
PERFIL DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
(1.^a edición, febrero de 2002) *

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Estados Unidos de América es una república federal con una población de 281.421.906 habitantes. El gobierno consta de una autoridad gobernante central y 50 estados individuales. El gobierno federal comprende tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El poder ejecutivo se inviste en el Presidente, que dirige los asuntos administrativos de la nación con la ayuda de un Gabinete, que consta principalmente de los Secretarios (jefes) de los diversos departamentos federales. El Congreso de los Estados Unidos de América, la rama legislativa, es bicameral y está compuesto por un Senado y una Cámara de Representantes. La rama judicial consta de los tribunales federales, el más alto de los cuales es la Corte Suprema de los Estados Unidos de América, compuesta por nueve miembros. Los gobiernos estatales tienen una estructura similar al sistema federal, siendo el ejecutivo del estado conocido como gobernador y la rama legislativa como la legislatura.

En los Estados Unidos de América, los blancos comprenden el grupo racial/étnico más grande (75,1%), seguido de los hispanos de cualquier raza (12,5%), los afroestadounidenses (12,3%) y los asiáticos (3,6%). Los indios estadounidenses y los nativos de Alaska constituyen aproximadamente 0,9% de la población, y los oriundos de Hawaii y de otras islas del Pacífico comprenden aproximadamente 0,1%. En el año 2000, se calculó que un 11,4% de la población de los Estados Unidos de América vivía por debajo del nivel nacional de pobreza; las minorías constituyen un gran porcentaje de esta población. En 2000, la tasa de desempleo nacional era de 4,0%. Los Estados Unidos de América ocupan el tercer lugar en cuanto al Índice de Desarrollo Humano, que mide la esperanza de vida, el nivel de instrucción y los ingresos reales ajustados. También ocupa el tercer lugar en el índice de desarrollo relacionado con el género, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Los servicios de atención de salud en los Estados Unidos de América se dividen entre los sectores público y privado. El país no tiene un sistema único, nacional, de asistencia sanitaria. El proveedor más grande de los servicios de salud es un sector privado competitivo, compuesto por hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos y fabricantes de productos farmacéuticos. Aproximadamente, 70% de la población está cubierta por un seguro de salud privado. En términos generales, los gastos totales para la salud han fluctuado en torno al 13,0% del producto interno bruto (PIB). Los gastos públicos constituían aproximadamente, 45,3%, mientras que los gastos privados comprendían aproximadamente 54,7%. El gasto sanitario nacional per cápita en 1999 fue de US\$ 4.358. En general, los gastos per cápita durante los últimos decenios han aumentado en forma marcada.

El Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) es el principal organismo del gobierno de los Estados Unidos de América para proteger la salud de todos los estadounidenses y proporcionar servicios sociales esenciales, especialmente para los que son menos capaces de velar por sí mismos. El

HHS forma parte del poder ejecutivo y el Congreso de los Estados Unidos de América determina su presupuesto. En el ejercicio económico 2001 su presupuesto ascendió a US\$ 429.000 millones.

El gobierno federal es proveedor directo de servicios de salud para el personal militar (por medio del Departamento de Defensa), los excombatientes con discapacidades vinculadas con el servicio (por medio de la Administración de Veteranos de Guerra), los indios estadounidenses y nativos de Alaska (por medio del Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas) y los presidiarios de las prisiones federales. Mediante un programa conocido como Medicare, el gobierno federal proporciona seguro de salud a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, anteriormente la Administración Financiera de Asistencia sanitaria, o HCFA), una división del HHS, administran Medicare. Es el programa más grande de seguro de salud de la nación y cubre aproximadamente a 39 millones de estadounidenses. El gobierno federal, mediante los CMS, también trabaja con los gobiernos estatales para proporcionar seguro de salud, conocido como Medicaid, a los pobres del país. Medicaid es un programa de seguro de salud, financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales, que se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos. Cubre aproximadamente a 36 millones de individuos, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos para recibir mantenimiento de ingresos del gobierno federal. El gobierno federal, por medio del HHS, también patrocina la investigación médica en una amplia variedad de áreas.

Los sucesos del 11 de septiembre de 2001 plantearon retos sin precedentes para los estadounidenses. Se recurrió a la reserva de funcionarios de salud pública, trabajadores de hospitales, personal de urgencias y ciudadanos comunes en respuesta a los ataques terroristas contra los Estados Unidos de América. La respuesta de salud pública fue un momento decisivo: el HHS desplegó al personal de salud de toda la nación, activó el primer uso de la Reserva Nacional de Productos Farmacéuticos del país, proporcionó asistencia especial de financiamiento y convocó una cumbre nacional sobre salud mental. También se movilizaron los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), que forman parte del HHS, para investigar los ataques anónimos de antrax entregados en forma subrepticia por medio del sistema de correo de los Estados Unidos de América. Estos sucesos han cambiado para siempre el alcance del sistema de salud pública del país.

El Secretario de Salud y Servicios Humanos se encarga de dirigir la amplia respuesta del Departamento al terrorismo y de cerciorarse de que se establezcan y se lleven a cabo programas e iniciativas de salud cruciales, una necesidad que es más fuerte hoy que nunca. El HHS ha tomado las medidas para proteger al país, habiendo solicitado una suma sin precedentes del presupuesto del ejercicio económico 2002, US\$ 23.000 millones, un aumento de 13,5% con respecto al ejercicio económico 2001.

El HHS también se propone aumentar la respuesta a las necesidades, el servicio a los clientes y la corriente de información sanitaria necesaria para los beneficiarios de Medicare y Medicaid, entidades que están en proceso de reorganizarse. También se ha elaborado una iniciativa multifacética de prevención de enfermedades para ayudar a todos los estadounidenses a que logren su potencial total para la salud y el bienestar, centrándose en áreas críticas de salud, como la obesidad, la diabetes y las disparidades de salud. Finalmente, se ha formulado un nuevo plan de acción para fortalecer las protecciones contra la EEB, o enfermedad de la vaca loca. El plan es un esfuerzo conjunto entre tres organismos del HHS, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), los CDC y los Institutos Nacionales de Salud (NIH).

Los Estados Unidos de América en conjunto no han experimentado una reforma integral del sector de salud pública pero se han realizado muchos intentos a diferentes niveles para poner freno a los principales problemas. Hay algunas inquietudes que constantemente mantienen a los estadounidenses luchando por mejorar su sistema de asistencia sanitaria. Los dos temas clave son el gran número de personas no aseguradas y el creciente costo de la asistencia sanitaria. En 2000, aproximadamente 14% de la población no estaba cubierta por seguro de salud. En los años noventa, tuvieron lugar debates en gran escala sobre el financiamiento y la prestación de los servicios del sector de la salud. Un intento conocido para reformar el sector de la salud en los Estados Unidos de América durante este período fue la Ley de la Seguridad Sanitaria (HSA). El enfoque fundamental del plan era una estrategia de “hacer que el mercado funcione”. Presentado al Congreso por primera vez en 1994, este proyecto de ley básicamente proponía proporcionar seguro de salud a todos los estadounidenses, contener la tasa de aumento del gasto de salud, mejorar la infraestructura de salud pública, elaborar subvenciones globales de atención de larga duración para los estados y hacer una revisión de la educación médica de posgrado. El Congreso rechazó el proyecto de ley HSA y mucho se ha debatido sobre el por qué no se logró la aprobación.

En 1996, el Congreso promulgó la ley de “Facilidad de Transferencia del Seguro de Salud y Responsabilización” (HIPPA), conocida como la ley Kennedy-Kassenbaum, que fija reglas nuevas para el seguro privado de salud y crea normas para las transacciones electrónicas relacionadas con la salud. Ese mismo año, el Congreso también aprobó legislación sobre la reforma del bienestar social, conocida como la “Ley de Responsabilidad Personal y Reconciliación de Oportunidades de Trabajo” (PRWORA) que el Congreso de los Estados Unidos de América reautorizará en 2002. Esta reforma desvinculó la asistencia de bienestar social (asistencia de dinero en efectivo) y Medicaid, creó estrictos requisitos de trabajo para los beneficiarios de dicha asistencia y fijó un límite de por vida de cinco años para los inscritos en dicho programa de bienestar social. Las reformas del bienestar social que se han venido llevando a cabo en todos los Estados Unidos de América en años recientes procuran establecer un sistema más sólido de asistencia pública que les permite a todos los ciudadanos aprovechar las oportunidades económicas.

La Ley del Presupuesto Equilibrado de 1997 (BBA) realizó los cambios más grandes a los programas Medicare y Medicaid desde su promulgación en 1965. La ley amplió la capacidad de Medicare de realizar contratos con planes de salud privados, y la opción se llegó a conocer como Medicare+Choice, o Medicare Parte C. La BBA también sancionó el Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP) para aumentar la cobertura de seguro de salud de los niños. Últimamente, el gobierno actual ha declarado su intención de hacer que el gobierno asuma un papel activo en la reforma del sistema de asistencia sanitaria del país. La reforma se guiará mediante tres metas, a saber, asegurar un sistema de asistencia sanitaria centrado en el paciente con atención asequible y de alta calidad, mejorar el sistema de asistencia sanitaria mediante la creación de un entorno que promueva y premie la calidad, y fortalecer la red de protección de la asistencia sanitaria así como aumentar la investigación biomédica.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto político: Los Estados Unidos de América son una república federal en la cual el poder se divide entre una autoridad gobernante central y 50 estados individuales. El principal marco del gobierno es la Constitución de los Estados Unidos de América, ratificada en 1787. El gobierno federal consta de tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. El poder ejecutivo se inviste en el Presidente, que dirige los asuntos administrativos de la nación con la ayuda de un Gabinete que consta principalmente de los Secretarios (jefes) de los diversos departamentos federales. El Congreso de los Estados Unidos de América, el poder legislativo, es bicameral y está compuesto por un Senado y una Cámara de Representantes. Tanto el Presidente como los miembros del Congreso son elegidos independientemente. Las leyes deben ser aprobadas por ambas cámaras del Congreso y firmadas por el Presidente. Aunque el Presidente puede vetar o rechazar legislación aprobada por el Congreso, el Congreso puede anular el veto con una mayoría de dos tercios de cada cámara que vota por separado para aprobar la ley. El poder judicial consta de tribunales federales, el más alto de los cuales es la Corte Suprema de los Estados Unidos de América compuesta por nueve miembros, que también funciona como tribunal de último recurso para los 50 sistemas judiciales estatales. Los gobiernos de los estados tienen una estructura similar al sistema federal, siendo conocido el ejecutivo del estado como gobernador y el poder legislativo generalmente como la legislatura.

El país se compone de 50 estados, un distrito y territorios federales. La Constitución de los Estados Unidos de América establece la relación entre los gobiernos estatales y el Congreso. La Constitución les concede específicamente ciertos poderes al Congreso,¹ pero les otorga poder a los estados sobre todo lo demás. La política sanitaria en los Estados Unidos de América se aborda a nivel tanto federal como estatal. Aunque la Constitución de los Estados Unidos de América no se refiere específicamente a los servicios de salud, sí le concede al gobierno federal autoridad para aumentar los impuestos y contemplar el bienestar general de la población. Por lo tanto, por interpretación, el gobierno federal tiene el poder de asignar fondos a los estados para llevar a cabo actividades para el bienestar general del público y fijar políticas acerca de cómo pueden usarse estos fondos. Los estados están limitados por sus constituciones respectivas y por el gobierno federal en campos en los que éste tiene autoridad exclusiva. En consecuencia, los estados también tienen control de la política sanitaria. Por ejemplo, el otorgamiento de licencias a hospitales, el otorgamiento de licencias a profesionales de la salud y las actividades tradicionales de salud pública (por ejemplo, calidad y saneamiento alimentarios, estadísticas vitales, etc.) son del dominio del gobierno estatal.

1.2 Contexto económico: La década de los noventa fue un período de crecimiento económico significativo para los Estados Unidos de América. El desempleo descendió de un 7,2% en 1985 a un 5,6% en 1990 y a un 4,2% en 1999. El producto interno bruto (PIB) per cápita aumentó de US\$ 25.735 en 1993 a US\$ 33.885 en 1999. El gasto público total permaneció relativamente constante a lo largo del decenio, en torno a un 20% del PIB. La tasa anual de inflación fluctuó a lo largo de los años noventa y fue aproximadamente 2,2% durante 1999. El total del gasto público en salud aumentó considerablemente durante el decenio, de US\$ 282.400 millones en 1990 a US\$ 548.500 millones en 1999.²

Algunos indicadores económicos

INDICADOR	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en US\$ actuales	\$25.735	\$27.068	\$28.131	\$29.428	\$30.968	\$32.373	\$33,885
Población económicamente activa, en miles	129.200	131.056	132.304	133.943	136.297	137.673	139,368
Gasto público total como porcentaje del PIB *	21,8	21,4	21,1	20,7	20,0	19,7	19,7**
Gasto público en programas sociales como porcentaje del PIB***	21,1	21,0	20,9	ND	ND	ND	ND
Tasa anual de inflación	3,0	2,6	2,8	3,0	2,3	1,6	2,2

Fuente(s): Statistical Abstract of the United States, en dólares de los Estados Unidos de América, 2000. *Sólo gasto federal. **Datos preliminares. ***Gastos en asistencia social en virtud de programas públicos como porcentaje del PIB. ND significa que no se dispone de información.

1.3 Contexto demográfico y epidemiológico: La esperanza de vida sigue aumentando en los Estados Unidos de América, aunque siguen existiendo disparidades en la misma entre grupos raciales. La esperanza de vida promedio al nacer en 1998 era 76,7 años.³ La tasa anual promedio de crecimiento de la población en 1998 era un 1,0%, que se mantuvo constante con respecto al año anterior,⁴ y la tasa de crecimiento anual promedio durante el período 1990-98 fue también un 1,0%. La inmigración sigue desempeñando una función en el crecimiento de la población en los Estados Unidos de América. En 1998, la inmigración neta a los Estados Unidos de América fue aproximadamente 979.000, una disminución leve con respecto al año anterior.

En años recientes no se han realizado estudios sobre el registro insuficiente de mortalidad en los Estados Unidos de América. El porcentaje de muertes por causas mal definidas en 1998 era un 1,1%.⁵ En el último decenio han descendido las tasas de mortalidad ajustadas por edad para las enfermedades transmisibles, habiendo variado en 1998 de 10,8 defunciones por 100.000 en ambos sexos para personas con 13+ años de educación a 40,0 defunciones por 100.000 para aquellas con menos de 12 años de educación. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad para las neoplasias malignas en todas las personas también han disminuido durante los últimos decenios, quedando en alrededor de 124 defunciones por 100.000 habitantes en 1998, si bien son la principal causa de muerte en individuos de 45-64 años en los Estados Unidos de América. La tasa de mortalidad ajustada por edad para las enfermedades

cardiovasculares graves bajó de 340,1 en 1970 a 161,2 en 1998. No obstante, las enfermedades cardiovasculares afectan desproporcionadamente a ciertos grupos de población, como los hombres negros.

Las defunciones por causas externas han variado durante los dos últimos decenios. Las tasas de 1970 son: accidentes, 53,7; homicidios, 9,1; suicidios, 11,8; mientras que en 1990, las tasas fueron: accidentes, 32,5; homicidios, 10,2; suicidios, 11,5. Las tasas correspondientes a 1998 son las siguientes: accidentes, 30,1; homicidios, 7,3; suicidios, 10,4.⁶ Las cifras de 1998 indican que las cinco principales causas de mortalidad en los Estados Unidos de América en orden descendente son: enfermedades del corazón, neoplasias malignas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y lesiones no intencionales. Las tasas de mortalidad para las enfermedades transmisibles crónicas así como las enfermedades no transmisibles crónicas han disminuido en general durante los cinco últimos años.

	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Tasa de natalidad bruta	15,5	15,2	14,8	14,7	14,5	14,6	14,5*
Tasa de fecundidad general (Número total de nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15-44 años.)	67,6	66,7	65,6	65,3	65,0	65,6	65,8*
Tasa bruta de mortalidad (1.000 habitantes)	8,8	8,75	8,8	8,72	8,65	8,65	ND
Tasa de mortalidad materna (Health, US 2000; todas las edades, cruda)	7,5	8,3	7,1	7,6	8,4	7,1	ND
Tasa de mortalidad infantil	8,4	8,0	7,6	7,3	7,2	7,2	ND

Fuente: Health, United States, 2000; * Preliminar.

Las cinco causas principales de mortalidad infantil (niños menores de 1 año) comprenden: las malformaciones congénitas, los trastornos relacionados con la gestación corta y el bajo peso al nacer no especificado, el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL), los recién nacidos afectados por las complicaciones maternas del embarazo y el síndrome de dificultad respiratoria (RDS).⁷ Las tasas de 1990 fueron: congénitas, 198,1; gestación corta, 96,5; SMSRN, 130,3; complicaciones maternas, 39,8; RDS, 68,5. En 1998, las tasas de estas causas principales fueron: congénitas, 157,6; gestación corta, 104,0; SMSRN, 71,6; complicaciones maternas, 34,1; RDS, 32,9. La enfermedad diarreica aguda y las infecciones respiratorias agudas comprenden sólo un porcentaje muy pequeño de defunciones de los niños menores de 5 años de edad, siendo responsables de un 0,7% y un 2,0%, respectivamente, de las defunciones observadas en 1998.

Las enfermedades emergentes/reemergentes que son de mayor importancia en los Estados Unidos de América son la infección por el VIH/SIDA y la septicemia. La tasa de mortalidad ajustada por edad de la infección por el VIH/SIDA ha disminuido el último decenio de 9,8 en 1990 a 4,6 en 1998.⁸ Sin embargo, la infección por el VIH/SIDA parece afectar desproporcionadamente a los hombres: la tasa de mortalidad ajustada por edad en 1998 fue 7,2 para los hombres y 2,2 para las mujeres. Esta brecha entre hombres y mujeres ha disminuido significativamente desde 1990. La septicemia está en aumento lentamente en los Estados Unidos de América, registrándose una tasa de mortalidad ajustada por edad de 4,4 en 1998, un aumento con respecto a 1990, cuando fue 4,1. En realidad, la septicemia ocupó el décimo lugar entre las principales causas de muerte entre las mujeres en 1998.

1.3 Contexto social: Los datos del Censo de los Estados Unidos de América de 2000 arrojan la cifra de 281.421.906 habitantes, de los cuales aproximadamente 77,2% vive en entornos urbanos.⁹ El cuadro siguiente muestra la distribución de la población entre diferentes grupos raciales/étnicos.

Menos de 0,5% de los estadounidenses son analfabetos.¹⁰ En 1998, en promedio 82,8% de niños finalizaron la escuela secundaria.

Los niveles de pobreza parecen haber descendido levemente durante los cinco últimos años. En 1998, se calculó que un 12,7% de los habitantes de los Estados Unidos de América viven debajo del nivel nacional de pobreza.¹¹ La pobreza se ve con mayor frecuencia en las minorías étnicas que en la población blanca. La razón entre el 20% más alto, o el ingreso promedio más rico, y el 20% más bajo, el ingreso promedio más pobre, es 8,9.¹² En 1990, la tasa de desempleo era un 5,6% para la población total, mientras en 2000 la tasa era un 4,0% para la población total.¹³

Población por raza y origen hispano/latino

Raza y origen hispano	Población a abril de 2000	Porcentaje de la población
POBLACIÓN TOTAL	281.421.906	100%
Una raza	274.595.678	97,6%
Blancos	211.460.626	75,1%
Negros o afroestadounidenses	34.658.190	12,3%
Indios estadounidenses y nativos de Alaska	2.475.956	0,09%
Asiáticos	10.242.998	3,6%
Oriundos de Hawai y otras islas del Pacífico	398.835	0,1%
Alguna otra raza	15.359.073	5,5%
Dos o más razas	6.826.228	2,4%
Hispanos o latinos (de cualquier raza)	35.305.818	12,5%

Fuente: United States Census Bureau, 2000 Census.

Los Estados Unidos de América ocupan el tercer lugar en cuanto al Índice de Desarrollo Humano, que mide la esperanza de vida, el nivel de instrucción y los ingresos reales ajustados, y el tercer lugar según el índice de desarrollo relacionado con el género, del Informe de Desarrollo Humano del PNUD.¹⁴ Si bien los Estados Unidos de América tienen el PIB per cápita más alto del mundo, queda a la zaga de Canadá y Noruega en algunos de los campos que el PNUD considera en su jerarquización, incluida la esperanza de vida y la educación.

2. EL SISTEMA DE SALUD

2.1 Organización general. Los servicios de salud en gran parte son prestados por el sector privado y los aseguradores comerciales desempeñan una importante función en el financiamiento de la asistencia sanitaria. La mayoría de la cobertura de servicios de salud se obtiene por medio de una tercera entidad pagadora, como un empleador o el gobierno, que efectúa los pagos, directa o indirectamente, a los proveedores de servicios. Esto puede incluir los costos de médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc., según el tipo de seguro.

Instituciones públicas: El gobierno federal es proveedor directo de servicios de salud para el personal militar, los veteranos con discapacidades relacionadas con el servicio, los nativos estadounidenses (indios estadounidenses y nativos de Alaska) y los presidiarios de las prisiones federales. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) es el principal organismo gubernamental estadounidense para proteger la salud de todos los ciudadanos y proporcionar servicios sociales esenciales, especialmente para los que son menos capaces de velar por sí mismos. El Departamento tiene un presupuesto, determinado por el Congreso, que ascendió a US\$ 429.000 millones para ejercicio económico 2001. Muchos servicios financiados por el HHS son prestados a nivel local por entidades del estado, del condado o tribales, o por medio de adjudicatarios del sector privado. Once divisiones operativas del HHS administran los programas del Departamento. Además de los servicios que prestan, los programas del HHS prevén el tratamiento equitativo de los beneficiarios de toda la nación y facilitan la recolección de datos nacionales de salud y otros datos.

El HHS no es proveedor directo de servicios de salud a la población de los Estados Unidos de América, con una excepción: el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas (IHS). El IHS es el principal proveedor de asistencia sanitaria y promotor federal de la salud para el pueblo indígena; su meta es asegurar que los indios estadounidenses y los nativos de Alaska dispongan de servicios de salud pública y personales integrales, culturalmente aceptables y accesibles.¹⁵ La prestación de servicios de salud a los miembros de las tribus federalmente reconocidas surgieron de la relación especial de gobierno a gobierno entre el gobierno federal de los Estados Unidos de América y las tribus indias establecidas en 1787. Fuera del HHS, el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) y el Departamento de Defensa

(DOD) son las únicas dependencias gubernamentales federales que proporcionan directamente servicios de salud. El Departamento de Transporte (DOT) también proporciona servicios de asistencia sanitaria directa a oficiales y personal contratado del Servicio de Guardacostas. Según el Instituto de Investigación de Prestaciones a Empleados, en 1999 6,5 millones de estadounidenses se inscribieron en Tricare o Programa Médico y de Salud para Civiles del Departamento de los Asuntos de Veteranos (CHAMPVA).¹⁶ Con un presupuesto de más de US\$ 20.000 millones, la Administración Sanitaria de Veteranos, que forma parte de la Administración de Veteranos (VA), les proporciona asistencia sanitaria a los veteranos.¹⁷ Además de su misión de atención médica, el sistema de asistencia sanitaria de veteranos es el proveedor más grande de la nación de educación médica de posgrado y una de las organizaciones más grandes de investigación médica de la nación. También proporciona respaldo al Departamento de Defensa (DOD) y al Sistema Médico Nacional para casos de Desastre.

El gobierno federal proporciona seguro a todos los estadounidenses de más de 65 años de edad, los que tienen insuficiencia renal permanente y ciertas personas con discapacidades, mediante un programa conocido como Medicare. Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), parte del HHS, administran Medicare, el programa más grande de seguro de salud de la nación, que cubre aproximadamente 39 millones de estadounidenses. Medicare se financia en general mediante una combinación de impuestos a la nómina de sueldos, ingresos generales y primas que pagan los beneficiarios. Medicare tiene tres partes: la Parte A, que proporciona seguro de hospital; la Parte B, que proporciona seguro médico complementario, y la Parte C, que permite que las Partes A y B sean prestadas mediante planes de salud privados¹⁸. El gobierno federal, por medio de los CMS, también trabaja con gobiernos estatales para proporcionar seguro de salud a los pobres del país. Medicaid es un programa de seguro de salud financiado en forma conjunta por el gobierno federal y los gobiernos estatales y se dedica a algunos sectores de la población de bajos ingresos y necesitados. Cubre a aproximadamente 36 millones de individuos, incluidos niños, ancianos, ciegos, discapacitados y otros que reúnen los requisitos para recibir mantenimiento de ingresos del gobierno federal. El título XIX de la Ley de Seguridad Social creó Medicaid en 1965 como empresa cooperativa entre el gobierno federal y los gobiernos estatales para ayudar a los estados a proporcionar atención médica adecuada a las personas necesitadas que reúnen los requisitos. Medicaid es el programa más grande que presta servicios médicos y relacionados con la salud a las personas más pobres del país.¹⁹ El programa Medicaid varía considerablemente de un estado a otro, así como en un mismo estado en diferentes períodos, pero el gobierno federal requiere que se presten ciertos servicios básicos a todos los inscritos en el programa.

A fines de los años ochenta se introdujeron modificaciones a Medicaid, ampliando su alcance para cubrir a otras mujeres y niños que viven algo por encima del umbral oficial de pobreza fijado a nivel federal. La Ley del Presupuesto Equilibrado (BBA) de 1997 enmendó la Ley de Seguridad Social para

agregar un nuevo título: el título XXI, Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). La finalidad era permitir que los estados iniciaran y ampliaran la asistencia de salud a los niños no asegurados, de bajos ingresos. La asistencia tendría lugar mediante la ampliación de Medicaid u ofreciendo seguro privado, o una combinación de ambos.²⁰ Las funciones tradicionales de salud pública de vigilar la calidad de los alimentos y el agua, el saneamiento, las estadísticas vitales, el otorgamiento de licencias a hospitales y diversos profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, enfermeras, dentistas) también se manejan a los niveles estatales y locales.

Instituciones privadas: En los Estados Unidos de América, los servicios de salud en gran parte son prestados por el sector privado, y aproximadamente 70% de la población del país está cubierta por seguro de salud privado.²¹ El sector privado se compone de hospitales, médicos, dentistas, hogares para convalecientes, organismos de asistencia domiciliaria, compañías aseguradoras, empresas de suministros médicos, fabricantes de productos farmacéuticos, etc. La mayoría de la cobertura para los servicios de salud en el sector privado se obtiene mediante el empleo.

La obtención de seguro de salud mediante el empleo exige que el asegurado pague parte de la prima de seguro y que el empleador pague la parte restante. Las aseguradoras luego efectúan el pago directamente a los proveedores de servicios, que son predominantemente médicos privados, hospitales, etc. La ley no exige que el empleador proporcione seguro, en cambio esto se fomenta por medio de una política impositiva que ofrece alivio tributario ilimitado para la compra del seguro de salud, siempre y cuando los trabajadores compren los planes que sus empleadores proporcionan. En 1996, al 75% de los empleados les ofreció seguro su empleador y cerca del 80% se acogió al plan.

Los planes de seguro ofrecidos por los empleadores varían. Por lo general, los que trabajan para empresas más grandes recibirán mejor cobertura que los que trabajan para pequeñas empresas. Además, algunos empleadores ofrecen sólo un plan de seguro de salud mientras otros ofrecen opciones en cuanto a planes, por ejemplo un plan de honorarios por servicios prestados, una organización para el mantenimiento de la salud (OMAS) o una organización de proveedores preferidos (OPP). La remuneración según honorarios por servicios prestados solía ser la norma en el ejercicio de la medicina en los Estados Unidos de América. Sin embargo, al haber una inquietud cada vez mayor por el control de los costos y una demanda de atención de calidad y mayor flexibilidad en la elección de proveedores, las OMAS y otras formas de atención regulada, incluidas las OPP, adquirieron una porción grande del mercado de asistencia sanitaria.

La atención regulada se define en general como un esfuerzo organizado que incluye tanto a los aseguradores como a los proveedores de asistencia sanitaria para usar incentivos financieros y medidas organizativas con el fin de modificar el comportamiento de pacientes y proveedores para que los servicios de asistencia sanitaria se presten y se usen de manera más eficaz y con menor costo.²² El modelo

característico de atención regulada es la OMAS pero hay otras variaciones del modelo, incluidas las OPP. Las OMAS prestan toda la variedad de servicios de salud a un grupo, incluidas visitas a médicos, estadías en hospitales, atención de urgencia, operaciones quirúrgicas, análisis de laboratorio, radiografías y terapia, a cambio del pago de una suma global, que se llama capitación. La OMAS organiza la atención ya sea directamente en sus propios consultorios de grupo o por medio de médicos y otros profesionales de asistencia sanitaria bajo contrato. Generalmente, la elección de médicos y hospitales se limitan a los que tienen convenios con la OMAS para prestar atención y a menudo se requieren derivaciones para ver a un especialista. Los médicos y los hospitales son, en muchos casos, pagados per cápita en vez de usar la modalidad de honorarios por servicios prestados que emplean las organizaciones de atención regulada. La idea que sustenta esta medida es controlar el gasto y reducir procedimientos costosos innecesarios.

Al igual que la OMAS, la OPP es otra forma de atención de salud administrada. La OPP es una combinación de seguro mediante honorarios por servicios prestados y de algunas características de las OMAS tradicionales. Los pacientes tienen un número limitado de médicos y hospitales para elegir. Cuando utilizan proveedores específicos, la mayoría de sus facturas médicas están cubiertas, pero también pueden elegir a médicos fuera de la lista proporcionada y recibir todavía una cobertura parcial. Los estadounidenses que deciden adquirir independientemente su seguro a menudo pagan primas altas, que se espera que suban un promedio de 13% en el año 2002. Los precios altos provienen de algunas leyes estatales que exigen que estos tipos de planes cubran una amplia variedad de tratamientos y procedimientos, que comprenden quiroprácticos, acupuntura, anticonceptivos, fecundación *in vitro* y terapia. Los clientes a menudo no usan estos tipos de procedimientos, no obstante pagan un subsidio por la oportunidad de contar con estos servicios como parte de su cobertura. Estos precios altos a menudo dejan a muchos estadounidenses desempleados sin seguro de asistencia sanitaria.

Además de la relación de asegurador paciente en el sistema privado de asistencia sanitaria, en el país hay muchas organizaciones privadas, sin fines de lucro, que se enorgullecen de educar y recaudar fondos para causas relacionadas con la salud. Por ejemplo la Cruz Roja atiende al público estadounidense al apoyar a las víctimas de conflictos y desastres en los Estados Unidos de América y en todo el mundo. También presta una amplia gama de servicios en el país, incluida la coordinación de la donación biomédica de sangre y plasma, y programas comunitarios para la toma de conciencia sobre la salud y el voluntariado. Esta organización sin fines de lucro está constituida legalmente por el gobierno de los Estados Unidos de América y ocasionalmente recibe alguna asistencia financiera del gobierno federal para los proyectos más importantes. La organización principalmente funciona mediante donaciones del público²³

Se han formado otras organizaciones de atención de salud orientadas a aspectos específicos de la asistencia sanitaria. Organizaciones como la Asociación Americana del Cáncer, la Sociedad Nacional de

Esclerosis Múltiple, la American Heart Association y otras se crearon para aumentar la conciencia sobre dolencias específicas, así como para recaudar fondos para la investigación y el tratamiento de estas enfermedades. Específicamente, la Asociación Americana del Cáncer es una organización de salud comunitaria, voluntaria, dedicada a eliminar el cáncer y a la prevención y la investigación.²⁴ De igual manera, la American Heart Association es un organismo de salud voluntario que tiene la misión de reducir los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares. Esta Asociación también ha gastado más de US\$ 1.700 millones para la investigación en los últimos 50 años.²⁵ En el campo de la asistencia sanitaria, hay también organizaciones profesionales, como la Asociación Médica Estadounidense (AMA), la Asociación Estadounidense de Hospitales (AHA), la Asociación Estadounidense de Enfermería (ANA) y otras que agrupan a miembros del campo de la salud. Las asociaciones están comprometidas a normas éticas en el sistema de asistencia sanitaria, excelencia en el campo mediante la educación y promoción de la causa en nombre de la profesión médica y los pacientes.²⁶ Estas asociaciones brindan al sector privado la capacidad de verificar el desempeño de sus homólogos, las aseguradoras del sector privado.

Las organizaciones del sector privado, como las mencionadas, a menudo prestan apoyo financiero a la investigación. También existen organizaciones de investigación en salud, como la Henry J. Kaiser Family Foundation, con la única finalidad de realizar descubrimientos importantes en el campo médico. A menudo asociadas con instituciones académicas, las organizaciones de investigación estudian una variedad de temas relacionados con la salud, proporcionándole información a toda la comunidad de asistencia sanitaria. Estas organizaciones también pueden presentar solicitudes para recibir financiamiento del gobierno, por medio de los NIH, que forman parte del HHS.

El gobierno actual ha establecido en el HHS un Centro para Iniciativas de Carácter Religioso y de la Comunidad, que permite al sector privado participar con el HHS y otros organismos gubernamentales en asistir al público estadounidense. Las organizaciones de carácter religioso y comunitarias tienen una larga historia de prestación de servicios esenciales a personas necesitadas en los Estados Unidos de América, una tradición que originó esta nueva iniciativa. El gobierno ha contemplado aumentar los fondos y eliminar las barreras innecesarias que pueden impedir que estas organizaciones participen plenamente en sus comunidades. Actualmente la División de Iniciativas de Carácter Religioso y de la Comunidad del HHS solicita recursos a varios programas de subvención, como Asistencia Temporal a Familias sin Recursos (TANF), Subvención Global para Servicios Comunitarios, Subvención Global para Prevención del Abuso de Sustancias y Tratamiento y los Proyectos de Ayuda para la Transición de la Carencia de Hogar (PATH). En estos programas, el HHS proporciona fondos a los estados y éstos, a su vez, asignan los fondos a una variedad de grupos de la comunidad y de carácter religioso. Los fondos se emplean luego para ayuda no sectaria a las comunidades.²⁷

2.1 Recursos del sistema

Recursos humanos

Según la Asociación Médica Estadounidense, un 30% de los médicos varones y un 46% de las mujeres se dedican a la medicina general de atención primaria (es decir, atención familiar y general, medicina interna, obstetricia y ginecología y pediatría).²⁸ Un 6% de los médicos varones y un 7% de las mujeres se dedican a subespecialidades de atención primaria, mientras 64% de los hombres y 47% de las mujeres se dedican a otra especialidad. La Oficina de las Profesiones de Salud de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del HHS informa que la razón de médicos generales (excluyendo medicina interna general y pediatría general) a especialistas ha permanecido relativamente uniforme durante el decenio pasado, habiendo disminuido un poco en años recientes: 1991, 0,137; 1995, 0,133, 1996, 0,135; 1997, 0,134; 1998, 0,133, y 1999, 0,12 (es decir, aproximadamente 1 generalista por 8 especialistas). No hay datos disponibles sobre el porcentaje de desempleo en las categorías profesionales que se presentan en el cuadro siguiente. La razón es que se supone que el desempleo entre estos profesionales está cerca de cero; los que no están trabajando han escogido voluntariamente no hacerlo.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD

TIPO DE RECURSO	AÑO						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10.000 habitantes	23,7	23,9	24,2	24,6	25,2	26	26.8
Razón de enfermeras registradas* por 10.000 habitantes	75,9	77,8	79,8	81,5	82,3	82,8	84.4
Razón de dentistas por 10.000 habitantes	6,1	6,2	6,2	6,2	6,2	6,2	6.2
Razón de técnicos de laboratorio de nivel medio por 10.000 habitantes	12,1	12,2	12,3	12,4	12,5	12,6	12.7
Razón de farmacéuticos por 10.000 habitantes.	6,8	6,8	6,9	6,9	7	7	7.1
Trabajadores de servicio radiológico por 10.000 habitantes.	7	7,2	7,4	7,6	7,8	8	8.2
No. de graduados de Salud Pública	4.175	4.553	4.636	5.064	5.100	5.200	5,300

Fuente: Cálculos de la Oficina de Profesiones de la Salud, de la HRSA.

MÉDICOS EN INSTITUCIONES PÚBLICAS Y PRIVADAS, Año 1998

Institución	Médicos
No federal	648.009
Atención en consultorio	468.788
Práctica en hospitales	137.637
Otra actividad profesional *	41.584
Federal	18.991
Total (Prof. activo)	777.859

Fuente(s): Health, United States 2000; * HRSA, encuesta nacional por muestreo de 1996. * En el caso de los médicos incluye enseñanza médica, administración, investigación y otros.

En 1996, los ingresos netos medios promedios de todos los médicos eran US\$ 199.000.²⁹ Los médicos generales en el pasado han ganado por término medio US\$ 60.000 menos que esa cifra, y los ingresos de especialistas han variado mucho pero han tendido a ser mucho mayores. Los sueldos de los médicos aumentaron en forma sostenida a los años ochenta, pero han disminuido algo en años recientes. La aprobación de la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (COBRA) de 1985 que afectó los pagos de la Parte B de Medicare y el crecimiento de la atención regulada se citan con frecuencia como las causas del crecimiento desacelerado (y en algunos casos, la disminución) de los sueldos de los médicos. No obstante, en los Estados Unidos de América a los médicos se les paga en general sueldos mayores que otros profesionales, como ingenieros y profesores, que ganan en general menos de US\$ 100.000 al año. La Asociación Médica Estadounidense proporciona información sobre el promedio de horas que los médicos dedican a la atención de los pacientes por semana.³⁰ En 1997, los médicos en general proporcionaban 53,2 horas de atención, que es bastante representativa del resto del decenio. Ciertas especialidades como cirugía y obstetricia/ginecología registraron más horas por semana que el promedio (55,0 y 59,9, respectivamente).

En el año 2000, la Oficina de Profesiones de Salud de HRSA realizó la Encuesta Nacional por Muestreo de Enfermeras Matriculadas, que es la fuente más amplia e integral de estadísticas del país de todos los que poseen licencias actuales para ejercer en los Estados Unidos de América, independientemente de si están empleados en enfermería.³¹ Los resultados preliminares de febrero del 2001 informan que el número total calculado de enfermeras matriculadas autorizadas era 2.696.540 en marzo de 2000, lo que constituye un aumento de 137.666 con respecto a la cifra de 1996 (aproximadamente 5,4%). De la población total autorizada de enfermeras matriculadas, un 58,5% informó que trabajaba a jornada completa, un 23,2% informó que trabajaba a jornada parcial y un 18,3% informó que no estaba empleado en enfermería. De las 2.201.813 EM que actualmente están empleadas en enfermería, el 59,1% trabaja en entornos hospitalarios, un 6,9% trabaja en hogares para convalecientes o establecimientos de atención prolongada, un 18,3% trabaja en entornos de salud pública o la comunidad

(incluidos ámbitos de salud ocupacional y escolar), un 9,5% trabaja en atención ambulatoria y 3,6% en otros entornos.

Medicamentos y otros productos de salud. La FDA es el organismo del HHS que reglamenta los alimentos, los medicamentos y los dispositivos médicos para todos los consumidores en los Estados Unidos de América. La misión de la FDA es promover y proteger la salud pública al contribuir a que productos inocuos y eficaces lleguen al mercado de manera oportuna, y al vigilar los productos para verificar la continua inocuidad de los mismos después de que estén en uso. Durante el último decenio, el número total de preparaciones farmacéuticas aprobado por la FDA ha aumentado en más de 3.000, siendo los medicamentos genéricos una leve mayoría. Tanto el gasto total en medicamentos como el gasto per cápita han aumentado en forma significativa.

INDICADOR	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
No. total de productos farmacéuticos aprobados por la FDA	7.071	7.380	7.817	8.411	9.039	9.575	10.002
Porcentaje de medicamentos de nombre comercial	40,9	41,1	41,5	42	42,1	42,4	42,7
Porcentaje de <u>medicamentos genéricos</u>	59,1	58,9	58,5	58	57,9	57,6	57,3
Total de gastos en medicamentos y otros productos médicos no durables (precio de venta al público, en miles de millones de dólares) *	76,2	81,5	88,6	98,0	108,6	121,9	NA
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público) *	\$284	\$301	\$325	\$356	\$390	\$434	NA
Porcentaje del gasto público sanitario asignado a medicamentos *	8,5%	8,6%	8,9%	9,4%	10,0%	10,6%	NA

Fuente(s): Publicación de la FDA: “Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations; *Statistical Abstract of the United States, 2000.

El gobierno federal no controla ni reglamenta los precios de los medicamentos en los Estados Unidos de América. Más bien son las empresas farmacéuticas las que fijan libremente los precios de los medicamentos, que tienden a seguir las tendencias del mercado.³² En 1999, los productos por prescripción de mayor venta en el mercado, sobre la base del número total de prescripciones dispensadas, fueron: 1) hidrocodona con APAP, 2) atorvastatina, 3) estrógenos conjugados, 4) levotiroxina y 5) atenolol.³³

La FDA mantiene una lista permanente de medicamentos aprobados, que pueden encontrarse en su publicación conocida como “Productos Farmacéuticos Aprobados con Evaluaciones de Equivalencias Terapéuticas”. Conocido como el “Libro Anaranjado,” actualmente enumera más de 10.300 medicamentos aprobados sobre la base de inocuidad y eficacia, y no incluye medicamentos que se han discontinuado³⁴. Estas evaluaciones se han preparado para servir de información pública y asesoramiento para los organismos estatales de salud, los que prescriben medicamentos y los farmacéuticos, para promover la educación pública en el campo de selección de productos farmacéuticos y para fomentar la contención de los costos de atención de salud.

No hay ningún esquema específico de distribución para facilitar el acceso de ciertos grupos de población a medicamentos. Sin embargo, la FDA tiene dos mecanismos para mejorar dicho acceso: 1) aprobación rápida de medicamentos nuevos para grupos proyectados de pacientes, como población de pacientes terminales, y 2) la Ley de Medicamentos Huérfanos.³⁵ El desarrollo y examen acelerados (*Federal Register*, 15 de abril de 1992) es un mecanismo sumamente especializado para acelerar el desarrollo de medicamentos que prometen beneficios significativos sobre la terapia existente para enfermedades graves o potencialmente mortales para las cuales no existe ninguna terapia. Este proceso incorpora varios elementos nuevos encaminados a asegurarse de que el desarrollo y el examen rápidos sean equilibrados por medidas preventivas para proteger tanto a los pacientes como la integridad del proceso reglamentario.

El gobierno federal no elabora protocolos estandarizados de tratamiento de enfermedades. Sin embargo, muchos planes de seguro de salud pueden elaborar protocolos de tratamiento para que los médicos de su red sigan cuando se traten enfermedades comunes. Además, las asociaciones médicas pueden elaborar protocolos que los médicos deciden seguir por propia voluntad.

Se requiere que un farmacéutico esté presente en las farmacias privadas y las de hospitales. Sólo a un farmacéutico se le permite dispensar los medicamentos de receta en los Estados Unidos de América.

En los Estados Unidos de América hay una necesidad constante de donaciones de sangre. La Oficina de la Investigación y Examen Sanguíneos de la FDA informa que 12 millones de unidades de sangre por año se recogen de 8 millones de donantes en 3.200 establecimientos registrados. En cuanto al plasma para fabricación adicional, 12 millones de unidades de plasma fuente se recogen por año de 1 millón de donantes en 450 establecimientos autorizados. La Cruz Roja Estadounidense informa que en el año 2000 recogió aproximadamente 6,3 millones de unidades de sangre de 4 millones de donantes.³⁶ Además de la Cruz Roja, hay también una red de centros sanguíneos de la comunidad que son independientes y sin fines de lucro, que proporciona aproximadamente 50% de la sangre en los Estados Unidos de América. El 100% de la sangre que se extrae para transfusión está sujeta a las cinco capas de seguridad.³⁷

Equipo y tecnología

DISPONIBILIDAD DE EQUIPO EN EL SECTOR DE LA SALUD, AÑO: 1998

SUBSECTOR	TIPO DE RECURSO	
	Camas cuantificables	Bancos de sangre por 100.000 habitantes
Todos los hospitales	1.012.582	ND
Federales	56.698	58*
No federales¹	955.884	ND
Comunidad²	839.988	ND
Sin fines de lucro	587.658	ND
Con fines de lucro	112.975	ND
Gobiernos estatales y locales	139.355	117
TOTAL por 1.000 habitantes	3,7	ND

Fuente(s): Health, United States 2000. ¹ La categoría de hospitales no federales está compuesta por hospitales psiquiátricos, de tuberculosis y de otras enfermedades respiratorias, y hospitales de larga y corta estancia. ² Los hospitales de la comunidad son de estancia corta, excluidas las unidades hospitalarias en las instituciones como prisiones y enfermerías de universidades, establecimientos para los retrasados mentales y hospitales para tratamiento de alcoholismo y dependencia de sustancias químicas. * Los bancos de sangre federales incluyen 19 bancos de sangre verdaderamente "federales" y 39 bancos de sangre militares.

Desde 1980, el número total de camas de hospitales en los Estados Unidos de América ha disminuido en cerca de 350.000. El número de camas disponibles en los hospitales federales ha disminuido en aproximadamente 60.000, mientras el número de camas no federales ha disminuido en aproximadamente 291.000. La disminución de camas se ha atribuido en gran parte a un aumento de procedimientos ambulatorios y las estadías más cortas en los hospitales, cuyo objetivo es en gran parte reducir los gastos sanitarios.

El equipo médico de alta tecnología se ha vuelto cada vez más prevalente en los Estados Unidos de América. El número de unidades de imagenología de resonancia magnética (IRM) ha aumentado de 1.040 en 1991 a 2.046 en 1997. No se cuenta con datos nacionales sobre equipo defectuoso o que no funciona. Los hospitales individuales, los consultorios y otros centros de salud determinan sus propios presupuestos para la compra y el mantenimiento de equipo.

2.3 Funciones del sistema de salud

Función rectora: La gestión del sector de la salud en gran parte es descentralizada en los Estados Unidos de América, y comprende muchas capas de gobierno: federal, estatal, de condado y de ciudad. La función del gobierno federal en la planificación de la salud se ha mantenido tradicionalmente al mínimo. La Ley de Estudios y Construcción de Hospitales (conocida como la ley Hill Burton) en 1946 constituyó el primer intento de planificar la construcción de hospitales a nivel regional.³⁸ En 1965, la planificación en el campo de la salud avanzó con la aprobación de la legislación que creó Medicaid y Medicare, que aumentó la visibilidad de los gastos de salud y posteriormente el interés político. La Ley del Plan

Nacional de Salud de 1974 creó un sistema de organismos estatales y locales de planificación de salud, que en gran parte fueron apoyados por fondos federales. En general, las medidas relacionadas con la planificación sanitaria han sido relativamente débiles. La Ley de Planificación Sanitaria se derogó en los años ochenta. La función del gobierno federal en gran parte ha sido en la esfera de emitir normas y no reglamentos. Un ejemplo reciente es la iniciativa “Personas Sanas 2010”, que esboza un programa integral nacional de promoción de la salud y prevención de enfermedades.³⁹

La administración general del sistema de salud, como el de la planificación de salud, se caracteriza por la descentralización. A los estados se les da el control de la ejecución de muchos de los programas de asistencia sanitaria.⁴⁰ La prestación de los servicios de salud por proveedores públicos y privados se vigila en una variedad de maneras, nuevamente en gran parte de manera descentralizada y voluntaria. Las autoridades estatales y locales, como los departamentos de salud estatales o de condados, pueden vigilar los hospitales y consultorios del gobierno. Los hospitales privados son autónomos por lo general, pero pasan por varias formas de examen. Medicare tiene reglas que rigen la calidad que los hospitales deben seguir para participar en el programa. Otras medidas de control de calidad incluyen acreditación por las organizaciones privadas, como la Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones de Asistencia sanitaria (JCAHO) y el Comité Nacional de Garantía de la Calidad (NCQA). Los hospitales tanto gubernamentales como privados procuran obtener la acreditación de la JCAHO.⁴¹

Se promueven algunos programas intersectoriales. Por ejemplo, en 1987, en respuesta a la creciente repercusión de la infección por el VIH, los CDC del HHS empezaron a proporcionar fondos y asistencia técnica a organismos educativos de estados y grandes ciudades para ayudar a las escuelas a implantar educación eficaz para la prevención del VIH. En 1992, mientras se seguía proporcionando financiamiento a todos los estados para actividades educativas destinadas a la prevención del VIH, los CDC comenzaron una nueva iniciativa para respaldar programas coordinados de salud escolar que pueden reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas: los hábitos alimentarios deficientes, la inactividad física y el consumo de tabaco.⁴²

Los Estados Unidos de América recopilan cantidades enormes de datos sobre la situación sanitaria de la población, el financiamiento sanitario, el seguro y la prestación de los servicios. Sin embargo, a diferencia de los países que tienen un único financiador, los Estados Unidos de América tienen datos que se dividen entre muchos aseguradores, lo que hace que sea sumamente difícil producir un perfil completo o una visión general de los servicios de salud. El Organismo de Investigación y Calidad de la Asistencia Sanitaria (AHRQ), que es parte del HHS, recaba una cantidad significativa de datos sobre los gastos médicos mediante su Encuesta Nacional de Gasto Médico (NMES). Además, el HHS recopila datos a nivel nacional, por medio del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias de los CDC. Los estados

contribuyen a esta base de datos proporcionando datos que recopilan en forma sistemática. Esta información se usa para ayudar a definir los problemas de salud y de servicios de salud de la nación. Fue clave en la preparación del informe “Personas Sanas 2010” y otros informes producidos por el HHS, que afectan directamente la toma de decisiones sobre políticas sanitarias. Los CMS mantienen datos sobre los programas Medicare y Medicaid.

El gobierno federal también contempla la investigación médica, en un intento de descubrir nuevos conocimientos y permitir que el campo médico crezca y avance. Los NIH, parte del HHS, realizan investigaciones, apoyan investigaciones realizadas por entidades no gubernamentales y fomentan la comunicación dentro del campo médico de la información. La meta de los NIH es prevenir, detectar, diagnosticar y tratar una gama amplia de enfermedades y discapacidades; además, albergan institutos y centros específicos que se especializan en diferentes temas de asistencia sanitaria, como el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de los Ojos, el Instituto Nacional del Envejecimiento, el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano junto con más de 20 otros. La solicitud de presupuesto para los NIH en el ejercicio económico 2002 fue US\$ 23.000 millones, para ayudar a la investigación médica necesaria, especialmente debido a la creciente amenaza del terrorismo biológico.⁴³

El gobierno federal no controla directamente los recursos humanos en el sector de la salud. En realidad, el país ha experimentado cambios entre la escasez y el exceso de profesionales de asistencia sanitaria. Durante una escasez de médicos que se percibió a finales de los años cuarenta, el gobierno federal y los gobiernos estatales trataron de fortalecer las escuelas de medicina mediante subvenciones. Por contraste, surgieron preocupaciones en cuanto a un excedente de médicos primero a mediados de los años setenta y luego durante los noventa, que causó alarma entre algunos que creían que el exceso de médicos crearía demanda adicional de servicios de salud y daría lugar a un aumento de los costos de asistencia sanitaria.⁴⁴ No obstante, los Estados Unidos de América siguen adoleciendo de mala distribución geográfica de médicos, lo que deja a muchas partes del país (en particular las zonas rurales y las zonas urbanas deprimidas) sin una cantidad suficiente de médicos para atender a sus poblaciones. El gobierno ha tratado de remediar este problema mediante la creación de incentivos para que los graduados médicos recientes trabajen en estas comunidades médicamente subatendidas, pero persiste el problema. Además, la distribución de médicos por especialidad ha causado inquietud durante varios años. Aproximadamente un 33% de los médicos de la nación se dedican a atención primaria y algunos temen que este número seguirá descendiendo. La cantidad de otros profesionales de salud también ha variado a lo largo de los años. Un informe reciente de la Oficina de Profesionales de la Salud de la HRSA, del HHS, halla que hay una escasez significativa de farmacéuticos en los Estados Unidos de América, a pesar de que hubo un aumento de la oferta de estos profesionales durante el decenio pasado.⁴⁵

Las escuelas que dan capacitación a profesionales de la salud con frecuencia son objeto de evaluaciones para su acreditación por organizaciones privadas. Las escuelas de medicina, de enfermería, de odontología y de salud pública son todas acreditadas por diversas organizaciones en un esfuerzo continuo para asegurar la calidad y el contenido de la educación que reciben los estudiantes. Además, cada estado fija sus propios procedimientos de otorgamiento de licencias para los profesionales de la salud. Con la finalidad de simplificar los procedimientos, la Junta Nacional de Médicos Forenses creó un examen nacional uniforme para el otorgamiento de licencias médicas básicas a los médicos. La reglamentación para la certificación en una especialización médica está bajo jurisdicción no gubernamental.⁴⁶ Sin embargo, una vez autorizados, no hay ninguna reglamentación gubernamental real de los médicos especializados.

Las nuevas tecnologías son evaluadas por múltiples entidades. Los organismos públicos responsables de la evaluación de las tecnologías de la salud en los Estados Unidos de América incluyen la FDA, el AHRQ y los CMS, todos estos partes del HHS, y la VA. Además, los gobiernos estatales, las universidades, los hospitales, las organizaciones médicas especializadas, los planes de salud, las aseguradoras y las asociaciones comerciales del este campo también participan en la evaluación de nuevas tecnologías. Los CMS y la VA evalúan las tecnologías de asistencia sanitaria para apoyar las decisiones en materia de cobertura. Como parte del proceso de decisión de cobertura, los CMS pueden solicitar al AHRQ la realización de evaluaciones de tecnologías. El Centro de Evaluación de Tecnologías de la Asociación Blue Cross-Blue Shield (BCBSA) puede proporcionar evaluaciones de tecnologías para los planes de sus miembros. Otros aseguradores privados de salud tienen programas de evaluación de tecnologías análogas para apoyar decisiones de cobertura; un ejemplo es el Comité de nuevas Tecnologías de Kaiser Permanente. Entidades privadas como las sociedades de especialidades médicas también tienen programas para evaluar las tecnologías de la salud y producir normas voluntarias para médicos. Estas entidades pueden solicitar evaluaciones de tecnologías por medio del AHRQ, que financia 12 centros de prácticas basadas en pruebas en universidades y organizaciones privadas, como BCBSA.

El AHRQ promueve la formulación y el uso de normas de práctica clínica basadas en pruebas de varias maneras. En 1997, el AHRQ, luego conocido como Organismo para la Política de Asistencia sanitaria y la Investigación, lanzó su iniciativa para promover la práctica basada en pruebas en la atención diaria, mediante el establecimiento de 12 centros de prácticas basada en pruebas. Estos centros elaboran informes fácticos y evaluaciones de tecnologías sobre temas clínicos que son comunes, costosos y/o significativos para las poblaciones atendidas por Medicare y Medicaid. Los informes fácticos y las evaluaciones de tecnologías sientan bases que las entidades públicas y privadas pueden usar para elaborar y aplicar sus propias normas de práctica, mediciones del desempeño, criterios de examen y otras herramientas clínicas para el mejoramiento de la calidad.

En 1998 de diciembre, el AHRQ creó el Centro Nacional de Normas (™) (NGC) con la AMA y la Asociación Estadounidense de Planes de Salud (AAHP), una base de datos en la Internet que contiene normas basadas en pruebas y que se halla en <www.guideline.gov>. Cuando el NGC entró en funcionamiento, contenía 200 normas sobre de práctica clínica basadas en pruebas presentadas por más de 50 organizaciones de asistencia sanitaria y otras entidades. Desde entonces, el contenido del NGC ha aumentado a más del triple y ahora contiene 920 normas de práctica clínica presentadas por más de 150 organizaciones de asistencia sanitaria y otras entidades. Todas las normas contenidas en el NGC se resumen en un formato estandarizado que les permite a los usuarios comparar las recomendaciones de normas de práctica clínica. Semanalmente se agregan nuevas normas. Actualmente, se envían notificaciones por correo electrónico semanalmente a más de 4.200 usuarios que quieren saber acerca de las actualizaciones del sitio. Durante los dos últimos años, el NGC ha tenido más de 2 millones de visitantes, ha procesado más de 23 millones de solicitudes y ha sido consultado más de 42 millones de veces. Ahora tiene más de 28.000 visitas a la semana de todo el mundo.

Financiamiento y gasto: Los CMS recaban en gran parte la información sobre el financiamiento de los costos sanitarios de una variedad de fuentes: datos de Medicare, datos de Medicaid, los aseguradores privados, el IHS, el DOD y la VA. Los gastos de asistencia sanitaria en los Estados Unidos de América siguieron aumentando durante los años noventa, habiendo aumentado los gastos públicos más rápidamente que los del sector privado. En términos generales, los gastos totales para la salud han rondado en torno a un 13,0% del producto interno bruto (PIB), totalizando US\$ 1.210.700 en 1999. Los gastos públicos constituyeron aproximadamente 45,3%, y el gasto privado, aproximadamente 54,7%.

Gastos sanitarios nacionales por tipo 1993-1999 (en miles de millones de dólares)

TIPO DE GASTO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gastos públicos	390,3	427,3	458,2	484,4	505,8	522,9	548,5
Porcentaje federal del gasto público	70,3	69,9	70,7	71,5	71,5	70,6	70,1
Servicios de salud y suministros	372,2	408,3	438,1	463,4	483,3	500,2	524,2
Medicare	148,3	166,2	184,8	200,3	211,2	211,4	213,6
Pagos médicos de asistencia pública	126,6	139,2	149,5	157,6	164,9	176,9	193,4
Seguro de discapacidad temporal	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Indemnización a trabajadores (médico)	21,6	22,2	21,9	21,9	20,3	20,2	20,7
Hospital del Departamento de Defensa, médico	12,1	11,8	12,1	12,0	12,1	12,2	12,5
Programas de salud maternoinfantil	2,2	2,3	2,3	2,4	2,5	2,6	2,8
Actividades de salud pública	27,2	30,0	31,4	32,9	36,0	38,6	41,1
Hospital de veteranos, atención médica	14,1	15,1	15,4	16,3	16,3	16,9	17,6
Rehabilitación vocacional médica	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Hospitales estatales y locales	14,2	15,3	14,0	13,5	13,3	13,7	14,1
Otros	5,3	5,6	6,0	5,9	6,1	7,0	7,8
Gastos privados	497,3	509,4	528,8	553,6	588,0	623,2	662,1
Servicios de salud y suministros	483,6	495,9	516,3	540,4	573,1	607,7	646,6

Pagos en efectivo	148,9	146,2	149,2	155,0	165,5	176,1	186,5
Primas de seguro	295,7	308,9	322,3	337,4	355,6	376,8	401,2
Otros	39,1	40,8	44,8	47,9	52,0	54,8	58,9
TOTAL	887,6	936,7	987,0	1.038,0	1.093,9	1.146,1	1.210,7
Porcentaje de PIB	13,4	13,3	13,3	13,3	13,2	13,0	13,0

Fuente: Centers for Medicare & Medicaid Services (anteriormente llamada U. S. Health Care Financing Administration)

Los Estados Unidos de América no reciben fondos para el sector sanitario de los organismos internacionales de cooperación.

Gastos sanitarios 1993-1999

Gasto	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gasto público sanitario per cápita (en US\$)	\$1.486	\$1.611	\$1.711	\$1.793	\$1.855	\$1.900	\$1.975
Gasto sanitario per cápita total (en US\$)	\$3.380	\$3.532	\$3.686	\$3.842	\$4.011	\$4.164	\$4.358
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	13,4	13,3	13,3	13,3	13,2	13,0	13,0
Deuda externa en salud /Total de deuda externa	0	0	0	0	0	0	0

Fuente: Centers for Medicare & Medicaid Services (anteriormente llamado HCFA), Office of the Actuary; National Health Statistics Group.

El gasto sanitario nacional per cápita en 1999 fue US\$ 4.358. En general, los gastos per cápita durante los últimos decenios han aumentado en forma aguda. En 1980, los gastos sanitarios nacionales per cápita fueron US\$ 1.067, y para 1990 habían alcanzado US\$ 2.737.⁴⁷

Seguro de salud: En los Estados Unidos de América, el seguro de salud es el método más común de pago por los servicios de asistencia sanitaria. Sin seguro de salud ni capacidad de pagar con fondos privados, el acceso a servicios de salud es limitado o no se consigue en absoluto. No existe un sistema único, de todo el país, de seguro de salud, pero el gobierno federal patrocina Medicare y Medicaid así como planes de seguro para militares. La mayoría de la población, sin embargo, está cubierta por seguro de salud privado, obtenido en gran parte por medio de los empleadores.

Gastos sanitarios nacionales por rubro, 1993-1999 (en miles de millones de dólares)

OBJETO DEL GASTO	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Gastado por:							
Consumidores	444,5	455,1	471,5	492,5	521,1	552,9	587,7
En efectivo	148,9	146,2	149,2	155,0	165,5	176,1	186,5
Seguro privado	295,7	308,9	322,3	337,4	355,6	376,8	401,2
Gobierno	390,3	427,3	458,2	484,4	505,8	522,9	548,5
Otros	52,7	54,3	57,3	61,1	66,9	70,3	74,4
Gastado por:							
Servicios y suministros de salud	855,8	904,2	954,4	1.003,8	1.056,5	1.107,9	1.170,8
Gastos de asistencia individual	775,8	816,5	865,7	911,9	958,8	1.002,3	1.057,7
Atención hospitalaria	320,0	332,4	343,6	355,9	367,7	377,1	390,9
Servicios de médicos y clínicos	201,2	210,4	220,5	229,3	240,9	254,2	269,4
Servicios dentales	38,9	41,4	44,5	46,8	50,2	53,1	56,0
Medicamentos/otros artículos médicos no duraderos	74,7	78,9	86,4	94,3	103,0	113,9	130,3
Productos de visión/otros artículos médicos no duraderos	12,8	13,3	14,2	15,3	16,2	16,3	16,9
TOTAL	887,6	936,7	987,0	1.038,0	1.093,9	1.146,1	1.210,7

Fuente: Centers for Medicare & Medicaid Services (anteriormente HCFA); Health Care Financing Review, primavera de 2001.

Pero, como se mencionó anteriormente, no se requiere por ley que los empleadores proporcionen seguro. Actualmente, hay alrededor de 3.000 aseguradoras de salud en los Estados Unidos de América.⁴⁸ La Asociación de Seguro de Salud de América (HIAA) informa que casi 152 millones de estadounidenses están cubiertos por planes de seguro de salud vinculados con el empleo. Algunos empleadores eligen adquirir el seguro a las aseguradoras, mientras otros eligen el “autoseguro”. El autoseguro permite a los empleadores escapar de la reglamentación estatal del seguro debido a la ley de Ingresos y Seguridad de la Jubilación de los Empleados (ERISA, que se tratará posteriormente en detalle) y un 40% de empleados están cubiertos por tales planes. Actualmente la HIAA informa que hay más de 1.000 empleadores (cuando se suman todos los estados) que autoaseguran.⁴⁹

No obstante, un número significativo de estadounidenses no tiene seguro de salud.⁵⁰ En el año 2000, 38,7 millones de personas --un 14% de la población— estaban sin seguro de salud, una disminución con respecto a 1998. Esta ha sido una inquietud significativa durante el último decenio, y los expertos en asistencia sanitaria han estado buscando reformas que podrían aumentar la cobertura. En general, las minorías raciales tienden a comprender una mayor porción de los no asegurados así como la población de Medicaid. Es más probable que las mujeres estén inscritas en Medicaid que los hombres (8,8% de los hombres frente a 11,6% de las mujeres). Los adultos más jóvenes (de 18 a 34 años) están cubiertos con menor frecuencia por un seguro (privado o gubernamental) que los niños o personas de edad. Por lo general, los hijos quedan bajo la póliza de seguro de sus padres hasta cerca de los 18 o 22 años, si son estudiantes de tiempo completo.

Cobertura de seguro de salud según algunas características, 1990-1998

Cobertura	1990	1994**	1995**	1996**	1997**	1998**
Personas cubiertas por seguro de salud privado	182,1	184,3	185,9	187,4	188,5	190,0
Porcentaje cubierto por seguro de salud privado	73,2	70,3	70,3	70,2	70,1	70,2
Personas cubiertas por seguro de salud del gobierno						
Medicare	32,3	33,9	34,7	35,2	35,6	35,9
Medicaid	24,3	31,6	31,9	31,5	29,0	27,9
Porcentaje cubierto por Medicaid	9,7	12,1	12,1	11,8	10,8	10,3
Total de personas cubiertas por seguro de salud privado o del gobierno *	214,2	222,4	223,7	225,1	225,6	227,5
Porcentaje de personas cubiertas por seguro de salud privado o del gobierno	86,1	84,8	84,6	84,4	83,9	83,7
Total de personas no cubiertas por seguro de salud	34,7	39,7	40,6	41,7	43,4	44,3
Porcentaje de personas no cubiertas por seguro de salud	13,9	15,2	15,4	15,6	16,1	16,3
Total de personas	248,9	262,1	264,3	266,8	269,1	271,7

Fuente: Statistical Abstract of the United States, 2000. * Incluye otro seguro del gobierno (militares), que no se presenta por separado. Las personas con cobertura se contaron sólo una vez en total, aunque quizá hayan estado cubiertas por más de un tipo de póliza. ** A partir de 1994, los datos se basaron en el ajuste de la población del censo de 1990.

En los Estados Unidos de América, la Administración de Seguridad Social principalmente proporciona pensiones a jubilados y ciudadanos discapacitados y no proporciona prestaciones para servicios médicos. Los dos programas públicos grandes concebidos para financiar la asistencia sanitaria, Medicare y Medicaid, fueron creados por la Ley de Seguridad Social y son administrados al nivel federal por los CMS, del HHS. No hay un plan básico de prestaciones para servicios médicos a las cuales tienen derecho todos los ciudadanos.

Servicios de salud basados en la población: Los programas y actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades se planifican a los niveles federal, estatal y local. El Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, parte del HHS, ha elaborado numerosos programas para abordar temas como envejecimiento, artritis, cáncer (de mama, cervical, colorrectal, de piel y de próstata), cardiopatía y accidente cerebrovascular, diabetes, salud bucodental, nutrición y obesidad, salud reproductiva y tabaco. El programa “Personas Sanas 2010”, que se trató anteriormente, fija 467 objetivos nacionales en 28 esferas centrales para mejorar la salud. Además, “Personas Sanas 2010” presenta 10 indicadores principales que reflejan las mayores inquietudes de salud pública en los Estados Unidos de América. Se eligieron por su capacidad de motivar la acción, la disponibilidad de datos para medir su progreso y su relevancia como temas amplios de salud pública⁵¹. Los Estados Unidos de América han podido reducir la incidencia de algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y mortalidad infantil. Lamentablemente, las tasas de asma, diabetes y obesidad siguieron aumentando durante el último decenio.

Se dispone de datos sobre las vacunaciones de los niños de 19 a 35 meses de edad en los Estados Unidos de América. En 1998, aproximadamente 79% de los niños recibieron la serie combinada de vacunación (cuatro dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP), tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, una dosis de una vacuna que contiene el antígeno del sarampión y tres dosis de la vacuna *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)).⁵² Esto constituyó un aumento con respecto a años anteriores: 1994, 69%; 1995, 74%; 1996, 77%, y 1997, 76%. Las tasas de vacunación han sido inferiores en algunas minorías étnicas. La atención prenatal ha estado aumentando en los Estados Unidos de América durante el último decenio. En 1998, 82,8% de las mujeres empezaron la atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo.⁵³ Sólo 3,9% empezaron durante el tercer trimestre o no tenían ninguna atención prenatal. La atención prenatal en el primer trimestre fue más común entre los blancos y los oriundos del Asia y de Islas del Pacífico: 84,8% y 83,1% respectivamente.

Los sucesos del 11 de septiembre de 2001 plantearon muchos retos imprevistos y sin precedentes al sistema estadounidense de asistencia sanitaria que recurrió a la reserva de funcionarios de salud pública, trabajadores de hospitales, personal de urgencias y ciudadanos de la nación para responder a los ataques terroristas. La respuesta del sector de salud pública fijó un precedente: el Secretario del HHS

desplegó al personal de salud de toda la nación, activó el primer uso de la Reserva Nacional de Productos Farmacéuticos del país, proporcionó asistencia especial de financiamiento y, con posterioridad a los ataques, convocó una cumbre nacional sobre salud mental. Los CDC investigaron los ataques anónimos de carbunco entregados en forma subrepticia por medio del sistema de correo de los Estados Unidos de América. Estos sucesos han cambiado para siempre el alcance de la atención de salud pública.

El HHS está adoptando medidas vitales para seguir protegiendo a los Estados Unidos de América. El gasto del HHS relacionado con el bioterrorismo en 2002 será 2.900 millones de dólares, diez veces más que el año anterior. Esto ayudará a preparar el sistema de asistencia sanitaria y los hospitales de la nación para las emergencias futuras, acumular reservas de suministros médicos de emergencia y contemplar la investigación de nuevos tratamientos para hacer frente a posibles futuros incidentes. También se han fortificado las redes estatales y locales de salud pública a fin de facilitar una respuesta rápida en caso de ataques futuros de bioterrorismo. También hay aumentos significativos de gastos en muchas otras áreas del HHS, como los NIH, los CDC, la FDA y la Reserva Nacional de Productos Farmacéuticos. El HHS está también contribuyendo a los esfuerzos de recuperación del 11 de septiembre de 2001.⁵⁴

Poco después del 11 de septiembre de 2001, el HHS creó la Oficina de Preparativos de Salud Pública, que coordinará la respuesta nacional a las emergencias de salud pública.

Servicios de salud a individuos para ambos niveles de atención: Los sistemas de información sanitaria se han vuelto cada vez más comunes y complejos para realizar un mejor seguimiento de la asistencia al enfermo, vigilar la utilización y los costos, mejorar la calidad, etc. La utilización generalizada de la acreditación de la JCAHO y las encuestas como HEDIS realizadas por el NCQA contribuyen a mejores sistemas de información al requerir datos de hospitales y planes de atención regulada de manera oportuna.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, AÑO 1998

	Número	Tasa por 100 habitantes
Visitas de atención ambulatoria a consultorios médicos y departamentos ambulatorios y de urgencias de hospitales	1.005.101	378
Visitas a departamentos de urgencias de hospitales relacionadas con lesiones *	36.122	134

Fuente: Health, United States 2000. * Período 1997-1998.

Por término medio, en 1998 un 19,7% de adultos mayores de 18 acudieron a un departamento de urgencias durante el año pasado. Un 6,7% realizó dos o más visitas. Era más probable que los adultos de 18 a 24 años y los mayores de 75 años tuvieran más visitas a urgencias.⁵⁵

En 1998, aproximadamente un 66,2% de la población de los Estados Unidos de América acudió una vez al dentista durante el último año. Era más probable que los niños de 2 a 17 años recibieran atención dental en el último año en comparación con los adultos de 18 a 64 años o los mayores de 65.⁵⁶

Una mayor porción de mujeres estadounidenses ha recibido un mamograma en el último año. En 1991, sólo 54,6% de las mujeres de 40 y más años había sido sometida a un mamograma en los dos últimos años, en comparación con un 66,9% de las mujeres en 1998.⁵⁷

Los egresos de hospitales han descendido durante el último decenio, de 113 en 1990 a 103 en 1998. Las tasas de ocupación son algo mayores en los hospitales federales, comparados con los no federales. Esto puede atribuirse a un esfuerzo para reducir la estancia en los hospitales y realizar más procedimientos en forma ambulatoria para reducir los costos.

Los motivos más frecuentes de hospitalización citada al egreso en 1997 para hombres y mujeres menores de 15 años fueron bronquitis, neumonía, asma, lesiones e intoxicación.⁵⁸ Para los hombres de 15 a 44 años, entre los motivos figuran: psicosis, enfermedades del corazón, trastornos de discos intervertebrales, lesiones e intoxicación. Para las mujeres del mismo grupo de edad, los principales motivos son: parto, psicosis, enfermedades del corazón, trastornos de discos intervertebrales, lesiones e intoxicación. Para personas de 45 a 64 años de ambos sexos, los principales motivos son: neoplasias malignas, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares, neumonía, lesiones e intoxicación. Para las personas de 65 años y más, las neoplasias malignas siguen encabezando la lista, seguidas de diabetes, enfermedades del corazón, enfermedad cerebrovascular y neumonía.

PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, AÑO 1998

INDICADOR	
No. total de egresos por 1.000 (hospitales no federales de estadía corta)	103,0
Tasa de ocupación:	
Todos los hospitales (% de camas ocupadas)	65,4%
Hospitales federales	78,9%
Hospitales no federales	64,6%
Días promedios de estadía por 1.000 habitantes	4,9

Fuente: Health, United States 2000.

Calidad: La calidad de los hospitales es medida en general por la JCAHO mediante su proceso de auditoría y acreditación. Los consultorios públicos también son objeto de auditorías por los estados, y los médicos privados en gran medida no son vigilados. Sin embargo, los programas de atención regulada vigilan la calidad mediante sus medidas de desempeño HEDIS así como encuestas de pacientes. Muchos hospitales tienen comités de ética y vigilancia, pero no se dispone de datos sobre el porcentaje preciso.

En 1997, aproximadamente 799.000 nacimientos fueron realizados por la cesárea, lo que constituye un 20,6% de todos los nacimientos. De estos partos por cesárea, sólo 297.000 fueron repetidos (es decir, la madre tuvo anteriormente parto por cesárea). Se fomenta el parto vaginal después de un parto cesáreo anterior, cuando una cesárea no es necesaria desde el punto de vista médico, para reducir el número de cesáreas que se realizan en los Estados Unidos de América

Hay mayor inquietud en los Estados Unidos de América por la tasa de infecciones contraída durante las estadías en hospitales. En 1999, un informe del Instituto de Medicina (IOM) dijo que las equivocaciones médicas causan la muerte de hasta 98.000 estadounidenses hospitalizados al año.⁵⁹ Las equivocaciones incluían errores de prescripción, equipo en mal funcionamiento o error médico. Un estudio más reciente realizado por Hayward et al. calculó que entre 5.000 y 15.000 defunciones anualmente se deben a errores médicos¹⁹. No se recogen datos nacionales sobre a cuántos pacientes se les entrega un informe sobre el alta o instrucciones sobre cuidados en el momento del alta. Además, se desconoce cuántas defunciones de lactantes o madres se investigan.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS DEL SECTOR SANITARIO

3.1 Monitoreo del proceso. Monitoreo de la dinámica

A diferencia de muchos países de la región, los Estados Unidos de América no han experimentado una reforma integral del sector sanitario nacional. Ha habido mucho debate en lo referente a la necesidad de realizar una reforma pero ha habido poco consenso en cuanto a qué enfoque tomar. En consecuencia, en los Estados Unidos de América la reforma ha sido gradual y fragmentada, pese a la creencia generalizada de que se necesita hacer algo para mejorar el sistema de asistencia sanitaria del país. Los dos temas clave son las grandes cantidades de individuos no asegurados y el creciente costo de la asistencia sanitaria.

Desde los años cincuenta hasta los setenta, los planes de salud basados en el empleador y los planes públicos proporcionaron asistencia sanitaria a un número cada vez mayor de estadounidenses. Sin embargo, para los años ochenta se había desacelerado el crecimiento de la cobertura y el número de no asegurados empezó a aumentar.⁶⁰ Hoy en día, aproximadamente 39 millones de personas en los Estados Unidos de América no tienen seguro de salud. Las minorías raciales y étnicas así como los económicamente desfavorecidos tienden a comprender una mayor porción de los no asegurados en este país. La falta de seguro reduce el acceso a la asistencia y contribuye a resultados deficientes de salud. Además, el crecimiento continuo de los gastos de asistencia sanitaria pone presiones sobre el gobierno federal y los estatales así como sobre las empresas privadas y los individuos. Hay numerosas motivos que causan la espiral ascendente de los costos de asistencia sanitaria, entre los que figuran una mayor utilización de servicios y la presión de proveedores para aumentar los pagos.⁶¹

Las raíces de la reforma del sector sanitario en los Estados Unidos de América se remontan a mediados de los años setenta y los ochenta. Una ley importante que ha repercutido en la atención de la salud es la ERISA, aprobada en 1974. Aunque la meta principal de la legislación era reglamentar los fondos de pensiones, se adelantó a la reglamentación estatal de planes de beneficio de empleados autoasegurados. En efecto, la ley ERISA proporcionó incentivos a los empleadores para que convirtieran sus planes de salud de empleados al autoseguro y, de ese modo, evitaran pagar los costos de los beneficios estipulados por el estado y poder reducir los beneficios.⁶² Además de la ERISA, el otro acontecimiento importante del decenio fue la aprobación de la Ley de Mantenimiento de Salud de 1973, que fijó normas federales para las OMAS, proporcionó subvenciones para estas organizaciones y requirió que los empleadores ofrecieran OMAS federalmente calificadas.

A medida que los costos siguieron aumentando durante los años ochenta, el sector privado no era el único que realizaba intentos para controlar el gasto. El gobierno federal realizó intentos de reducir los costos tanto en Medicare como en Medicaid. En 1983, en un intento de reglamentar el sistema de pagos de hospitales de Medicare (Parte A), el gobierno creó el “Sistema de Pago Anticipado” (PPS). En efecto, el PPS cambió el reembolso a hospitales de un sistema retrospectivo basado en costos a un sistema anticipado en el cual los hospitales reciben un pago para cada paciente, que se basa en el diagnóstico. El diagnóstico se clasificó como “grupos con diagnósticos afines” (GDA), ideado para ser grupos clínicamente significativos y estadísticamente válidos de casos de enfermedades y lesiones. Inicialmente, hubo cerca de 470 de estos GDA, que eran grupos clínicos homogéneos a los cuales se les ponía un precio.⁶³ Si bien este movimiento desaceleró la tasa de aumento del gasto de hospitalización, el gasto total de los hospitales siguió aumentando. Muchos especularon que el aumento provino de los intentos de los hospitales de compensar el cambio realizando “*upcoding*” (uso de un diagnóstico más costoso) y aumentos en el uso de procedimientos más avanzados tecnológicamente. Además del PPS, en 1989 el

gobierno aprobó un cambio de la manera de reembolsar el gasto de médicos conocido como Escala de Valor Relativo basado en Recursos (RBRVS), que se introduciría paulatinamente para 1992. Como el PPS, la RBRVS fija un precio para los insumos que se requieren para producir cada servicio prestado por un médico. Pero hay opiniones encontradas en cuanto al éxito de la RBRVS: mientras se ha desacelerado el gasto de Medicare realizado por los médicos, algunos indican que los médicos han compensado la pérdida de ingresos con un aumento de volumen.

A principios de los años ochenta el Congreso sancionó reducciones de la admisibilidad a Medicaid y, al mismo tiempo, les dio a los estados flexibilidad adicional para determinar los niveles de pago a los proveedores. En consecuencia, muchos estados desarrollaron PPS para controlar los costos. A diferencia de Medicare, el Congreso posteriormente amplió el número de personas aptas para Medicaid a fines de los años ochenta.

Durante los años ochenta, muchos estados también desarrollaron sus propios tipos de reforma al sector de asistencia sanitaria, que comprendieron una amplia variedad de planes, algunos de los cuales han tenido éxito en estas áreas limitadas.⁶⁴

El gobierno federal y los gobiernos estatales no son las únicas entidades que tratan de reducir los gastos. Tanto empleadores como aseguradores privados han puesto en práctica varias estrategias para controlar los costos, como la creación de híbridos nuevos de la atención regulada, la compartición de costos, los controles de medicamentos, fraccionamiento (exclusión de ciertos servicios de un paquete básico) y examen de utilización. El examen de utilización abarca varias técnicas ideadas para prevenir servicios innecesarios y para controlar los costos. Tales medidas incluyen justificaciones escritas por los médicos para los servicios que prescriben, llenado de formularios extra, exámenes de conveniencia y examen de la calidad de la atención.

Reforma del sector de la salud en los años noventa. Para los años noventa, el aumento de los costos de asistencia sanitaria y las cantidades crecientes de no asegurados habían captado la atención del público estadounidense y con frecuencia se oían debates en gran escala sobre el financiamiento del sector de la salud y la prestación de los servicios. Una recesión económica de 1990 a 1991 también contribuyó al sentido de urgencia que se produjo en torno a la reforma de la asistencia sanitaria.⁶⁵

Varias propuestas de reforma del sector de la salud se han debatido durante los últimos decenios. Incluyen seguro ordenado por empleador, seguro de salud universal que comprende el patrocinio del gobierno, la ampliación de Medicaid, “Publicare” o fortalecimiento de la atención de beneficencia, “Hacer que los mercados funcionen”, modificación de los métodos existentes y el Servicio Nacional de Salud (hacer que todos los sistemas sean públicos)⁶⁶. Obviamente, algunas de estas opciones no son mutuamente excluyentes. En realidad, hablan de la amplitud de posibilidades para la reforma del sector sanitario en los Estados Unidos de América.

A finales de 1991, la reforma de la asistencia sanitaria irrumpió en la escena política en los Estados Unidos de América, destacada con la elección especial de un senador de Pensilvania que realizó su campaña en gran parte sobre reformas del seguro de salud.⁶⁷ El tema resonó de tal manera con el público nacional que muchos otros políticos y congresistas pronto adoptaron el tema. En los meses después de las elecciones de noviembre de 1991, se presentaron numerosos proyectos de ley de reforma del sistema nacional para financiar la asistencia sanitaria tanto en el Senado como en la Cámara de Representantes. Hasta grupos empresariales, sindicatos, aseguradoras y diversos expertos de política sanitaria elaboraron propuestas. La mayoría de los planes que aparecieron en este momento eran variantes de tres enfoques básicos, a saber: los enfoques orientados al mercado (“Hacer que los mercados funcionen”), los planes de “pagador único” financiados por los contribuyentes para cubrir a todos los ciudadanos (similar al seguro de salud universal) y “pague u ofrezca” (financiamiento ordenado por el empleador).⁶⁸

Quizás el intento más conocido de reformar el sector de la salud en los Estados Unidos de América durante este período fue la Ley de Seguridad Sanitaria (HSA) de 1993. El enfoque fundamental al plan fue una estrategia de “hacer que los mercados funcionen”. Este proyecto de ley de 1.432 páginas, que fue introducido inicialmente en el Congreso en 1994, proponía proporcionar seguro de salud a todos los estadounidenses, contener la tasa de aumentos del gasto de salud, mejorar la infraestructura de salud pública, elaborar subvenciones globales de atención a largo plazo para los estados y revisar la educación médica de posgrado. El proyecto de ley propuso cobertura sanitaria universal mediante una combinación de contribuciones de individuos y empleadores. En el marco de la propuesta, los empleadores se encargarían de un 80% de una prima ordinaria del plan de salud para un paquete mínimo amplio de beneficios, garantizado por el gobierno federal. El restante 20% sería pagado por familias e individuos. Los que viven por debajo de 150% del nivel de pobreza recibirían subsidios para pagar este saldo. Los planes serían conocidos como Planes de Salud de Responsabilización. El Congreso rechazó la Ley de la Seguridad Sanitaria (HSA). Mucho debate ha tenido lugar sobre por qué la aprobación fue infructuosa.⁶⁹

Siguieron aumentando las presiones para la reforma gradual del sector sanitario, en particular en el campo de la “facilidad de transferencia”. La facilidad de transferencia se refiere a la capacidad de un trabajador de retener el seguro de salud cuando cambia de trabajo. En 1996, el Congreso aprobó la “Ley de Facilidad de Transferencia del Seguro de Salud y Responsabilización” (HIPPA), conocida como la ley Kennedy-Kassenbaum. Contení cuatro disposiciones importantes: 1) Le dio al gobierno federal la función al reglamentar el seguro privado por primera vez al fijar reglas que se aplican a mercados de grupos grandes, grupos pequeños e individuos; 2) Una persona que se cambia de un empleador a otro puede seguir la cobertura de seguro; 3) Los aseguradores están obligados a ofrecerles seguro de salud a grupos pequeños que buscan cobertura, y 4) El programa de demostración “Cuentas de Ahorro Médico”

(MSA)⁷⁰, que son cuentas en efectivo que los empleados pueden usar para cubrir sus gastos de asistencia sanitaria. Este sistema se limitaba a personas que trabajan por cuenta propia y a pequeñas empresas (menos de 50 empleados). La idea central es que los fondos contribuidos a un programa de MSA se usarían para pagar la primera parte de la cobertura de la asistencia sanitaria. Después de que se alcanza el sustancial deducible, el seguro de salud cubriría los costos restantes. La HIPPA también creó normas nacionales para las transacciones electrónicas de salud a fin de proteger la privacidad de los pacientes.

Ese mismo año (1996), el Congreso también aprobó legislación sobre la reforma de la beneficencia social, conocida como la “Ley de Responsabilidad Personal y Reconciliación de Oportunidades de Trabajo” (PRWORA). Esta reforma básicamente desvinculó la asistencia de bienestar social (asistencia de dinero en efectivo) y Medicaid, pero también creó requisitos estrictos de trabajo para los beneficiarios de dicha asistencia, que si no se cumplen pueden dar lugar a la terminación de los beneficios. Además, fijó un límite de por vida de cinco años para los inscritos en dicho programa y redujo la admisibilidad para algunos grupos de inmigrantes. Se está realizando investigación para determinar la repercusión de la legislación, frente a una economía fuerte y otras estrategias de bienestar puestas en práctica por los estados. El Congreso de los Estados Unidos de América reautorizará la ley PRWORA en 2002.

Tras la reforma del bienestar social vino la Ley del Presupuesto Equilibrada de 1997 (BBA). Este proyecto de ley se centró en gran parte en Medicare y Medicaid y ampliación de cobertura para los niños por medio del programa SCHIP. La ley BBA estipuló cambios que desaceleraron los aumentos de gastos de Medicare. Restringió el pago a hospitales, luego estableció sistemas de pago anticipado para la atención hospitalaria de pacientes ambulatorios, la atención en los hogares para convalecientes, la salud domiciliaria. El elemento fundamental de los componentes de salud de la ley es el desarrollo de Medicare+Choice, conocido como Parte C de Medicare. Este nuevo plan proporciona al beneficiario una gama más amplia de planes (atención regulada, seguro privado de honorarios por servicios prestados, extensión de MSA, así como Medicare “tradicional”). La BBA también requiere examen de calidad interno y externo de los planes y un mecanismo de retroalimentación para proporcionar a los consumidores datos sobre el desempeño de los planes. Las evaluaciones de la Parte C de Medicare han arrojado resultados bien mezclados: las pruebas recientes señalan que el número de planes de salud participantes ha descendido en cada uno de los tres últimos años y muchos ancianos han pasado de vuelta al Medicare tradicional. Además, la BBA sancionó al Programa Estatal de Seguro de Salud para Niños (SCHIP). El gobierno federal contribuye aproximadamente US\$ 24.000 millones durante un período de cinco años para este programa.⁷¹ Los 50 Estados y el Distrito de Columbia han implantado los programas SCHIP. El informe señala que el SCHIP se implantó en momentos en que las tasas de no asegurados estaban subiendo, especialmente entre los niños de ingresos más bajos, muchos de los cuales reunían los

requisitos para Medicaid pero no estaban inscritos. Es todavía demasiado temprano para determinar si la tendencia en el número de niños no asegurados ha disminuido debido al programa SCHIP.

A lo largo de los años noventa, el HHS ha aumentado significativamente las inversiones en áreas prioritarias para niños, como las vacunaciones, el cuidado infantil y la asistencia sanitaria, incluida la investigación biomédica y conductual. El financiamiento de las vacunaciones de la niñez ha aumentado a más del doble durante los años noventa. El presupuesto del ejercicio económico de 2002 para el Programa Nacional de Inmunización propone US\$ 796 millones para la compra de vacunas por medio del Programa de Vacunas para Niños y US\$ 575 millones para las actividades del programa de inmunización. Un número récord de niños de dos años ahora están plenamente vacunados, mientras la incidencia de la mayoría de las enfermedades prevenibles por vacunación se halla en los niveles mínimos registrados.

Con el gobierno actual, el HHS también está creando nuevas asociaciones públicas y privadas para promover el bienestar de los niños. El presupuesto del Presidente para el ejercicio económico de 2002 propone una serie de nuevas inversiones e iniciativas destinadas a fortalecer a las familias y llegar a niños en riesgo, especialmente aquellos a quienes no llegan los programas existentes, y entre ellas figuran esfuerzos para proporcionar servicios de cuidado infantil después de la escuela, promover familias seguras y estables, ayudar a los hijos de prisioneros para que mantengan los lazos familiares y proporcionar hogares del grupo supervisados para madres jóvenes y embarazadas.

Reforma del sector de la salud en el nuevo milenio. Últimamente, el gobierno actual ha declarado su intención de hacer que el gobierno asuma un papel activo en la reforma del sistema de asistencia sanitaria de los Estados Unidos de América.⁷² La función del gobierno no será centralizar ni controlar la prestación de atención de salud. La reforma se guiará por tres metas con la intención de aplicar las medidas correctivas al sistema en aquellos aspectos donde está fracasando y preservar un sistema médico privado, centrado en el paciente. Para abordar las necesidades de los que no tienen cobertura de asistencia sanitaria o cuentan con cobertura inadecuada, se ha propuesto iniciativas como Cuentas de Salud⁷³, Planes de Salud de Asociaciones⁷⁴, Créditos de Salud⁷⁵, Opciones Innovadoras para los inscritos en Medicaid y SCHIPS, Beneficios más Sólidos de Medicare y Atención Moderna de Larga Duración. La segunda meta es mejorar el sistema de asistencia sanitaria al crear un entorno que fomenta y premia la calidad mediante protecciones eficaces a los pacientes, mejor información para los pacientes y apoyo a los esfuerzos que realizan los profesionales de asistencia sanitaria para mejorar la calidad. La tercera meta consta de la prestación de apoyo eficaz para fortalecer la red de protección de la asistencia sanitaria y el aumento de la investigación biomédica. El objetivo de fortalecer la red de protección de la asistencia sanitaria es mejorar el acceso a la atención de salud preventiva y primaria. Las iniciativas principales son ampliar los centros de salud de la comunidad, mejorar el servicio a las personas subatendidas por medio del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud, duplicar el presupuesto de la vigilancia aumentada para las amenazas a la salud

pública y educación en salud pública. El financiamiento propuesto para el logro de estas metas es US\$ 300.000 millones.⁷⁶

El Congreso de los Estados Unidos de América se halla abocado actualmente a la preparación de una Declaración de los Derechos de los Pacientes, un proyecto de ley que tiene la intención de darles derechos explícitos a los pacientes, en especial cuando se trata el seguro de asistencia sanitaria. Como las OMAS están dominando la escena de la asistencia sanitaria, se ha instado a los legisladores a que les den a los pacientes una voz más firme en las decisiones sobre qué procedimientos médicos serán cubiertos por el seguro. Tanto el Senado como la Cámara de Diputados aprobaron diferentes formas de este proyecto de ley. Las dos requieren planes de salud para proporcionar muchos de los mismos servicios, pero difieren en el poder que se da a los pacientes para hacer cumplir esos derechos. Si se pudiera hallara una fórmula conciliatoria entre los proyectos de ley, se les permitiría a los pacientes tener más información acerca de su cobertura, la capacidad de buscar atención de urgencia según lo estimen conveniente, la continuación de los tratamientos en curso si una persona sale de la red y el establecimiento de un proceso de examen para las denegaciones de reclamos.⁷⁷

* El perfil fue preparado por un grupo de 15 profesionales y encargados de adoptar decisiones en materia de política nacionales del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) de los Estados Unidos de América de América, de seis organismos diferentes y oficinas y centros múltiples de esos organismos. La coordinación técnica del grupo nacional fue responsabilidad de la Oficina de Asuntos Mundiales de Salud, HHS. Un examen externo de una versión preliminar fue realizado por los Dres. Leon Wyszewianski, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, y Stephen Mick, del Departamento de Administración de la Salud de la Universidad del Commonwealth de Virginia. La revisión final, la edición y la traducción están a cargo del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

¹ Los poderes del Congreso incluyen declarar guerras y formar ejércitos, y la constitución les prohíbe a los estados realizar actividades que podrían socavar el gobierno nacional, como realizar tratados, acuñar dinero, imponer aranceles o llevar a cabo guerras.

² National Centers for Health Statistics. Health, United States, 2001 With Urban and Rural Health Chartbook. Hyattsville, Maryland, 2001.

³ National Centers for Health Statistics. Health, United States, 2000 With Adolescent Health Chartbook. Hyattsville, Maryland, 2000. Las mujeres sobreviven a los hombres en casi siete años (mujeres: 79,5 años; hombres: 73,8 años). La brecha se está cerrando lentamente a medida que mejora la esperanza de vida de los hombres.

⁴ U.S. Census Bureau. Statistical Abstract of the United States: 2000. (120th Edition). Washington, DC, 2000.

⁵ National Centers for Health Statistics. Health, United States, 2000 With Adolescent Health Chartbook. Hyattsville, Maryland, 2000.

⁶ En 1998, la tasa de mortalidad por accidentes fue algo mayor para los negros que los blancos, la tasa de suicidio para los blancos fue el doble de la de los negros y la tasa de homicidio para los negros fue seis veces más que para los blancos.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ U.S. Census Bureau: www.census.gov/prod/www/abs/decenial.html Los blancos comprenden el grupo racial/étnico más grande de los Estados Unidos de América (75,1%), seguido de los hispanos de cualquier raza (12,5%), afroestadounidenses (12,3%) y asiáticos (3,6%). Los indios estadounidenses y nativos de Alaska comprenden aproximadamente 0,9% de la población y los oriundos de Hawai y otras islas del Pacífico comprenden aproximadamente 0,1%.

¹⁰ OPS/OMS. "Indicadores Básicos, 2000." Programa de Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Washington, D. C., 2000. Las tasas de graduación en 1998 variaron enormemente por raza/grupo étnico: entre los blancos, 83,7%; entre los negros, 76,0%, y entre los hispanos, 55,5%. En 1990, el porcentaje de la población que finalizó la escuela secundaria fue 77,6%, siendo 79,1% entre los blancos, 66,2% entre los negros y 50,8% entre los hispanos.

¹¹ Ibid. En 1998, 26,1% de los negros, 12,5% de los asiáticos isleños del Pacífico y 25,6% de los hispanos vivían por debajo del nivel de pobreza. El porcentaje de personas que vivían en la pobreza, por sexo, es el siguiente: hombres, 1990, 11,7; 1998, 11,1; 1999, 10,3; mujeres, 1990, 15,2; 1998, 14,3; 1999, 13,2.

¹² OPS/OMS. "Indicadores Básicos, 2000." Programa de Análisis de la Situación de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano, Washington, D. C., 2000.

¹³ U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics Data. <http://www.dol.gov> . En 1990, la tasa de desempleo era 4,8% para los blancos, 11,4% para los negros y 8,2% para los hispanos. En 2000, las cifras eran 3,5% para los blancos, 7,6% para los negros y 5,7% para los hispanos

¹⁴ U.S. Department of Labor. Bureau of Labor Statistics. The Employment Situation: January 2002. <http://www.bls.gov/cps>

¹⁵ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. "Informe sobre el desarrollo humano 2000". Nueva York, NY, 2000.

¹⁶ Actualmente presta servicios de salud a aproximadamente 1,5 millones de indios estadounidenses y nativos Alaska que pertenecen a más de 550 tribus federalmente reconocidas en 35 estados.

¹⁷ Fronstin, Paul. "Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2000 Current Population Survey." Employee Benefit Research Institute Issue Brief. Diciembre de 2000.

¹⁸ Esto incluye 173 centros médicos, más de 771 consultorios de atención ambulatoria y comunitarios, 134 hogares para convalecientes, 42 centros de atención domiciliaria, 206 centros de orientación para reajuste y otros establecimientos.

¹⁹ La Parte A (pagada en gran parte mediante impuestos sobre la nómina de sueldos) ayuda a pagar la atención de hospitalización, hospitales de acceso crítico (establecimientos pequeños que proporcionan servicios limitados ambulatorios y de hospitalización a personas en zonas rurales), establecimientos de enfermería calificada, atención en hospicios y algo de atención domiciliaria. La Parte B, que actualmente conlleva una prima de cerca de US\$ 50/mes (ajustada anualmente), ayuda a pagar los médicos, los servicios, la atención hospitalaria de pacientes ambulatorios y algunos otros servicios médicos que la Parte A no cubre, como los servicios de los fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales y alguna atención de salud en el domicilio. La Parte B ayuda a pagar estos servicios y suministros cubiertos cuando son médicamente necesarios. La Parte C, conocida como Medicare+Choice, les da a los beneficiarios la oportunidad de inscribirse en planes de salud privados. Los planes de atención regulada también pueden cobrarles a los beneficiarios una prima. La idea que sustenta esto fue ofrecer una elección adicional a los ancianos así como promover la competencia entre los planes de salud para reducir los costos para este grupo de población. Medicare efectúa un pago mensual a los planes de salud, y el beneficiario sigue pagando US\$ 50 al mes según sea necesario en el marco de la Parte B.

²⁰ Dentro de las normas nacionales generales que el gobierno federal proporciona, cada uno de los estados: 1) establece sus propias normas de admisibilidad; 2) determina el tipo, la cantidad, la duración y el alcance de los servicios; 3) fija la tasa de pago por los servicios, y 4) administra su propio programa. Sin embargo, desde las ampliaciones de 1986 y 1990, se permite a niños y mujeres embarazadas que reúnan los requisitos para Medicaid sobre la base de normas federales.

²¹ Para reunir los requisitos para los fondos, los Estados deben presentar al Secretario de HHS, y obtener su aprobación, para un Plan Estatal de Salud del Niños. Este programa es un derecho con límites para los Estados.

²² U.S. Census Bureau. Statistical Abstract of the United States: 2000. (120th Edition). Washington, DC, 2000.

²³ Torrens, Paul R. y Stephen J. Williams. "Managed Care: Restructuring the System" in Stephen J. Williams and Paul R. Torrens (editores), Introduction to Health Services, 6^a. edición, Albany, NY: Delmar Publishers Inc. 1999.

²⁴ <http://www.redcross.org/index/html>

²⁵ American Cancer Society web page, <http://www.cancer.org>

²⁶ American Heart Association web page, <http://americanheart.org>

²⁷ American Medical Association web, <http://www.ama-assn.org>.

²⁸ Faith-based initiative web page, <http://www.hhs.gov/faith>

²⁹ American Medical Association. Physician Statistics Now: Graph. <http://www.americanmedicalassociation.org>

³⁰ U.S. Census Bureau. Statistical Abstract of the United States: 2000. (120th Edition). Washington, DC, 2000.

³¹ American Medical Association. Physician Statistics Now: Graph. <http://www.americanmedicalassociation.org>

³² U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, Division of Nursing. The Registered Nurse Population: National Sample Survey of Registered Nurses, marzo de 2000; Preliminary Findings, febrero de 2001. Washington, D. C.

³³ Para contener los costos de los medicamentos la mayoría de los estados han adoptado leyes y/o reglamentos que promueven la sustitución de productos farmacéuticos. Estas leyes estatales requieren en general o que la sustitución se limite a los medicamentos que figuran en una lista específica (el enfoque del formulario positivo) o que se permita que todos los medicamentos excepto los prohibidos por una lista particular (el enfoque del formulario negativo).

³⁴ RxList. "The Top 200 Prescriptions for 2000 by Number of U.S. Prescriptions Dispensed". <http://www.rxlist.com>

³⁵ Identifica los productos farmacéuticos aprobados por la FDA sobre la base de la inocuidad y la eficacia en virtud de la Ley Federal de Alimentos, Fármacos y Cosméticos (la Ley). No se incluyen en esta publicación los medicamentos que existen en el mercado y que fueron aprobados sólo sobre la base de la inocuidad (cubiertos por el examen en curso de Ejecución de Estudios de Eficacia del Medicamento [DESI] [por ejemplo, comprimidos de Donnatal7 y cápsulas de Librax7] o medicamentos anteriores a 1938 [por ejemplo, comprimidos de Fenobarbital]). El criterio principal para la inclusión de cualquier producto es que el producto sea objeto de una solicitud con una aprobación vigente que no se ha retirado por motivos de seguridad o de eficacia. La inclusión de productos en la lista es independiente de cualquier acción reglamentaria actual realizada por medios administrativos o judiciales contra un producto farmacéutico. Además, la lista contiene evaluaciones de equivalencias terapéuticas para productos farmacéuticos de distintas fuentes (genéricos) de prescripción aprobados. Las evaluaciones de

equivalencias terapéuticas en esta publicación no son acciones oficiales de la FDA que afectan a la condición jurídica de los productos en virtud de la Ley.

³⁶ El término "medicamento huérfano" se refiere a un producto que trata una enfermedad rara que afecta a menos de 200.000 estadounidenses. La Ley del Medicamento Huérfano fue sancionada oficialmente el 4 de enero de 1983. Desde que se aprobó esta Ley, se han llevado al mercado más de 100 medicamentos huérfanos y productos biológicos. La intención de la Ley fue estimular la investigación, el desarrollo y la aprobación de productos que tratan enfermedades raras.

³⁷ American Red Cross. *2000 Corporate Annual Report*. <http://www.redcross.org/pubs/car00/pgs17-27.pdf>. Si bien la Cruz Roja no paga a los individuos por sus donaciones de sangre, hay dos establecimientos en el país que pagan por las donaciones de plaquetas (2 de un total de 3.200 establecimientos de procesamiento de sangre, que equivale a 0,0006% de los establecimientos).

³⁸ Todas las organizaciones que toman sangre en los Estados Unidos de América deben seguir un protocolo estandarizado, diseñado y hecho cumplir por la Oficina de la FDA de Investigación y Examen Sanguíneo, que se denomina las "cinco capas de seguridad". Estas capas incluyen: 1) la selección de los donantes apropiados, 2) el uso de los registros de aplazamiento para identificar las donaciones no apropiadas, 3) la prueba para detectar enfermedades infecciosas (VIH, HCV, HBV, HTLV I, HTLV II, STS, CMV), 4) el sometimiento a cuarentena de la sangre mientras se comprueba la idoneidad y se realizan las pruebas, y 5) el monitoreo, la investigación y la aplicación de medidas correctivas para abordar los errores, los accidentes y las reacciones adversas.

³⁹ El último préstamo Hill Burton se otorgó a mediados de los años setenta.

⁴⁰ Lanzado en 2000, está concebido para servir como guía para mejorar la salud de todas las personas en los Estados Unidos de América durante el primer decenio del siglo XXI y se basa en las iniciativas elaboradas durante los dos últimos decenios bajo los auspicios del HHS, el programa "Personas Sanas" está diseñado para alcanzar dos metas generales: 1) aumentar la calidad de vida y los años de vida saludable y 2) eliminar las disparidades de salud. Contribuyó al desarrollo de la iniciativa un consorcio de personas sanas, comprendido por 350 organizaciones nacionales, 250 organismos estatales de salud pública, salud mental y abuso de sustancias. No obstante, el gobierno federal no requiere que los estados cumplan los objetivos expuestos en "Personas Sanas". Muchos estados, sin embargo, han elaborado sus propios programas estatales de "Personas Sanas" que están adaptados a sus necesidades de salud específicas, sobre la base de los objetivos nacionales.

⁴¹ Si bien es un programa financiado por el gobierno federal, Medicare realiza contratos con aseguradoras privadas para efectuar pagos a proveedores de asistencia sanitaria, en vez de expedir pagos por medio de oficinas locales del gobierno federal. Medicaid (financiado conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos estatales) es administrado por los estados según las mismas normas federales generales, lo que da lugar a considerable diversidad entre los programas estatales de Medicaid. Las aseguradoras de salud privadas están reglamentadas por comisionados de seguro de los estados, y no por el gobierno federal generalmente. Es importante señalar, sin embargo, que la aprobación de la ley ERISA por el Congreso de los Estados Unidos de América se adelantó a la reglamentación estatal de los planes de beneficios para empleados autoasegurados, "protegiéndoles" de ese modo de cualquier reforma a nivel estatal. Por ejemplo, los estados pueden especificar que ciertos beneficios sean cubierto por todas las pólizas de seguro dentro de ese estado. Estos mandatos no se aplican a los planes de ERISA porque el gobierno federal los reglamenta. También los estados pueden reglamentar los aumentos de las primas de seguro. Además, la concesión de licencias a establecimientos de salud (hospitales y hogares para convalecientes) es manejada por los estados.

⁴² La Comisión, una organización sin fines de lucro, actualmente evalúa y acredita casi 19.000 organizaciones y programas de atención de salud en los Estados Unidos de América. La JCAHO evalúa y proporciona acreditación a hospitales, redes de atención de salud, asistencia domiciliaria, atención de larga duración, ayuda en la vida diaria, atención de salud conductual, atención ambulatoria y laboratorios clínicos. El NCQA es una organización independiente, sin fines de lucro, cuya misión es evaluar e informar sobre la calidad de las organizaciones de atención regulada de la nación. El NCQA apoya, patrocina y mantiene datos de empleadores del Conjunto de Datos e Información de Empleadores sobre Planes de Salud (HEDIS), que es una serie de medidas estandarizadas de desempeño ideadas para asegurar que los compradores y los consumidores tengan la información que necesitan para comparar el desempeño de los planes administrados de atención de salud. Las medidas de desempeño de HEDIS están vinculadas a los temas de salud pública e incluyen una encuesta de opinión del consumidor centrada en el servicio al cliente, el acceso a la atención y la tramitación de reclamos. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jcaho.org>
The National Commission for Quality Assurance. <http://www.ncqa.org/>

⁴³ Los CDC actualmente apoyan 20 estados para los programas coordinados de salud escolar y han establecido un marco nacional para apoyar estos programas. Más de 40 organizaciones no gubernamentales nacionales de educación y salud trabajan con los CDC para elaborar políticas modelo, normas y adiestramiento para ayudar a los estados a poner en práctica programas de salud escolar de alta calidad.

⁴⁴ NIH web page, www.nih.gov/about/NIHoverview.html

⁴⁵ Hay diversos motivos que explican el aumento de la oferta de médicos, incluido el apoyo federal al adiestramiento durante los años sesenta y setenta (que se redujo en los ochenta) y una afluencia significativa de médicos adiestrados en el extranjero conocidos como Graduados Médicos Internacionales

⁴⁶ Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions. The Pharmacist Workforce: A Study of the Supply and Demand for Pharmacists. Washington, D. C.

⁴⁷ Roemer, Milton I. National Health Systems of the World. Vol. 1, Chapter 5. New York, New York: Oxford University Press. 1991.

⁴⁸ National Centers for Health Statistics. Health, United States, 2001 With Urban and Rural Health Chartbook. Hyattsville, Maryland, 2001.

⁴⁹ Health Insurance Association of America. Source Book of Health Insurance Data. Washington, DC, 1998.

⁵⁰ Health Insurance Association of America. Source Book of Health Insurance Data. Washington, DC, 1999.

⁵¹ U.S. Census Bureau. Statistical Abstract of the United States: 2000. (120th Edition). Washington, DC, 2000. Aproximadamente 44,3 millones de personas o un 16,3% de la población en 1998 no estaban cubiertas por seguro de salud.

⁵² Los indicadores incluyen: actividad física, sobrepeso y obesidad, consumo de tabaco, abuso de sustancias, comportamiento sexual responsable, salud mental, lesiones y violencia, calidad ambiental, vacunación y acceso a atención de la salud.

⁵³ National Centers for Health Statistics. Health, United States, 2000 With Adolescent Health Chartbook. Hyattsville, Maryland, 2000. Las tasas de vacunación entre las minorías fueron: negros (73%) e hispanos (75%), así como para los que vivían debajo del nivel de pobreza (74%).

⁵⁴ Ibid.

⁵⁵ HHS web page, <http://www.hhs.gov/news/press/2002pres/20020125.html>

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. "To Err is Human: Building a Safer Health System." Washington, DC: National Academy Press; 1999.

⁶¹ Skocpol, Theda. Boomerang: Health Care Reform and the Turn Against the Government. New York, New York: W.W. Norton Company Inc. 1997.

⁶² DeLew N., Greenberg, G. "A Layman's Guide to the United States Health Care System in the Year 2000." Inédito.

⁶³ DeLew N., Greenberg G., Kinchen K. "A Layman's Guide to the U.S. HealthCare System." Health Care Financing Review. Otoño de 1992, vol. 14, no. 1. págs.151-169.

⁶⁴ Los GDA eran lo bastante homogéneos como para que pudiera adjuntarse a cada uno precio, una tasa de reembolso que el gobierno federal calculó que sería lo que realmente le costaría al hospital prestar ese valor de atención de GDA. Si el caso se complicara, llevaría a una estancia más larga en el hospital y si fuera más allá de una cierta duración se convertiría en un "caso aislado" y se reembolsaría más generosamente. El reembolso estaba sujeto a la zona geográfica y a los costos relativos en esa área (sueldos de enfermeras, etc.) así como si el establecimiento fuera un hospital docente.

⁶⁵ Un modelo común fue el "sistema de fijación de tasas para todas las entidades pagadoras", que presupuestaba los pagos a los hospitales mediante tasas de pago establecidas para tratamientos, independientemente de quién paga. Cuatro estados trataron este enfoque, pero sólo Maryland sigue usándolo. Este sistema depende en gran medida del convenio entre aseguradores, empleadores, hospitales y el gobierno estatal y, por consiguiente, se discontinuó en muchos estados, a pesar de su éxito. Hawai es el único estado de la Unión que no es afectado por ERISA, debido a la legislación que aprobó antes de que ERISA se sancionara. Adoptó un mandato que exige a todos los empleadores que proporcionen seguro de salud, lo que ha dado lugar a cobertura de casi 100% de la población. El aislamiento geográfico de Hawai así como un historial de empleadores que proporcionan prestaciones de salud ha impedido que esta legislación causara problemas significativos. Massachusetts propuso un enfoque similar con un mandato conocido como "pay or play" [pague u ofrezca]. Esta legislación declaró básicamente que un empleador debe

proporcionarles seguro de salud a los empleados o contribuir a un fondo que se usaría para proporcionar seguro público para los empleados de esa empresa. Pero este método nunca se implantó, de modo que no se conoce si habría tenido éxito o no. Quizás el intento más interesante entre los estados de ejecutar la reforma del sector de la salud fue realizado por Oregon. La reforma, con frecuencia descrita como "racionamiento," incluye ampliar Medicaid para hacer llegar a todas las personas por debajo del umbral de pobreza, preparación de una lista de servicios de salud (clasificados desde resultados más eficaces a menos eficaces) y la determinación anual de hasta dónde hacia "abajo" serán financiados los servicios de la lista en cualquier año dado. Los que defienden este enfoque dicen que este tipo de plan logra mayor equidad al dar a un porcentaje más grande de pobres un conjunto de prestaciones de calidad más alta.

⁶⁶ Un sistema de atención de salud estatizado propuesto para los Estados Unidos de América incluía programas como el de Canadá. Otros sostuvieron que el sistema privado de seguro era el camino correcto, ya que la competencia fomentaba el crecimiento de la atención médica de alta calidad y de alta tecnología. En los años noventa, la industria misma reaccionó de varias maneras, en tanto los empleadores dejaban del todo la cobertura, los empleadores excluían a los empleados con ciertos trastornos médicos y los aseguradores usaban el "reaseguro" (una manera para permitir a los aseguradores que distribuyeran la carga y las pérdidas de los asegurados de alto riesgo).

⁶⁷ El seguro exigido por el empleador implicaría básicamente una derogación de la ERISA y un requisito de que el gobierno federal para empleadores que ofrezcan seguro de salud a sus empleados o paguen un impuesto. El seguro de salud universal incluiría un programa de seguro de salud patrocinado por el gobierno (estatal o federal). Según este escenario, una entidad pagadora (el gobierno o una industria de seguro reglamentada) sería lo bastante poderoso como para hacer disminuir los costos. La ampliación de Medicaid comprendería el ajuste de los requisitos de admisibilidad para incluir a los segmentos de bajos ingresos de la población que actualmente no reciben atención. Publicare tiene su base en la premisa de que la reforma financiera no es factible y, por consiguiente, deben fortalecerse los hospitales públicos, los centros de salud de la comunidad, los departamentos de salud pública y otras instituciones voluntarias que se dedican a prestar atención de beneficencia. Un enfoque de "hacer que el mercado funcione" implica modificar básicamente los mecanismos y los mercados existentes para reformar el sistema, en contraposición con crear algo enteramente nuevo. Podría depender de una serie de incentivos tributarios y desreglamentación, basado en el concepto fundamental de intrusión mínima del gobierno y máxima educación del consumidor. Finalmente, algunos propusieron un Servicio Nacional de Salud, similar al del Reino Unido, donde todos los sistemas de prestación de servicios y los sistemas financieros se tornan públicos. El sistema canadiense también se consideró un modelo durante los años noventa.

⁶⁸ Skocpol, Theda. Boomerang: Health Care Reform and the Turn Against the Government. New York, New York: W.W. Norton Company Inc. 1997.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid. Entre las teorías figuraron el temor a que el gobierno tome el asunto totalmente en sus manos, la ocultación del desarrollo del plan y falta de insumo público, la creencia de que no había pruebas sólidas de que en verdad se ahorraría dinero, el escepticismo acerca de los modelos de atención regulada en general, la creencia de que el plan era demasiado largo y complejo, motivos políticos, etc.

⁷¹ Las MSA fueron originalmente una opción republicana a las HAS del gobierno de Clinton.

⁷² Mathematica Policy Research, Inc. "Implementation of the State Children's Health Insurance Program: Momentum is Increasing After a Modest Start". Enero de 2001.

⁷³ Véase <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>.

⁷⁴ "Cuentas de salud" es una iniciativa que favorece el pago de impuestos que permitiría a los individuos acumular una cuenta para cubrir los costos médicos altos cuando sea necesario y les permitiría pagar su parte de los costos más fácilmente. Estas propuestas abordan un desajuste en las reglas tributarias actuales que favorecen el gasto médico controlado por planes de salud sobre el gasto médico controlado por los pacientes.

⁷⁵ Los "Planes de Salud de Asociaciones" les permitirían a los empleadores pequeños proporcionar opciones mejores y más asequibles de cobertura de atención de salud a sus empleados, como las que ofrecen muchos empleadores grandes.

⁷⁶ Los "Créditos de Salud" se dirigen a los 40 millones de estadounidenses no asegurados (14% de la población total). Constan de apoyo financiero del gobierno para la compra de planes de seguro de salud individuales y de la familia mediante créditos de salud para los trabajadores de ingresos bajos y medianos que no tienen buenas opciones de cobertura basadas en el empleador. Los créditos les permitirían conseguir cobertura asequible que satisfaga sus necesidades.

⁷⁷ Véase <http://www.whitehouse.gov/infocus/medicare/health-care>.

⁷⁸ Washington Post web page www.washingtonpost.com