivos.

En su carácter de coordinadora general del plan "Gente Sana 2000", la Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de Salud, una dependencia del Departamento de Salud y Servicios Sociales encargada del programa, trabaja junto con instituciones del Servicio de Salud Pública, otros organismos y departamentos federales y miembros del Consorcio de "Gente Sana". El Consorcio está formado por 345 organizaciones de afiliación nacional, que representan a sociedades profesionales, de beneficencia y anónimas, y por 271 organismos estatales que colaboran para impulsar el plan de prevención y alcanzar las metas previstas para el año 2000. Los miembros del Consorcio han trabajado en la revisión y ampliación de los objetivos para el año 2000 y muchos de ellos han participado en reuniones de evaluación periódica de las actividades, presididas por el Subsecretario de Salud.

En 1994, el Servicio de Salud Pública llevó a cabo la revisión de los objetivos de “Gente Sana 2000”. En el documento final se puso de manifiesto que de los 300 proyectos en curso, 50% se acercaban a los objetivos perseguidos, 18% se alejaban de ellos, 3% no presentaban cambios y 29% no podían evaluarse por ser insuficientes los datos disponibles. En 1997, 44 estados, el Distrito de Columbia y Guam habían publicado planes propios de “Gente Sana 2000”. En 1993, 70% de los departamentos de salud locales compartían los objetivos de “Gente Sana”.

En la reunión del Consorcio de “Gente Sana” celebrada en 1996, en la que participaron la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se sentaron las bases de la tercera generación de estos objetivos, “Gente Sana 2010”, que se impulsará en enero del 2000. Los miembros del Consorcio y los organismos federales, estatales y locales colaboran para desarrollar una serie de objetivos en los que se reflejarán los adelantos de la ciencia actual en materia de prevención y las cuestiones más importantes relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. “Gente Sana 2010” es la respuesta de los Estados Unidos a la Renovación de la Estrategia de Salud para Todos de la OMS.

Servicios de salud y recursos

Organización de los servicios de atención a la población

Alimentación y nutrición. El régimen alimentario desempeña un papel fundamental en la prevención de enfermedades como la cardiopatía coronaria, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes mellitus, que son las principales causas de defunción y discapacidad en los Estados Unidos. La mejora de la nutrición de la madre y del niño reviste una importancia crucial para mejorar el estado nacional de salud.

Los objetivos nacionales en materia de nutrición se centran en la relación existente entre la obesidad, el tipo de alimentación y la enfermedad, la aplicación de las “normas alimentarias para los estadounidenses” en los servicios de preparación de comida, el asesoramiento alimentario, la rotulación de los alimentos, la enseñanza de nutrición en las escuelas, la nutrición maternoinfantil y la alimentación de las personas de edad avanzada. Las estrategias para lograr estos objetivos se centran en la rotulación de los alimentos para facilitar a los consumidores la observancia de las normas alimentarias; la garantía de que estas normas sean seguidas al preparar las comidas en instituciones como escuelas y guarderías de niños, y la enseñanza en materia de nutrición, sobre todo a los niños de edad escolar, los grupos de bajos ingresos y los profesionales de salud.

La estrategia de inocuidad de los alimentos comprende cuatro elementos: medidas de control para mejorar la inocuidad de los alimentos; asistencia técnica a los estados y territorios para que fiscalicen todas las operaciones relacionadas con alimentos; sistemas de vigilancia para observar la incidencia de agentes patógenos transmitidos por los alimentos, y comunicación con los consumidores para informarles sobre prácticas inocuas de manipulación de alimentos.

Salud ambiental. La consideración de las cuestiones relacionadas con el medio ambiente requiere la participación del Departamento de Salud y Servicios Sociales, la Agencia de Protección Ambiental, el Departamento de Agricultura y el Departamento de Transporte en el ámbito federal, así como de los organismos estatales y locales, el sector privado y los grupos comunitarios. La amplia variedad de asuntos prioritarios refleja la profundidad de los problemas. Algunas de las prioridades son la educación para la salud ambiental, los programas de evaluación del riesgo a cargo de organismos estatales de salud, los programas de respuesta de emergencia, y los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento destinados a la población migratoria y rural.

Como consecuencia de la labor que realiza en materia de prevención, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos reconoce que los riesgos para el medio ambiente son factores implícitos que influyen en el proceso de enfermedad. Entre las diversas enfermedades y disfunciones con un componente ambiental conocido o presunto están el cáncer, los trastornos reproductivos como la infertilidad y el bajo peso al nacer, los problemas neurológicos y las inmunodeficiencias, y las afecciones de las vías respiratorias, como el asma. La exposición a riesgos ambientales abarca una amplia gama de elementos, por ejemplo los plaguicidas, los productos químicos tóxicos y las radiaciones. Con frecuencia, el componente ambiental de una determinada enfermedad o que produce consecuencias para la salud es el resultado de exposiciones reiteradas y acumulativas.

La magnitud de la amenaza que suponen los riesgos para el medio ambiente en la salud de la población nacional se pone de manifiesto en los siguientes ejemplos. En 1995, una tercera parte de la población de los Estados Unidos vivía en zonas donde la atmósfera estaba demasiado contaminada y no reunía los requisitos exigidos en materia de salud. Uno de cada cuatro residentes del país vivía dentro de un radio de 6,4 km de un sitio de desechos peligrosos a cuya limpieza la Agencia para la Protección del Medio Ambiente asignaba un alto grado de prioridad. Los mantos acuíferos de los que se extrae gran parte del agua que se bebe en el país no se pueden reabastecer con la misma rapidez con que son abatidos y, mientras tanto, resultan cada vez más vulnerables a la contaminación tóxica.

Servicios de planificación familiar. Los fondos públicos que permiten ofrecer servicios de planificación familiar provienen de varios programas. La fuente principal de recursos es Medicaid, un programa del Gobierno Federal y de los estados establecido primordialmente para prestar servicios a las mujeres de bajos ingresos. En el año fiscal 1997, se estima que Medicaid reembolsó a los proveedores de atención de salud un total de US\$ 475 millones para la prestación de servicios de planificación familiar.

El único programa federal dedicado exclusivamente a financiar estos servicios es el Título X de la Ley del Servicio de Salud Pública. Los organismos beneficiarios de la financiación ofrecen diversas opciones anticonceptivas, además de enseñanza y asesoramiento, a las mujeres de bajos ingresos, en particular a las que no reúnen los requisitos para quedar amparadas por Medicaid y que carecen de seguro médico privado. Con un presupuesto de US\$ 198 millones para el año fiscal 1997, el programa del Título X brinda sus servicios a 5 millones de mujeres por medio de una red de 5.000 dispensarios que funcionan en toda la nación. En la mayor parte de los estados, los servicios de planificación familiar también se financian parcialmente con fondos federales de la llamada Subvención Global para Salud Maternoinfantil y Servicios Sociales. Además, algunos dispensarios con servicios de planificación familiar reciben ayuda financiera estatal y local.

En el año fiscal 1997 se asignó al Programa para la Vida de Familia de los Adolescentes un presupuesto de US\$ 14,2 millones para programas destinados a controlar el número de embarazos de adolescentes. Con estos fondos, costea proyectos de demostración comunitarios que se ocupan fundamentalmente de la sexualidad, el embarazo y la paternidad o maternidad de los adolescentes. Los proyectos de prevención alientan a los adolescentes a abstenerse de mantener una actividad sexual precoz. Se requiere el consentimiento de los padres para recibir estos servicios.

Investigación y tecnología en salud

Investigación. La investigación biomédica y sobre el comportamiento, y el adiestramiento en estas disciplinas se lleva a cabo por medio de una vasta red de programas externos en los que participan las principales universidades y facultades de medicina y centros de investigación del país. Por medio de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) el Gobierno Federal apoya a casi 40% de las actividades de investigación y desarrollo en el campo biomédico en el país. La mayor prioridad en materia de financiamiento es la investigación básica. Esta inversión en investigaciones se ha compensado con muchos logros: nuevos conocimientos sobre el cuerpo humano, tanto de los genes como de los sistemas orgánicos, investigaciones y

tecnología clínica, técnicas innovadoras de diagnóstico, nuevos medicamentos para luchar contra las enfermedades, y nuevas vacunas para prevenirlas. Mediante sus programas de adiestramiento, los Institutos Nacionales de Salud velan por el constante ingreso de profesionales jóvenes a la comunidad de investigación biomédica.

El presupuesto total de los Institutos Nacionales de Salud para el año fiscal 1998 es de unos US\$ 13.600 millones, de los cuales \$1.600 millones se destinan a investigaciones sobre el sida. Alrededor de 79% de este presupuesto apoya la investigación y el adiestramiento externos en los Estados Unidos y en el extranjero, y otro 11% aproximadamente la investigación que se realiza en los laboratorios de los Institutos Nacionales de Salud. Aunque representa tan solo alrededor de 1,5% del presupuesto total de estos Institutos, la cooperación internacional es un elemento importante de su cartera de investigaciones. La interacción a escala mundial entre los investigadores en el campo biomédico y del comportamiento, los técnicos y los laboratorios acrecienta las posibilidades de capitalizar oportunidades científicas y nuevas tecnologías de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Transferencia de tecnología. La transferencia de tecnología ha adquirido creciente importancia en los Estados Unidos. Entraña la difusión de los resultados de las investigaciones, la colaboración entre las instituciones apoyadas por el sector público, las universidades y las organizaciones industriales en los proyectos de investigación y desarrollo, la concesión de derechos de propiedad intelectual, y la introducción en el mercado, entre otras cosas, de nuevos dispositivos, vacunas y fármacos para diagnóstico y tratamiento. Una buena asociación entre estas entidades aumenta la capacidad de realizar investigaciones clínicas y de laboratorio, facilita la aplicación de los descubrimientos científicos en adelantos en salud pública y contribuye al crecimiento económico. Se considera que los Institutos Nacionales de Salud son las entidades oficiales más importantes de los Estados Unidos en materia de transferencia de tecnología, puesto que esta representa más de 80% de los ingresos por regalías obtenidos por el Gobierno.

Si bien han aumentado las actividades relacionadas con la transferencia de tecnología, se plantean muchos problemas y dudas con respecto a su administración, como los relativos a la manera en que la colaboración y los acuerdos concertados entre el sector académico y el industrial afectan a la labor financiada por los Institutos. Otro tema que preocupa es determinar cómo las inversiones públicas en investigación quedan reflejadas en el precio de los productos médicos. Los Institutos Nacionales de Salud han abordado esta cuestión recurriendo a cuidadosos procedimientos de selección de sus socios y a técnicas de negociación constructivas, ejerciendo una firme fiscalización de los puntos de referencia establecidos oportunamente y que deben ser respetados por el concesio-

nario autorizado, y poniendo su mejor empeño para que los descubrimientos efectuados lleguen lo más rápido posible al mercado a fin de mejorar la salud pública.

La gestión de la propiedad intelectual, como en el caso de los descubrimientos derivados de investigaciones sobre el genoma humano, es un tema nuevo que requiere cuidadosa consideración. Se discute si la propiedad intelectual resultante de investigaciones financiadas por el Gobierno se debe patentar o debe ponerse a disposición de todos.

Investigación sobre servicios de salud. Cada vez se presta más atención a las investigaciones para mejorar la prestación de servicios de salud, el resultado obtenido por los pacientes y la evaluación de la tecnología de atención de salud. El organismo que determina la política y diseña las investigaciones en este campo, la Agencia de Políticas e Investigación de la Atención de Salud (AHCPR), que forma parte del Servicio de Salud Pública, es la principal institución de apoyo a las investigaciones para mejorar la calidad y reducir el costo de la atención de salud, y para ampliar las posibilidades de acceso a los servicios esenciales. Su presupuesto para el año fiscal 1997 fue de US\$ 143,5 millones. Estos fondos financian las investigaciones que se realizan para someter a prueba las hipótesis en las que se basan las políticas y prácticas sanitarias actuales, estudiar las nuevas maneras de organizar, financiar y prestar servicios de salud, y mejorar los métodos de evaluación de la tecnología de la atención de salud.

Sistemas de vigilancia y acopio de datos

La información sobre salud es vital para entender el estado de salud de la población y planear, ejecutar, describir y evaluar programas de salud pública destinados a controlar y prevenir acontecimientos adversos para la salud. Los datos deben ser exactos, oportunos y utilizables para poder determinar hasta qué punto se han cumplido los objetivos de salud pública. La base para planificar y evaluar los objetivos nacionales de "Gente Sana 2000" es la información y su análisis.

El Servicio de Salud Pública ha establecido objetivos para el sistema nacional de vigilancia y acopio de datos con el propósito de ampliar la cobertura y eficacia de los sistemas de acopio de datos de salud pública. Algunas actividades importantes que se llevan a cabo en el plano nacional son la recolección directa y compilación de los datos acopiados por otros organismos; el análisis y difusión de información sobre salud en relación con el grado de cumplimiento de los objetivos de "Gente Sana 2000" por otras entidades federales, estatales y locales; la asistencia a los organismos estatales y locales en la vigilancia y evaluación de los datos de salud pública, y la coordinación de una red de vigilancia federal, esta-

tal y local de enfermedades de importancia para la salud pública.

Gasto y financiamiento sectorial

En 1995, el gasto nacional en salud fue de US\$ 988.500 millones, mayor que el de \$937.100 millones de 1994. El aumento del gasto en salud de 1995 fue levemente superior al de 5,1% registrado en 1994, en tanto que el gasto por persona subió en \$156 en relación con los \$3.465 de 1994. El crecimiento del gasto nacional en salud se desaceleró en forma sostenida y del incremento de dos dígitos de los años ochenta y de casi dos dígitos de principios de los noventa pasó a 6,9% en 1993. Las tasas de crecimiento correspondientes a 1994 y 1995 fueron las más bajas en más de 30 años. En 1995, el gasto nacional en salud representó 13,6% del producto interno bruto (PIB).

El sistema de atención de salud de Estados Unidos, depende mucho de los pagos que efectúa el seguro privado por asistencia médica. Este seguro, provisto por los empleadores o adquirido individualmente, cubre casi a las tres cuartas partes de la población; 14% de esta carece por completo de cobertura médica.

En 1995, Medicare y Medicaid financiaron aproximadamente 36% del total de gastos en servicios de atención a las personas y representaron 80,9% de la participación del sector público en el financiamiento de la atención de salud. Estos dos programas financiaban 47% de la atención hospitalaria y alrededor de 26,9% de los servicios médicos.

Medicare, creado en 1965, fue concebido para proteger a las personas mayores de 65 años de los altos costos de la atención médica. En 1972 se amplió para cubrir a otros grupos de población, como los trabajadores discapacitados y las personas con enfermedades terminales de los riñones. A diferencia de otros programas federales de salud, Medicare no se costea únicamente con ingresos generales. En 1995, 85,4% de la parte del beneficio correspondiente a seguro hospitalario provino de un impuesto sobre nóminas de 1,45% con que se gravó a empleadores y empleados. La parte de Medicare correspondiente a seguro médico suplementario que cubre los servicios médicos se costea con las primas mensuales pagadas por 35,7 millones de beneficiarios.

El gasto ha subido más para Medicare que para el sector privado, sobre todo porque este ha podido acumular mayores ahorros con la atención administrada. Medicare debe basar sus pagos por atención administrada en una fórmula que relaciona los costos del programa con el pago directo de distintos servicios. Por consiguiente, con arreglo a las normas vigentes, Medicare no se puede beneficiar con los descuentos ni con otros factores que generan ahorros al sector privado. Esta es la razón primordial por la que, en 1995, el gasto del sector

privado creció 2,9% en vez de 8,7%, como ocurrió con el sector público.

La atención administrada se caracteriza por hacer hincapié en la asistencia preventiva, la eliminación de servicios innecesarios, los descuentos de precios negociados y los menores copagos y pagos deducibles. En 1995, más de la mitad de la población de los Estados Unidos estaba inscrita en el sistema de atención administrada.

Medicaid, que también se estableció en 1965, es un programa realizado conjuntamente por los estados y el Gobierno Federal, para proporcionar servicios a los pobres. El Gobierno Federal determina las directrices generales de admisibilidad y los servicios obligatorios. Cada estado tiene la opción de ampliar el plan de cobertura básica ofreciendo servicios adicionales. En 1995, Medicaid prestó servicios a 36,3 millones de personas y exhibió un gasto real de US\$ 328.900 millones.

El gasto de Medicaid es casi todo institucional, y 39,1% corresponde a atención hospitalaria y 27,2% a cuidados en casas de convalecencia. Medicaid es la mayor fuente de pagos por terceros de los gastos en atención prestada en establecimientos de larga estancia, y en 1995 costaba 46,5% de la atención en casas de convalecencia. Los beneficiarios pobres recibieron 25% de los beneficios del programa, y los ciegos y discapacitados, que representan solo un tercio de la población amparada por Medicaid, el 75% restante.

Cooperación técnica y financiera externa

Los Estados Unidos proporcionan asistencia técnica a otros países, principalmente por medio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). En el año fiscal 1996, el Centro de Población, Salud y Nutrición destinó aproximadamente US\$ 916 millones a este tipo de asistencia. El Departamento de Salud y Servicios Sociales trabaja en forma directa con los países o en colaboración con

USAID para brindar cooperación técnica en actividades relacionadas con la salud y que sean de beneficio mutuo.

Las cuestiones vinculadas con la salud pública internacional producen cada vez más efectos sobre la salud de la población de los Estados Unidos. Temas como las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, la armonización de los alimentos con los productos farmacéuticos, los mecanismos de vigilancia mundial de las enfermedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas constituyen preocupaciones serias. Los Estados Unidos participan activamente en actividades multilaterales y bilaterales en las que se tiene en cuenta la creciente importancia de estos temas.

La colaboración internacional en curso se realiza en varios frentes. Entre los programas que supervisa la Oficina de Salud Internacional y de los Refugiados, dependiente del Departamento de Salud y Servicios Sociales, figuran el Comité de Salud de la Comisión Binacional Gore-Chernomyrdin, la promoción de una mayor cooperación con México, sobre todo en la frontera, la Comisión Binacional Estados Unidos/México; la ejecución de un nuevo programa con USAID en Egipto, centrado en la política sanitaria y la adopción de decisiones en materia de salud, el apoyo a la Comisión Gore-Mbeki, un acuerdo bilateral con Sudáfrica, la cooperación con Israel, los Países Bajos, Japón y China en política sanitaria y cuestiones afines, el apoyo brindado por el Departamento al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) y a otros programas internacionales de la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OPS, y la cooperación en curso con la Oficina de Reasentamiento de Refugiados y USAID en asuntos relacionados con la salud de los refugiados y la capacidad de respuesta en situaciones de emergencia.

Los Estados Unidos están aprovechando las lecciones aprendidas con "Gente Sana 2000" para organizar "Gente Sana 2010". El país procura compartir su experiencia y aprender de otros países para mejorar la próxima generación de "salud para todos".