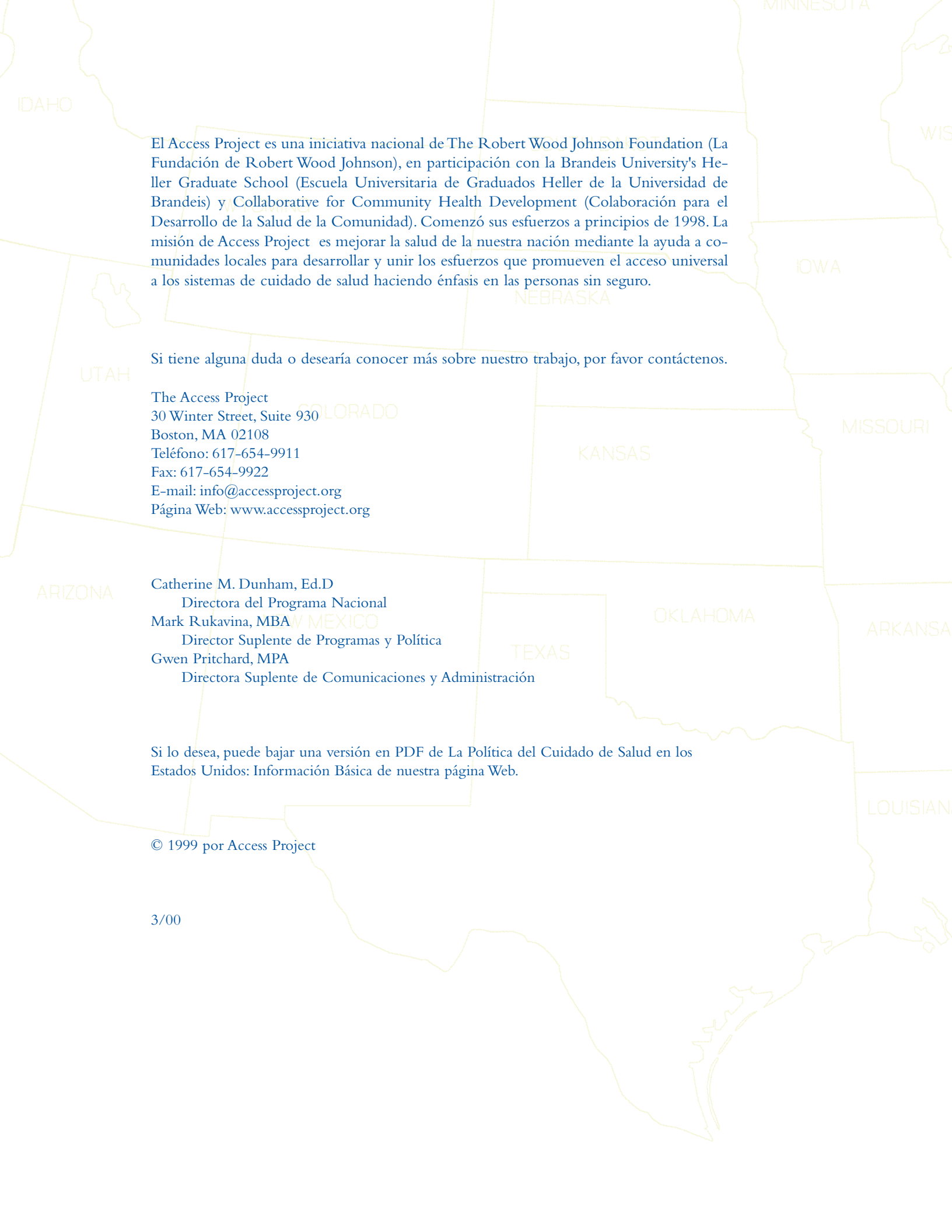


LA POLITICA DEL CUIDADO DE LA SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Información Básica

John E. McDonough, Dr. P.H.



El Access Project es una iniciativa nacional de The Robert Wood Johnson Foundation (La Fundación de Robert Wood Johnson), en participación con la Brandeis University's Heller Graduate School (Escuela Universitaria de Graduados Heller de la Universidad de Brandeis) y Collaborative for Community Health Development (Colaboración para el Desarrollo de la Salud de la Comunidad). Comenzó sus esfuerzos a principios de 1998. La misión de Access Project es mejorar la salud de la nuestra nación mediante la ayuda a comunidades locales para desarrollar y unir los esfuerzos que promueven el acceso universal a los sistemas de cuidado de salud haciendo énfasis en las personas sin seguro.

Si tiene alguna duda o desearía conocer más sobre nuestro trabajo, por favor contáctenos.

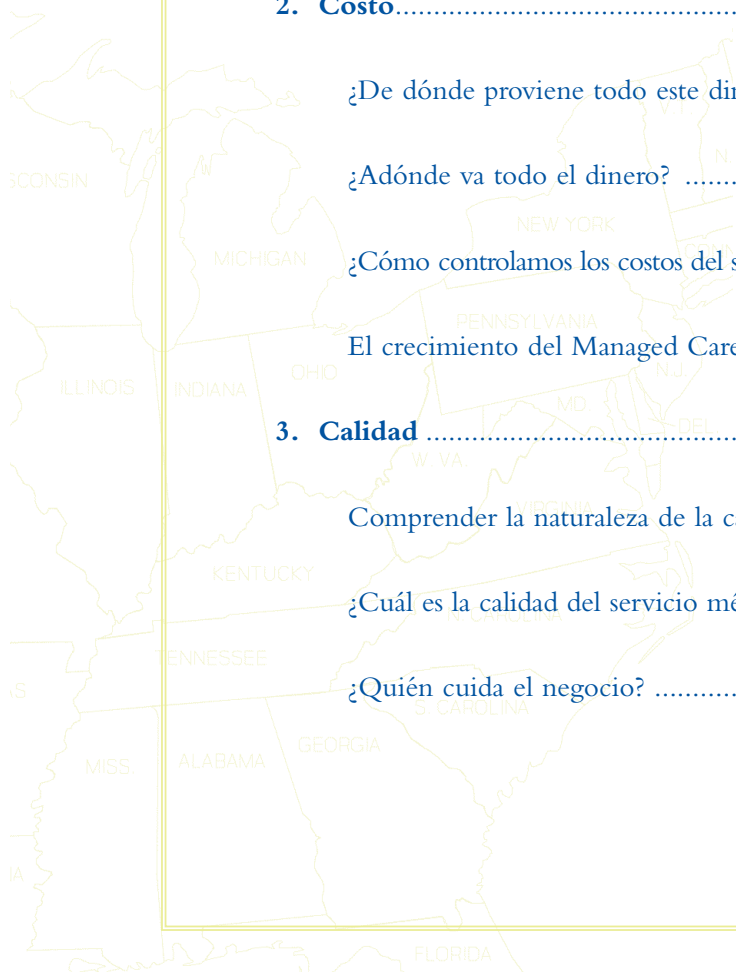
The Access Project
30 Winter Street, Suite 930
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-654-9911
Fax: 617-654-9922
E-mail: info@accessproject.org
Página Web: www.accessproject.org

Catherine M. Dunham, Ed.D
Directora del Programa Nacional
Mark Rukavina, MBA
Director Suplente de Programas y Política
Gwen Pritchard, MPA
Directora Suplente de Comunicaciones y Administración

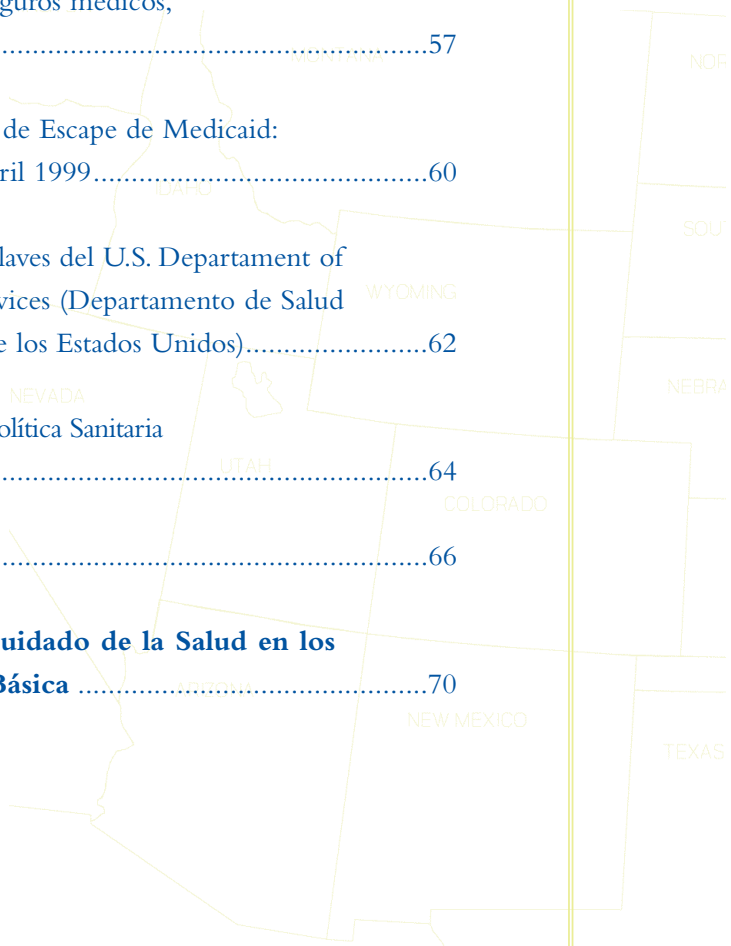
Si lo desea, puede bajar una versión en PDF de La Política del Cuidado de Salud en los Estados Unidos: Información Básica de nuestra página Web.

© 1999 por Access Project

Introducción	3
Parte I: Información Básica sobre el Sistema del Cuidado de la Salud en los Estados Unidos	5
1. Acceso	6
Características demográficas	7
Características del lugar de trabajo	9
Región.....	10
Niños	11
¿Por qué el seguro médico es importante?.....	13
Otras barreras para acceder al sistema del cuidado de la salud	14
2. Costo	16
¿De dónde proviene todo este dinero?	18
¿Adónde va todo el dinero?	20
¿Cómo controlamos los costos del sistema del cuidado de la salud?	22
El crecimiento del Managed Care	25
3. Calidad	27
Comprender la naturaleza de la calidad	28
¿Cuál es la calidad del servicio médico en los Estados Unidos?.....	29
¿Quién cuida el negocio?	31



Parte II: Reforma en el Cuidado de la Salud - Estilo Estadounidense	34
1. Iniciativas para promover el acceso a una cobertura	36
Ampliar la cobertura en el sector privado	36
Ampliar la cobertura en el sector público	42
2. Iniciativas para promover el acceso de personas no aseguradas a la atención médica	47
3. Reformas para la protección de los consumidores de Managed Care	52
Conclusión	55
Sobre el Autor	56
Anexo 1: Falta de cobertura de seguros médicos, por estado, 1996-97	57
Anexo 2: Sección 1115 Cláusulas de Escape de Medicaid: Situación a partir de Abril 1999	60
Anexo 3: Organismos de Salud Claves del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)	62
Anexo 4: Lecturas Útiles sobre la Política Sanitaria y la Política Pública	64
Glosario	66
Evaluación de la Política del Cuidado de la Salud en los Estados Unidos: Información Básica	70



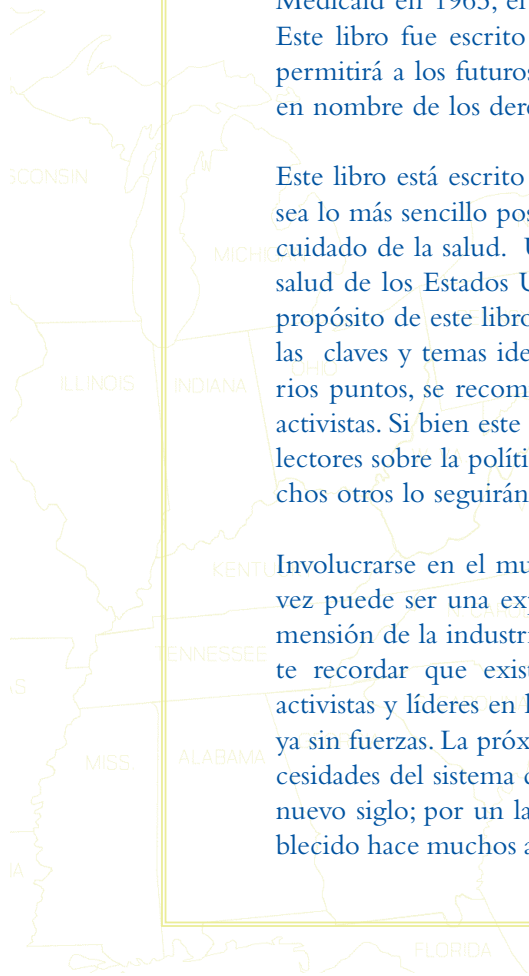
Introducción

Encontrarse inmerso en el mundo de la política del cuidado de la salud por primera vez puede ser una experiencia tan estimulante e intimidante como saltar a un tren en movimiento. Todo está en movimiento, el cambio es constante, y el entusiasmo a veces se vuelve contagioso. Muchas personas, objetos y fuerzas captan la atención, pero sin un sentido claro de estructura y propósito. Todos parecen preocupados u ocupados. Muchas voces compiten y reclaman atención, a menudo expresando ideas opuestas con la misma seguridad. Resulta difícil entender todo esto y es más complicado aún descubrir de qué forma uno puede ser un agente eficaz para el cambio dentro del sistema. Al mismo tiempo, lo que está sucediendo es importante, y puede ser a la vez agotador y excitante como para involucrarse.

¡Bienvenidos al mundo de la política del cuidado de la salud! Este libro fue escrito para ayudar a los nuevos y futuros activistas a comprender la información básica del sistema del cuidado de la salud en los Estados Unidos y a aprender de qué manera mejorarlo. El libro está dividido en dos partes. La primera describe la información básica de la política del cuidado de la salud en los Estados Unidos, organizada sobre la base de los tres elementos clave del sistema: (1) acceso; (2) costo; y (3) calidad. La segunda parte describe de qué manera los reformistas y activistas han tratado de mejorar el sistema del cuidado de la salud, remontándose a la creación de Medicare y Medicaid en 1965, el advenimiento del sistema estadounidense moderno. Este libro fue escrito porque la comprensión de esta información básica permitirá a los futuros activistas ser más eficaces como agentes de cambio en nombre de los derechos del consumidor y paciente.

Este libro está escrito en forma de conversación, sin notas al pie, para que sea lo más sencillo posible para los lectores novatos entender la política del cuidado de la salud. Un examen exhaustivo del sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos requeriría varios volúmenes que destruiría el propósito de este libro: introducir a futuros líderes en el área de la salud en las claves y temas ideales que ahora están dando forma al sistema. En varios puntos, se recomiendan otras lecturas además de sugerencias para los activistas. Si bien este puede ser el primero, o casi el primer libro, de varios lectores sobre la política del cuidado de salud, y si logra sus objetivos, muchos otros lo seguirán.

Involucrarse en el mundo de la política de cuidado de salud por primera vez puede ser una experiencia intimidante debido a la complejidad y dimensión de la industria del cuidado de la salud. Por lo tanto, es importante recordar que existe una necesidad constante de que surjan nuevos activistas y líderes en la comunidad, para que se unan y reemplacen a otros ya sin fuerzas. La próxima generación de activistas volverá a definir las necesidades del sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos para el nuevo siglo; por un lado, construirán sobre los cimientos que se han establecido hace muchos años; pero por el otro, se moverán en direcciones nue-



vas y desconocidas. Así como el sistema siempre necesitará médicos, enfermeros, especialistas, investigadores, administradores y otros profesionales, nosotros siempre necesitaremos individuos y líderes de la comunidad que luchen en nombre de aquellos para quienes el sistema se creó en un principio. Estas personas desempeñarán un papel importante en la transformación de nuestro sistema actual en el que factores como el seguro, los ingresos y las condiciones geográficas influyen en el acceso desigual a otro sistema de salud de calidad, en el que los beneficios del sistema del cuidado de la salud y que la atención médica de los Estados Unidos esté al alcance de todos. Uno de los principales objetivos de Access Project es capacitar y facultar a la próxima generación de líderes.

¡Así que, bienvenidos al dinámico mundo de la política del cuidado de la salud! ¡Justo a tiempo!

Notas sobre la traducción al español:

The Access Project ha recibido una acogida muy grande a la publicación en inglés *Healthcare Policy: The Basics*. Se está utilizando por todo el país para apoyar a las personas interesadas en involucrarse, cambiar, crear, y mejor entender las políticas que forman el sistema del cuidado de la salud en los Estados Unidos. En un esfuerzo a llegar a una mayor audiencia, lo traducimos al español. Algunas frases permanecerán en inglés por dos razones: Una, porque una traducción podría llevar a una información equivocada, y dos, porque es importante proveer a los lectores con la terminología exacta que es comúnmente usada en inglés por los políticos estadounidenses.



Información Básica sobre el Sistema del Cuidado de la Salud en los Estados Unidos

La mejor forma de comenzar es haciendo una distinción crucial entre el cuidado de la salud y la medicina. A pesar de que se le denomina “Sistema del cuidado de la salud en los Estados Unidos”, la mayor parte de los recursos del sistema se destina a enfermedades, a cuidar a aquellos cuya salud es seriamente afectada. Sólo una pequeña porción de los recursos utilizados por nuestro sistema de atención médica se destina a conservar la salud de las personas y prevenir enfermedades, mediante la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y otros programas de salud pública. En los últimos años, un mayor número de personas ha reconocido esta disparidad y ha intentado centralizar más recursos en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud. Mientras tanto, aún es más exacto llamarlo el “sistema de atención médica en los Estados Unidos”.

También es importante reconocer que mientras un objetivo básico del sistema de atención médica es sanar a los enfermos, los factores determinantes más significativos de buena salud son la educación y los ingresos. Cuanto mayor es el ingreso y la educación, es más posible que la salud mejore. Por ejemplo, un hombre blanco de 45 años que gana como mínimo US \$25,000 puede tener la esperanza de vivir 6.6 años más que un hombre blanco de la misma edad que gane menos de US \$10,000. Así que una forma apreciable de mejorar la salud de la población es trabajar en promover la buena educación y aumentar los ingresos. Tal como dijo el Dr. George Kaplan de la Universidad de Michigan: “Necesitamos comenzar a pensar que la política económica es la forma más poderosa de una política sanitaria. A medida que aumentamos el bienestar económico de las personas, aumentamos la salud de todos”.

“ Necesitamos comenzar a pensar que la política económica es la forma más poderosa de una política sanitaria. A medida que aumentamos el bienestar económico de las personas, aumentamos la salud de todos.”

—Dr. George Kaplan

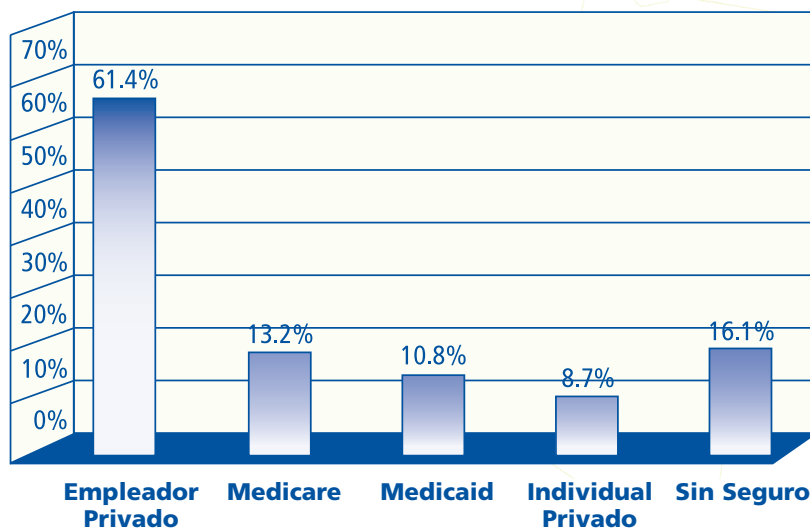
Existen numerosas formas de presentar la estructura del sistema de salud de los Estados Unidos. Una de las maneras más conocida y útil es dividir la cuestión en tres partes esenciales: acceso, costo y calidad, es decir, aumentar el acceso, controlar los costos y mejorar la calidad. Estas a menudo se describen como los tres pilares del sistema del cuidado de la salud, o los tres lados del triángulo. Cada uno es críticamente importante en sí mismo, los tres están totalmente interrelacionados. Las iniciativas de acceso a menudo afectarán los costos y la calidad, las iniciativas para controlar los costos por lo general producen un impacto en el acceso y en la calidad; y las iniciativas

sobre la calidad producirán efectos sobre el costo y el acceso, tanto positivos como negativos. Durante el debate de cada uno de estos tres elementos por vez, tocamos los puntos que son más importantes conocer sobre el sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos.

1. Acceso

“El sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos es el mejor del mundo” es una frase a menudo repetida creada por los defensores del sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos. Su veracidad depende de los criterios que se utilizan para evaluar el sistema. Es indiscutible que los Estados Unidos tiene el sistema de atención médica más avanzado del mundo desde el punto de vista tecnológico, y que el sistema ha demostrado tener capacidades extraordinarias para diagnosticar y tratar enfermedades. Pero también es discutible que otras naciones han realizado un mejor trabajo haciendo hincapié en la promoción de la salud, en la prevención de las enfermedades, y en los servicios de cuidados básicos. La única área en donde el sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos indiscutiblemente se queda atrás del sistema de salud de cualquier otra nación industrializada es en la posibilidad de acceso a los servicios de salud para todos los ciudadanos. A principios de la década del 90, los defensores de una cobertura universal para todos los estadounidenses hicieron notar repetidamente que entre las naciones avanzadas, sólo los Estados Unidos y Sudáfrica no brindaban una cobertura médica para todos los ciudadanos. Desde entonces, Sudáfrica se ha aventurado en el camino de la cobertura universal, dejando sólo a los Estados Unidos en esta categoría. Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Japón y el Reino Unido tienen todos menos que el 1% de sus respectivas poblaciones sin cobertura, mientras que el 16.1% de la población de los Estados Unidos no tenía cobertura en 1997, totalizando 43.4 millones de estadounidenses, según los datos del U.S. Bureau of the Census (Agencia de Censos de los Estados Unidos.)

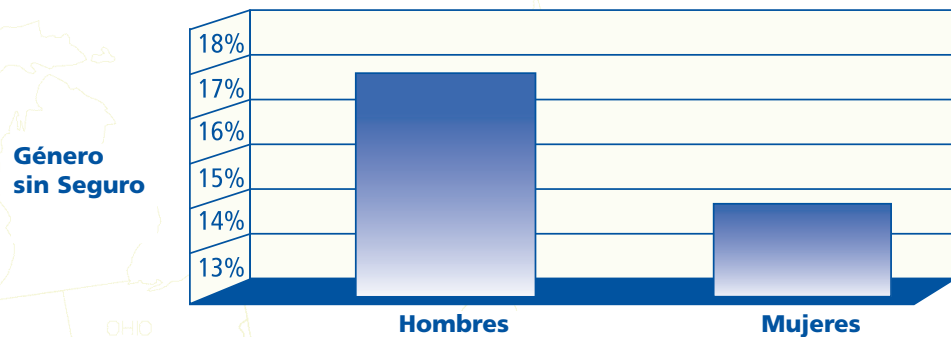
Tipos de Cobertura de Salud, 1997



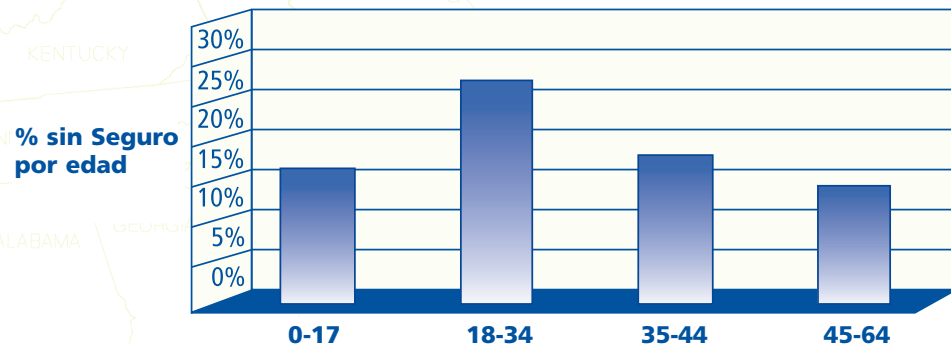
No es sólo la gran cantidad de estadounidenses sin cobertura lo que preocupa a las autoridades, sino el índice de crecimiento persistente de la magnitud de esta población. En 1980, había aproximadamente 25 millones de personas sin seguro en los Estados Unidos y dicha cifra ha crecido casi en un millón por año desde entonces, durante tiempos económicos buenos y malos. Las proyecciones recientes indican que para el año 2002, la cantidad de personas sin seguro puede alcanzar los 45.6 millones, o el 16.2% de la población. Si utilizamos los datos de 1997 proporcionados por el U.S. Census Bureau (Agencia de Censos de los Estados Unidos), sabemos bastante poco sobre estos estadounidenses sin seguro. (Nota: estos datos no son tomados en cuenta para el nuevo programa federal Children's Health Insurance Program, Title XXI (El Programa de seguro médico para los niños, Título XXI), establecido en 1997. Cuando se implementó, este programa tenía la posibilidad de reducir la cantidad de niños sin seguro de más de diez millones hasta casi cinco millones.)

Características Demográficas

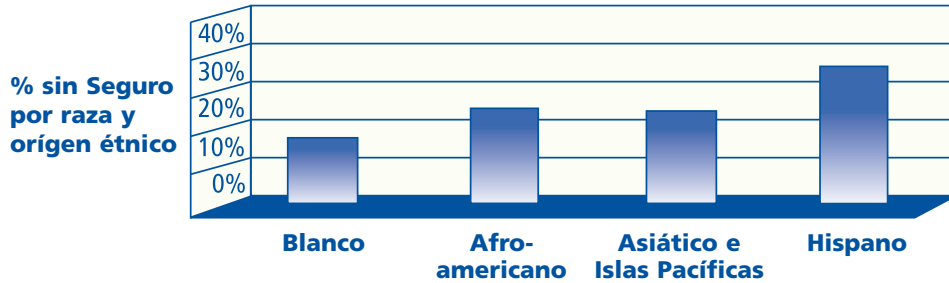
- Los hombres son un poco más propensos que las mujeres a no estar asegurados.



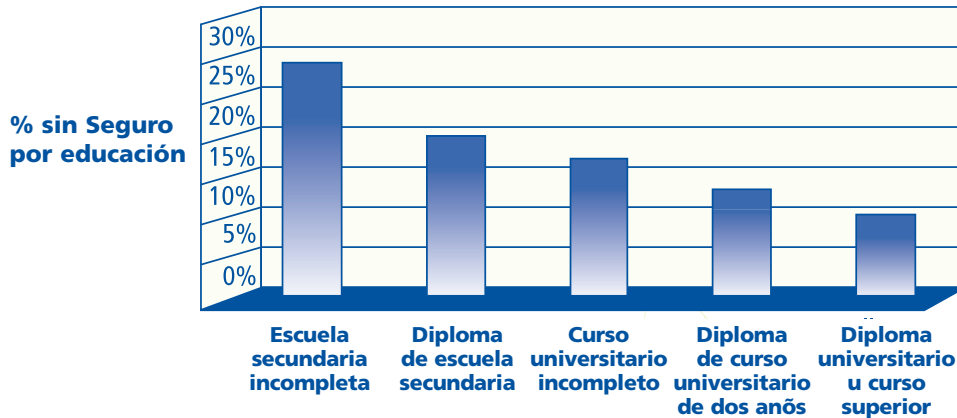
- Sabemos que la edad influye. Un cuarto de las personas entre 18 y 34 no está asegurado.



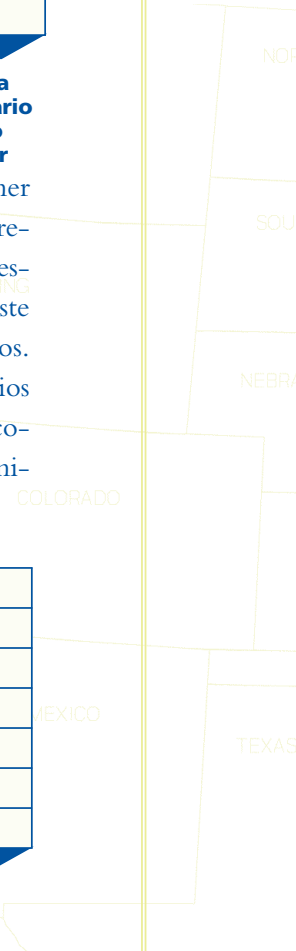
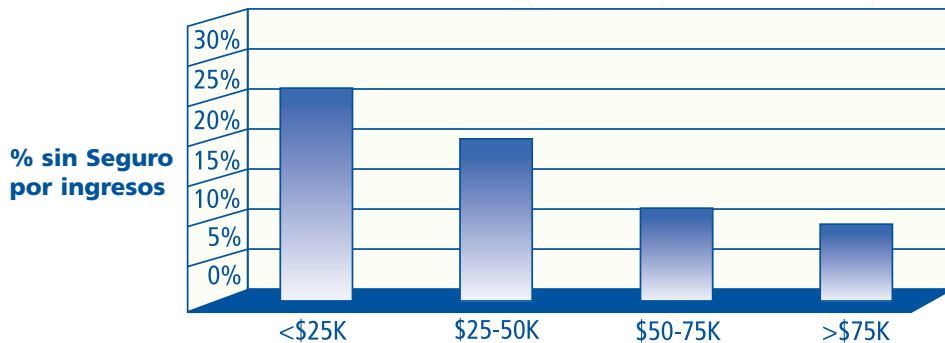
- Sabemos que la raza y los antecedentes étnicos influyen. Los hispanos tienen el doble de probabilidades de no estar asegurados que los blancos no hispanos.



- Cuanto más educada es una persona, mayor es la probabilidad de que esté asegurada.



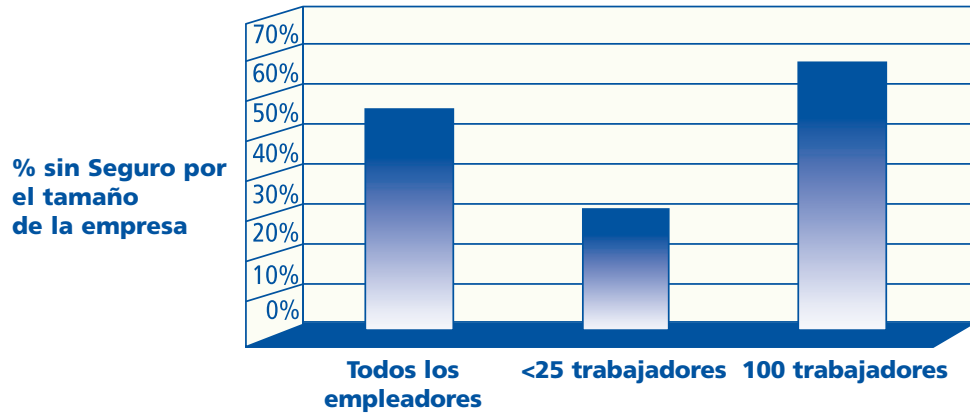
- A medida que aumenta el nivel de ingresos, la posibilidad de no tener una cobertura de seguro médico por lo general disminuye. A la vez, resulta evidente que a menor cantidad de ingresos los estadounidenses están más golpeados por el problema de la falta de un seguro. Este problema de ningún modo se limita a las personas de menores ingresos. En realidad, los esfuerzos por la reforma del sistema de salud en varios estados durante la década del 90 se han concentrado en proveer una cobertura para las personas de menores ingresos, dejando a los estadounidenses de ingresos medios o medio-bajo entre los más vulnerables.



Características del Lugar de Trabajo

Distintas variables relacionadas con el lugar de trabajo ayudan a explicar la dinámica de la falta de un seguro.

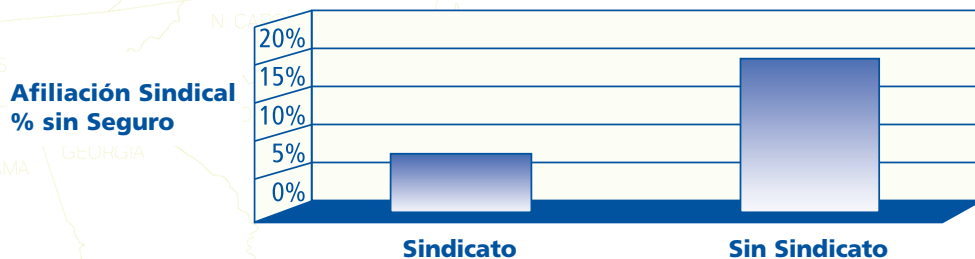
- Los trabajadores de grandes empresas cuentan con más probabilidades de estar asegurados que los trabajadores de empresas más pequeñas.



- Es mucho más frecuente que los trabajadores de tiempo completo tengan una cobertura que los trabajadores de medio tiempo, de medio año o temporarios.



- Los trabajadores que no pertenecen a un sindicato tienen el doble de probabilidades de no estar asegurados que los empleados que pertenecen a uno.



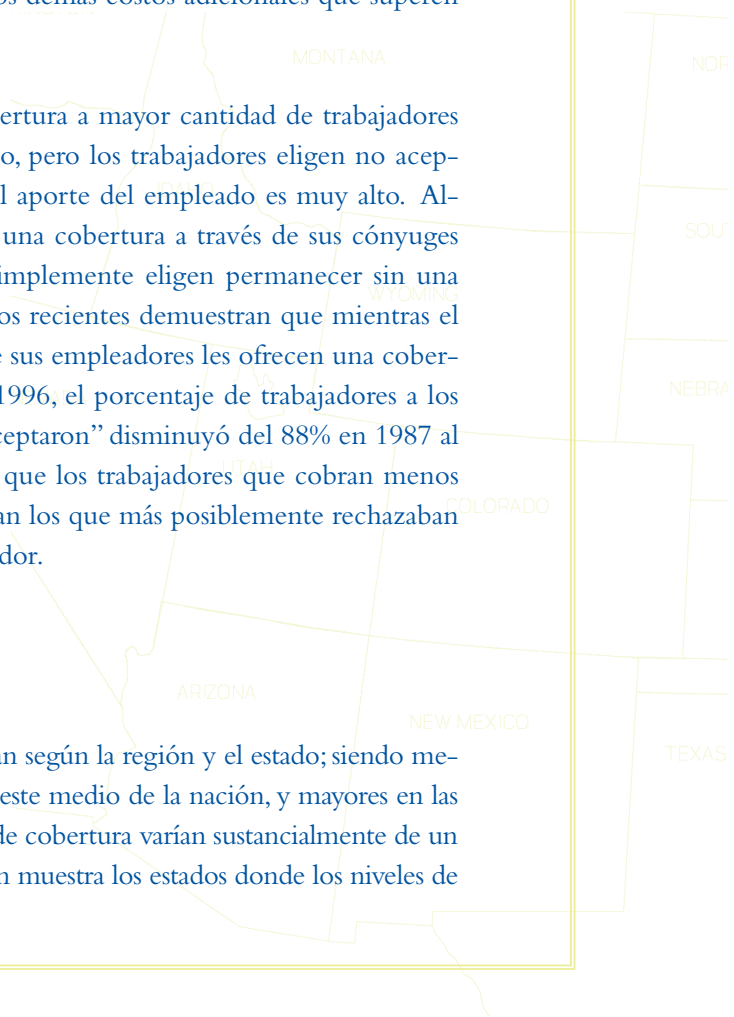
- La probabilidad de no estar asegurado varía según el tipo de empleador y del sector, por ejemplo, los empleadores de los sectores de manufactura y de servicio público son más propensos a brindar beneficios, mientras que las empresas del sector de la construcción y otros servicios (por ejemplo, restaurantes) son mucho menos propensas a proporcionarle a sus empleados una cobertura médica.

El otro factor relacionado con el empleo que es importante comprender es la dinámica del seguro médico y la falta de seguro. Cuando los empleadores comenzaron a proveer cobertura en grandes cantidades, por lo general habían abonado el costo total de las primas. La cobertura ofrecida era con más frecuencia una cobertura con beneficio fijo, lo que significa que los empleadores acordaban pagar un conjunto de beneficios convenidos, cualquiera fuera el costo. A medida que el costo de las primas de seguro médico aumentaba dramáticamente durante la década del 80 y en los primeros años de la década del 90, los empleadores comenzaron a trasladar varios de los costos de la cobertura a los trabajadores, en forma de primas, deducibles y pagos del paciente. Muchos empleadores se pasaron a los planes de aportes fijos, es decir, que el empleador aporta una suma fija en dólares, dejando al empleado expuesto a todos los demás costos adicionales que superen dicho nivel.

Como consecuencia, se ofrece cobertura a mayor cantidad de trabajadores sin un seguro en su lugar de trabajo, pero los trabajadores eligen no aceptar la oferta de cobertura porque el aporte del empleado es muy alto. Algunos de estos trabajadores tienen una cobertura a través de sus cónyuges o de otras fuentes, pero muchos simplemente eligen permanecer sin una cobertura debido al costo. Los datos recientes demuestran que mientras el porcentaje de trabajadores a los que sus empleadores les ofrecen una cobertura no se modificó entre 1987 y 1996, el porcentaje de trabajadores a los que se les ofreció cobertura y “la aceptaron” disminuyó del 88% en 1987 al 80% en 1996. No es sorprendente que los trabajadores que cobran menos dinero (menos de \$10 por hora) eran los que más posiblemente rechazaban las ofertas de cobertura del empleador.

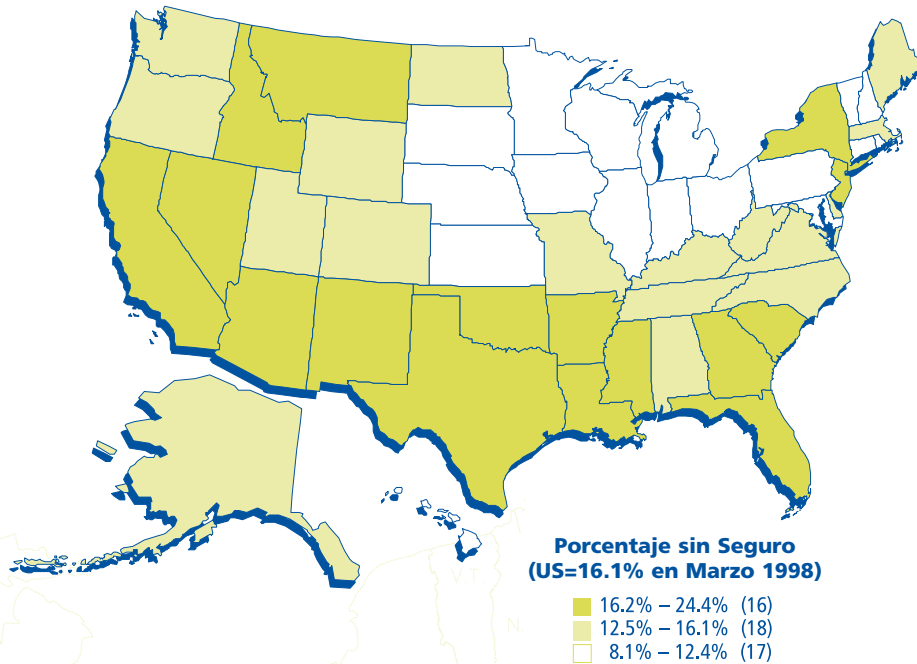
Región

Los niveles de la falta de seguro varían según la región y el estado; siendo menores en las regiones del noreste y oeste medio de la nación, y mayores en las regiones del sur y oeste. Los niveles de cobertura varían sustancialmente de un estado a otro. El mapa a continuación muestra los estados donde los niveles de



falta de seguro son relativamente menores, moderados y altos (ver Anexo 1 para más información sobre las tasas reales de falta de seguro.) Es interesante destacar que algunos de los estados con los mayores niveles de falta de seguro entre sus ciudadanos (Arizona 24.3%, Arkansas 23.1%, California 20.8%, y Tejas 24.4%) se encuentran entre los menos activos en cuanto a los esfuerzos por expandir la cobertura de seguro médico.

Falta de Seguro Médico por Estado



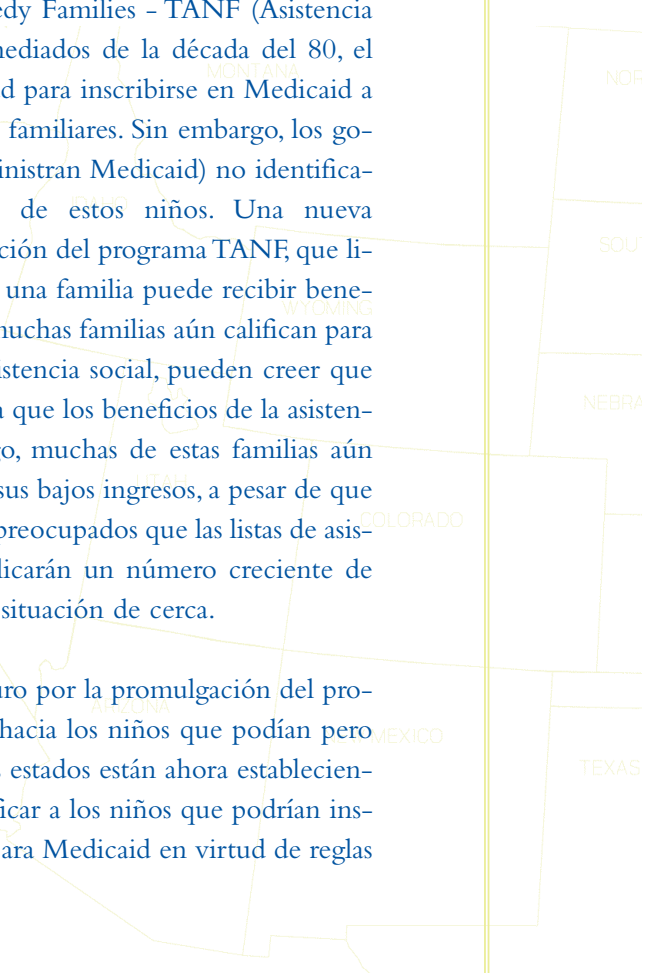
Niños

En 1997, aproximadamente 10.7 millones de niños (15% de toda la población menor de 18 años) no estaban asegurados. En términos de ingresos, aproximadamente una tercera parte de los niños no asegurados eran carenciados, provenientes de familias cuyos ingresos estaban un 100% por debajo de la línea federal de pobreza (aproximadamente \$16,400 para una familia de 4 miembros.) El otro tercio se encontraba en la categoría “casi carenciados”, con ingresos entre un 100 y 200% sobre la línea de pobreza, y el último tercio pertenecía a familias con ingresos superiores al 200% sobre la línea de pobreza. Era menos probable que los niños mayores entre los 12 y 17 años de edad tuvieran una cobertura que los niños de 11 años o menos. Al igual que para la mayoría de la población, los niños hispanos tenían menos probabilidades de estar asegurados que los afro americanos o blancos.

Una diferencia fundamental entre adultos y niños es el papel cada vez mayor e importante de Medicaid. Como resultado de las expansiones federales aprobadas en los últimos años de la década del 80 y además de actividades de reforma de salud de los diferentes estados implementadas durante la década del 90, Medicaid brinda cobertura a más niños cuyos ingresos familiares son inferiores al 133% de la línea de pobreza que los empleadores particulares (12 millones contra 7 millones). Medicaid proporciona cobertura a más del 20% de todos los niños en los Estados Unidos contra un 11% de la población total. El State Children's Health Insurance Program - SCHIP (Programa de seguro médico del estado para los niños) creado por el Congreso de los Estados Unidos en 1997, asegura que durante los próximos años se inscribirá una mayor cantidad de niños en Medicaid.

Estudios recientes señalan que una parte importante de los 10.7 millones de niños no asegurados de la nación pueden pero no están afiliados en los programas Medicaid de sus estados. ¿Cómo es posible? Cuando se creó Medicaid en 1965, la afiliación estaba principalmente ligada a la capacidad absoluta de afiliación en otros programas tales como Aid to Families with Dependent Children (Ayuda a familias con niños a cargo) en la actualidad denominado Temporary Assistance to Needy Families - TANF (Asistencia temporal a familias carenciadas). Desde mediados de la década del 80, el Congreso comenzó a expandir la capacidad para inscribirse en Medicaid a grupos de niños basándose en los ingresos familiares. Sin embargo, los gobiernos de los diferentes estados (que administran Medicaid) no identificaron, alcanzaron ni afiliaron a muchos de estos niños. Una nueva preocupación ha surgido ahora con la creación del programa TANF, que limita el período de tiempo durante el cual una familia puede recibir beneficios de asistencia pública. Debido a que muchas familias aún califican para Medicaid al mismo tiempo que para la asistencia social, pueden creer que su cobertura de Medicaid finaliza a medida que los beneficios de la asistencia social empiezan a vencer. Sin embargo, muchas de estas familias aún pueden tener acceso a Medicaid debido a sus bajos ingresos, a pesar de que pueden no saberlo. Los activistas políticos, preocupados que las listas de asistencia social cada vez más reducidas implicarán un número creciente de personas sin seguro, están observando esta situación de cerca.

La atención atraída hacia los niños sin seguro por la promulgación del programa SCHIP también atrajo la atención hacia los niños que podían pero no estaban afiliados en Medicaid. Muchos estados están ahora estableciendo esfuerzos de mayor alcance para identificar a los niños que podrían inscribirse en el SCHIP además de aquellos para Medicaid en virtud de reglas prioritarias.



El éxito de estos esfuerzos para inscribir a niños en Medicaid y otras iniciativas del SCHIP mantiene la promesa de reducir sustancialmente la cantidad de niños sin seguro en los Estados Unidos. Mientras la atención de las autoridades federales y estatales se concentra en este desafío, es importante para los activistas presionar fuertemente para inscribir la mayor cantidad de niños posible.

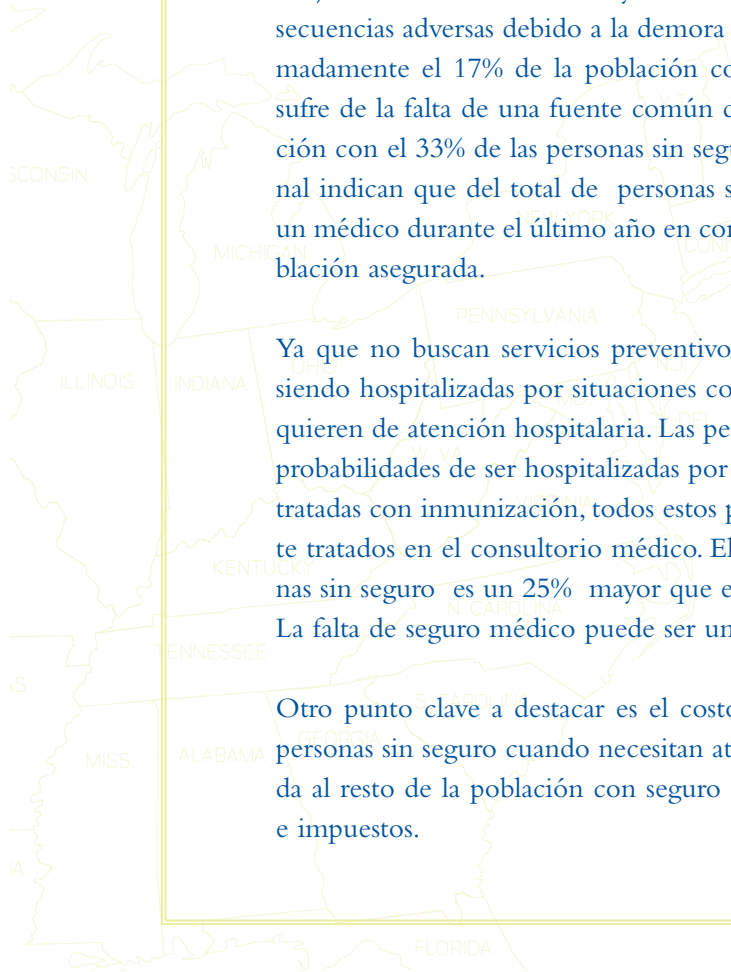
¿Por qué el Seguro Médico es importante?

Después de haber aprendido tanto sobre las personas sin seguro, surge la pregunta ¿Qué tan importante es un seguro médico? ¿la gente realmente lo necesita? de cualquier manera, ¿no es verdad que las personas sin seguro obtienen cuidado de una forma u otra?

Este interrogante ha sido estudiado intensamente por numerosos investigadores durante muchos años. Existe un amplio entendimiento que aquellos que no tienen una cobertura de seguro médico enfrentan muchas más dificultades para acceder al sistema del cuidado de la salud que los que están asegurados. Cuando logran acceso (a través de clínicas gratuitas, caridad, etc.) reciben menos atención y tienen mayores posibilidades de sufrir consecuencias adversas debido a la demora o dilatación de la atención. Aproximadamente el 17% de la población con un seguro privado informa que sufre de la falta de una fuente común de cuidado de la salud en comparación con el 33% de las personas sin seguro. Los datos de la encuesta nacional indican que del total de personas sin seguro la mitad no ha visitado a un médico durante el último año en comparación con casi el 26% de la población asegurada.

Ya que no buscan servicios preventivos, las personas sin seguro terminan siendo hospitalizadas por situaciones controlables que comúnmente no requieren de atención hospitalaria. Las personas sin seguro tienen el doble de probabilidades de ser hospitalizadas por diabetes, hipertensión y situaciones tratadas con inmunización, todos estos problemas pueden ser correctamente tratados en el consultorio médico. El índice de mortalidad de las personas sin seguro es un 25% mayor que el índice de la población asegurada. La falta de seguro médico puede ser un tema de vida o muerte.

Otro punto clave a destacar es el costo considerable del cuidado para las personas sin seguro cuando necesitan atención urgente; costo que se traslada al resto de la población con seguro a través de mayores costos de salud e impuestos.



Otras Barreras para acceder al sistema del cuidado de la salud

Mientras que la falta de una cobertura de seguro médico es amplia y apropiadamente reconocida como una barrera clave para acceder a los servicios de salud, también existen muchas otras barreras. Estas se pueden clasificar en tres categorías: (1) otras barreras financieras; (2) barreras socioculturales; y (3) barreras de organización.

1. Las otras barreras financieras incluyen el uso de los pagos del paciente y deducibles en las pólizas de seguro que desalientan a los pacientes a recibir una atención adecuada y oportuna. En los últimos años de la década del 70, el RAND Health Insurance Experiment (Experimento para el seguro médico RAND) demostró definitivamente que los incentivos y la falta de incentivos financieros afectan la cantidad de los servicios para el cuidado de la salud que los individuos y las familias obtienen. El experimento demostró que las familias de bajos ingresos, en especial, pospondrán la obtención de atención médica necesaria si los pagos del paciente y los deducibles son demasiado altos.
2. Las barreras socioculturales son reconocidas cada vez más como un impedimento importante para el acceso al sistema del cuidado de la salud y que pueden ser responsables de muchas de las desigualdades raciales perturbadoras y persistentes del sistema del cuidado de la salud (incluso más que las barreras financieras.) Algunas de estas desigualdades clave son:

Incompatibilidad lingüística: Muchas de las instituciones sanitarias no están equipadas para manejar las diferencias lingüísticas. Mientras que la compatibilidad lingüística demostró afectar positivamente los resultados médicos, muchos de los proveedores y programas de servicios de salud tratan este problema de manera ad hoc - casual, confiando en la traducción de miembros familiares.

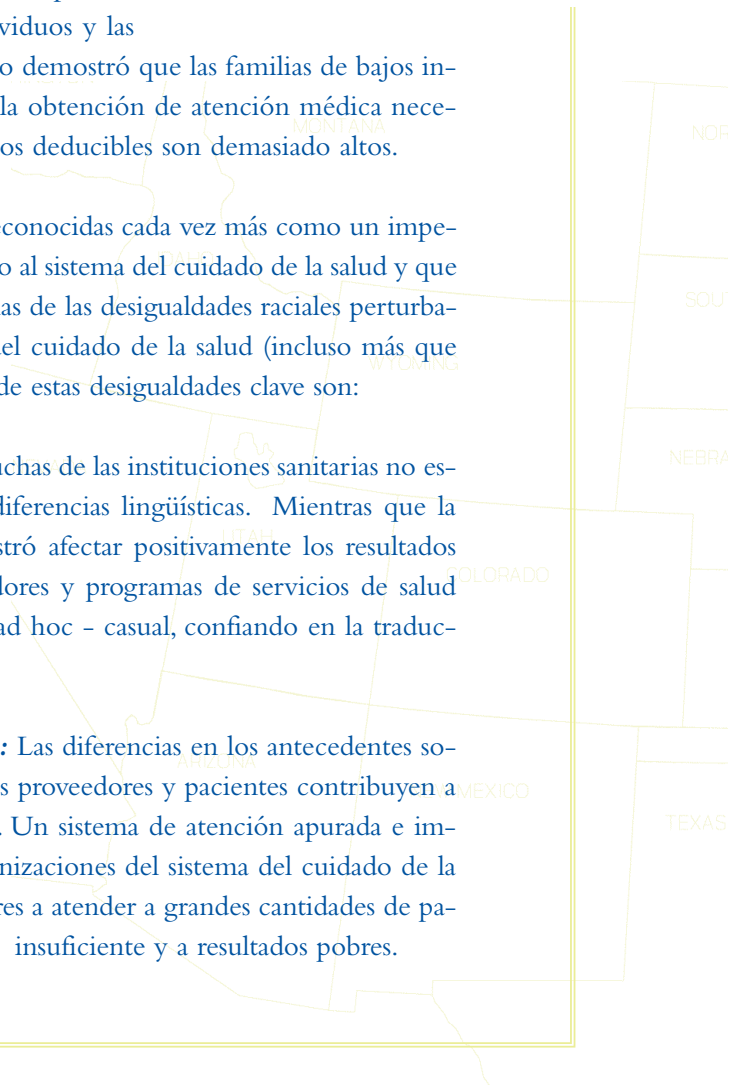
Actitudes del Personal/Proveedor: Las diferencias en los antecedentes socioeconómicos y culturales de los proveedores y pacientes contribuyen a las dificultades para comunicarse. Un sistema de atención apurada e impersonal, fomentado por las organizaciones del sistema del cuidado de la salud que obligan a los proveedores a atender a grandes cantidades de pacientes, conduce a una atención insuficiente y a resultados pobres.

¿Qué son los pagos del paciente y los deducibles?

El coseguro obliga al beneficiario a pagar un porcentaje fijo de las facturas médicas, por lo general el 20%.

Los *pagos del paciente* son pagos fijos por visita, abonados por el paciente.

Los *deducibles* obligan al beneficiario a pagar la primera parte de toda factura médica hasta cierto nivel: es decir, los primeros US \$200 de la factura del hospital por US \$2,000.



Preferencias culturales: Se ha hecho muy poco para sensibilizar a los proveedores en cuanto a las creencias culturales de los pacientes y a la necesidad de adaptarlas si fuera posible. El temor a la desaprobación por parte del proveedor puede resultar en la falta de una comunicación necesaria, vital para un diagnóstico y tratamiento efectivo.

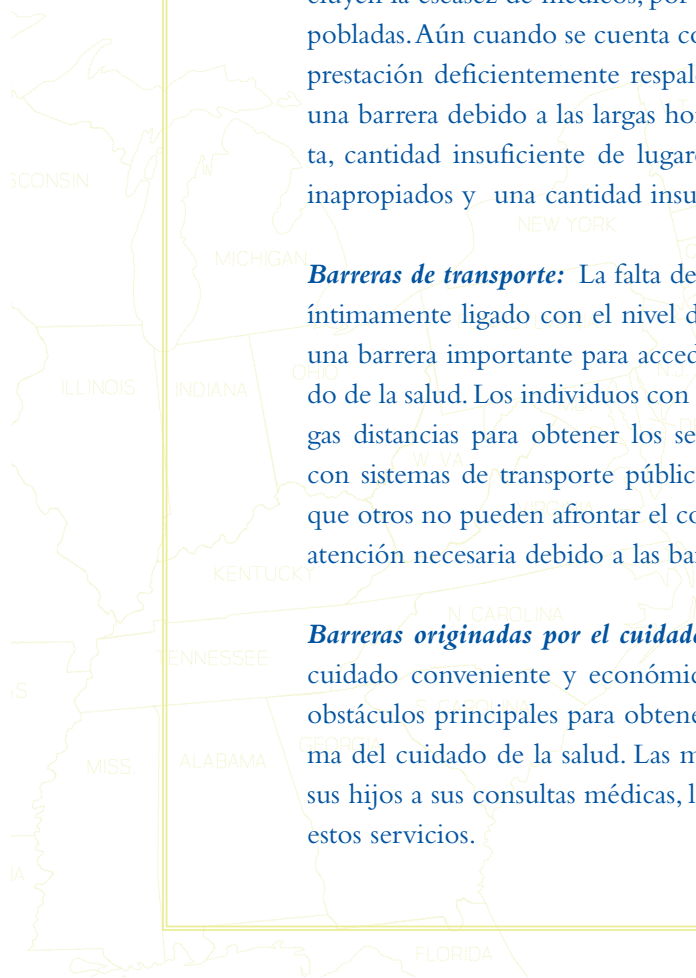
Inmigrantes: Los residentes indocumentados con frecuencia no están dispuestos a buscar los servicios de proveedores tradicionales debido a los temores de deportación y los residentes legales pueden temer perjudicar sus posibilidades de acceder a la ciudadanía al ser calificados como “cargas públicas” si solicitan su afiliación a Medicaid. Estos temores pueden provocar una morbilidad y mortalidad innecesaria además de aumentos de los costos del sistema del cuidado de la salud.

3. Las barreras de organización para acceder al sistema del cuidado de la salud son el resultado de la estructura del sistema de prestación de servicios de salud, y cada vez más se reconocen como contribuyentes de resultados tanto buenos como pobres. Estas barreras incluyen:

Capacidad inadecuada: Los problemas relacionados con la capacidad incluyen la escasez de médicos, por lo general en regiones rurales o superpobladas. Aún cuando se cuenta con el personal necesario, los sistemas de prestación deficientemente respaldados y organizados pueden presentar una barrera debido a las largas horas de espera para obtener una consulta, cantidad insuficiente de lugares para ser atendido, horarios clínicos inapropiados y una cantidad insuficiente de clínicas.

Barreras de transporte: La falta de un medio de transporte adecuado está íntimamente ligado con el nivel de ingreso y pobreza y puede presentar una barrera importante para acceder a servicios adecuados para el cuidado de la salud. Los individuos con ingresos limitados que deben viajar largas distancias para obtener los servicios necesarios pueden encontrarse con sistemas de transporte público inadecuados o inaccesibles, mientras que otros no pueden afrontar el costo. Muchos individuos no obtienen la atención necesaria debido a las barreras que presenta el transporte.

Barreras originadas por el cuidado de los niños: La inaccesibilidad a un cuidado conveniente y económico de los niños puede ser uno de los obstáculos principales para obtener los servicios adecuados para el sistema del cuidado de la salud. Las madres pueden verse obligadas a traer a sus hijos a sus consultas médicas, lo cual conduce a algunas a renunciar a estos servicios.



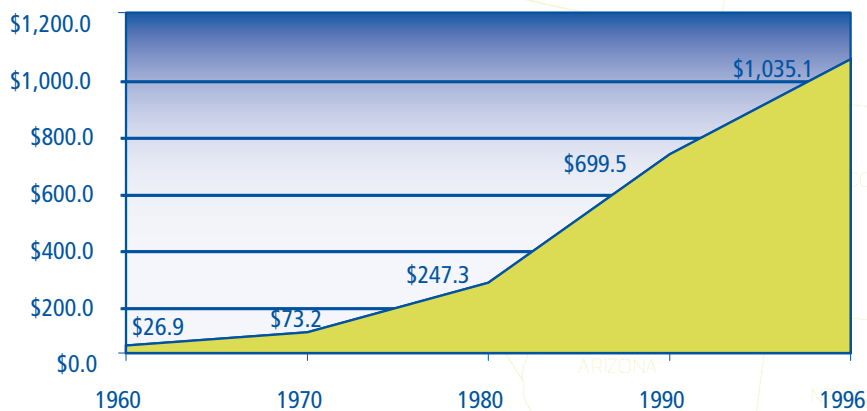
Falta de coordinación de los servicios: Los individuos o las familias de condición económica muy baja con frecuencia requieren un conjunto de servicios adicionales en relación con la vivienda, transporte, alimentos, y otros servicios de sostén y sociales que hacen la diferencia entre el obtener y no la atención adecuada. Los pacientes y sistemas de atención médica pueden estar abrumados por la cantidad de demandas y necesidades de la competencia, todos los cuales pueden resultar en la falta de obtención de los servicios necesarios.

Managed Care: Algunos planes de managed care tienen normas rígidas que exigen a los miembros acceder a las especialidades por referencia de un médico clínico de cuidados básicos que funciona como un “portero”. A pesar de que uno de los ideales del managed care es la coordinación del cuidado por un solo médico, en la práctica esto a veces puede representar una barrera mas para ser atendido.

2. Costo

Sin nada más, el sistema del cuidado de la salud en los Estados Unidos es muy caro, alcanzando el trillón de dólares de costo por primera vez en 1996, superando la base de US \$26.9 billones en 1960 cuando se midieron por primera vez los costos de manera sistemática. El Cuadro 1 muestra el crecimiento de los gastos del sistema del cuidado de la salud nacional desde 1960.

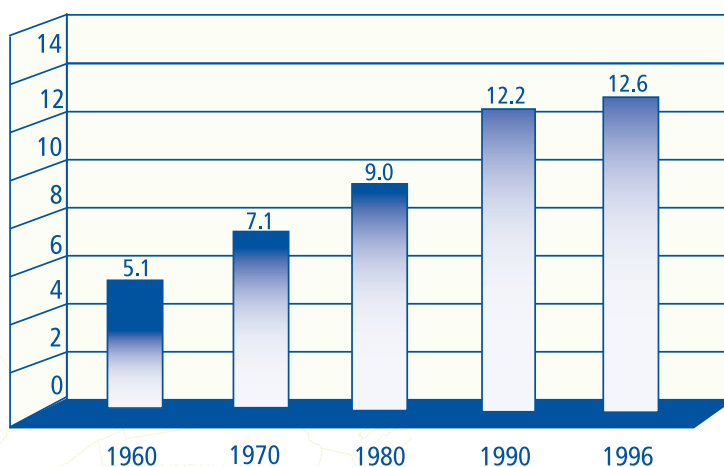
**Gastos del Sistema del Cuidado de la Salud Nacional
\$ Billones, 1960-1996**



(Fuente: Levit, K. et al. “National Health Spending Trends in 1996”; Health Affairs, Enero-Febrero, 1998, pág. 38.)

Entre 1960 y 1990, los gastos del sistema de salud alcanzaron un índice anual entre 10.6 y 12.9%. Desde 1994, el crecimiento de los gastos había disminuido entre un 4.4 y 5.6%, a pesar de que algunos pocos esperan que los costos continúen creciendo a esta tasa menor indefinidamente. Otra característica importante de los gastos nacionales del sistema de salud es que este índice de crecimiento ha sido mucho mayor que el resto de la economía de los Estados Unidos. El Cuadro 2 muestra el crecimiento de los gastos del sistema de salud como un porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) de los Estados Unidos, la medida aceptada de la magnitud de la economía de los Estados Unidos. Durante los últimos años de la década del 80 y los primeros de la década del 90, los aumentos anuales de los gastos del sistema del cuidado de la salud eran tan desmesurados que algunos predijeron que alcanzarían el 20 % del PBI en el año 2000. Obviamente eso no ocurrirá, aunque nadie sabe por cuanto tiempo perdurará la moderación reciente del crecimiento de los gastos sanitarios en relación con el resto de la economía.

Gastos del Sistema de la Salud como Porcentaje del PBI 1960-1996



(Fuente: Levit, K. et al. "National Health Spending Trends in 1996"; Health Affairs, Enero-Febrero, 1998, pág. 38.)

Otra forma de entender los gastos del sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos es comparándolos con los de otras naciones industrializadas. La tendencia que ha existido por más de 30 años continúa durante los últimos años de la década del 90: los Estados Unidos lidera al mundo en su índice de gastos en los servicios para el sistema del cuidado de la salud pero demuestra tener un desempeño mediocre en las medidas clave sobre la salud, por ejemplo, mortalidad infantil y expectativa de vida. Además, a diferencia de los Estados Unidos, los demás países brindan cobertura virtualmente a todos sus ciudadanos. La Tabla 1 muestra el desempeño de una serie de naciones industrializadas sobre estas medidas diferentes:

Tabla 1: Estados Unidos en comparación de otras Naciones Industrializadas

	1996 Gastos per cápita (US \$)	1996 % del PBI gastados en la Salud	1995 Mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos vivos	1995 Expectativa de vida al nacimiento (hombres)	1995 Expectativa de vida al nacimiento (mujeres)
Estados Unidos	\$3708	14.2%	8.0	72.5	79.2
Canadá	\$2002	9.0%	6.0	75.3	81.3
Francia	\$1978	9.6%	5.0	73.9	81.9
Alemania	\$2222	10.5%	5.3	73.0	79.5
Italia	\$1520	7.6%	6.2	74.4	80.8
Japón	\$1581	7.2%	4.3	76.4	82.8
Reino Unido	\$1304	6.9%	6.0	74.3	79.7

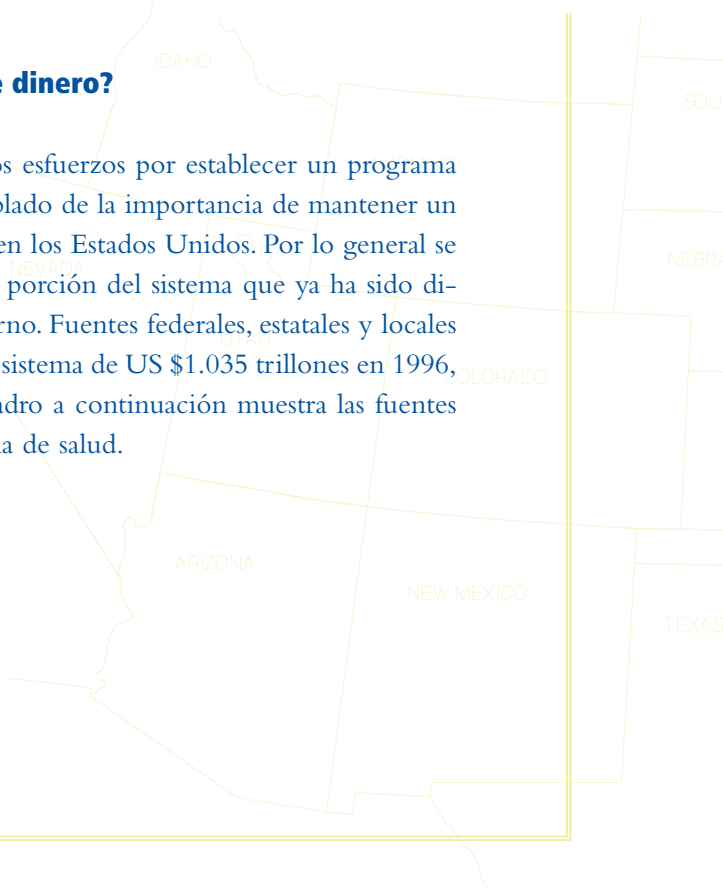
La mortalidad infantil y la expectativa de vida se ven afectadas por mucho más que la cantidad de recursos gastados en atención médica. Por lo tanto, puede no ser justo culpar al sistema de atención médica de un desempeño pobre de estas medidas. Pero estos datos refuerzan la desconexión entre las inversiones en medicina y los avances en la salud de la población.

¿Cuál es el índice “correcto” del PBI?

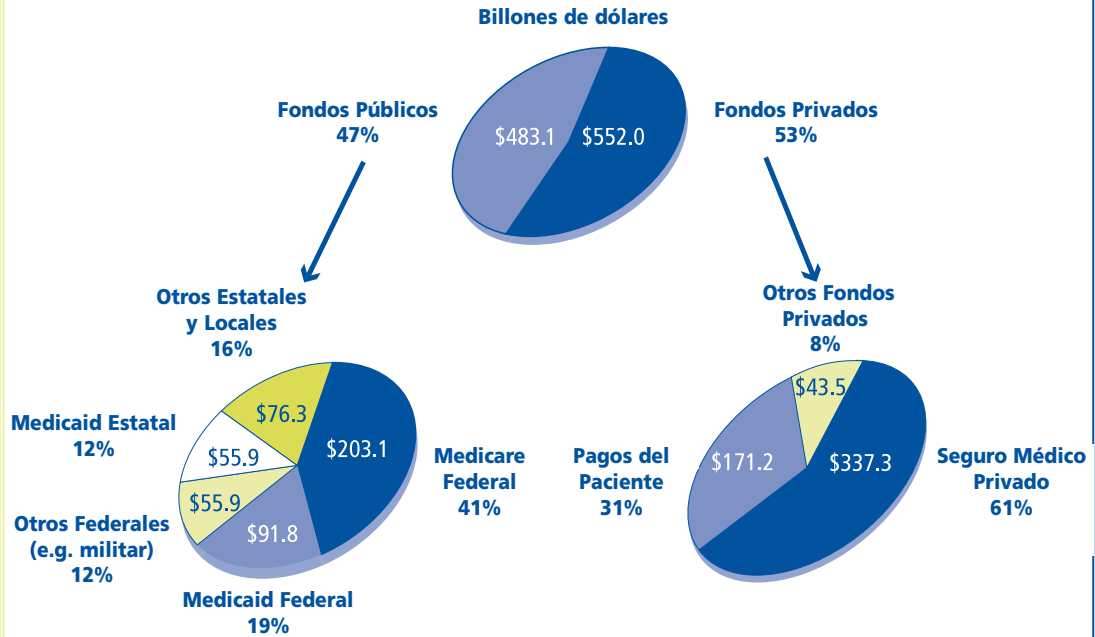
No existe un índice “correcto”. Sin embargo, sabemos que el índice de los gastos del sistema de salud de los Estados Unidos sobrepasa en mucho al de las demás naciones industrializadas con mejores resultados en salud. También sabemos que los gastos nacionales del sistema de salud aumentan al incrementarse el PBI de la nación.

¿De dónde proviene todo este dinero?

Muchos de los que se oponen a los esfuerzos por establecer un programa de seguro médico nacional han hablado de la importancia de mantener un sistema de seguro médico privado en los Estados Unidos. Por lo general se sorprenden al descubrir la enorme porción del sistema que ya ha sido directamente financiada por el gobierno. Fuentes federales, estatales y locales explican los US \$483.1 billones del sistema de US \$1.035 trillones en 1996, casi la mitad del costo total. El cuadro a continuación muestra las fuentes principales de los fondos del sistema de salud.



Gastos de la Salud de 1996 por Fuentes de los Fondos



(Fuente: Levit, K. et al. "National Health Spending Trends in 1996"; Health Affairs, Enero-Febrero, 1998, p43.)

¿Qué es el DSH (se pronuncia "dish")?

Disproportionate Share Hospital (gastos hospitalarios desproporcionales) provienen de los fondos federales para ayudar a los proveedores de servicios de salud que atienden a grandes cantidades de beneficiarios de Medicare o Medicaid. Medicaid DSH está encauzado a través de los gobiernos de los estados, aunque no equitativamente y tiene una fuente sustancial de fondos, a veces con abusos.

Los gastos privados de los servicios para el cuidado de la salud alcanzan un poco más de la mitad del financiamiento del sistema, en todo su volumen (más de US \$337 billones) provenientes de las primas de los seguros médicos abonadas por empleadores privados y sus empleados, y por individuos que adquieren la cobertura para sí mismos y sus familias. El costo de los pagos del paciente, deducibles y los pagos directos del consumidor por los servicios de salud es substancial, casi la mitad del monto destinado a primas.

Las fuentes públicas de gastos se dividen en diferentes categorías básicas. El mayor gasto público es para el programa federal Medicare, que alcanza casi

uno de cada cinco dólares gastados por la nación en servicios para el cuidado de la salud. Medicare presta servicios a personas mayores de 65 años y a algunos incapacitados. La Parte A abona mayormente los servicios hospitalarios y se financia por los impuestos de las nóminas de pagos, mientras que la Parte B abona los costos de los médicos y demás costos no hospitalarios y está financiada por las primas de las personas inscritas e ingresos impositivos generales. Cuando la opinión pública se refiere a “Medicare está quebrado”, se hace referencia únicamente a la Parte A de los Fondos Fiduciarios.

Medicaid es el otro programa de mayores servicios de salud pública, que alcanza aproximadamente una séptima parte de los gastos del sistema de salud, dividido entre el gobierno federal y el de los estados. Medicaid provee fondos para los servicios de salud de varios grupos de bajos ingresos, incluidas aquellas personas que reciben asistencia social, incapacitados y personas mayores que requieren cuidado domiciliario y han agotados sus activos. Durante los últimos años, algunos estados han expandido los programas Medicaid para abarcar mayores porciones del sistema del cuidado de la salud para niños y adultos de bajos ingresos. Los padres de bajos ingresos y sus hijos representan la tercera parte de los afiliados pero únicamente un tercio de los costos del programa. Esto se debe a que es mucho más caro prestar servicios a personas incapacitadas y a personas mayores que requieren cuidado domiciliario.

Otros gastos federales incluyen servicios de salud para militares (CHAMPUS), empleados federales (FEHBP), estadounidenses nativos, programas de salud pública y otros. Los demás gastos locales y estatales incluyen las cuentas del gasto de salud pública, los pagos a los proveedores de una red de seguridad, los programas de seguro para empleados públicos, y otros servicios.

¿Adónde va todo el dinero?

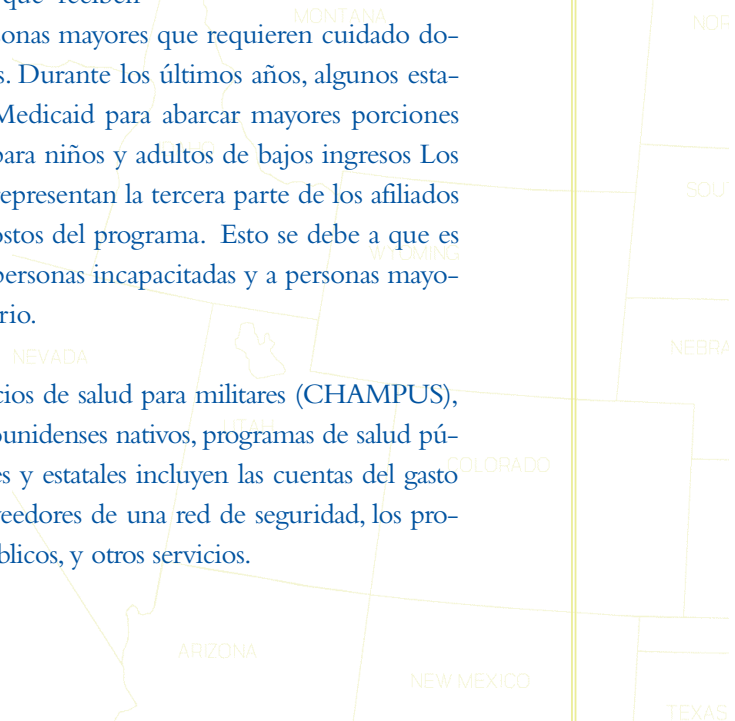
Más de un trillón de dólares estadounidenses se gastó en servicios de cuidado de la salud en los Estados Unidos durante 1996 en una gran variedad de formas. Los servicios médicos y hospitalarios consumieron más de la mi-

Medicare? Medicaid?

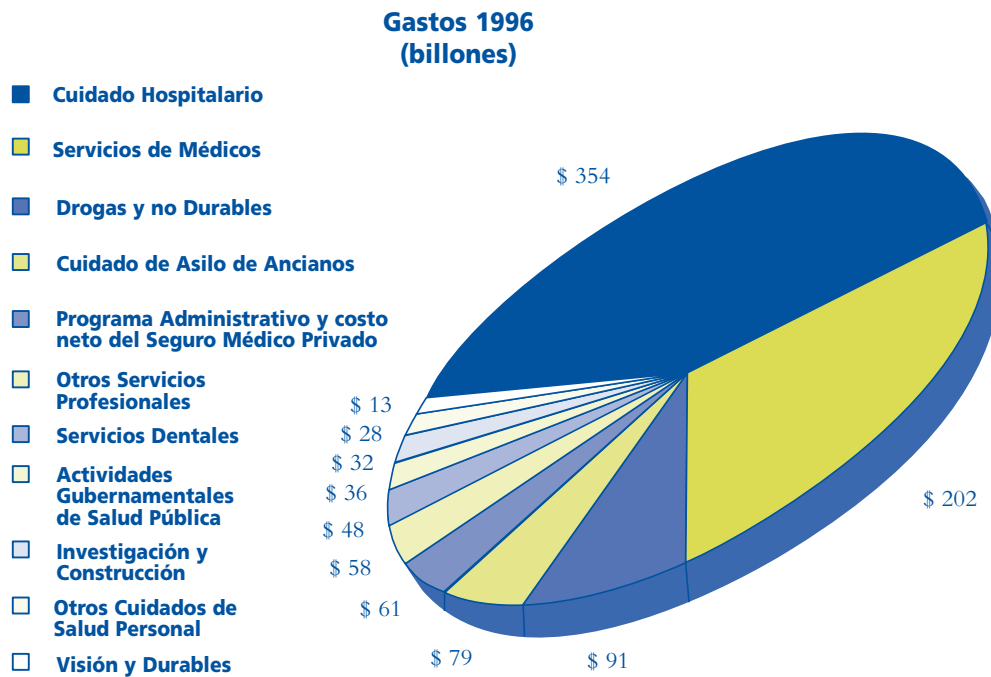
Si se siente confundido, sepa que no está sólo. Estos programas muy similares fueron creados en 1965 como enmiendas a la Ley del Seguro Social. En pocas palabras:

Medicare es el programa federal de salud para *personas mayores* y algunos incapacitados. Virtualmente todas las personas mayores (más de 65 años) pueden acceder a los beneficios de Medicare, a pesar de sus ingresos.

Medicaid es el programa federal/estatal que financia los servicios de salud de *familias de bajos ingresos*, incapacitados y personas mayores. Los estados administran los programas de acuerdo con las normas federales (cada programa de cada uno de los estados es diferente), y los dos niveles de gobierno comparten los costos. Medicaid es el principal pagador de atención domiciliaria y de cuidados prolongados en los Estados Unidos.



tad de todo ese monto; medicamentos, servicios de atención domiciliaria, y costos de administración de programas continuaron en magnitud:



(Fuente: Levit, K. et al. “National Health Spending Trends in 1996”; Health Affairs, Enero-Febrero, 1998, pág. 38.)

El costo de los medicamentos ha aumentado tan rápidamente en los últimos años que algunos predicen que sobrepasará el costo de los servicios médicos a principios del siglo XXI. Los US \$60.9 billones gastados en la “administración del programa y el costo neto del seguro médico privado” es una categoría que ha sido divulgada por grupos que defienden el establecimiento de un programa de seguro médico de “pagador único” al estilo canadiense, donde la mayoría de los servicios son financiados a través de impuestos sin costos administrativos relacionados con el seguro médico privado. Otros destacan la relativamente reducida porción de dinero que se gasta en “actividades gubernamentales de salud pública” para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

¿Qué es el GME?

GME es la abreviatura de “Graduate Medical Education.” El gobierno federal (y algunos estados) financian grandes porciones del sistema de educación médica de los Estados Unidos a través de pagos a hospitales docentes por servicios directos e indirectos.

El costo de los medicamentos ha aumentado tan rápidamente en los últimos años que algunos predicen que sobrepasará el costo de los servicios médicos a principios del siglo XXI. Los US \$60.9 billones gastados en la “administración del programa y el costo neto del seguro médico privado” es una categoría que ha sido divulgada por grupos que defienden el establecimiento de un programa de seguro médico de “pagador único” al estilo canadiense, donde la mayoría de los servicios son financiados a través de impuestos sin costos administrativos relacionados con el seguro médico privado. Otros destacan la relativamente reducida porción de dinero que se gasta en “actividades gubernamentales de salud pública” para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

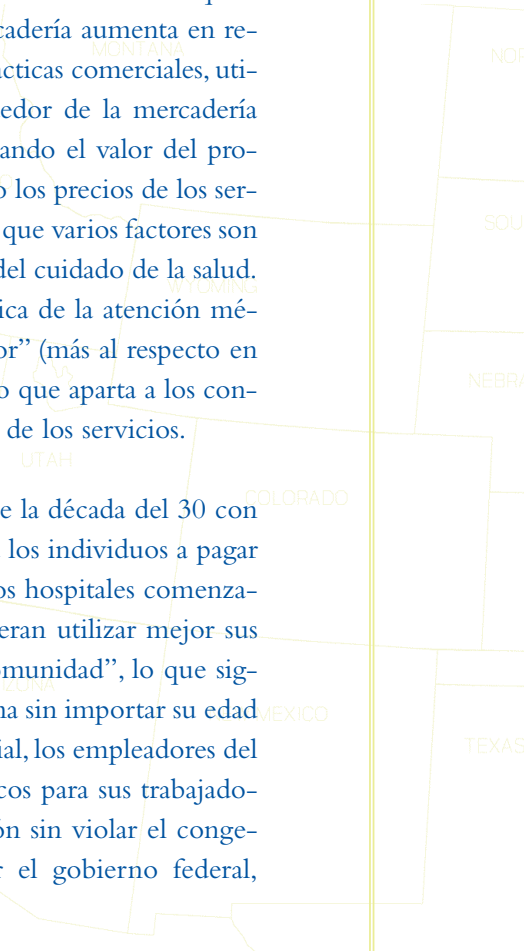
¿Cómo Controlamos los Costos del Sistema del Cuidado de la Salud?

Debido a que los costos del sistema del cuidado de la salud han aumentado tan dramáticamente durante los últimos 30 años, existe un mayor orden público que se concentra en tratar de reducir el índice de crecimiento.

El primer paso necesario para controlar el crecimiento de los costos del sistema de salud es comprender cuáles son las causas de dicho crecimiento. Existen cuatro factores básicos del crecimiento de los costos del sistema de salud: (1) la economía general-inflación global; (2) la inflación adicional de los precios de los servicios médicos; (3) el aumento de la cantidad de los servicios de salud brindados a los pacientes, incluyendo el volumen y la intensidad de los servicios; y (4) el crecimiento de la población y los cambios demográficos. Este último es un factor contribuyente menor al aumento de los costos. Las otras tres categorías cobran mucha importancia pero varían considerablemente en su proporción de un año a otro.

Por lo general, los estadounidenses confían en el mercado libre y en el poder de los consumidores para controlar el aumento de los costos de cualquier sector de la economía, cuando el precio de una mercadería aumenta en relación con su valor supuesto, la gente modifica sus prácticas comerciales, utilizando menos dicho producto o servicio. El vendedor de la mercadería puede responder ya sea bajando los precios o mejorando el valor del producto. Pero las fuerzas del mercado no han controlado los precios de los servicios de salud con éxito. Los economistas consideran que varios factores son los responsables de la “falla del mercado” del sistema del cuidado de la salud. Los puntos clave entre estos son (1) la naturaleza única de la atención médica que dificulta a los consumidores evaluar su “valor” (más al respecto en la sección sobre calidad); y (2) la frecuencia del seguro que aparta a los consumidores del pago, aún conociendo, del precio total de los servicios.

El seguro médico se originó por primera vez durante la década del 30 con la creación de los planes de Blue Cross para ayudar a los individuos a pagar los costos de los servicios hospitalarios y médicos. Los hospitales comenzaron los primeros planes para que los pacientes pudieran utilizar mejor sus servicios. Estos planes eran de “clasificación de la comunidad”, lo que significa que todos los miembros pagaban la misma prima sin importar su edad o estado de salud. Durante la Segunda Guerra Mundial, los empleadores del sector privado comenzaron a adquirir seguros médicos para sus trabajadores como una forma de incrementar su remuneración sin violar el congelamiento de precios y el salario determinado por el gobierno federal,



comenzando así el importante patrón de los Estados Unidos de una cobertura a cargo del empleador.

¿Qué significa "Selección Adversa" y "Moral Hazard"?

Son términos clave relacionados en el mundo del seguro. La *Selección Adversa* tiene lugar cuando las personas que saben que se encuentran en grave peligro adquieren un seguro más alto que los de bajo riesgo. *Moral hazard* es la alteración de la conducta por el hecho de carecer de un seguro.

Gran parte del comportamiento de las compañías de seguro se relaciona con su deseo de evitar que los consumidores opten por la selección adversa.

El pueblo de los Estados Unidos se ha quejado del alto costo de la atención médica durante la mayor parte de este siglo. Pero el aumento de costos se convirtió más en una preocupación de orden público después de la Segunda Guerra Mundial debido a la propagación del seguro médico, que tendía a enmascarar los aumentos de los costos. Con la creciente demanda de seguros médicos, los aseguradores en busca de ganancias comerciales comenzaron a vender sus propias pólizas durante los años posteriores a la guerra. Otras razones para la aceleración de los costos en los años posteriores a la guerra fueron las decisiones federales de

invertir en la expansión de hospitales del programa "Hill-Burton", para financiar la educación médica a fin de aumentar la provisión de médicos de la nación y establecer un mayor programa de investigación de cuidados médicos.. Todas estas actividades han brindado resultados importantes y apreciables; pero también abastecen al motor del costo de manera exorbitante..

¿Qué es Managed Care?

Managed Care se refiere a cualesquiera de las varias organizaciones en las que se adoptan medidas para atender a un grupo de pacientes dentro de un presupuesto. Ejemplos clave son las organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO), las organizaciones de proveedores preferenciales (PPO) y los planes punto de servicio (POS). Con el transcurso del tiempo, las diferencias entre cada una de estas formas han ido disminuyendo.

Antes de la década del 70, los aseguradores y los consumidores pagaban en gran parte a los hospitales, médicos y otros proveedores de servicios para el cuidado de la salud por lo que hacían.

Cuanto más hacían, más cobraban de acuerdo con la estructura de reintegro basada en el "pago por servicio". Con la creación de los programas Medicare y Medicaid en 1965, las autoridades públicas de Washington D.C, y de otras capitales de estados, se preocuparon más por los aumentos de los costos del sistema de salud y los efectos de esos aumentos en el resto de la economía. Los

empleadores que pagaban la totalidad de los costos privados también expresaron su preocupación.

Durante la mayor parte de las décadas de los años 70 y 80, el gobierno respondió a la "crisis" originada por los costos del sistema de salud a través de la regulación del sector público. La teoría en que se basaba esta respuesta era que el gobierno debía intervenir para corregir lo que el mercado no podía. Las respuestas obligatorias incluían (1) Las Leyes del Certificate Of Need - CON

(certificado de necesidad) que exigían que los hospitales se sometieran a un proceso público estatal antes de construir nuevas instalaciones o de agregar servicios nuevos y costosos; (2) health systems planning boards (juntas de planeamiento de los sistemas de salud) que incluían proveedores de los servicios de salud, consumidores, líderes comerciales, y funcionarios del gobierno para rever las propuestas del CON y planificar los sistemas de prestación de servicios de salud; (3) state hospital rate setting programs (programas de fijación de pagos hospitalarios estatales) que exigían que los hospitales entregasen normas de control de costos estatales; y (4) financiamiento y apoyo para el desarrollo de las health maintenance organizations - HMO (organizaciones para mantenimiento de la salud). Estos cuatro esfuerzos eran acuerdos cooperativos que incluían al gobierno federal, a los gobiernos de los estados, a empleados, consumidores, aseguradores y proveedores. A nivel federal, la respuesta obligatoria incluía el Prospective Payment System - PPS (Sistema de pago eventual), creado en 1983 para pagar a los hospitales una suma fija por los servicios provistos a cada paciente de Medicare en un Diagnosis Related Group - DRG (grupo diagnóstico), en lugar de cada servicio individual en base al costo hospitalario.

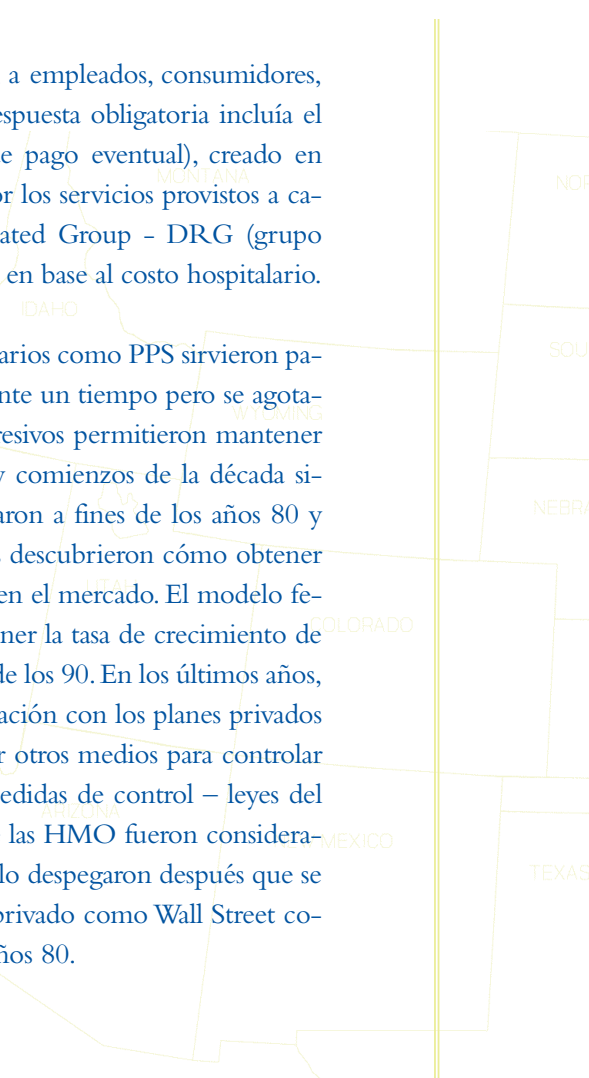
Tanto los programas de fijación de pagos hospitalarios como PPS sirvieron para mantener los costos dentro de los límites durante un tiempo pero se agotaron. Los programas de fijación de pagos más agresivos permitieron mantener los costos durante finales de la década del 70 y comienzos de la década siguiente pero casi todos los estados los abandonaron a fines de los años 80 y comienzos de los 90 a medida que los hospitales descubrieron cómo obtener mayores beneficios con nuevos arreglos basados en el mercado. El modelo federal del PPS y DRG también sirvió para contener la tasa de crecimiento de Medicare durante la década del 80 y comienzos de los 90. En los últimos años, el alto índice de crecimiento de Medicare en relación con los planes privados ha llevado a las autoridades responsables a buscar otros medios para controlar el aumento de gastos del programa. Las otras medidas de control – leyes del CON, planeamiento de salud y apoyo federal de las HMO fueron consideradas como fallas bien intencionadas. Las HMO sólo despegaron después que se abandonó el programa federal y tanto el sector privado como Wall Street comenzaron a invertir en ellas a mediados de los años 80.

¿Qué es la Capacitación?

La Capacitación es un método de reintegro (especialmente prominentes en las HMO) donde un proveedor cobra cierto monto por paciente por un conjunto predeterminado de servicios. Los opositores a esta forma de pago argumentan que, a diferencia del pago por servicio que fomenta el aumento de la atención brindada, la capacitación contiene incentivos para disminuir dicha atención.

La Capacitación también provee incentivos para solucionar los problemas del sistema de salud y se centraliza en la prevención para evitar un flujo de mayores costos.

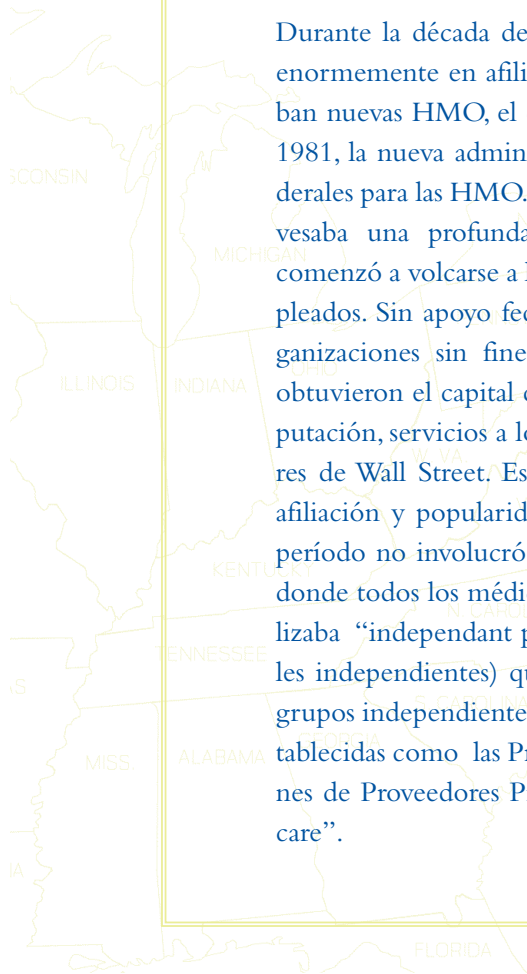
Ambas dinámicas han sido contempladas en los planes que usan la capacitación.



El crecimiento del Managed Care

Una crítica muy común que se efectúa al sistema del cuidado de la salud antes de los años 90 consiste en que aquellos que abonaban las facturas (aseguradores) contaban con diferentes incentivos por parte de los proveedores (prestadores) que brindaban atención. Se pensaba lo siguiente: “Sólo si pudiéramos unir las partes de la ecuación del seguro y los proveedores, podríamos tener la capacidad de controlar los costos del sistema”. En 1970 Paul Ellwood acuñó el término la “organización para el mantenimiento de la salud” o HMO para promover este tipo de organización. Antes de los años 70, la práctica de grupos pre-pagos, tales como Kaiser Health Plans (planes de salud Kaiser) en California disfrutaban de un éxito modesto como organizaciones que cobraban primas de seguros médicos y brindaban servicios en sus propias redes de hospitales y clínicas. En 1970, el Presidente Richard Nixon adoptó la promoción de las HMO como estrategia clave para reestructurar el sistema de salud y controlar los costos. En 1973, el Congreso aceptó aprobar la Ley sobre las HMO, por medio de la cual los empleadores debían brindar un seguro médico, que incluyera por lo menos una opción de las HMO, a la vez que se proveían fondos federales a las nuevas HMO que cumplían con los requisitos federales.

Durante la década del 70, los analistas estimaron que las HMO crecerían enormemente en afiliaciones y popularidad. Pero al tiempo que se formaban nuevas HMO, el crecimiento real de las afiliaciones era minúsculo. En 1981, la nueva administración Reagan finalizó con todos los subsidios federales para las HMO. Durante este mismo período, mientras la nación atravesaba una profunda recesión, un creciente número de empleadores comenzó a volcarse a las HMO para controlar los gastos de salud de sus empleados. Sin apoyo federal, muchas HMO cambiaron su condición de organizaciones sin fines de lucro a organizaciones con fines de lucro y obtuvieron el capital que necesitaban en forma vital para sistemas de computación, servicios a los miembros, marketing, etc. por parte de los inversores de Wall Street. Estas corrientes generaron la primera explosión en la afiliación y popularidad de las HMO. El mayor crecimiento durante este período no involucró el modelo original “personal modelo” de las HMO donde todos los médicos eran empleados asalariados del plan, sino que utilizaba “independent practice associations” - IPA (asociaciones profesionales independientes) que contrataban a otros proveedores de servicios y a grupos independientes de médicos. Tanto las HMO, las IPA y otras redes establecidas como las Preferred Provider Organizations - PPO (Organizaciones de Proveedores Preferenciales) pertenecen a la categoría de “managed care”.



Con menos de veinte millones de miembros en 1985, la membresía de las HMO creció rápidamente hasta alcanzar más de cincuenta millones en 1995, con crecimiento continuo en las poblaciones de Medicaid y Medicare. La afiliación en managed care se aceleró durante la recesión a fines de la década del 80 y comienzos de los 90 y se prolongó al mismo tiempo que fue rechazada la propuesta del Presidente Clinton sobre la cobertura de un seguro médico nacional en 1993 y 1994. A comienzos del managed care en los años 70, la legislación laboral forzó a los empleadores a ofrecer a sus empleados la oportunidad de asociarse a una HMO. Por lo general, aquellos que se afiliaron en esos primeros tiempos eran trabajadores con pocos problemas de salud, atraídos por las primas más bajas de las HMO. Esta tendencia resultó en primas superiores para aquellos que permanecían en los planes tradicionales de pago por cada servicio y de ese modo aumentó la afiliación en las HMO. Cada vez más, los empleadores comenzaron a abandonar la opción de pagos por servicios para sus trabajadores y les ofrecían que eligieran entre planes de managed care o simplemente una única opción para todos los trabajadores.

A mediados de la década del 90, más y más afiliados al sistema se encontraron en estos planes no por propia elección sino por la de sus empleadores, provocando una ola de insatisfacción por las carencias del managed care. Los funcionarios de los gobiernos estatal y federal intentaron legislar protecciones para los consumidores en estos planes. (Más información sobre este tema en la sección que trata sobre las opciones de reforma para los activistas.)

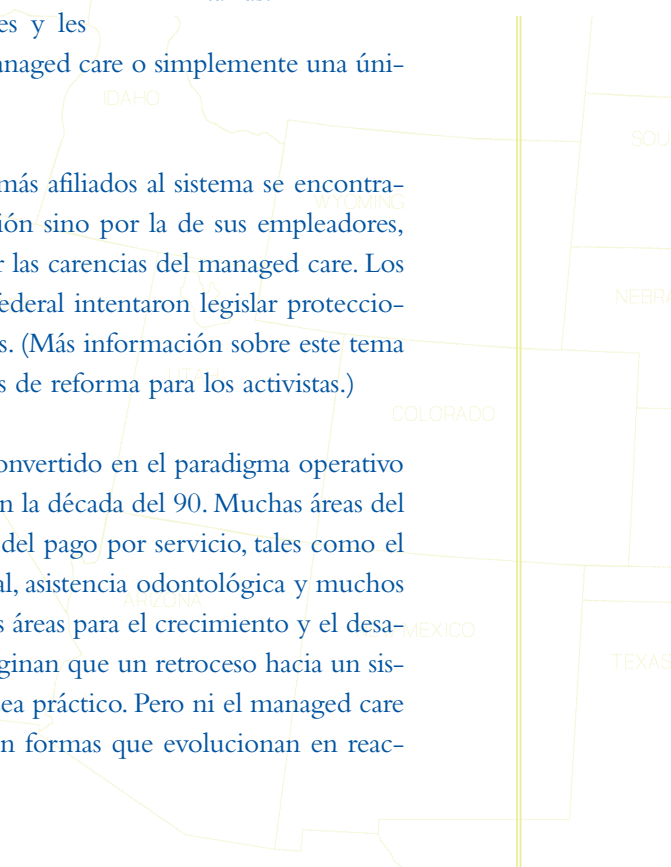
Nos guste o no, el managed care se ha convertido en el paradigma operativo para el sistema de salud estadounidense en la década del 90. Muchas áreas del sistema que alguna vez fueron bastiones del pago por servicio, tales como el abuso de drogas, servicios de salud mental, asistencia odontológica y muchos otros, hoy se han transformado en nuevas áreas para el crecimiento y el desarrollo del managed care. Muy pocos imaginan que un retroceso hacia un sistema desregulado de pagos por servicio sea práctico. Pero ni el managed care ni las HMO son conceptos estáticos. Son formas que evolucionan en reac-

¿Qué es el "Salud Pública"?

Mientras que la atención médica se ocupa del paciente individual, la salud pública se concentra en la salud de la población. Sus intereses incluyen evaluar y monitorear los problemas de salud, desarrollar y asegurar el cumplimiento de la legislación y normativa sobre la salud, implementar y evaluar estrategias basadas en la población para promover la salud, prevenir enfermedades y asegurar la provisión de servicios básicos de salud.

Entre los profesionales de la salud pública se encuentran enfermeras, personal de sanidad, epidemiólogos, estadísticos, educadores de salud, especialistas ambientales, higienistas, inspectores bromatológicos y de drogas, toxicólogos, técnicos de laboratorios, veterinarios, economistas, científicos sociales, abogados, nutricionistas, dentistas, trabajadores sociales, administradores y gerentes.

Trabajan tanto en el gobierno como en clínicas, instituciones académicas y centros de salud e instituciones comunitarias.



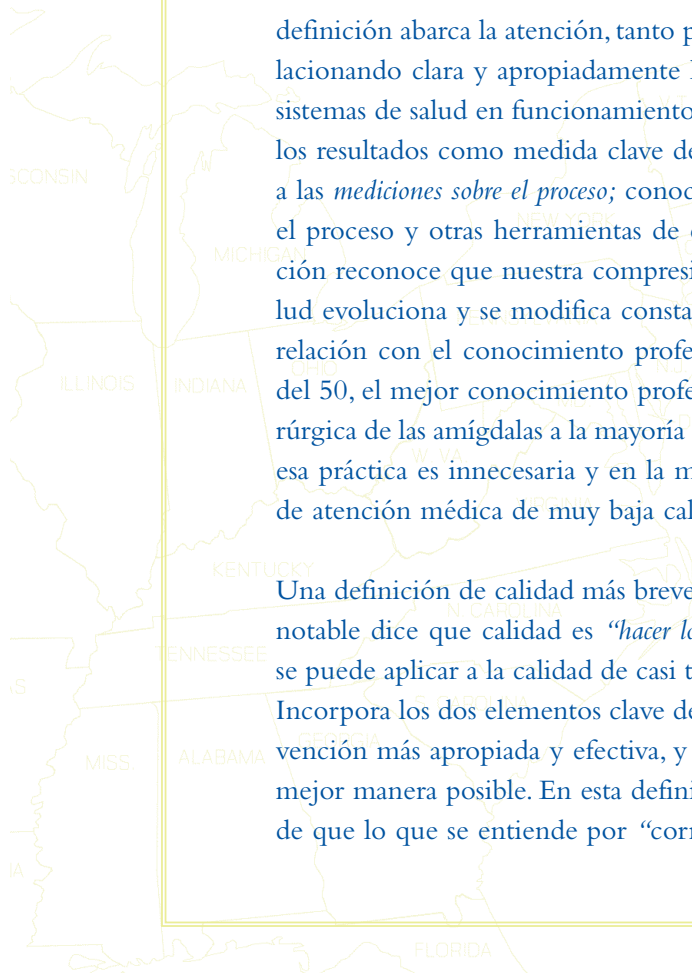
ción a fuerzas superiores dentro del ambiente económico, político, social y del cuidado de la salud.

3. Calidad

Además de las amplias afirmaciones tales como “Estados Unidos cuenta con el mejor sistema de salud del mundo”, también suele repetirse que nadie sabe cómo medir la calidad en el cuidado de la salud. De hecho, se han logrado grandes progresos en lo que respecta a la definición y comprensión de la calidad durante los últimos 30 años. Tal como se dejará en claro en esta sección, aún tenemos un largo camino por recorrer. Mientras que, como corresponde, los activistas dedican gran atención a los asuntos relacionados con el financiamiento y acceso, es importante entender este aspecto clave de los sistemas médicos y de salud.

El Instituto de Medicina, en un estudio ampliamente apreciado sobre Medicare, que se publicó en 1990, sugirió que la calidad es *“el grado al cual los servicios de salud para individuos y poblaciones aumenta la probabilidad de obtener resultados de salud deseados y a la vez son consistentes con el conocimiento profesional actual.”* Cabe destacar diversos aspectos de esta definición. Primero, la definición abarca la atención, tanto para *individuos* como para *poblaciones*, relacionando clara y apropiadamente la salud pública con todos los restantes sistemas de salud en funcionamiento. Segundo, la definición se centra sobre los resultados como medida clave de la eficiencia del sistema en oposición a las *mediciones sobre el proceso*; conoceremos más sobre los resultados versus el proceso y otras herramientas de evaluación en breve. Tercero, la definición reconoce que nuestra comprensión de la calidad de los servicios de salud evoluciona y se modifica constantemente al incluir la palabra *actual* en relación con el conocimiento profesional. Por ejemplo, durante la década del 50, el mejor conocimiento profesional recomendaba la extracción quirúrgica de las amígdalas a la mayoría de los niños; hoy día, consideramos que esa práctica es innecesaria y en la mayoría de los casos, resulta un ejemplo de atención médica de muy baja calidad.

Una definición de calidad más breve y menos precisa, aunque un poco más notable dice que calidad es *“hacer lo correcto y hacerlo bien”*. Esta definición se puede aplicar a la calidad de casi todo, incluyendo el cuidado de la salud. Incorpora los dos elementos clave del buen servicio: la elección de la intervención más apropiada y efectiva, y la aplicación de esa intervención de la mejor manera posible. En esta definición hay un reconocimiento implícito de que lo que se entiende por “correcto” evoluciona con el tiempo.

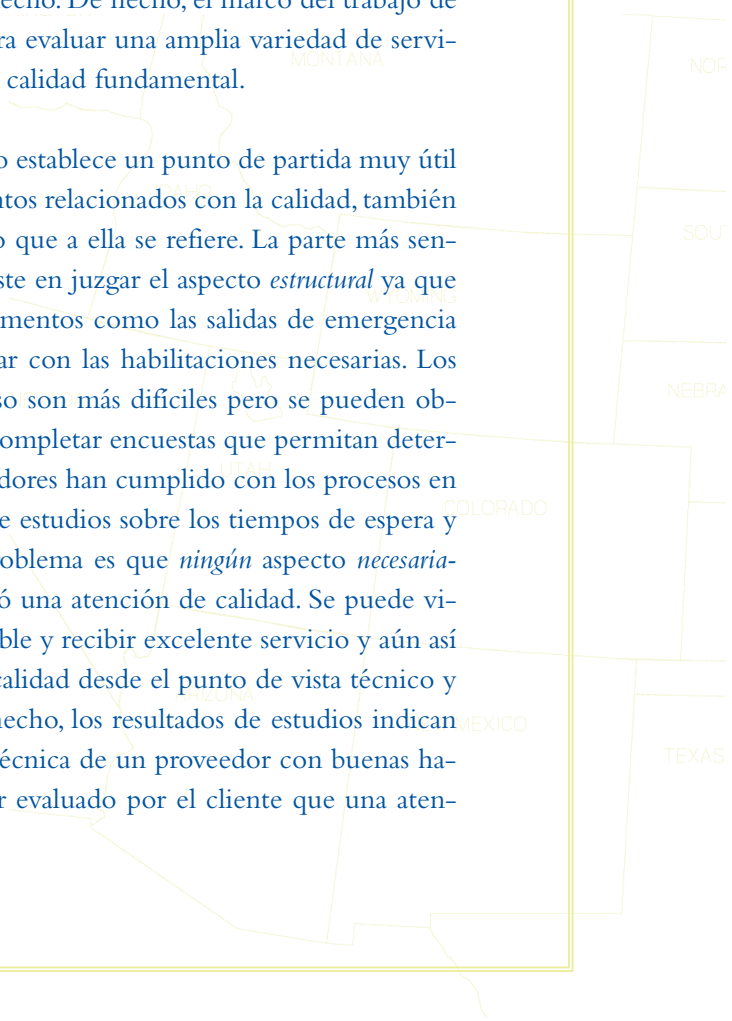


Comprender la Naturaleza de la Calidad

En sus escritos durante la década del 60, Avedis Donabedian de la Universidad de Michigan identificó tres atributos clave que establecen la base sobre la cual los investigadores aún analizan y comprenden la calidad del sistema de salud actual. *Estructura* es el ambiente físico donde se efectúa la atención así como también otras características relacionadas con el establecimiento (capacitación del proveedor, patrones para el personal, distribución de la propiedad, etc.) Los *atributos del proceso* son los componentes que forman parte del encuentro entre el paciente y el proveedor, incluyendo los tratamientos aplicados, la propiedad de su aplicación y cómo fue la comunicación entre ambos. El *resultado* es la consecuencia del encuentro y el estado de salud posterior del paciente.

Piense en estos atributos para evaluar la calidad de su restaurante preferido. Los aspectos *estructurales* incluyen el ambiente físico, la ubicación, la disponibilidad de estacionamiento, velas, calidad del aire y otros. Los *atributos del proceso* incluyen la cordialidad del personal, el tiempo de espera por la comida, por las bebidas, por la cuenta, etc. El *resultado* involucra la calidad de los alimentos y si uno se retira satisfecho. De hecho, el marco del trabajo de Donabedian puede ser utilizado para evaluar una amplia variedad de servicios de acuerdo con un criterio de calidad fundamental.

Al tiempo que este marco de trabajo establece un punto de partida muy útil para explicar y comprender los asuntos relacionados con la calidad, también destaca las dificultades de evaluar lo que a ella se refiere. La parte más sencilla de este marco de trabajo consiste en juzgar el aspecto *estructural* ya que es fácil reconocer y determinar elementos como las salidas de emergencia bien marcadas o el hecho de contar con las habilitaciones necesarias. Los aspectos relacionados con el proceso son más difíciles pero se pueden obtener ya que los pacientes pueden completar encuestas que permitan determinar si los médicos y otros proveedores han cumplido con los procesos en forma apropiada o pueden realizarse estudios sobre los tiempos de espera y duración de los tratamientos. El problema es que *ningún* aspecto *necesariamente determina* si el paciente recibió una atención de calidad. Se puede visitar una instalación médica impecable y recibir excelente servicio y aún así recibir una atención de muy mala calidad desde el punto de vista técnico y obtener un resultado adverso. De hecho, los resultados de estudios indican que una atención de poca calidad técnica de un proveedor con buenas habilidades interpersonales será mejor evaluado por el cliente que una aten-



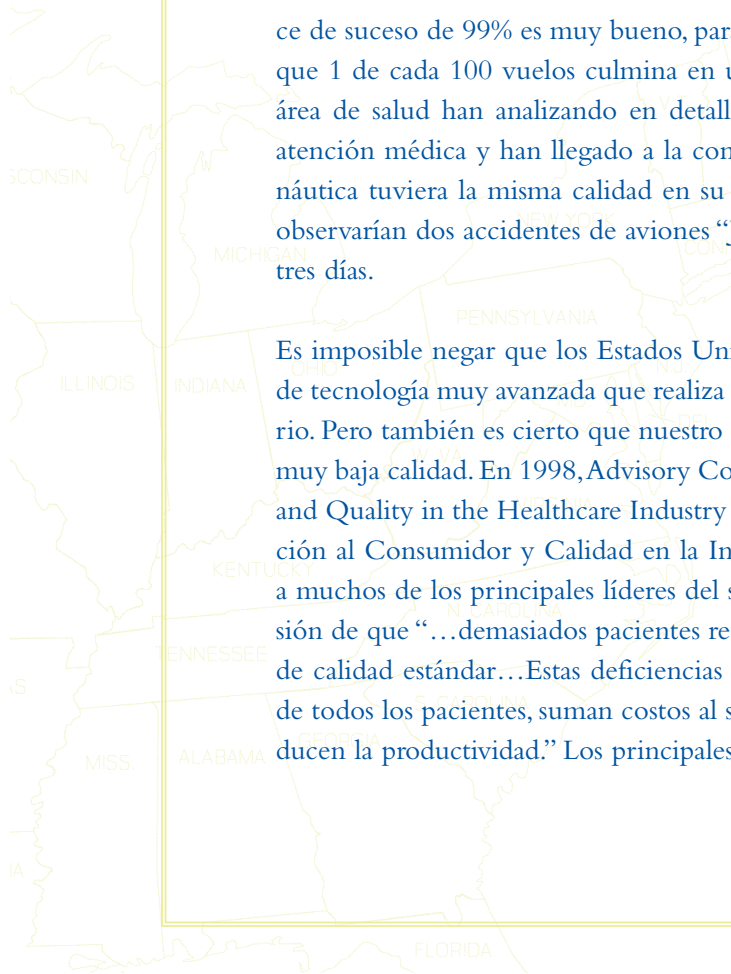
ción de excelente calidad técnica proveniente de un profesional con pocas habilidades personales.

Las frustraciones resultantes de la falta de adecuación de las medidas relacionadas con las estructuras y el proceso llevan a muchos a favorecer medidas *basadas en los resultados*: evaluemos si acaso el encuentro permitió obtener como resultado una mejor salud. El problema aquí es que se puede recibir una atención técnica excelente de alguien que posee excelentes aptitudes personales y aún así, obtener un resultado muy pobre o lo inverso. Puesto de un modo más simple, no se sabe cuál es el grado en que la mayoría de las prácticas médicas curan o previenen enfermedades. Aún cuando actualmente se realizan grandes esfuerzos por investigar y comprender qué es lo que funciona, todavía existe un largo camino por recorrer y continuaremos confiando en una combinación de los tres elementos para evaluar la calidad de los servicios de salud.

¿Cuál es la Calidad del Servicio Médico en los Estados Unidos?

Piense en la industria aeronáutica de los Estados Unidos y qué poco frecuentes son los accidentes de aviones. Aunque solemos pensar que un índice de suceso de 99% es muy bueno, para las aerolíneas ese índice implicaría que 1 de cada 100 vuelos culmina en una fatalidad. Los investigadores del área de salud han analizado en detalle la extensión de los errores en la atención médica y han llegado a la conclusión de que si la industria aeronáutica tuviera la misma calidad en su desarrollo que el sector médico, se observarían dos accidentes de aviones “Jumbo” en los Estados Unidos cada tres días.

Es imposible negar que los Estados Unidos cuenta con un sistema médico de tecnología muy avanzada que realiza curas prodigiosas y salva vidas a diario. Pero también es cierto que nuestro sistema está plagado de ejemplos de muy baja calidad. En 1998, Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry (Comisión Asesora sobre la Protección al Consumidor y Calidad en la Industria de la Salud), la cual incluye a muchos de los principales líderes del sector de la salud, llegó a la conclusión de que “...demasiados pacientes reciben cuidados por debajo del nivel de calidad estándar...Estas deficiencias ponen en peligro la salud y la vida de todos los pacientes, suman costos al sistema del cuidado de la salud y reducen la productividad.” Los principales problemas identificados incluyen:



1. Errores evitables en la práctica médica. Un estudio realizado en 1990 sobre las altas del hospital de Nueva York halló que se producían hechos adversos en 3.7% de las hospitalizaciones y que 27.6% de ellos eran causados por negligencia y provocaban la muerte innecesaria de más de 3,000 pacientes al año. Errores en la administración de medicamentos provocaron más de 7,000 muertes innecesarias sólo en 1993.

2. Uso excesivo de servicios innecesarios. Un estudio sobre histerectomías halló que el 16% de las 510,000 realizadas en 1994 eran innecesarias. Diversos estudios han documentado que miles de las mastectomías radicales se realizan cada año en víctimas de cáncer de mama cuando muchas menos lumpectomía llevarían a los mismos resultados. Un estudio sobre la conveniencia de endarterectomía carotídea (un procedimiento para retirar material nocivo de las arterias del corazón) concluyó que 18% de ellas eran inapropiadas, 49% tenían un valor clínico incierto y el 33% eran apropiadas.

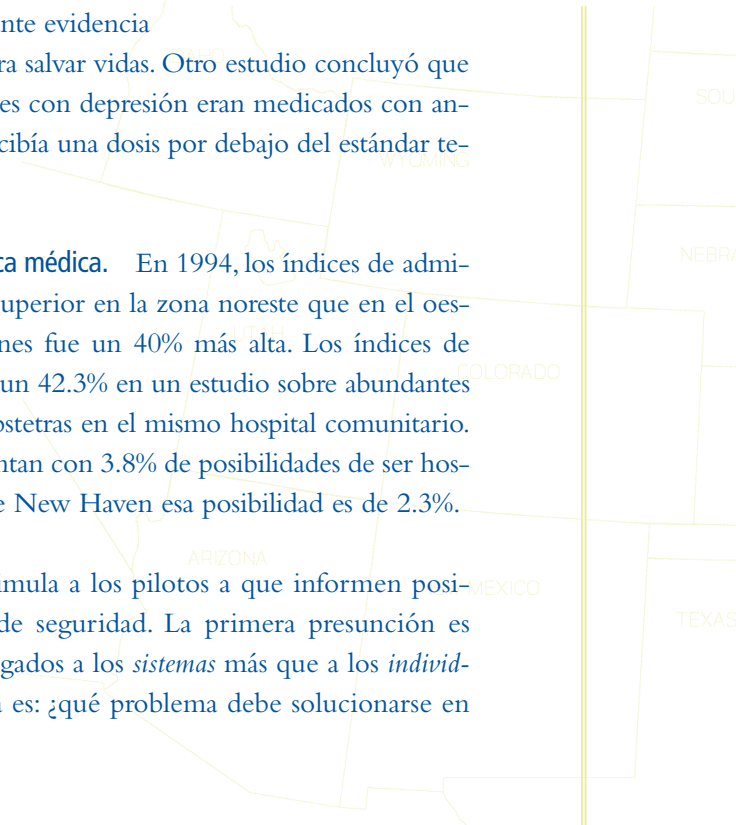
3. Poco uso de los servicios necesarios. La información del año 1995 indica que sólo el 76% de los niños habían recibido un conjunto adecuado de inmunizaciones hasta los 18 meses de edad. Entre los adultos que superan los 65 años de edad, sólo el 52% había recibido la vacuna anual contra la gripa y sólo el 28% recibió la vacuna neumocócica, a pesar de la apremiante evidencia de la capacidad de estas vacunas para salvar vidas. Otro estudio concluyó que entre el 20 y el 30% de los pacientes con depresión eran medicados con antidepresivos y entre ellos, el 30% recibía una dosis por debajo del estándar terapéutico.

4. Variación inexplicable en la práctica médica. En 1994, los índices de admisión en hospitales fueron un 49% superior en la zona noreste que en el oeste y la duración de las internaciones fue un 40% más alta. Los índices de cesáreas variaron entre un 19.1% a un 42.3% en un estudio sobre abundantes mujeres atendidas por diferentes obstetras en el mismo hospital comunitario. Los niños con asma en Boston cuentan con 3.8% de posibilidades de ser hospitalizados mientras que para los de New Haven esa posibilidad es de 2.3%.

En la industria aeronáutica, se estimula a los pilotos a que informen posibles pérdidas u otros problemas de seguridad. La primera presunción es siempre que los problemas están ligados a los *sistemas* más que a los *individuos*. Cuando algo falla, la pregunta es: ¿qué problema debe solucionarse en este sistema?

¿Qué es la "Medicina Defensiva"?

La práctica de solicitar procedimientos o análisis adicionales e innecesarios para evitar potenciales demandas. Existe un desacuerdo entre cuál es la cantidad que se realiza y si acaso es bueno o malo.



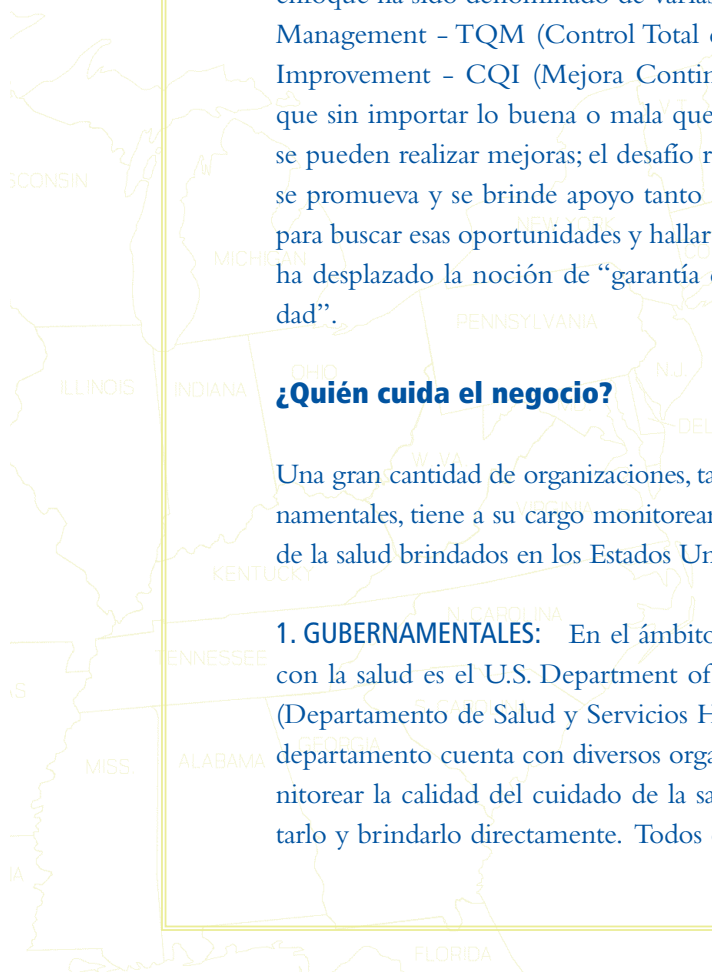
En la industria del cuidado de la salud, la presunción ha sido que las fallas son causadas por errores humanos y el desafío es identificar y castigar a esa persona (una práctica conocida como el enfoque de las “manzanas podridas” en la calidad del cuidado de la salud.) Antes de la década del 90, los hospitales solían contar con un departamento a cargo de “garantizar la calidad”. La presunción por detrás de este término es que la calidad ya existe y que se requiere de un equipo administrativo independiente que “garantice” el mantenimiento de los niveles de calidad. El informe realizado por Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry (la Comisión Asesora sobre la Protección al Consumidor y Calidad en la Industria de la Salud) pone claramente de manifiesto lo inadecuado de este enfoque.

Durante el transcurso de esta década, ha prevalecido un nuevo enfoque dentro de la industria del cuidado de la salud que resulta mucho más provechoso y prometedor. Este reconoce que la calidad del cuidado de la salud no se encuentra en el nivel en que debería estar; acepta que existen más problemas en los sistemas que en los individuos, que la práctica de la medicina es compleja y que es necesario incentivar a los médicos para que informen sobre los problemas de calidad dentro de un ambiente de contención. Este enfoque ha sido denominado de varias maneras, incluyendo el Total Quality Management - TQM (Control Total de Calidad) y la Continuous Quality Improvement - CQI (Mejora Continua de la Calidad.) Su presunción es que sin importar lo buena o mala que pueda ser una organización, siempre se pueden realizar mejoras; el desafío radica en crear un ambiente en el cual se promueva y se brinde apoyo tanto a profesionales como a consumidores para buscar esas oportunidades y hallar las soluciones. La industria de la salud ha desplazado la noción de “garantía de la calidad” por “mejora de la calidad”.

¿Quién cuida el negocio?

Una gran cantidad de organizaciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, tiene a su cargo monitorear la calidad de los servicios del cuidado de la salud brindados en los Estados Unidos.

1. GUBERNAMENTALES: En el ámbito federal, la mayor entidad relacionada con la salud es el U.S. Department of Health and Human Services - HHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.) Este departamento cuenta con diversos organismos responsables de evaluar y monitorear la calidad del cuidado de la salud, además de financiarlo, reglamentarlo y brindarlo directamente. Todos estos organismos pueden ser de ayuda



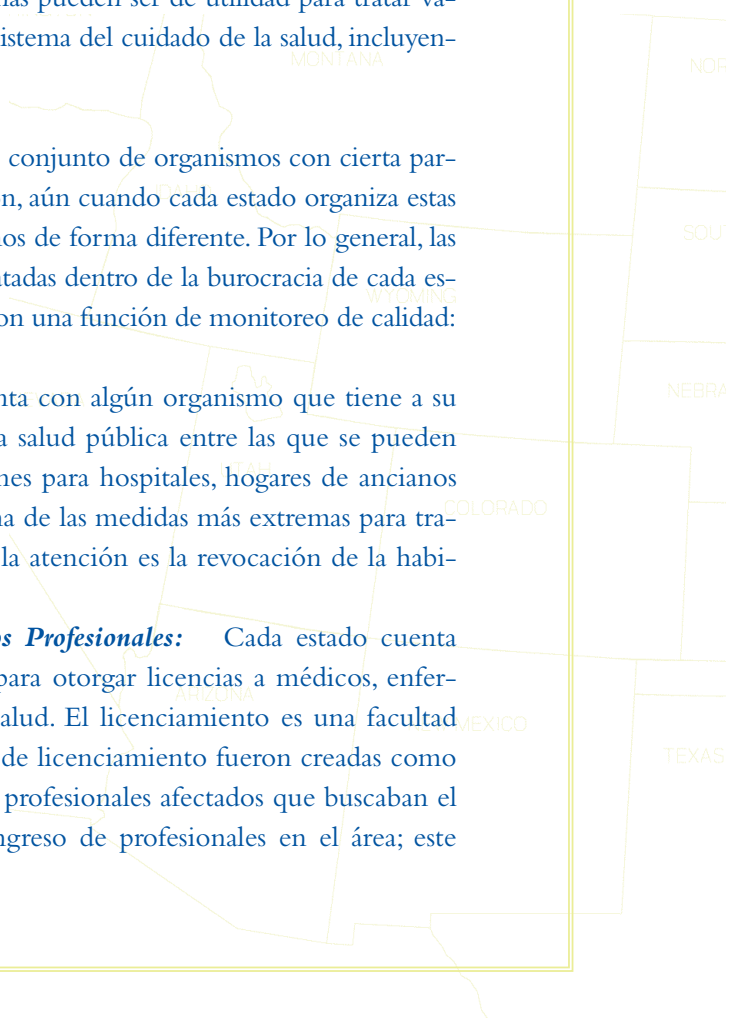
a los activistas comunitarios y del cuidado de la salud, según la necesidad. Entre los organismos más importantes se encuentran: Healthcare Financing Administration - HCFA (Administración para el financiamiento del cuidado de la salud), que verifica el cumplimiento de las normas de calidad de los programas que administra, Medicare y Medicaid; Agency for Healthcare Policy and Research -AHCPR (Organismo para políticas e investigaciones sobre el cuidado de la salud), que patrocina y realiza investigaciones sobre cómo medir la calidad; Health Resources and Services Administration - HRSA (Administración de servicios y recursos para la salud), que se concentra en expandir la capacidad de los profesionales y las instalaciones de salud, brindando asistencia a las poblaciones más vulnerables y con pocos servicios; Centers for Disease Control and Prevention - CDC (Centros para la prevención y el control de las enfermedades), que realizan investigaciones y brindan servicios que promueven la salud pública y la prevención de enfermedades, heridas y discapacidades. En el Anexo 3, se incluye un listado más completo de los organismos del HHS que participan en varios aspectos del sistema del cuidado de la salud.

El HHS también cuenta con diez oficinas regionales con funcionarios de los organismos constitutivos. Estas oficinas pueden ser de utilidad para tratar varios de los asuntos y problemas del sistema del cuidado de la salud, incluyendo la calidad de la atención médica.

También cada estado cuenta con un conjunto de organismos con cierta participación en la calidad de la atención, aún cuando cada estado organiza estas responsabilidades entre sus organismos de forma diferente. Por lo general, las siguientes responsabilidades serán tratadas dentro de la burocracia de cada estado, cada una de las cuales cuenta con una función de monitoreo de calidad:

Salud Pública: Cada estado cuenta con algún organismo que tiene a su cargo funciones relacionadas con la salud pública entre las que se pueden incluir la habilitación de instalaciones para hospitales, hogares de ancianos u otras instituciones de la salud. Una de las medidas más extremas para tratar las deficiencias de la calidad de la atención es la revocación de la habilitación de una instalación.

Licenciamiento de Médicos y Otros Profesionales: Cada estado cuenta con una estructura administrativa para otorgar licencias a médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud. El licenciamiento es una facultad clave del gobierno. Todas las juntas de licenciamiento fueron creadas como respuesta a la presión de grupos de profesionales afectados que buscaban el licenciamiento para controlar el ingreso de profesionales en el área; este



proceso ayuda a mantener fuera del sistema a los proveedores de baja calidad y también potencia el poder de generar ingresos de los profesionales licenciados. Las juntas de licenciamiento invariablemente son controladas por los profesionales involucrados. La manera de impartir disciplina de los profesionales médicos varía enormemente según la junta y según el estado.

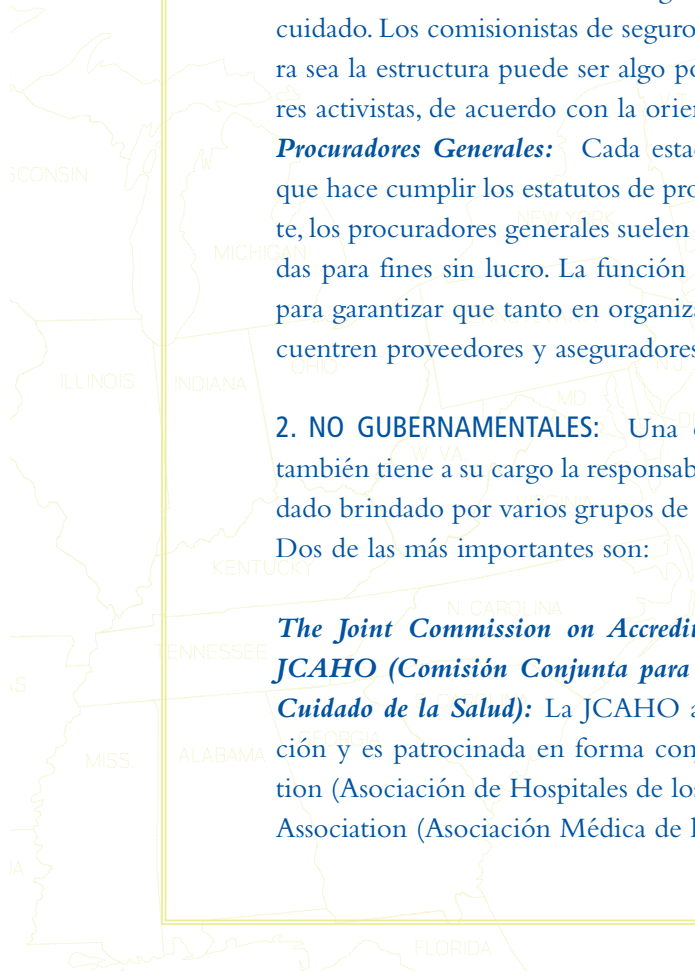
Medicaid y Otros Reintegros de Salud: Cada estado cuenta con alguna entidad que administra el programa Medicaid a nivel federal y estatal. Considerando la importancia que Medicaid representa para muchos proveedores, solicitarles que cumplan con ciertas normas de calidad produce un enorme impacto. Para muchos otros proveedores, sin embargo, Medicaid no es un programa atractivo sino que representa una pequeña porción de sus ingresos básicos y puede ser fácilmente ignorado.

Departamentos de Seguro Estatales: Dado que el “negocio del seguro” ha quedado en mano de los estados, cada uno cuenta con su propio departamento de seguros, lo que puede generar un impacto significativo en el monitoreo de las actividades a cargo de las compañías de seguro e instituciones del managed care tales como las HMO. Tradicionalmente, estos departamentos han centrado la mayor parte de su atención en los asuntos relacionados con la solvencia del asegurador y asegurar que las compañías puedan pagar los reclamos. En los años recientes, muchos de estos departamentos se han hecho valer de una manera agresiva en lo concerniente a la calidad del cuidado. Los comisionistas de seguros son convocados o elegidos, cualquiera sea la estructura puede ser algo positivo o negativo para los consumidores activistas, de acuerdo con la orientación individual.

Procuradores Generales: Cada estado cuenta con un procurador general que hace cumplir los estatutos de protección al consumidor. Adicionalmente, los procuradores generales suelen supervisar las organizaciones establecidas para fines sin lucro. La función de dichos procuradores es importante para garantizar que tanto en organizaciones con o sin fines de lucro, se encuentren proveedores y aseguradores responsables.

2. NO GUBERNAMENTALES: Una estructura de organizaciones privadas también tiene a su cargo la responsabilidad de monitorear la calidad del cuidado brindado por varios grupos de organizaciones del cuidado de la salud. Dos de las más importantes son:

The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO (Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones del Cuidado de la Salud): La JCAHO acredita a los hospitales de toda la nación y es patrocinada en forma conjunta por American Hospital Association (Asociación de Hospitales de los Estados Unidos) y American Medical Association (Asociación Médica de los Estados Unidos.) Muchos estados y



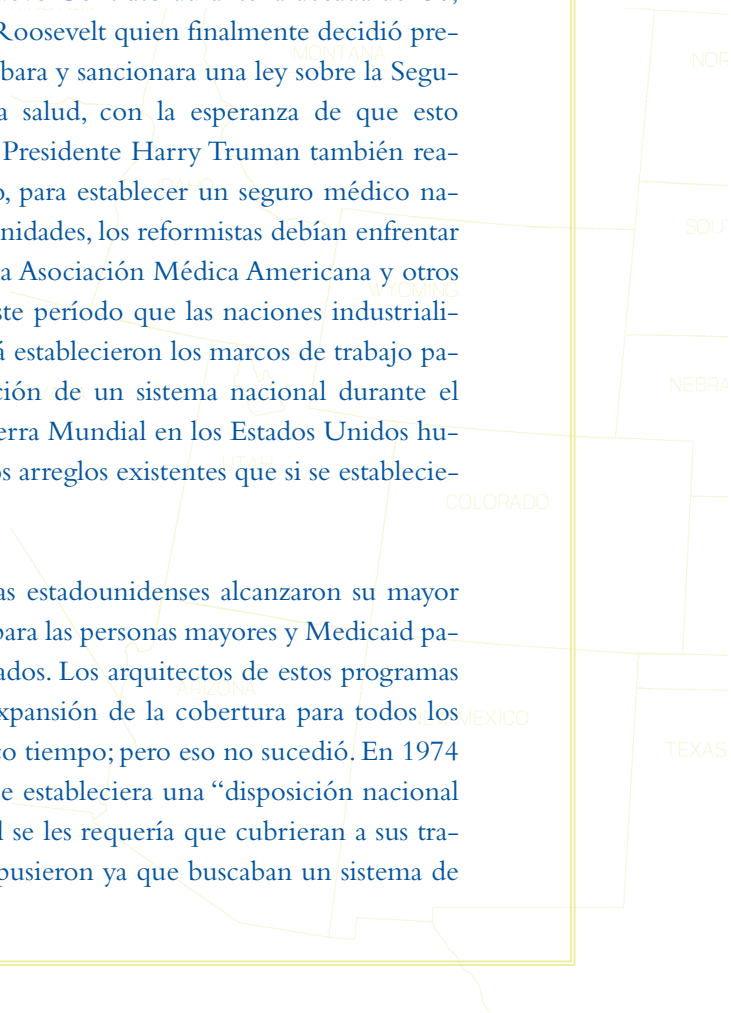
el programa federal Medicare requieren que los hospitales cuenten con la acreditación de las JCAHO.

The National Committee on Quality Assurance - NCQA (Comité Nacional para la Garantía de Calidad) : El NCQA acredita los planes para el cuidado de ancianos y desarrolló el “boletín de calificaciones” más utilizado, un instrumento llamado Health Plan Employer Data and Information Set - HEDIS (Información y datos sobre planes de salud de empleadores) para comparar y evaluar las HMO y otras organizaciones de managed care. El NCQA fue establecido por la industria del managed care pero se ha separado para actuar de manera más independiente.

Reforma en el Cuidado de la Salud — Estilo Estadounidense

Durante el siglo XX, estadounidenses con distintas historias y perspectivas se han reunido para reformar el sistema del cuidado de la salud. El primero de muchos intentos fallidos por establecer un seguro nacional de salud tuvo lugar durante la Primera Guerra Mundial/ La Era Progresista en la política de los Estados Unidos. Otro importante empuje tuvo lugar durante la Gran Depresión/ la era del Nuevo Contrato durante la década del 30, aunque fue el Presidente Franklin Roosevelt quien finalmente decidió presionar para que se promulgara, aprobara y sancionara una ley sobre la Seguridad Social sin beneficios para la salud, con la esperanza de que esto pudiera agregarse en un futuro. El Presidente Harry Truman también realizó un importante esfuerzo, fallido, para establecer un seguro médico nacional. En cada una de estas oportunidades, los reformistas debían enfrentar una fuerte oposición por parte de la Asociación Médica Americana y otros poderosos intereses. Fue durante este período que las naciones industrializadas como Gran Bretaña y Canadá establecieron los marcos de trabajo para la salud nacional. La promulgación de un sistema nacional durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos hubiera sido menos perjudicial para los arreglos existentes que si se estableciera esa estructura hoy día.

Durante los años 60, los reformistas estadounidenses alcanzaron su mayor éxito con la creación de Medicare para las personas mayores y Medicaid para algunas porciones de los carenciados. Los arquitectos de estos programas anhelaban explícitamente que la expansión de la cobertura para todos los estadounidenses se produjera al poco tiempo; pero eso no sucedió. En 1974 el Presidente Nixon propuso que se estableciera una “disposición nacional para empleadores” mediante la cual se les requería que cubrieran a sus trabajadores, pero los reformistas se opusieron ya que buscaban un sistema de



salud al estilo del canadiense, sin cobertura por parte de los empleadores. Hubo otros esfuerzos por legislar sobre un plan nacional de salud hacia fines de la década del 70, pero sin apoyo presidencial.

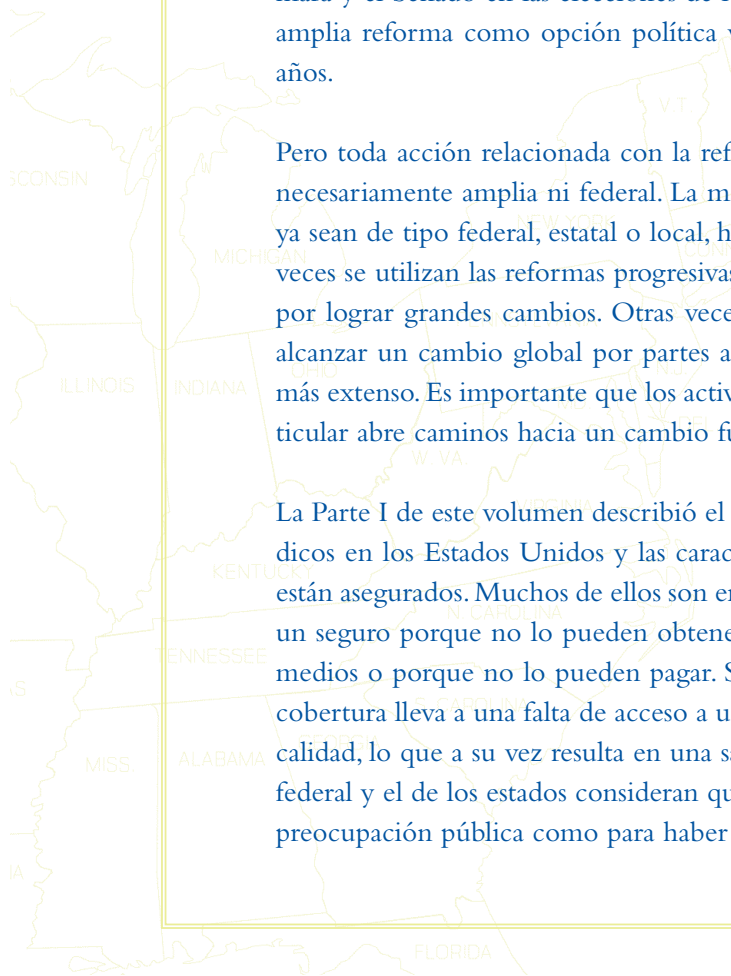
La siguiente reforma importante se produjo en 1993 y 1994 con la elección de Bill Clinton como Presidente. Su “Health Security Plan” (Plan de Seguridad de la Salud) propuesto podría haber impuesto una obligación nacional para empleadores y reorganizado todo el seguro médico en grupos regionales basados en la clasificación de la comunidad, afiliaciones obligatorias y estrictas normas y legislación por parte del gobierno. La feroz oposición de las pequeñas empresas y la industria del seguro de la salud, combinada con la falta de consenso por parte de las mayorías Demócratas en la Cámara de Representantes y en el Senado, no permitieron que la legislación propuesta alcanzara a ser aprobada. La posterior elección de mayorías Republicanas en la Cámara y el Senado en las elecciones de legisladores en 1994 eliminaron esta amplia reforma como opción política viable por una cantidad incierta de años.

Pero toda acción relacionada con la reforma del cuidado de la salud no es necesariamente amplia ni federal. La mayor parte de las reformas de salud, ya sean de tipo federal, estatal o local, han sido progresivas o paso a paso. A veces se utilizan las reformas progresivas para disminuir o frustrar esfuerzos por lograr grandes cambios. Otras veces, las reformas progresivas son para alcanzar un cambio global por partes a lo largo de un período de tiempo más extenso. Es importante que los activistas piensen si una reforma en particular abre caminos hacia un cambio futuro o si acaso ayuda a impedirlos.

La Parte I de este volumen describió el problema de la falta de seguros médicos en los Estados Unidos y las características que presentan quienes no están asegurados. Muchos de ellos son empleados, otros no. No cuentan con un seguro porque no lo pueden obtener a través de un empleador u otros medios o porque no lo pueden pagar. Se ha comprobado que esta falta de cobertura lleva a una falta de acceso a un cuidado de la salud a tiempo y de calidad, lo que a su vez resulta en una salud de menor calidad. El gobierno federal y el de los estados consideran que esta conexión es un asunto de tal preocupación pública como para haber instituido políticas de distinta cate-

¿Qué es la Clasificación de la Comunidad?

La clasificación de la comunidad es un sistema de asignación de costos de seguros donde todas las personas de un área determinada pagan el mismo precio, independientemente de la historia clínica o características personales. Contrasta la “clasificación empírica”, donde una persona o grupo paga un precio diferente de acuerdo con su historia clínica o características demográficas. “La clasificación modificada de la comunidad” admite cierta diferenciación, basada generalmente en la edad o la geografía.



goría para tratar el problema.

Esta sección describe algunas de las reformas implementadas más importantes y las oportunidades de reforma disponibles para que los activistas del cuidado de la salud inviertan compromiso, energía y recursos. Está dividida en cuatro secciones: 1. Iniciativas de acceso, 2. Protecciones al consumidor de managed care; 3. Necesidades para el cuidado de la salud de las personas mayores y 4. Otras oportunidades de reforma en el sistema del cuidado de la salud. Estas reformas abarcan tanto al sector privado para ampliar o mejorar la cobertura mediante mecanismos del mercado, como al sector público para cubrir o brindar cuidado a más personas sin seguro. Al final de cada sección se incluyen sugerencias para futuros activistas.

1. Iniciativas para promover el acceso a una cobertura

Ampliar la Cobertura en el Sector Privado

Uno de los temas en que se ha centrado el orden público recientemente ha sido el de los mercados de aseguradores privados de salud. El gobierno federal y el de algunos estados han intentado realizar muchas reformas y han implementado algunas de ellas. Las personas mayores forman un grupo particular que podría beneficiarse aún más a partir de reformas.

Reformas en el Mercado de Seguros Médicos

Hacia fines de la década del 80 y comienzos de los 90, mientras muchos buscaban una amplia reforma del sistema de salud, otros argumentaban que con simples correcciones de mercado en los seguros médicos se podrían resolver la mayoría de los serios problemas. Dos partes del mercado de seguro médico requerían de una reforma: primero, el mercado del “grupo reducido” para empleadores con menos de 50 empleados; y segundo, el mercado “individual o sin grupo” para personas que no estaban aptas para recibir la cobertura del empleador. Con el aumento de los costos de los seguros médicos, las compañías de seguro evitaron más y más a los consumidores de riesgo. Para los aseguradores, el grupo de mayor riesgo estaba formado por los mercados del grupo reducido y el individual en contraste con el numeroso mercado de em-

¿Qué es el “Seguro Individual” y “ERISA”?

Los empleadores que optan por el seguro individual asumen el riesgo de asegurar a sus empleados y utilizan intermediarios de aseguradores sólo para fines administrativos.

La Ley ERISA de 1974 prohíbe que los estados reglamenten a los empleadores que se aseguran en forma particular con seguro individual. También se ha interpretado que tiene por objeto evitar que los estados ordenen a los empleadores que provean beneficios o coberturas específicas para sus empleados.

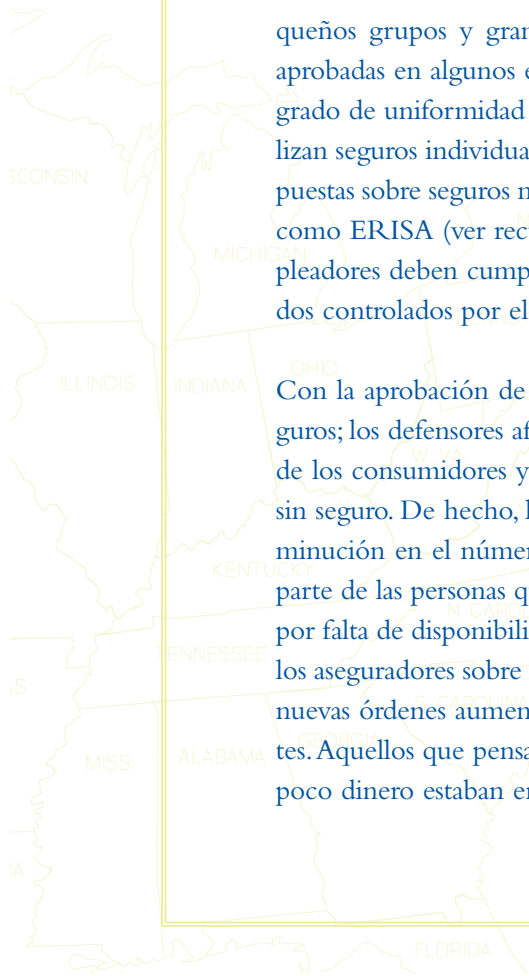
Dado que limita el alcance de la legislación estatal sobre seguros, ERISA ha sido un serio impedimento para la reforma general del estado sobre la salud.

pleadores donde la gran cantidad de afiliados minimizaba el impacto del costo de una enfermedad grave en cualquier trabajador.

Durante los años 90, muchos estados implementaron reformas en el mercado de seguros para tratar los problemas que debían enfrentar las pequeñas empresas y los individuos para obtener y mantener un seguro privado de salud. Generalmente, los estados procuraban proveer: (1) emisión garantizada, asegurar que los individuos o empresas que cumplieran con los criterios apropiados podrían obtener cobertura de los aseguradores; (2) renovación garantizada, asegurar que a los individuos o empresas que cumplieran con los criterios apropiados no se les rechazaría la renovación; (3) clasificación modificada de la comunidad, asegurar que todos los tenedores de pólizas dentro de ciertos grupos definidos pagarían los mismos costos; (4) limitaciones a las exclusiones por condición preexistente ya que los aseguradores negaban la cobertura a las personas que podrían costarle al plan grandes sumas de dinero y más.

En 1996, el Congreso y el Presidente aprobaron la Health Insurance Portability and Accountability Act -HIPAA para aumentar el acceso, la portabilidad y renovación de los seguros médicos privados mediante el establecimiento de normas mínimas para los mercados individuales, de pequeños grupos y grandes. Esencialmente, el Congreso aplicó las reformas aprobadas en algunos estados durante los años 50 y de ese modo impuso un grado de uniformidad y consistencia. Además, aquellos empleadores que utilizan seguros individuales están exentos de todas las legislaciones estatales impuestas sobre seguros médicos a partir de una ley aprobada en 1974, conocida como ERISA (ver recuadro.) Según las condiciones de la HIPAA, estos empleadores deben cumplir con las mismas normas que se aplican a los mercados controlados por el estado.

Con la aprobación de la HIPAA y otras leyes estatales de reformas a los seguros; los defensores afirmaban que la nueva ley resolvería problemas críticos de los consumidores y reduciría en forma dramática la cantidad de personas sin seguro. De hecho, la reforma de los seguros por sí no causó ninguna disminución en el número de personas sin seguro en ningún estado. La mayor parte de las personas que carece de seguro es porque no lo puede pagar y no por falta de disponibilidad. La HIPAA no impuso ningún tipo de requisitos a los aseguradores sobre la capacidad de adquisición pero muchos ignoraron las nuevas órdenes aumentando los costos de sus productos a niveles exorbitantes. Aquellos que pensaron que podían efectuar la reforma sobre la salud con poco dinero estaban engañando a sus miembros y a sí mismos.



Al mismo tiempo, estas reformas de seguros para grupos reducidos e individuos han permitido a mucho individuos obtener una cobertura que de otra forma no hubieran podido adquirir y permitió que muchos individuos enfermos pudieran mantener su cobertura. Estas reformas también han logrado aumentos en las primas para individuos jóvenes y saludables, tan buscados por los aseguradores por su bajo costo. Por estos motivos, muchos aseguradores comerciales continúan peleando estas leyes y buscan la manera de destruir estas reformas.

¿Qué es el "Movimiento de Costos"?

El movimiento de costos es el proceso de trasladar los costos de cuidar algunos pacientes a otro grupo con mayor capacidad para pagar. Por ejemplo, cuando Medicare o Medicaid reduce sus pagos a hospitales, estos simplemente le cobran más a los pacientes con seguro privado para compensar sus pérdidas.

Con managed care, los proveedores no han podido realizar muchos movimientos de costos. Su flexibilidad varía sustancialmente en cada mercado.

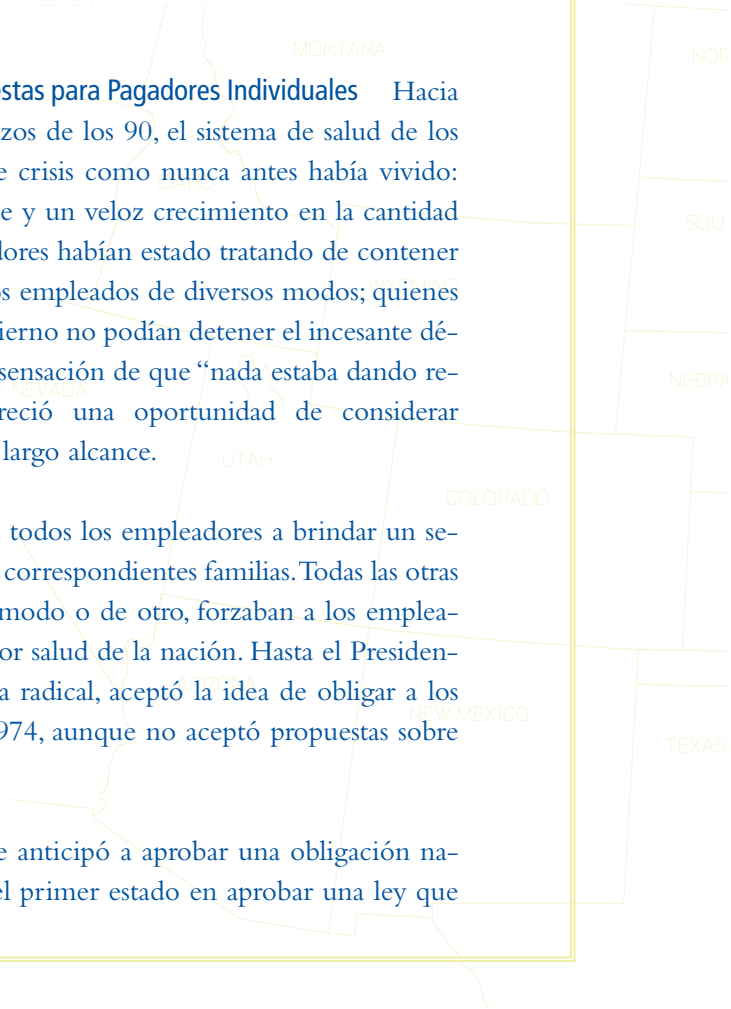
CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Evalúe las protecciones al consumidor del mercado de seguro médico en su estado y busque oportunidades para ampliar la disponibilidad y capacidad de pago, especialmente de aquellos más vulnerables al mercado: los que se encuentran con problemas de salud o con cobertura individual o de grupo reducido.

Obligaciones del Empleador y Propuestas para Pagadores Individuales Hacia fines de la década del 80 y comienzos de los 90, el sistema de salud de los Estados Unidos enfrentó una doble crisis como nunca antes había vivido: costos que aumentaban rápidamente y un veloz crecimiento en la cantidad de personas sin seguro. Los empleadores habían estado tratando de contener los incipientes costos de salud de los empleados de diversos modos; quienes elaboraban los presupuestos del gobierno no podían detener el incesante déficit en toda la nación junto con la sensación de que "nada estaba dando resultados". En este contexto, apareció una oportunidad de considerar propuestas de reformas de salud de largo alcance.

Un grupo de propuestas obligaba a todos los empleadores a brindar un seguro médico a sus trabajadores y las correspondientes familias. Todas las otras naciones industrializadas, de algún modo o de otro, forzaban a los empleadores a pagar parte de las cuentas por salud de la nación. Hasta el Presidente Nixon, que no era un reformista radical, aceptó la idea de obligar a los empleadores al nivel nacional en 1974, aunque no aceptó propuestas sobre reformas de largo alcance.

En 1974, Hawaii equívocamente se anticipó a aprobar una obligación nacional para los empleadores y fue el primer estado en aprobar una ley que



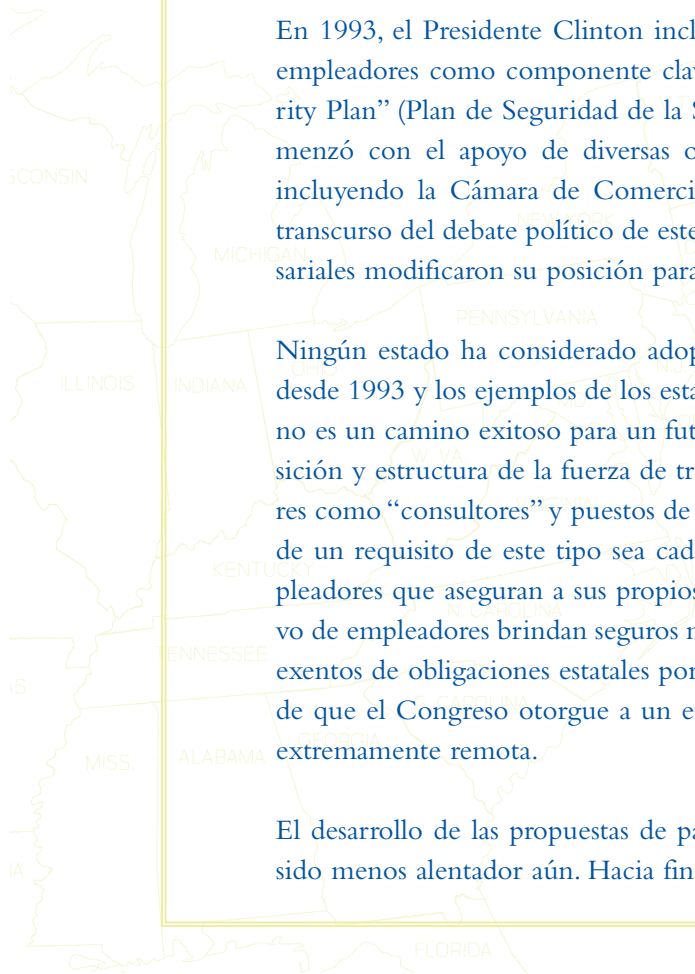
obligaba a todos los empleadores a cubrir a sus trabajadores. La ley requería de una cobertura individual y no familiar y eximía a los que trabajaban menos de veinte horas por semana. Durante la década del 80, se aplicó la ley de forma agresiva ya que el estado intentaba ampliar la cobertura a tantos habitantes de la isla como fuera posible. A comienzos de la década del 90, el estado entró en un largo período de recesión económica y disminuyó la presión en el cumplimiento de la ley. Actualmente, no se aplica la obligación en Hawaii y muchos empleadores contratan trabajadores por sólo 19 horas para evadir la obligación.

En 1988, Massachusetts aprobó la segunda disposición para empleadores bajo la forma de un estatuto que obligaba a los empleadores a pagar un impuesto o adquirir un seguro médico. El impuesto era de \$1,680 por empleado, aunque los empleadores que adquirieran seguros quedaban exentos. La recaudación del impuesto sería utilizada para financiar la cobertura de los trabajadores sin seguro y sus familias. En los años siguientes, Oregon, Washington y Minnesota aprobaron sus propias formas de obligar al empleador. Ninguna de las cuatro leyes fue implementada y todas han sido derogadas con posterioridad. La oposición de la pequeña empresa fue fundamental para alterar el consenso político dentro de cada estado.

En 1993, el Presidente Clinton incluyó una disposición nacional para los empleadores como componente clave de su desafortunado “Health Security Plan” (Plan de Seguridad de la Salud). La campaña por el traspaso comenzó con el apoyo de diversas organizaciones nacionales comerciales, incluyendo la Cámara de Comercio de los Estados Unidos. Durante el transcurso del debate político de este plan, la mayoría de los grupos empresariales modificaron su posición para transformarse en oposición.

Ningún estado ha considerado adoptar una obligación para el empleador desde 1993 y los ejemplos de los estados que lo habían hecho sugieren que no es un camino exitoso para un futuro próximo. El cambio en la composición y estructura de la fuerza de trabajo de la nación, con más trabajadores como “consultores” y puestos de medio tiempo, hace que la aprobación de un requisito de este tipo sea cada vez menos factible. Además, los empleadores que aseguran a sus propios empleados (un porcentaje significativo de empleadores brindan seguros médicos en casi todos los estados), están exentos de obligaciones estatales por la ley federal ERISA. La probabilidad de que el Congreso otorgue a un estado una exención a la ley ERISA es extremadamente remota.

El desarrollo de las propuestas de pagador individual, estilo canadiense ha sido menos alentador aún. Hacia fines de la década del 80 y comienzos de



los 90, un puñado de estados aprobó planes de pagador individual en una u otra cámara, y el más destacado de todos fue el caso de la Asamblea con control demócrata en el Estado de Nueva York en 1990. En 1992, el Estado de Vermont creó una nueva comisión de salud con el objetivo de crear dos alternativas para la legislatura para 1994, ya sea un pagador único, estilo canadiense o bien un pagador múltiple, estilo alemán, ambos con cobertura universal. La comisión cumplió con lo solicitado y la legislatura terminó por no adoptar ni uno ni otro. En noviembre de 1994, los votantes de California tuvieron la oportunidad de seleccionar un sistema de pagador único mediante un plebiscito estatal. El rechazo a la pregunta fue de alrededor de 73% a 27%. Ningún estado ha aprobado o intentado implementar un modelo de pagador único.

A grandes rasgos, durante todo el siglo XX la amplia reforma en el área de la salud ha sido como el Santo Grial para los activistas. Quizás el siglo XXI sea más generoso con estos esfuerzos; pero es difícil escapar a la conclusión de que las mejoras reales alcanzadas en la expansión del acceso y los servicios del sistema de salud se han realizado mediante un enfoque progresivo y avanzando paso a paso en forma dificultosa.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Aquellos que quieran trabajar en pro de una reforma amplia y global necesitan contar con una perspectiva a largo plazo sin rechazar las oportunidades de avances progresivos que suelen presentarse con mayor frecuencia.

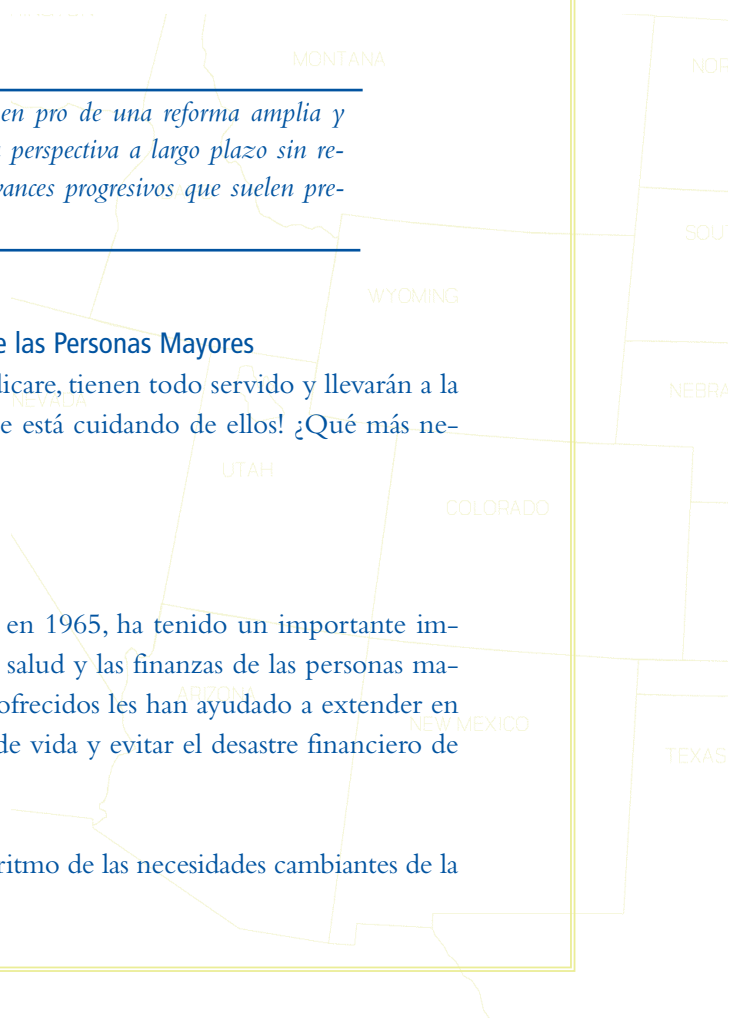
Necesidades de Cuidado de Salud de las Personas Mayores

“¡Las personas mayores tienen Medicare, tienen todo servido y llevarán a la quiebra al resto de la economía que está cuidando de ellos! ¿Qué más necesitan?”

De hecho, bastante más.

El programa Medicare, establecido en 1965, ha tenido un importante impacto positivo en el bienestar de la salud y las finanzas de las personas mayores ya que los servicios médicos ofrecidos les han ayudado a extender en forma considerable su expectativa de vida y evitar el desastre financiero de muchos.

Pero Medicare no ha mantenido el ritmo de las necesidades cambiantes de la

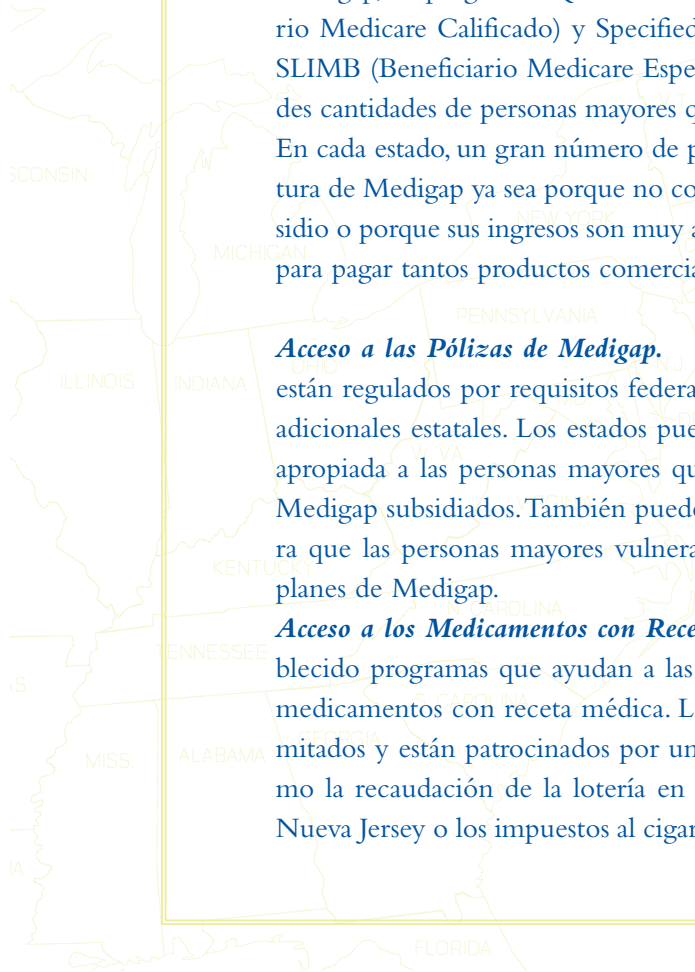


población mayor ni de los desarrollos en la atención médica. Por ejemplo, en la actualidad, el acceso a medicamentos con receta médica es un componente esencial de una buena atención médica pero Medicare no paga las recetas médicas de pacientes ambulatorios. Mientras Medicare cubre una amplia gama de servicios médicos, también requiere de una serie de primas, pagos del paciente y deducibles para muchos de sus servicios y la mayor parte de las personas mayores cubiertas por Medicare pagan más cada año de su propio dinero que las personas con menos de 65 años que poseen un seguro. Los recientes cambios generados por la Balanced Budget Act (Ley de Presupuesto Balanceado) de 1997 trasladarán aún más costos a los beneficiarios de Medicare durante los próximos cinco años.

Para compensar las carencias de Medicare, muchas personas mayores adquieren las pólizas complementarias de Medicare o Medigap. Estas últimas cubren los medicamentos con receta médica que son costosos (los medicamentos junto con la atención por períodos prolongados son los gastos que Medicare no cubre.) Las pólizas basadas en el pago por servicio y la libertad de elección también son más caras que los planes de managed care que restringen la elección. Las personas mayores con ingreso por debajo del 130% de la línea federal de pobreza pueden solicitar pólizas subsidiadas de Medigap, los programas Qualified Medicare Beneficiary - QMB (Beneficiario Medicare Calificado) y Specified Low-Income Medicare Beneficiary - SLIMB (Beneficiario Medicare Específico de Bajos Ingresos) aunque grandes cantidades de personas mayores que pueden no aprovechan esta opción. En cada estado, un gran número de personas mayores no cuenta con cobertura de Medigap ya sea porque no conocen los programas especiales de subsidio o porque sus ingresos son muy altos para calificar pero demasiado bajos para pagar tantos productos comerciales.

Acceso a las Pólizas de Medigap. Los mercados para el seguro Medigap están regulados por requisitos federales y en algunos casos, otros requisitos adicionales estatales. Los estados pueden seleccionar en forma mucho más apropiada a las personas mayores que pueden afiliarse a los programas de Medigap subsidiados. También pueden desarrollar sus propios subsidios para que las personas mayores vulnerables puedan aumentar el acceso a los planes de Medigap.

Acceso a los Medicamentos con Receta Médica. Ciertos estados han establecido programas que ayudan a las personas mayores aptas a comprar los medicamentos con receta médica. Los programas pueden ser amplios o limitados y están patrocinados por una diversa variedad de fuentes tales como la recaudación de la lotería en Pensilvania, los ingresos del casino en Nueva Jersey o los impuestos al cigarrillo en Massachusetts. Los estados que



no cuenten con un programa así pueden crearlo y aquellos que lo tengan pueden ampliarlo. Dentro del contexto de un mercado de Medicare cambiando en forma rápida, los estados pueden redirigir las ganancias para subsidiar la compra de pólizas más amplias de Medigap para las personas mayores aptas.

Cuidados por Períodos Prolongados. Medicare brinda a las personas mayores sólo un beneficio muy limitado para la atención domiciliar o en hogares de ancianos cuando necesitan atención por un período breve posterior a una hospitalización. Para pagar por los cuidados durante un período más prolongado en un hogar o una institución, las personas mayores deben recurrir a sus propios ahorros o a colaboración de los miembros de la familia, deben confiar en el pequeño mercado de seguro privado o deshacerse de todos sus recursos para calificar en el programa de Medicaid de su estado. Actualmente Medicaid es la principal fuente de recursos para cuidados durante largos plazos para las personas mayores, atribuyéndose casi la mitad de los gastos de hogares de ancianos en 1997.

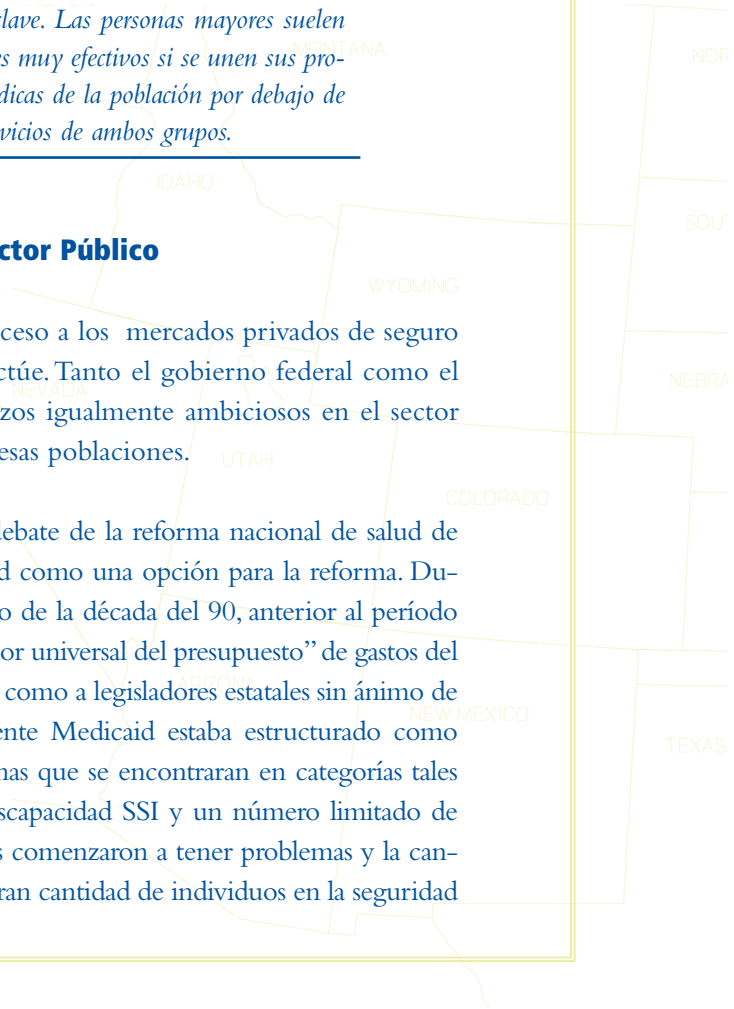
CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Comuníquese con los defensores de personas mayores en su estado para identificar las necesidades clave. Las personas mayores suelen ser grupos de presión y defensores muy efectivos si se unen sus problemas con otras necesidades médicas de la población por debajo de los 65 años para mejorar los servicios de ambos grupos.

Ampliar la Cobertura en el Sector Público

Algunas personas nunca tendrán acceso a los mercados privados de seguro sin importar la reforma que se efectúe. Tanto el gobierno federal como el de los estados han realizado esfuerzos igualmente ambiciosos en el sector público para alcanzar a algunas de esas poblaciones.

Reformas a Medicaid Durante el debate de la reforma nacional de salud de 1992-94, no se consideró a Medicaid como una opción para la reforma. Durante la recesión económica de inicio de la década del 90, anterior al período de reforma, Medicaid era el “destructor universal del presupuesto” de gastos del estado, dejando tanto a gobernadores como a legisladores estatales sin ánimo de considerar expansiones. Históricamente Medicaid estaba estructurado como “un derecho categórico” para personas que se encontraran en categorías tales como seguridad social, seguro de discapacidad SSI y un número limitado de otras. Cuando las economías estatales comenzaron a tener problemas y la cantidad de desempleados aumentó, la gran cantidad de individuos en la seguridad



social también se volcó a los programas de Medicaid, agotando los ajustados presupuestos de los estados. Además de esto, se aprobaron una serie de disposiciones del Congreso hacia fines de la década del 80 solicitando a los estados que cubrieran gradualmente a todos los niños por debajo de los 18 años hasta el 100% de nivel federal de pobreza (FPL: Federal Poverty Line hasta \$16,000 por una familia de cuatro), hasta el año 2002.

El Programa TennCare, iniciativa de renuncia de Medicaid, Cláusula 1115 de Tennessee, brinda una amplia cobertura de managed care a los habitantes de Tennessee que (1) antes eran aptos para Medicaid; (2) no podían suscribir un seguro por una condición de salud existente; o (3) no eran aptos para un plan médico patrocinado por un empleador u otro gobierno. Esta política implica que la mejor manera de asegurar un apoyo financiero continuo para TennCare y sus 1.29 millones de inscriptos es suscribiendo familias sin seguro de ingresos medios y altos, trabajadores (y votantes), además de familias carenciadas. En la actualidad, TennCare cubre 1.29 millones de personas utilizando la misma cantidad de dinero que antes brindaba cobertura para 750,000 familias carenciadas únicamente.

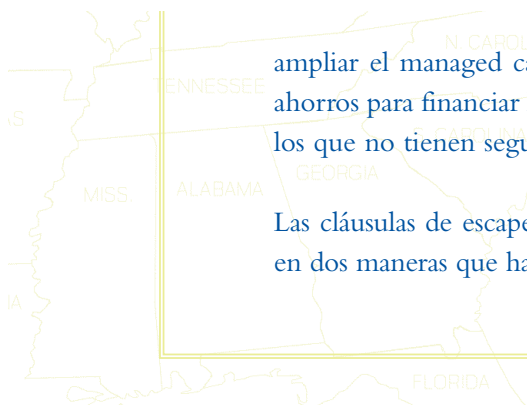
Tennessee utilizó su poder de compras para asegurar la participación de los proveedores, quienes no pueden ignorar a un cuarto de la población afiliada a TennCare: 490,000 ciudadanos trabajadores sin seguro (la población en “expansión”) así como también 800,000 ciudadanos carenciados, trabajadores o incapacitados (la población “Medicaid”). Según el diseño de TennCare, los afiliados con ingresos altos o medios reciben los mismos beneficios que las personas de pocos recursos. Desde el punto de vista político, es muy difícil recortar o reducir los fondos para un programa que provee servicios a un importante grupo de suscriptores con ingresos altos.

Como respuesta a este aumento de costos, los estados inscribieron a casi todos los beneficiarios de Medicaid en planes de managed care; lo que le daba al estado un mayor control fiscal. Con el saneamiento de la inflación del cuidado de la salud entre 1993 y 1997, las preocupaciones por el impacto del costo de la expansión de Medicaid comenzó a disminuir. También, Medicaid ofrece ventajas propias tales como compartir costos federales en forma sustancial y una estructura administrativa preexistente que se hizo más aparente. Cuando los estados estaban buscando la manera de ampliar la cobertura al creciente número de personas sin seguro, la opción de utilizar Medicaid; más específicamente la cláusula 1115 de escape de investigación o demostración (o simplemente cláusula de escape 1115) fue la elección de muchos.

Los estados han utilizado las cláusulas de escape 1115 de Medicaid para reinventar sus programas, alejándose de la elegibilidad categórica en la que se encuentran incluidos solamente algunos carenciados, a una estructura donde Medicaid esté abierta a casi todos los individuos sin seguro por debajo de un cierto nivel de ingresos. Algunos estados han utilizado las cláusulas de escape 1115 para fines limitados sólo para

ampliar el managed care de Medicaid pero otros estados han utilizado los ahorros para financiar las ampliaciones en la cobertura del seguro médico de los que no tienen seguro.

Las cláusulas de escape 1115 de Medicaid difieren del Medicaid tradicional en dos maneras que hace que los responsables no estén tan renuentes a utili-



zarlas para expansiones. (1) Los programas 1115 no están estructurados como derechos, con lo que la afiliación puede ser suspendida una vez que se acaben los fondos del programa; y (2) Los programas pueden variar la cantidad y alcance de beneficios brindados a los beneficiarios, dando de este modo mayor flexibilidad a los gerentes del programa y de presupuesto. Mientras que estos atributos son razones para ser vigiladas por parte de los activistas, son concesiones clave que han permitido a las autoridades responsables implementar importantes expansiones de acceso.

Hasta abril de 1999, 19 estados habían implementado programas de escape 1115 mientras que otros 16 los habían aplicado pero no implementado. En el Anexo 2 se incluye un listado de la situación de las solicitudes de escape 1115 de Medicaid en 35 estados.

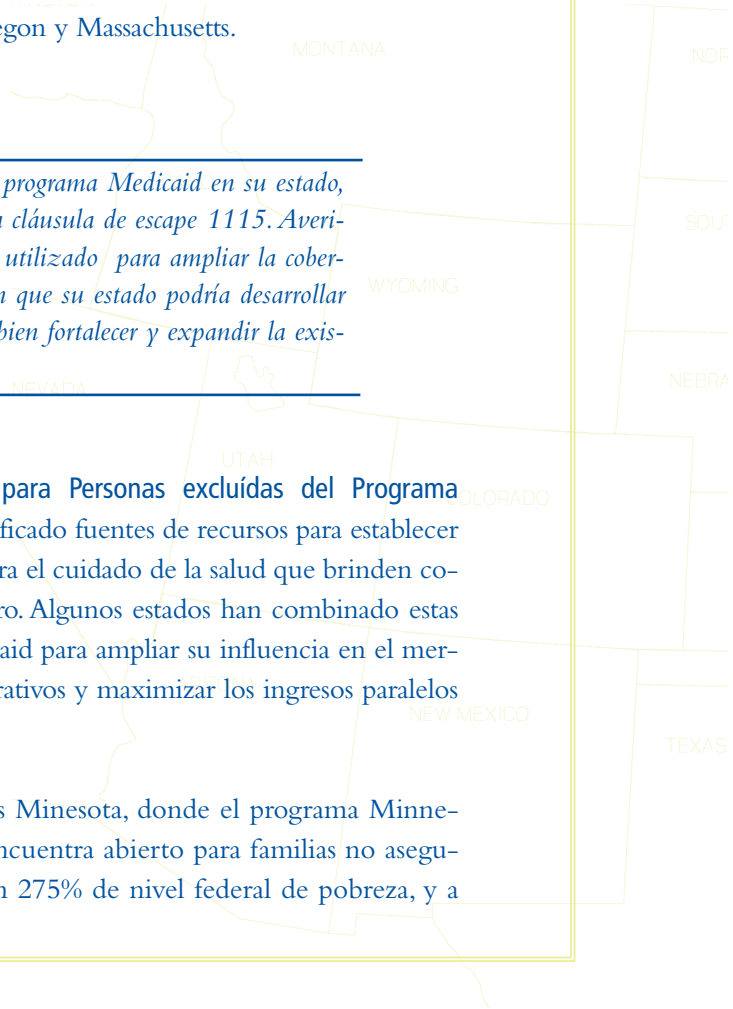
La mayoría de los escapes 1115 son modos creativos de colocar a los actuales beneficiarios de Medicaid en planes de managed care o capitación. Pero los planes de escape más creativos han utilizado el proceso de generar ganancias federales adicionales para expandir la cobertura a un importante número de residentes sin seguro en formas que sean políticamente digeribles para las autoridades responsables. Algunas de las iniciativas estatales más creativas incluyen los programas de Tennessee, Oregon y Massachusetts.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Averigüe sobre la situación del programa Medicaid en su estado, especialmente la condición de la cláusula de escape 1115. Averigüe cómo otros estados las han utilizado para ampliar la cobertura. Identifique las maneras en que su estado podría desarrollar su propia cláusula de escape o bien fortalecer y expandir la existente.

Mayores posibilidades de Acceso para Personas excluidas del Programa Medicaid Varios estados han identificado fuentes de recursos para establecer sus propios programas de seguros para el cuidado de la salud que brinden cobertura a los residentes sin un seguro. Algunos estados han combinado estas iniciativas con sus programas Medicaid para ampliar su influencia en el mercado, minimizar los costos administrativos y maximizar los ingresos paralelos federales.

Uno de los principales ejemplos es Minesota, donde el programa MinnesotaCare, establecido en 1993, se encuentra abierto para familias no aseguradas con niños e ingresos hasta un 275% de nivel federal de pobreza, y a



adultos sin hijos con ingresos de hasta 175% del nivel federal de pobreza. Un impuesto del 1.5% sobre aseguradores y proveedores de atención médica, junto con los pagos del paciente y primas de los afiliados, financian el programa. Se ha usado el programa para brindar cobertura de seguro a más de 100,000 residentes de estados que de lo contrario no tendrían acceso a seguros. El programa debe operar dentro de su presupuesto anual aprobado y por esto tiene una lista de espera de familias e individuos en busca de cobertura.

El Washington Basic Health Plan – BHP (Plan Básico de Salud de Washington) constituye otro ejemplo de un programa subsidiado exitosamente por el estado para ayudar a personas no aseguradas a obtener una cobertura. El BHP brinda cobertura subsidiada a adultos y niños hasta el 200% del nivel de pobreza y permite que cualquier persona con un ingreso superior al 200% pueda acceder al programa pagando el precio completo.

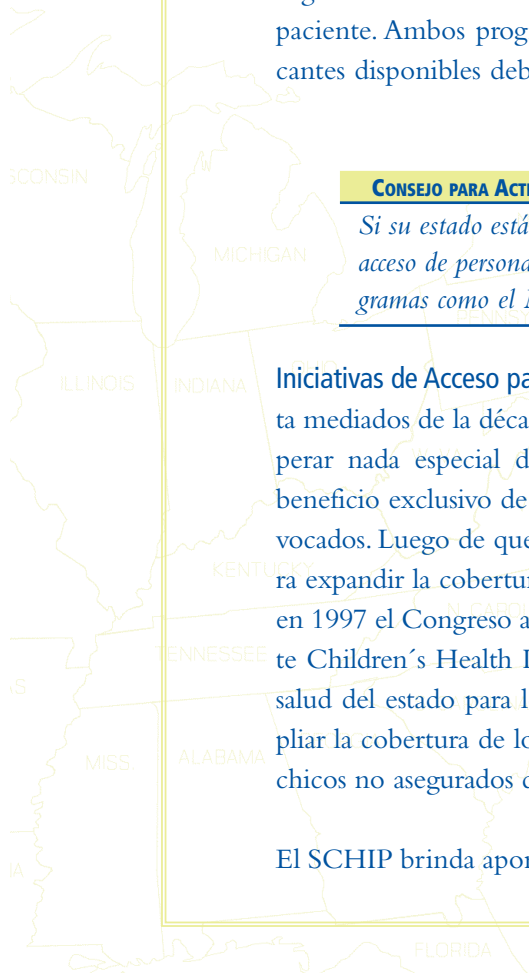
Los beneficios de ambos programas son amplios, aunque el MinnesotaCare limita los gastos de los pacientes hospitalizados para disuadir a los individuos de abandonar la cobertura privada de los empleadores para poder acceder al programa. Todos los integrantes del programa deben formar parte de una organización de managed care; varios servicios requieren primas/pagos del paciente. Ambos programas poseen mayor cantidad de solicitudes que vacantes disponibles debido a las limitaciones presupuestarias.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Si su estado está buscando formas de ampliar las posibilidades de acceso de personas no aseguradas, cerciórese de que examinen programas como el MinnesotaCare y el BHP de Washington.

Iniciativas de Acceso para Niños Durante un período, desde principios hasta mediados de la década del 90, los cínicos proclamaban que no se podía esperar nada especial de la legislación del Congreso ni de los estados en beneficio exclusivo de los niños porque “los chicos no votan.” Estaban equivocados. Luego de que más de 20 estados crearon sus propios programas para expandir la cobertura de los seguros médicos y abarcar a niños sin seguro, en 1997 el Congreso aprobó el Título XXI de la Ley de Previsión Social: State Children’s Health Insurance Program – SCHIP (Programa de seguro de salud del estado para los niños), asociación federal-estatal diseñada para ampliar la cobertura de los seguros a grandes porciones de los 10.7 millones de chicos no asegurados de la nación.

El SCHIP brinda aportes paralelos federales ampliados a los estados que de-



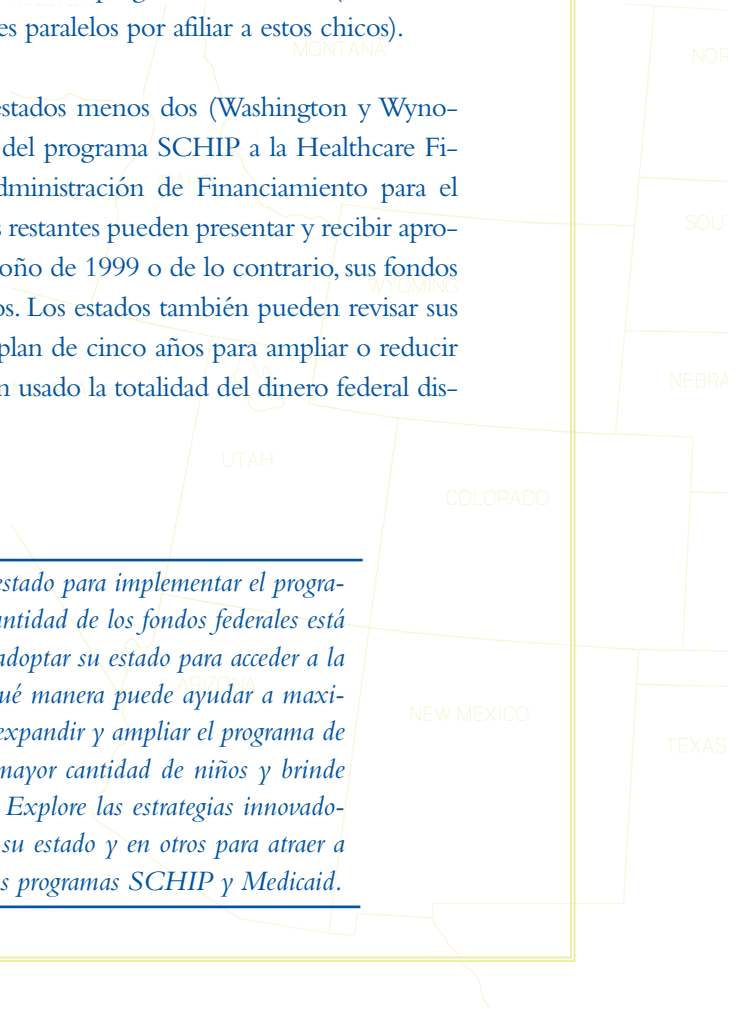
sarrollen nuevos programas para cubrir a niños no asegurados, de acuerdo con las normas federales. Por ejemplo, los estados que normalmente reciben un aporte paralelo federal de Medicaid del 50% pueden recibir un aporte paralelo del 65% bajo el SCHIP. Esta iniciativa dispone de un apoyo de \$24 billones entre 1998 y 2002. Los estados pueden optar entre ampliar sus programas Medicaid o establecer/ampliar programas exclusivamente estatales.

Las normas federales del SCHIP requieren que los estados que soliciten fondos ampliados incluyan en sus planes una estrategia de extensión. Varios de los planes incluyen la colaboración con recursos comunitarios, como el uso de instalaciones (además de hospitales y centros de salud comunitarios) para emplear trabajadores estatales, o celebrar acuerdos con grupos comunitarios para brindar asistencia e información a potenciales afiliados. Parte de los \$24 billones de los fondos del SCHIP está específicamente diseñada para apoyar trabajos de extensión. La mayoría de las iniciativas de extensión que los estados están estableciendo para incluir a los niños en sus programas del SCHIP también ayudarán a identificar y afiliarse a los niños actualmente aptos. Es importante destacar, que varios millones de los 10.7 millones de niños no asegurados ya son aptos para afiliarse a Medicaid según las normas de los programas existentes (los estados no reciben un aumento de los aportes paralelos por afiliarse a estos chicos).

Para diciembre de 1998, todos los estados menos dos (Washington y Wyoming) habían presentado propuestas del programa SCHIP a la Healthcare Financing Administration – HFA (Administración de Financiamiento para el Cuidado de la Salud). Los dos estados restantes pueden presentar y recibir aprobación para sus programas hasta el otoño de 1999 o de lo contrario, sus fondos se distribuirán entre los demás estados. Los estados también pueden revisar sus programas durante el transcurso del plan de cinco años para ampliar o reducir sus iniciativas. Algunos estados no han usado la totalidad del dinero federal disponible para el programa.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Averigüe qué está haciendo su estado para implementar el programa SCHIP. Comprenda qué cantidad de los fondos federales está disponible y que medidas debe adoptar su estado para acceder a la suma completa. Investigue de qué manera puede ayudar a maximizar los fondos federales para expandir y ampliar el programa de su estado para que cubra una mayor cantidad de niños y brinde un mejor paquete de beneficios. Explore las estrategias innovadoras de extensión utilizadas en su estado y en otros para atraer a los residentes calificados para los programas SCHIP y Medicaid.



CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Averigüe qué está haciendo su estado en relación al mantenimiento de hospitales y otras instituciones responsables del beneficio comunitario. Use esta información para organizar campañas tendientes a ampliar los servicios disponibles a personas no aseguradas o grupos carenciados.

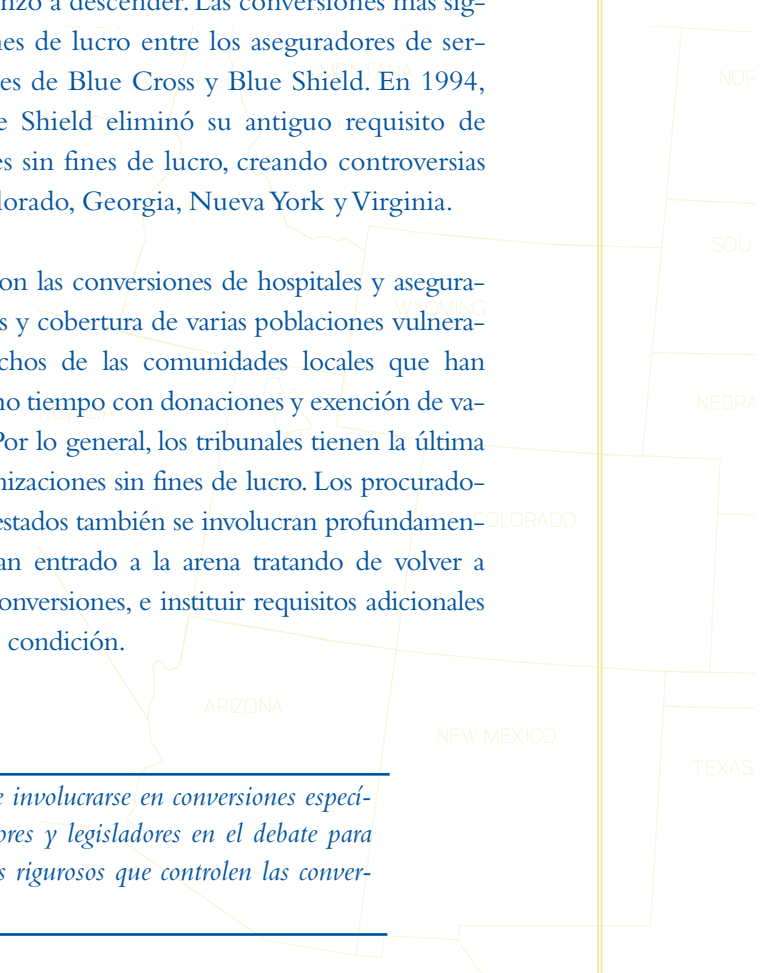
Conversiones a Instituciones sin fines de lucro Los aseguradores y hospitales sin fines de lucro han sido durante mucho tiempo fuerzas dominantes en el sistema de cuidado de la salud estadounidense. Durante la década del 90, un número considerable de hospitales y planes de salud se convirtieron en instituciones con fines de lucro. Este proceso preocupa a las personas no aseguradas e indigentes, así como también a los activistas.

Antes de 1997, la gran mayoría de los hospitales de los Estados Unidos eran instituciones sin fines de lucro o públicos. En 1985, había 3,349 hospitales sin fines de lucro, número que descendió a 3,191 en 1990 y a 3,092 en 1995. El número de conversiones a organizaciones con fines de lucro aumentó a mediados de la década del 90: 34 en 1994 y 59 en 1995; en 1997 el número de conversiones comenzó a descender. Las conversiones más significativas a instituciones con fines de lucro entre los aseguradores de servicios de salud incluyen los planes de Blue Cross y Blue Shield. En 1994, la asociación Blue Cross y Blue Shield eliminó su antiguo requisito de otorgar licencias a organizaciones sin fines de lucro, creando controversias de conversión en California, Colorado, Georgia, Nueva York y Virginia.

Las preocupaciones relacionadas con las conversiones de hospitales y aseguradores incluyen el acceso a servicios y cobertura de varias poblaciones vulnerables, así como también los derechos de las comunidades locales que han apoyado a tales entidades por mucho tiempo con donaciones y exención de varios impuestos locales y estatales. Por lo general, los tribunales tienen la última palabra en las conversiones a organizaciones sin fines de lucro. Los procuradores generales de la mayoría de los estados también se involucran profundamente en el tema. Los legisladores han entrado a la arena tratando de volver a redactar las leyes que rigen a las conversiones, e instituir requisitos adicionales para los que buscan un cambio de condición.

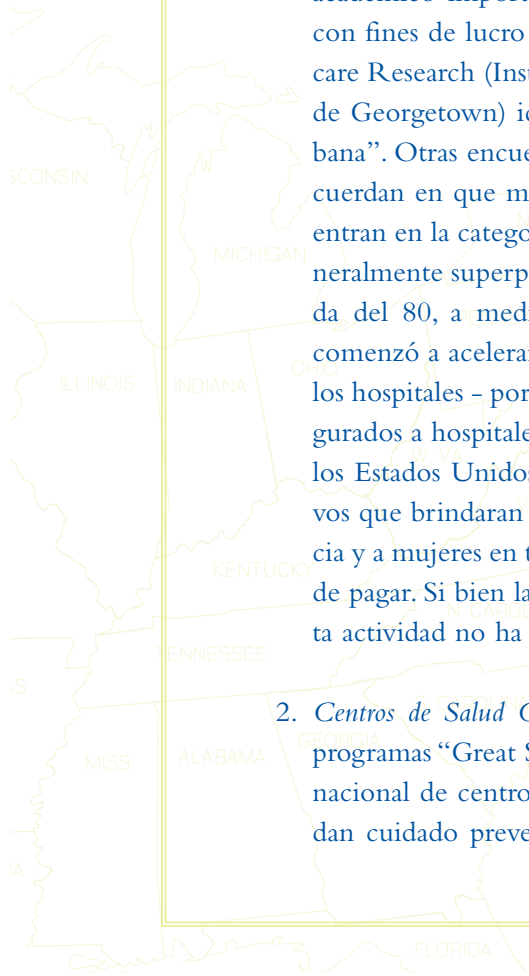
CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Aproveche la oportunidad de involucrarse en conversiones específicas y únase a los procuradores y legisladores en el debate para establecer procedimientos más rigurosos que controlen las conversiones futuras.



Mantenimiento de la red de seguridad. Mientras existan las categorías de “no asegurados” y “mal asegurados” en los Estados Unidos se necesitarán los mecanismos de “red de seguridad” para brindar a las personas y familias carenciadas medios para obtener los servicios médicos necesarios, así como también que los activistas involucrados en el cuidado de la salud organicen y se dediquen a continuar ampliando este apoyo. El término “red de seguridad” comprende una amplia gama de proveedores, instituciones, programas y fuentes de recursos que difieren notablemente entre los diferentes estados, condados, y comunidades. Los activistas para el cuidado de la salud necesitan comprender la naturaleza de sus redes de seguridad locales para el cuidado de la salud, y llegar a los prestadores y otros profesionales/voluntarios que las mantienen. Estas personas dedicadas poseen información y conocimientos importantes, y a veces recursos, y constituyen aliados valiosos e importantes en cualquier campaña para ampliar el acceso. A continuación se presentan algunos aspectos clave de la red de seguridad de cuidado de salud que pueden encontrarse en diferentes partes del país:

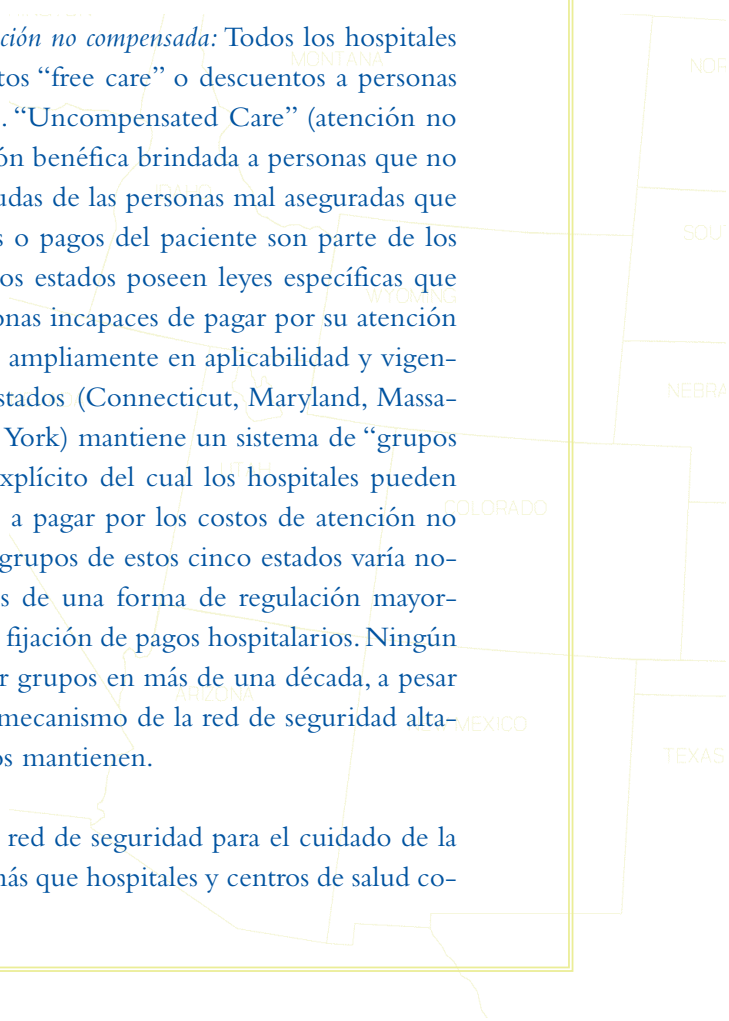
1. *Hospitales:* El destino más común de las personas enfermas y no aseguradas es un hospital de la red de seguridad local. El hospital puede pertenecer al estado, ciudad, o condado (33%); ser un centro médico académico importante y sin fines de lucro (57%); una entidad privada con fines de lucro (10%). En 1996, el Georgetown Institute for Healthcare Research (Instituto para Investigaciones sobre el cuidado de la salud de Georgetown) identificó a 369 “hospitales de la red de seguridad urbana”. Otras encuestas han llegado a cálculos diferentes, pero todas concuerdan en que menos del 10% de los hospitales de los Estados Unidos entran en la categoría de “red de seguridad”. Estas instituciones están generalmente superpobladas y carecen de los fondos necesarios. En la década del 80, a medida que la competencia por el cuidado de la salud comenzó a acelerarse, la práctica llamada “hospital dumping” (descarga a los hospitales - por la cual los hospitales mandaban a los pacientes no asegurados a hospitales de la red de seguridad) provocó que el Congreso de los Estados Unidos solicitara a todos los hospitales de cuidados intensivos que brindaran atención a personas necesitadas en casos de emergencia y a mujeres en trabajo de parto, independientemente de su posibilidad de pagar. Si bien las denuncias de “hospital dumping” ha descendido, esta actividad no ha terminado.
2. *Centros de Salud Comunitarios:* Uno de los elementos residuales de los programas “Great Society” (Gran Sociedad) de la década del 60, es la red nacional de centros comunitarios para el cuidado de la salud, que brindan cuidado preventivo integral y primario a diversas poblaciones que



reciben atención deficiente en toda la nación. Alrededor de 825 centros de salud calificados por el gobierno brindan servicios en aproximadamente 3,000 comunidades rurales y mal aseguradas de más de 9.3 millones de personas, incluyendo 3.5 millones de receptores de Medicaid, 1.8 millones de receptores de Medicare y 3.8 millones de personas no aseguradas.

La situación que enfrentan los centros para el cuidado de la salud es similar a la que enfrentan varios hospitales de la red de seguridad: escasez crónica de fondos, falta de recursos de capital y dificultades en la contratación y capacitación de personal idóneo. Algunos organismos federales, en particular la Health Resources and Services Administration –HRSA (Administración de servicios y recursos de salud) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los Estados Unidos, brindan directamente fondos federales para colaborar con las operaciones de los centros, con sumas entre \$350,000 y \$1 millón por centro. En 1995, fuentes privadas, locales y estatales proporcionaron cerca de \$400 millones (o 16% de todos los ingresos) a centros de salud comunitarios.

3. *Grupos de atención gratuita y atención no compensada:* Todos los hospitales brindan ciertos servicios gratuitos “free care” o descuentos a personas no aseguradas o mal aseguradas. “Uncompensated Care” (atención no compensada) consiste en atención benéfica brindada a personas que no están aseguradas; las grandes deudas de las personas mal aseguradas que no pueden pagar los deducibles o pagos del paciente son parte de los arreglos con sus seguros. Algunos estados poseen leyes específicas que otorgan derechos a ciertas personas incapaces de pagar por su atención hospitalaria, aunque éstas varían ampliamente en aplicabilidad y vigencia. Un número reducido de estados (Connecticut, Maryland, Massachusetts, Nueva Jersey, y Nueva York) mantiene un sistema de “grupos de atención no compensada” explícito del cual los hospitales pueden obtener recursos para ayudarlos a pagar por los costos de atención no compensados. Cada uno de los grupos de estos cinco estados varía notablemente del resto; son partes de una forma de regulación mayormente abandonada denominada fijación de pagos hospitalarios. Ningún estado ha considerado establecer grupos en más de una década, a pesar de que han demostrado ser un mecanismo de la red de seguridad altamente útil en los estados que los mantienen.
4. *Servicios Voluntarios/Donados:* La red de seguridad para el cuidado de la salud está formada por mucho más que hospitales y centros de salud co-



munitarios. Los médicos, enfermeros, otros profesionales y ciudadanos voluntarios juegan un papel vital en varias comunidades. La mayoría de los médicos brindan cierto servicio gratuito o de muy bajo costo a personas que necesitan atención médica. Muchos médicos, dentistas, enfermeros y demás profesionales prestan servicios voluntarios en clínicas y otros establecimientos para brindar atención a personas sin recursos. En algunos casos, los individuos interesados establecieron programas formales para canalizar los servicios voluntarios de manera más eficaz. Por ejemplo, en la comunidad del noroeste de Massachusetts de North Adams, Ecu-Health Care proporcionó un medio para que los individuos no asegurados pudieran obtener servicios de una red altamente organizada de profesionales voluntarios que cobraban honorarios parciales o no cobraban. Otro ejemplo es el Project Access de la Sociedad Médica del Condado de Buncombe en Carolina del Norte que usa los fondos del condado para la atención de indigentes, contratando médicos voluntarios para aceptar a dichos pacientes, sumando más de \$3.5 millones en servicios de atención gratuita para las personas que necesitan atención médica. Los modelos similares incluyen a la red de Community Supported Medicine (Medicina comunitaria de apoyo) en la región sur de Berkshire en Massachusetts y Free Clinic (Clínica Gratuita) en Roanoke, Virginia.

5. *Recaudaciones Impositivas Locales Dedicadas:* Algunas comunidades se han organizado para brindar financiamiento público explícito a fin de mantener y desarrollar los servicios de la red de seguridad. Uno de los ejemplos más notables es el Hillsborough County Healthcare Plan (Plan para el cuidado de la salud del Condado de Hillsborough) en Florida, financiado por un aumento de medio centavo en el impuesto a las ventas, adoptado en 1991 para establecer un plan de managed care para alrededor de 24,000 residentes no asegurados del condado. El costo de \$77 millones del plan incluye \$51 millones de ingreso por impuesto a las ventas y \$26.8 millones adicionales de impuestos a los bienes del condado. En 1995, este programa ganó el premio Innovations del Gobierno Estadounidense otorgado por la Escuela de Gobierno Kennedy de la Universidad de Harvard.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

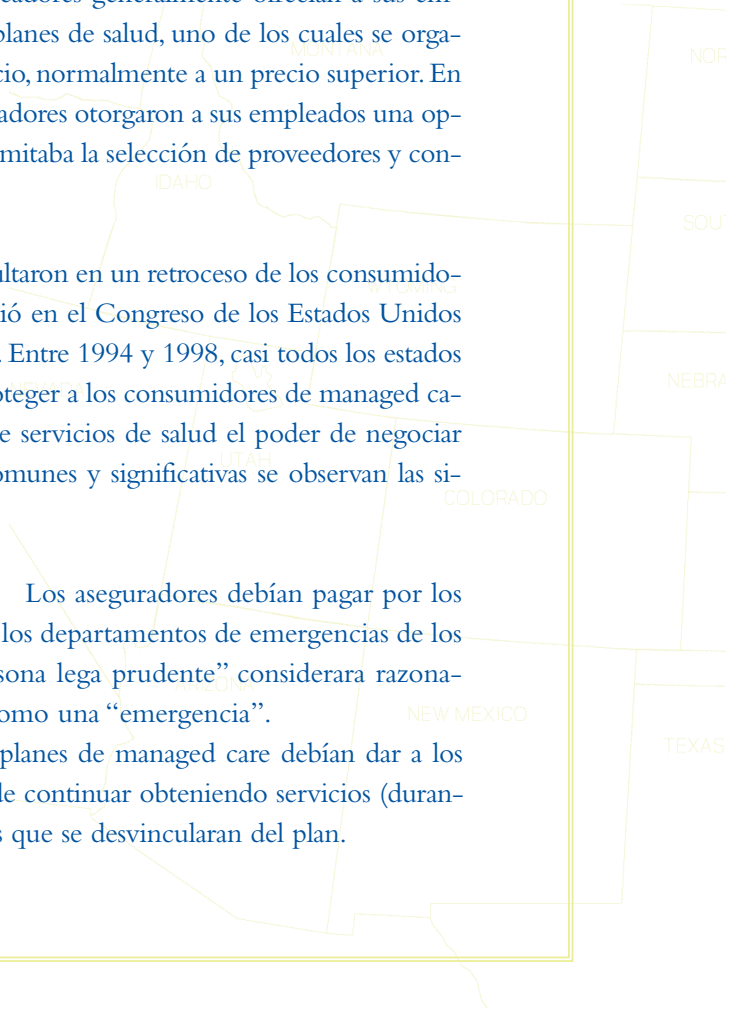
Tómese tiempo para descubrir cuál es la estructura y naturaleza de la red de seguridad para el cuidado de la salud en su comunidad y estado. Establezca relaciones con los profesionales y demás personas que trabajan en dichos sistemas. Si no se puede lograr la ampliación de la cobertura de seguros, explore las posibilidades de apuntalar y ampliar la red de seguridad para el cuidado de la salud para las carenciados.

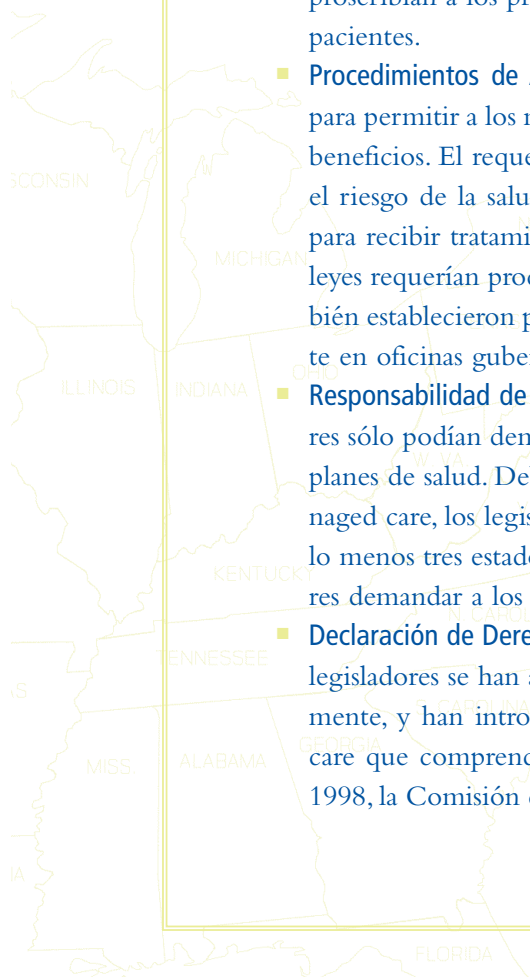
3. Reformas para la Protección de los Consumidores de Managed Care

Durante las décadas de los 70 y 80, el managed care en general y las HMO en particular, acapararon la atención de muchas personas que buscaban cambios en el sistema de cuidado de la salud. Mediante el énfasis en la prevención y la combinación de los aspectos de prestación de servicios sanitarios y seguros, ofrecieron la promesa de una atención de mayor calidad y más económico que el que era evidente en un ambiente sin control y donde se paga por los servicios brindados. Las HMO eran los “pequeños motores que podían”, con los reformistas del sistema de salud alentándolos para alcanzar la cima. Sin embargo, la adquisición de las HMO por parte de accionistas/inversores que se inició a mediados de la década del 80, comenzó a alterar esta percepción. La capitación, que en cierta forma alienta a los planes de salud a enfatizar una prevención real y brindar una atención global y efectiva, también incentivó a los planes para economizar en la atención y dedicarse a prácticas de selección de riesgo a fin de evitar la afiliación de personas con problemas de salud serios. En las décadas de los 70 y 80, los empleadores generalmente ofrecían a sus empleados un menú de opciones para planes de salud, uno de los cuales se organizó sobre la base del pago por servicio, normalmente a un precio superior. En la década del 90, cada vez más empleadores otorgaron a sus empleados una opción: un plan de managed care que limitaba la selección de proveedores y controlaba el uso.

Estas tendencias, junto con otras, resultaron en un retroceso de los consumidores en el managed care que repercutió en el Congreso de los Estados Unidos y en las legislaturas de los 50 estados. Entre 1994 y 1998, casi todos los estados habían aprobado varias leyes para proteger a los consumidores de managed care y para dar a varios proveedores de servicios de salud el poder de negociar los planes. Entre las medidas más comunes y significativas se observan las siguientes:

- **Acceso a Servicios de Emergencia** Los aseguradores debían pagar por los individuos que se presentaran en los departamentos de emergencias de los hospitales, cuando una “una persona legá prudente” considerara razonablemente al problema de salud como una “emergencia”.
- **Continuidad de la Atención** Los planes de managed care debían dar a los afiliados actuales la oportunidad de continuar obteniendo servicios (durante un período) de los proveedores que se desvincularan del plan.





- **Acceso Directo** En los planes de managed care los individuos accedían directamente (sin aprobación previa del plan) a ciertas clases de proveedores no incluidos en la categoría de “cuidados básicos”. Su forma más común permitía a las pacientes femeninas acceder directamente a obstetricia y ginecología. Otros grupos aprobados para acceso directo en algunos estados incluyeron: quiropráctica, dermatología, optometría, oftalmología y toda clase de especialidades.
- **Prohibiciones de Incentivos Financieros** Prohibía que los planes de managed care utilizaran incentivos financieros para compensar a los proveedores por ordenar o brindar una atención inferior al medicamento necesario o adecuado a los afiliados (normalmente dirigido a casos específicos de la forma de pago denominada “capitación”).
- **Puntos de Servicio** Los planes permitían a sus miembros consultar a proveedores que no formaran parte del plan de managed care, generalmente con honorarios superiores a los comunes. En algunos casos, se daba la opción de elegir beneficios específicos y en otros casos, más generales.
- **Libertad de elección** Restringía o eliminaba el derecho de los planes de reducir la selección de proveedores de los miembros a cambio de descuentos en el precio.
- **Prohibiciones de Cláusulas de Limitación** Prohibían las disposiciones que proscribían a los proveedores discutir las opciones de tratamiento con los pacientes.
- **Procedimientos de Apelación o Agravios** Se establecían requerimientos para permitir a los miembros del plan apelar las negativas de acceso y otros beneficios. El requerimiento de un proceso de apelación expeditivo ante el riesgo de la salud de una persona que tuviera que esperar demasiado para recibir tratamiento, constituía un caso especial. En algunos casos, las leyes requerían procesos internos dentro de los planes. Varios estados también establecieron procesos de apelación y agravios externos, generalmente en oficinas gubernamentales.
- **Responsabilidad de los Aseguradores** Tradicionalmente, los consumidores sólo podían demandar a los proveedores por mala praxis, pero no a los planes de salud. Debido a la naturaleza intrusiva de las actividades de managed care, los legisladores de varios estados presentaron proyectos (y por lo menos tres estados aprobaron las leyes) que permiten a los consumidores demandar a los planes por mala praxis.
- **Declaración de Derechos de los Consumidores** En numerosos estados, los legisladores se han apartado de los reglamentos de managed care gradualmente, y han introducido y aprobado medidas regulatorias de managed care que comprenden varios temas dirigidas a los puntos anteriores. En 1998, la Comisión de Asesoramiento del Presidente Clinton sobre la Pro-

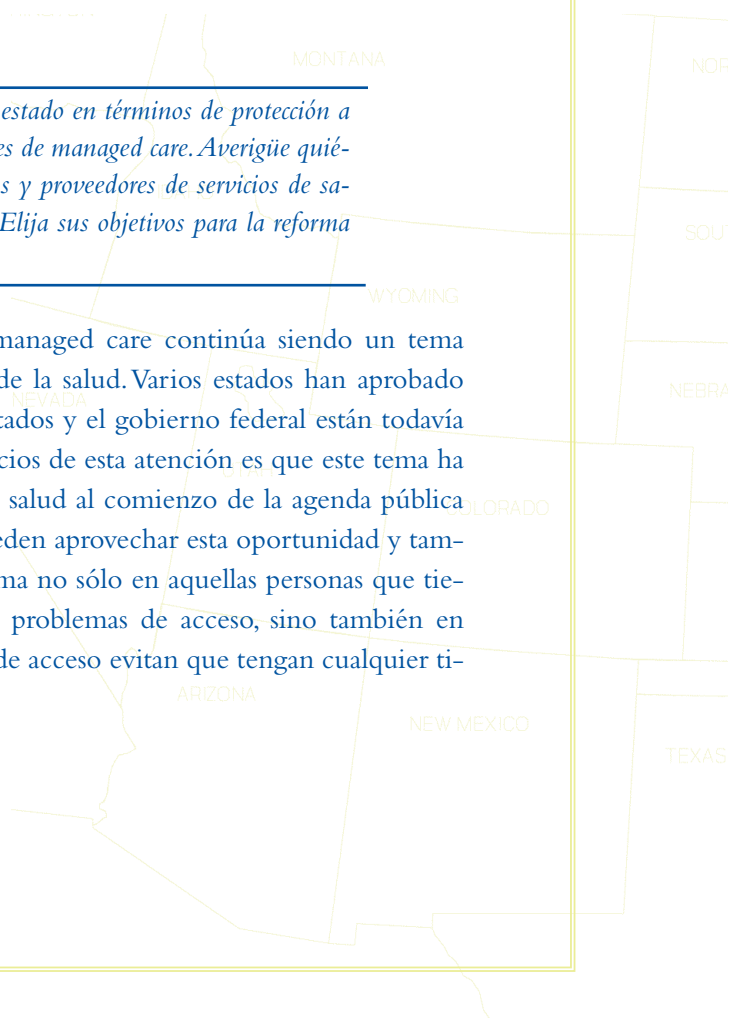
tección al Consumidor y Calidad en la Industria de la Salud recomendó formalmente establecer una declaración de derechos para los afiliados de managed care pero no se pudo llegar a un acuerdo sobre si la ley federal debía garantizar tales derechos. El Congreso consideró varias iniciativas legales en 1997-98 para proteger ampliamente las leyes federales.

A medida que se han debatido estas propuestas, se han ofrecido varios cálculos del impacto en los costos de las primas de salud. Las personas a favor de incrementar la reglamentación hacen referencia a estudios que muestran un impacto reducido en los costos, mientras que los opositores citan sus propios estudios anticipando impactos significativos en los costos. En general, las propuestas que protegen más directamente a los consumidores resultaron tener menor impacto en los costos que aquellas que ayudan más directamente a los proveedores. En general, todas las estimaciones de costos deberían considerarse con escepticismo ya que las predicciones a futuro sobre los costos del cuidado de la salud han sido y continúan siendo muy poco confiables. Además, mientras que la mayoría de los estados han aprobado algunas leyes para proteger a los afiliados de los sistemas de managed care, ningún estado ha aprovechado todas las opciones disponibles.

CONSEJO PARA ACTIVISTAS

Descubra cómo se encuentra su estado en términos de protección a los consumidores de los planes de managed care. Averigüe quiénes son los funcionarios públicos y proveedores de servicios de salud trabajando en este campo. Elija sus objetivos para la reforma cuidadosamente.

La protección al consumidor de managed care continúa siendo un tema muy significativo para la reforma de la salud. Varios estados han aprobado protecciones mientras que otros estados y el gobierno federal están todavía considerándolas. Uno de los beneficios de esta atención es que este tema ha puesto el sistema del cuidado de la salud al comienzo de la agenda pública en toda la nación. Los activistas pueden aprovechar esta oportunidad y también usarla para centralizar la reforma no sólo en aquellas personas que tienen cobertura y se enfrentan con problemas de acceso, sino también en aquellas personas cuyos problemas de acceso evitan que tengan cualquier tipo de cobertura.



CONCLUSIÓN

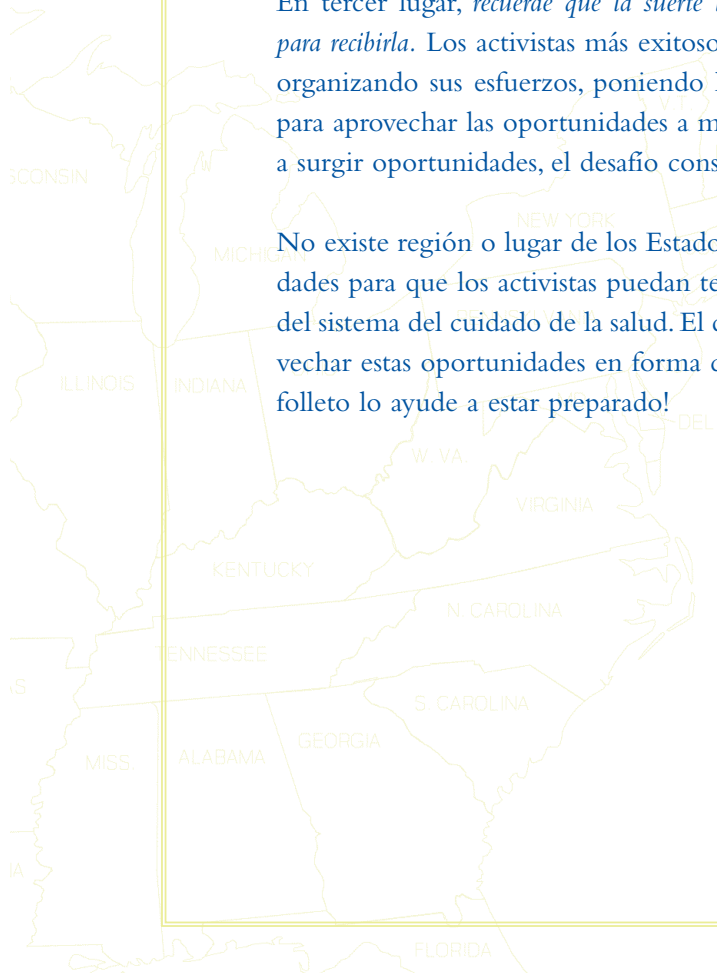
Existen varias formas en que los activistas pueden comprometerse con el sistema. Siempre surgen nuevos temas que generan conflictos y crean oportunidades para que activistas con principios y disciplina pueden extender el acceso y fortalecer los derechos de los pacientes y consumidores. Existen varios puntos a tener en mente:

En primer lugar, *las coaliciones más amplias posibles crean las mayores oportunidades de cambio*. En el sistema, dependiendo del tema, existen varios grupos e individuos que querrán unirse y colaborar en nuevas campañas. Mantener la puerta abierta es vitalmente importante para una organización exitosa.

En segundo lugar, *manténgase firme en sus objetivos pero flexible en sus medios*. Es extremadamente difícil predecir el resultado de un conflicto político particular porque no se puede saber de entrada quien más se va a involucrar. Por eso, es importante adaptarse y ser flexible en la planeación de estrategias y en la implementación de campañas.

En tercer lugar, *recuerde que la suerte le llega a aquellos que están preparados para recibirla*. Los activistas más exitosos invierten mucho tiempo y energía organizando sus esfuerzos, poniendo las cosas en su lugar y preparándose para aprovechar las oportunidades a medida que se presentan. Siempre van a surgir oportunidades, el desafío consiste en estar preparados para ellas.

No existe región o lugar de los Estados Unidos que no presente oportunidades para que los activistas puedan tener éxito en la mejora y ampliación del sistema del cuidado de la salud. El desafío consiste en trabajar para aprovechar estas oportunidades en forma capaz y exitosa. ¡Esperamos que este folleto lo ayude a estar preparado!



Sobre el Autor

El **Dr. John E. McDonough** es profesor adjunto en la Brandeis University's Heller Graduate School (Escuela Universitaria de Graduados Heller de la Universidad de Brandeis) y adjunto senior en su Institute for Health Policy (Instituto de Políticas Sanitarias). Desde 1985 hasta 1997 fue representante en la Cámara de Representantes de Massachusetts. En este cargo, fue co-presidente del Comité Conjunto para el Cuidado de la Salud, el Comité Conjunto para Seguros y otros. También fue co-presidente de varias comisiones especiales para la reforma del acceso al sistema del cuidado de la salud, financiamiento, Medicaid, y atención hospitalaria no compensada. Fue responsable de varias iniciativas políticas para el cuidado de la salud, incluyendo la legislación de 1996 que se convirtió en el modelo del CHIP del Senador Edward Kennedy.

John posee un master en administración pública de la Escuela de Gobierno Kennedy de la Universidad de Harvard y un doctorado en salud pública de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan.

Trabaja como profesor adjunto en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston y como orador invitado en la Escuela de Salud Pública de Harvard. Fue presidente de la Academia Nacional de Política de Salud Pública y miembro del comité que conduce el Grupo de Estados en Reforma.

John ha publicado en el *New England Journal of Medicine*, *Health Affairs*, *American Prospect*, *Boston Globe* y en otras publicaciones. La University of California Press publicará su próximo libro, *Experiencing Politics: A Legislator's Stories of Health and More*, en el año 2000.



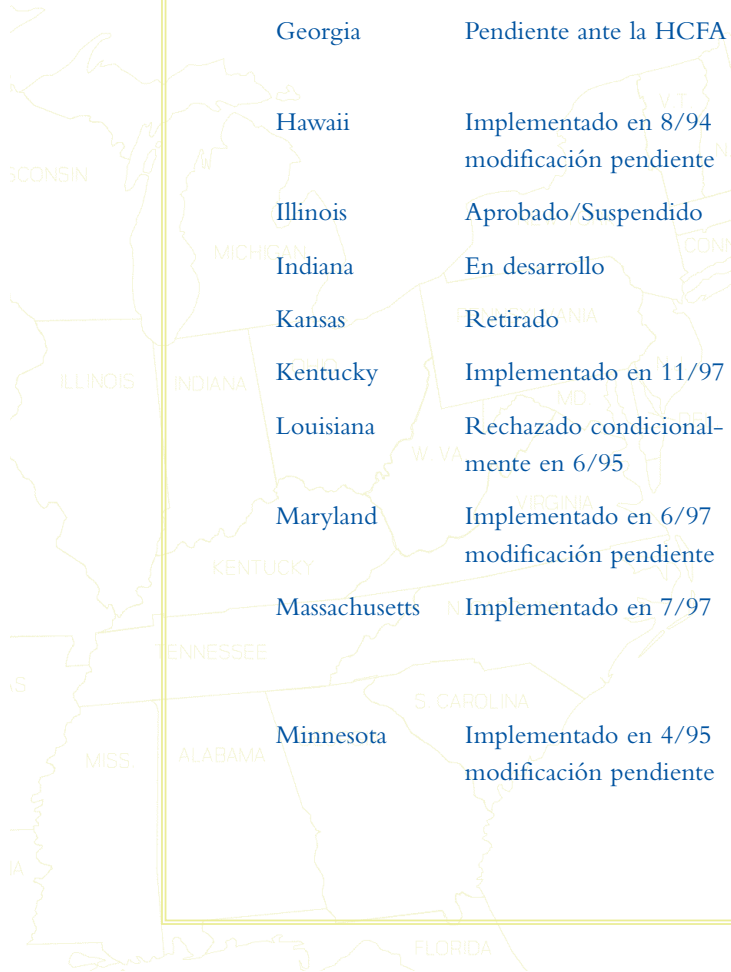
Estado	Población total, 1997 (miles)	Porcentaje Sin Seguro
Pennsylvania	11,922	9.8
Rhode Island	944	10.1
South Carolina	3,815	17.0
South Dakota	712	10.7
Tennessee	5,542	14.4
Texas	19,751	24.4
Utah	2,085	12.7
Vermont	581	10.3
Virginia	6,752	12.6
Washington	5,748	12.5
West Virginia	1,747	16.1
Wisconsin	5,126	8.2
Wyoming	491	14.5
ESTADOS UNIDOS (1997)	269,094	16.1%

Fuente: U.S. Bureau of the Census (Agencia de Censos de los Estados Unidos) , Encuesta de población actual.



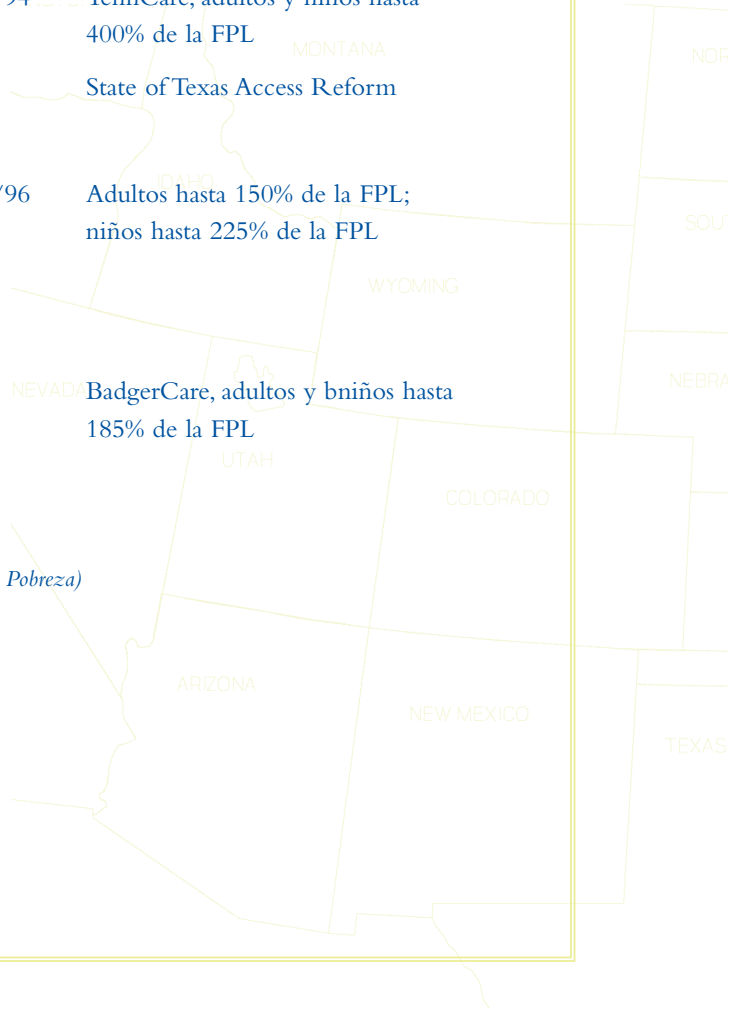
Sección 1115 Cláusulas de escape de Medicaid: situación a partir de abril 1999

Estado	Situación	Información del Programa
Alabama	Implementado en 5/97	Better Access for You
Arizona	Implementado en 1982, modificación pendiente	Arizona Healthcare Cost Containment System (AHCCCS)
Arkansas	Implementado en 9/97 modificación pendiente	ARKids First; cubre niños hasta 200% de la FPL*
California	Implementado en 7/95	Sólo el departamento de Salud del Condado de Los Angeles
Colorado	En desarrollo	
Delaware	Implementado en 1/96	Diamond Health Plan; cubre adultos y niños hasta 100% de la FPL
Distrito de Columbia	Presentado en 10/98	
Florida	Rechazado por la Legislatura en 7/94	
Georgia	Pendiente ante la HCFA	Sólo para servicios de salud relacionados con la conducta
Hawái	Implementado en 8/94 modificación pendiente	Cubre a ciertos adultos y niños hasta 300% de la FPL
Illinois	Aprobado/Suspendido	MediPlan Plus
Indiana	En desarrollo	
Kansas	Retirado	
Kentucky	Implementado en 11/97	Kentucky Healthcare Partnership
Louisiana	Rechazado condicionalmente en 6/95	LA Health Access, cubriría a adultos y niños hasta 250% de la FPL
Maryland	Implementado en 6/97 modificación pendiente	HealthChoice
Massachusetts	Implementado en 7/97	MassHealth, cubre a la mayoría de los adultos y los niños hasta 133% de la FPL
Minnesota	Implementado en 4/95 modificación pendiente	PMAP Plus, combinado con MinnesotaCare (ver próxima sección)



Estado	Situación	Información del Programa
Missouri	Implementado en 2/99	Niños hasta 300% de la FPL; adultos hasta 100% de la FPL
Montana	Presentado en 9/98	Cuentas de ahorro médicos
New Hampshire	Pendiente	
New Jersey	Aprobado, no implementado	
New York	Implementado en 10/97	The Partnership Plan
Ohio	Implementado en 7/96	OhioCare
Oklahoma	Implementado en 7/97	SoonerCare
Oregon	modificación pendiente Implementado en 2/94	Oregon Health Plan
Rhode Island	Implementado en 8/94	RiteCare, niños hasta 250% de la FPL
South Carolina	Aprobado, no implementado	
Tennessee	Implementado en 1/94	TennCare, adultos y niños hasta 400% de la FPL
Texas	Pendiente	State of Texas Access Reform
Utah	Pendiente	
Vermont	Implementado en 1/96	Adultos hasta 150% de la FPL; niños hasta 225% de la FPL
Virginia	En desarrollo	
Washington	Pendiente	
Wisconsin	Pendiente	BadgerCare, adultos y niños hasta 185% de la FPL

*FPL: Federal Poverty Line (Línea Federal de Pobreza)



Organismos de salud clave del U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos)

Healthcare Financing Administration – HCFA (Administración para el financiamiento del cuidado de la salud) La HCFA es el organismo federal que administra los programas Medicare, Medicaid y Seguros de Salud para Niños. Además de brindar seguros de salud, este organismo también realiza un número de actividades relacionado con la calidad de la atención, que incluyen mejoras de calidad y certificación.

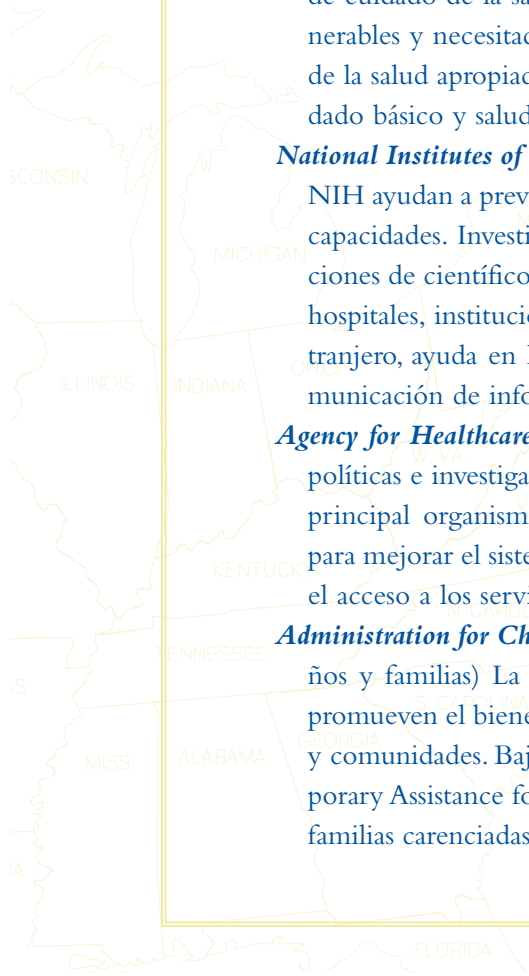
Food and Drug Administration – FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) La FDA es un organismo dentro del Servicio de Salud Pública que a su vez forma parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Se encarga de la protección de los consumidores estadounidenses mediante la aplicación de la Ley Federal de Alimentos, Medicamentos y Cosméticos, así como otras leyes relacionadas con la salud pública.

Health Resources and Services Administration – HRSA (Administración de servicios y recursos para la salud) La HRSA dirige programas nacionales de salud que mejoran la salud de la nación al asegurar un sistema de cuidado de la salud de calidad a las poblaciones mal aseguradas, vulnerables y necesitadas, y al promover fuerzas de trabajo de profesionales de la salud apropiadas, capacitadas y prácticas, particularmente en el cuidado básico y salud pública.

National Institutes of Health – NIH (Institutos Nacionales de Salud) Los NIH ayudan a prevenir, detectar, diagnosticar y tratar enfermedades e incapacidades. Investigan en sus propios laboratorios, apoya las investigaciones de científicos no federales en universidades, escuelas de medicina, hospitales, instituciones de investigación en toda la nación y en el extranjero, ayuda en la capacitación de investigadores; y promueve la comunicación de información biomédica.

Agency for Healthcare Policy and Research – AHCPR (Organismo para políticas e investigaciones sobre el cuidado de la salud) El AHCPR es el principal organismo encargado de investigaciones de apoyo diseñadas para mejorar el sistema de cuidado de la salud, reducir su costo y ampliar el acceso a los servicios esenciales.

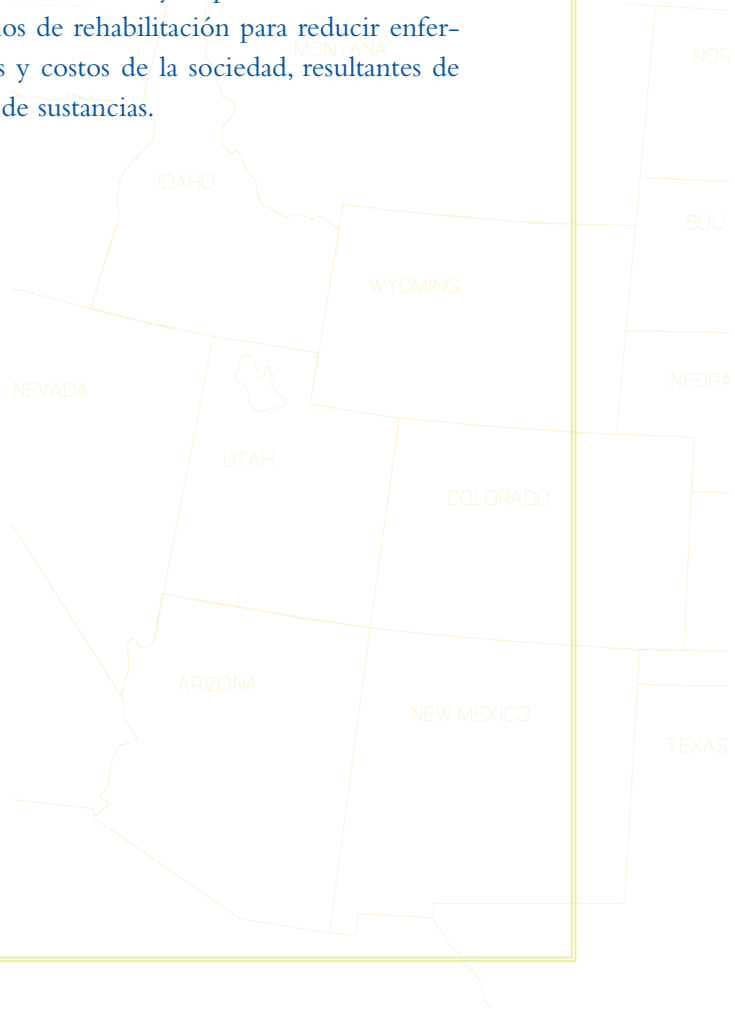
Administration for Children and Families – ACF (Administración para niños y familias) La ACF es responsable de los programas federales que promueven el bienestar social y económico de familias, niños, individuos y comunidades. Bajo la categoría de bienestar, maneja el programa Temporary Assistance for Needy Families (Programa de asistencia temporal a familias carenciadas) (antes AFCD y JOBS) así como también Welfare to



Work (Asistencia social laboral), Refugee Assistance (Asistencia a refugiados), y Repatriation (Repatriación). Como parte de los programas Children and Youth (Niños y Jóvenes) administra cuidado en adopción, asistencia en adopciones, programas para el abuso y maltrato de niños, Head Start, cuidado de niños y Developing Funds (Fondos de Desarrollo). Otras de sus responsabilidades incluyen servicio social, programas de asistencia para hogares de bajos ingresos, incapacidades de desarrollo, el President's Committee on Mental Retardation (Comité Presidencial sobre Retraso Mental) y la Administration for Native Americans (Administración para Nativos Estadounidenses.)

Indian Health Service – IHS (Servicios de Salud para Indígenas) Los IHS son los principales proveedores de atención médica al nivel federal y se ocupa de la salud de más de 550 tribus reconocidas federalmente en los Estados Unidos. Operan un sistema amplio que brinda servicios de salud a aproximadamente 1.4 millones de los 2 millones de los indígenas estadounidenses y nativos de Alaska. Su apropiación anual es de \$2.2 billones aproximadamente.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA (Administración de servicios de salud mental y abuso de sustancias) La misión de la SAMNSA es mejorar la calidad y disposición de los tratamientos de prevención y servicios de rehabilitación para reducir enfermedades, muertes, incapacidades y costos de la sociedad, resultantes de enfermedades mentales y abuso de sustancias.

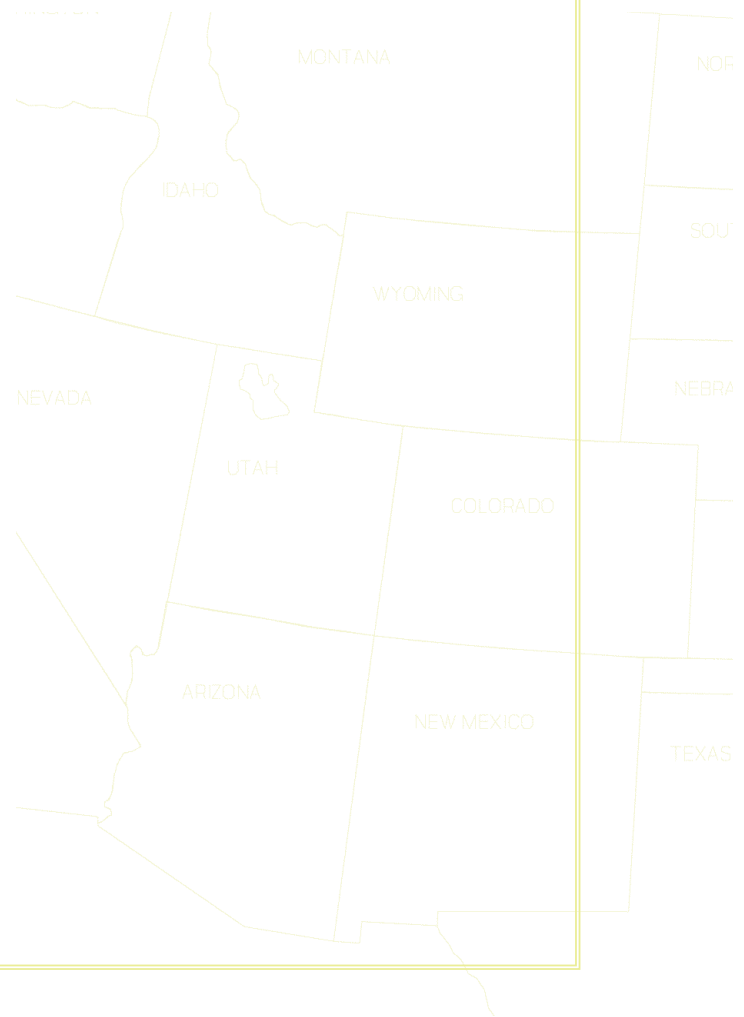


Lecturas útiles sobre la política de la salud y la política pública

1. *Agendas, Alternatives and Public Policies, 2nd edition.* J.Kingdon. New York. HarperCollins. 1995. Sistema reconocido que explica por qué algunos temas llegaron a la agenda pública y tuvieron acción, y otros no lo hicieron.
2. *And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Virus.* R. Shilts. New York. St. Martin's Press. 1987. Relato periodístico sobre las políticas sobre SIDA durante los primeros años de la epidemia.
3. *Continuous Improvement as an Ideal in Health Care.* D. Berwick. *New England Journal of Medicine.* 320: 53-6. 1989. Artículo original que defiende el uso de la "administración de la calidad total" en el cuidado de la salud en contraste con la garantía de calidad tradicional.
4. *Free for All? J.P. Newhouse.* Cambridge, MA. Harvard University Press. 1993. Compendio del RAND Health Insurance Experiment (Experimento para el seguro médico RAND), el experimento sobre política de salud más importante de la historia, que demostró el impacto de los pagos del paciente y costos en el uso de los servicios médicos.
5. *The Future of Public Health.* Institute of Medicine. Washington, D.C. National Academy Press. 1988. Declaración de importancia crítica en el papel que juega la salud pública en el sistema general.
6. *The Great White Lie.* W. Bogdanich. New York. Simon and Schuster. 1991. Historias precisas y bien analizadas que exponen la dimensión de los problemas en los hospitales estadounidenses.
7. *Healthy People (1990, 2000, 2010—forthcoming).* U.S. Public Health Service. Washington, D.C. Government Printing Office. 1979, 1989, 1999. Serie de informes que fijan los objetivos de la salud pública para la década entrante.
8. *Is Prevention Better than Cure?* L.B. Russell. Washington, D.C. Brookings Institution. 1986. Uno de los primeros intentos por contestar la pregunta clave sobre la promoción de la salud y prevención de enfermedades. ¿Es la prevención mejor (más económica y con mayores beneficios) que el cuidado médico tradicional?
9. *National Health Expenditures in 1997: More Slow Growth.* Katherine Levit and others. *Health Affairs.* 17: 99-109. 1998. Presentación de la última información sobre los gastos nacionales en salud y análisis de las tendencias.
10. *The Painful Prescription: Rationing Hospital Care.* H. Aaron & W. Schwartz. Washington, D.C. The Brookings Institution. 1984. Comparación del sistema británico para la distribución de recursos para el cuidado de la salud con el sistema estadounidense.



11. *The Law and the Public's Health, 3rd edition. K. Wing. Ann Arbor. Health Administration Press. 1990.* Análisis de temas legales desde varios puntos ventajosos.
12. *The Social Transformation of American Medicine. P. Starr. New York. Basic Books. 1982.* Historia sociológica de la atención médico en los Estados Unidos que anticipó el managed care y las revoluciones del cuidado de la salud corporativo de la década del 90.
13. *The System: The American Way of Politics at the Breaking Point. H. Johnson & D. Broder. Boston. Little Brown. 1996.* Lo que sucedió con el plan de seguridad de salud de Clinton.
14. *The Tragedy of the Commons. G. Hardin. Science. 163: 1243-8. 1968.* La parábola esencial del dilema entre los bienes privados y los públicos.
15. *Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. V. Fuchs. New York. Basic Books. 1975.* El primer libro que planteó el tema de la limitación de financiamiento y prestación de la atención médica, y los dilemas sociales y morales que ello implica.



Glosario

Capitación: Método de reintegro financiero (prominente con las HMO) en el cual un proveedor cobra cierto monto por paciente por un determinado conjunto de servicios. Los pagos por capitación se describen generalmente en términos de sumas “por miembro por mes” o “pmpm”.

Clasificación de la comunidad: Sistema de asignación de costos de seguros donde todas las personas de un área determinada pagan el mismo precio, independientemente de la historia clínica o características personales, en contraste con la “clasificación empírica” donde las personas o grupos pagan diferentes precios en función de la historia clínica o características demográficas como la edad.

Clasificación de la comunidad modificada: Versión de la clasificación de la comunidad que permite cierta variación en las primas, dentro de ciertos límites, para casos tales como edad y ubicación.

COBRA: Acrónimo de Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Ley de conciliación de presupuesto colectivo consolidado) de 1995 que incluía una disposición según la cual los empleadores debían permitir a los trabajadores mantener sus planes de seguros de salud por hasta 18 meses luego de la desvinculación laboral, siempre que el empleado pagara hasta el 105% del costo promedio de la prima.

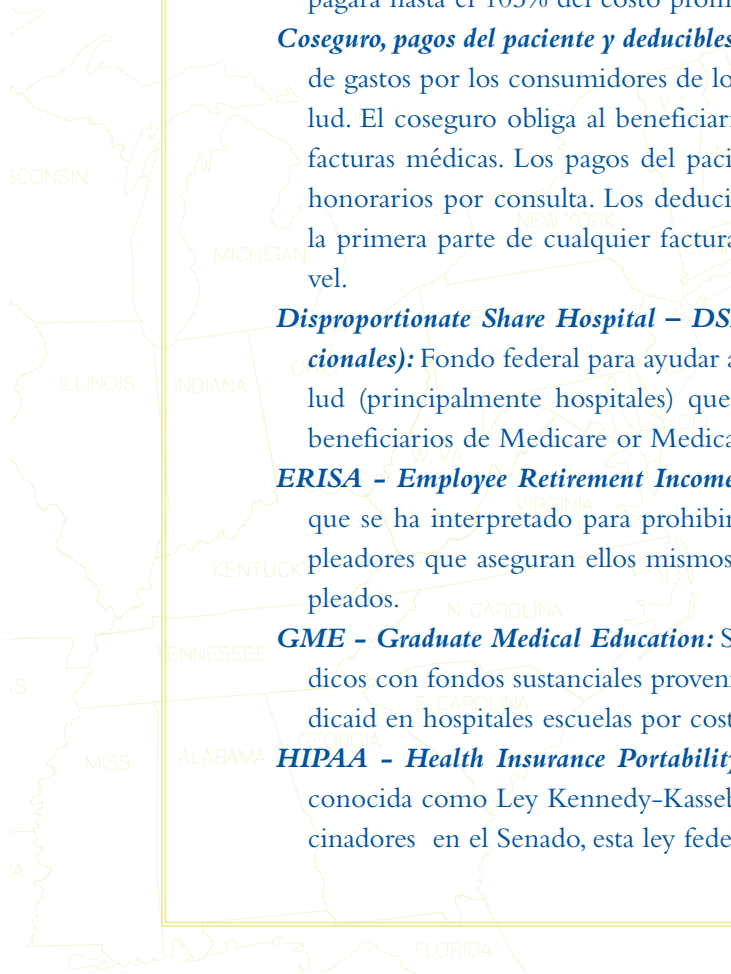
Coseguro, pagos del paciente y deducibles: Principales formas de distribución de gastos por los consumidores de los servicios para el cuidado de la salud. El coseguro obliga al beneficiario a pagar un porcentaje fijo de las facturas médicas. Los pagos del paciente son fijos, el paciente paga los honorarios por consulta. Los deducibles obligan al beneficiario a pagar la primera parte de cualquier factura médica hasta un determinado nivel.

Disproportionate Share Hospital – DSH (Gastos hospitalarios desproporcionales): Fondo federal para ayudar a los proveedores de servicios de salud (principalmente hospitales) que atienden a grandes cantidades de beneficiarios de Medicare or Medicaid.

ERISA - Employee Retirement Income Security Act: Ley federal de 1994 que se ha interpretado para prohibir que los estados regulen a los empleadores que aseguran ellos mismos los beneficios médicos de sus empleados.

GME - Graduate Medical Education: Sistema para capacitar a nuevos médicos con fondos sustanciales provenientes de pagos de Medicare y Medicaid en hospitales escuelas por costos directos e indirectos.

HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act: También conocida como Ley Kennedy-Kassebaum por sus dos principales patrocinadores en el Senado, esta ley federal de 1996 impuso normas a todos



los planes de seguros y beneficios médicos, para asegurar la portabilidad entre diferentes trabajos y la continuidad de la cobertura.

Managed Care (MCO): Se refiere a cualquiera de las varias organizaciones en las que se toman medidas para brindar atención a grupos de paciente dentro del presupuesto. Los ejemplos clave son las HMO, las PPO y los POS. Con el transcurso del tiempo, las diferencias entre cada una de estas formas se ha ido diluyendo.

Medicaid: Programa federal/estatal que financia servicios de salud de algunas familias de bajos ingresos, incapacitados y personas mayores. El gobierno federal paga entre el 50% y 75% en función del ingreso per capita del estado, y los estados administran los programas y pagan el resto. Medicaid es el principal pagador de atención domiciliaria y de cuidados prolongados en los Estados Unidos.

Medicare: Programa federal de salud creado en 1965 para financiar el cuidado de la salud de personas mayores de 65 años y algunas personas incapacitadas. La Parte A, financiada principalmente por la lista de contribuyentes, otorga fondos para la atención hospitalaria primordialmente. La Parte B, financiada por los ingresos federales generales y la distribución de costos de los beneficiarios, pago a los médicos, hogares y otros tipos de cuidados.

Medicina defensiva: Práctica de ordenar procedimientos o exámenes adicionales e innecesarios para evitar potenciales demandas por mala praxis.

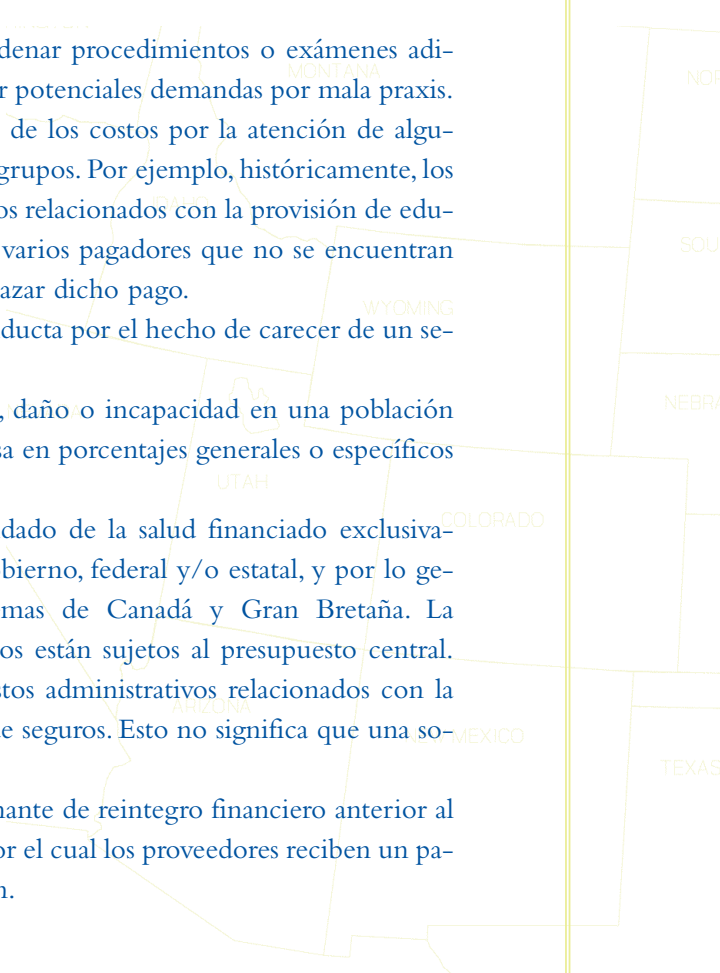
Movimiento de costos: Movimiento de los costos por la atención de algunos pacientes o servicios a otros grupos. Por ejemplo, históricamente, los hospitales han trasladado los costos relacionados con la provisión de educación médica para graduados a varios pagadores que no se encuentran en posición de reconocer o rechazar dicho pago.

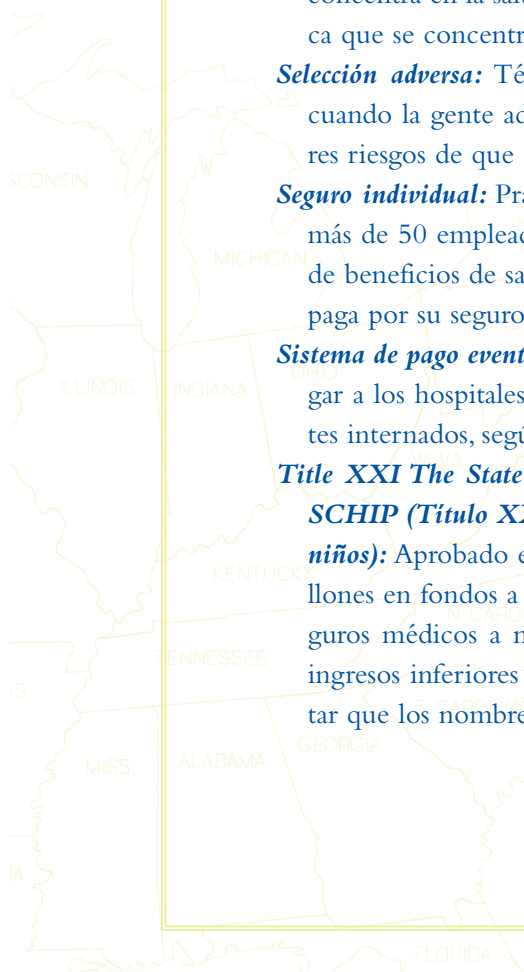
Moral Hazard: Alteración de la conducta por el hecho de carecer de un seguro.

Morbosidad: Grado de enfermedad, daño o incapacidad en una población definida. Normalmente se expresa en porcentajes generales o específicos de incidencia o frecuencia.

Pagador individual: Sistema de cuidado de la salud financiado exclusivamente o en gran parte por el gobierno, federal y/o estatal, y por lo general relacionado con los sistemas de Canadá y Gran Bretaña. La cobertura es universal y los gastos están sujetos al presupuesto central. Dicha estructura elimina los costos administrativos relacionados con la cobertura privada descentraliza de seguros. Esto no significa que una sola persona paga.

Pago por servicios: Forma predominante de reintegro financiero anterior al surgimiento del managed care, por el cual los proveedores reciben un pago por cada servicio que brindan.





Pólizas Medigap: Pólizas complementarias de seguros que empresas particulares venden a los receptores de Medicare para cubrir aquellos servicios que este último no incluye.

Portabilidad: Capacidad de una persona asegurada de mantener la cobertura del seguro médico cuando cambia de trabajo. La Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 se diseñó para brindar protección de portabilidad a los trabajadores, pero sin garantizar que se pudiera conservar la extensión de la cobertura.

Producto bruto interno (PBI): Valor de todos los bienes y servicios producidos por los créditos de un país determinado durante un año determinado.

Proveedores de una red de seguridad: Hospitales, clínicas, centros de salud comunitarios y demás proveedores de servicios médicos que se ocupan de cualquier individuo, independientemente de su capacidad de pago. El apoyo financiero generalmente proviene del gobierno federal, de los estados, condados o local. Estos proveedores tienden a ocuparse de grandes proporciones de pacientes Medicaid. Al nivel nacional, el 33% de los hospitales de la red de seguridad son públicos, el 57% son hospitales privados sin fines de lucro, y el 10% son propiedad de inversores.

Salud pública: En los Estados Unidos, rama de los servicios de salud que se concentra en la salud de poblaciones en contraste con la atención médica que se concentra en pacientes individuales.

Selección adversa: Término de seguros. La selección adversa se produce cuando la gente adquiere un seguro mayor sabiendo que corren mayores riesgos de que algo les suceda (por ejemplo, mala salud).

Seguro individual: Práctica común entre varios grandes empleadores (con más de 50 empleados) de asumir el riesgo financiero por los programas de beneficios de salud de los empleados. Esto no significa que cada uno paga por su seguro.

Sistema de pago eventual: Programa usado por el gobierno federal para pagar a los hospitales una suma por cada episodio de atención de pacientes internados, según el diagnóstico principal del paciente o los DRG.

Title XXI The State Children's Health Insurance Program, Title XXI – SCHIP (Título XXI/El Programa de seguro de salud del estado para los niños): Aprobado en 1997, este programa federal brinda más de \$24 billones en fondos a los estados para que extienda la cobertura de los seguros médicos a niños no asegurados, principalmente en familiar con ingresos inferiores al 200% de la línea de pobreza federal. Favor de notar que los nombres varían entre estados.



The Access Project
30 Winter Street, Suite 930
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-654-9911
Fax: 617-654-9922
E-mail: info@accessproject.org
Página Web: www.accessproject.org