

# INSTITUTE OF MEDICINE

*Shaping the Future for Health*

## ASEGURANDO LA SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS: PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES

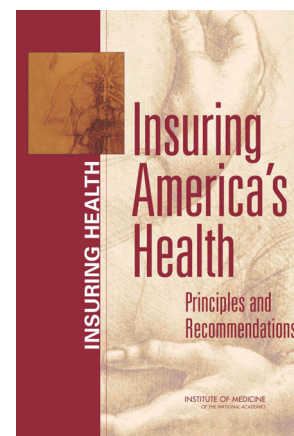
Más de 43 millones de estadounidenses informaron que no tenían seguro durante el año 2002 y millones más carecieron de cobertura durante períodos más cortos. La falta de seguro de salud (seguro médico) afecta negativamente no sólo a quienes no tienen cobertura médica sino también a sus familias, las comunidades en que viven y el país en general. *Asegurando la salud de los Estados Unidos: Principios y recomendaciones* concluye la serie de informes del Instituto de Medicina (Institute of Medicine, IOM); los informes presentan pruebas substanciales y convincentes sobre los perjudiciales efectos de no contar con seguro. La serie fue realizada con el propósito de estimular un debate público mejor informado acerca de la cobertura médica. Este informe ofrece una lista de cinco principios útiles para formarse un juicio sobre las propuestas de cobertura y sus cambalaches implícitos, como es, por ejemplo, el hacer la cobertura más asequible financieramente para individuos y familias en contraposición a una mayor limitación a los costes de un programa.

### Los extensos efectos de la falta de seguro

Es más fácil no estar asegurado de lo que uno podría pensar. Ocho de cada diez de las personas sin seguro son miembros de familias que trabajan. En la mayoría de estos casos, el trabajador tiene un empleo que no ofrece seguro de salud. En otros, puede ofrecerse cobertura subsidiada, pero el empleado la rechaza debido a los costes o porque no percibe la necesidad de la cobertura. Las pólizas individuales de seguro médico son muy caras y podrían no estar disponibles para aquellos con problemas preexistentes de salud. Los adultos jóvenes a menudo dejan de calificar para ser incluidos en la póliza de sus padres al cumplir los 19 años o cuando salen de la universidad. Los esposos pierden la cobertura en una póliza familiar en casos de separación, divorcio, jubilación, o a la muerte del dueño de la póliza.

Los niños y los adultos no asegurados sufren problemas más graves de salud y mueren de manera más prematura que aquellos con seguro. Por ejemplo, debido a que con frecuencia estas personas tardan en buscar cuidado médico y por lo tanto son diagnosticadas con atraso, los pacientes sin seguro que padecen de cáncer de los senos, del colon o melanoma tienen más probabilidades de morir prematuramente.

Tener sólo una persona sin seguro en una familia puede poner en peligro la estabilidad financiera y la salud de todos. Las personas no aseguradas pagan alrededor del 35



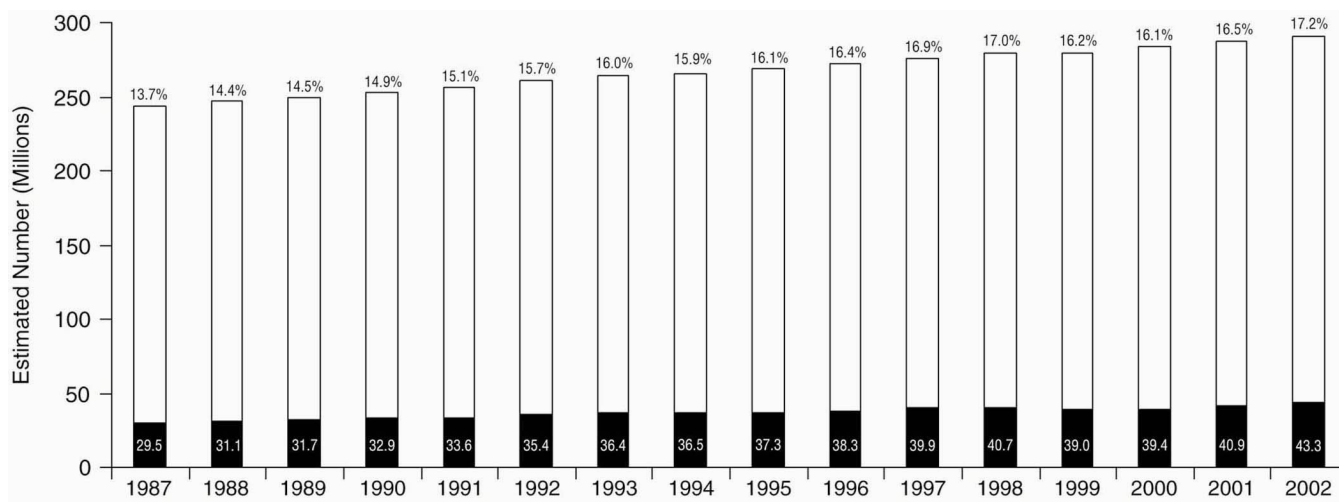
**La cantidad de no asegurados, 43 millones, es tan grande como el total de las poblaciones de 26 estados combinados.**

**Los no asegurados tienen peor salud y vidas más cortas.**

Una de cada cinco familias estadounidenses con niños tiene por lo menos a uno de sus miembros sin seguro.

por ciento de sus cuentas de cuidado médico. Los restantes costes de la atención no compensada (beneficencia), recaen principalmente en los contribuyentes, a través de subsidios a los hospitales y clínicas. La capacidad de los gobiernos locales y estatales para financiar el cuidado de la salud es más limitada durante malos tiempos económicos, precisamente cuando la necesidad es mayor.

**Número de personas de menos de 65 años no asegurado y tasas de no asegurados (cálculos estimados), 1987-2002.**



Fuente: Fronstin, Paul. 2002. Sources of Health Insurance: Analysis of the March 2002 Current Population Survey. Issue Brief 252. Washington, DC: Employee Benefit Research Institute; Mills, Robert, and Bhandari, Shailesh. 2003. Health Insurance Coverage in the United States: 2002. P60-223. Washington, DC: U.S. Census Bureau.

La persistencia de una considerable población no asegurada en muchas comunidades de los Estados Unidos tiene importantes efectos locales. Estos incluyen: (1) significativa presión financiera en los proveedores de cuidado de la salud e instituciones que pueden resultar en la pérdida de valiosos recursos comunitarios, tales como un centro traumatólogo o prácticas médicas, y (2) la redirección de fondos hacia los no asegurados, desviándolos de programas vitales de salud encargados del control de las enfermedades transmisibles y la preparación para casos de emergencias.

¿Podemos permitirnos no cubrir al no asegurado? Se calcula que aspectos de la salud debido a la carencia de seguro nos cuesta entre 65.000 y 130.000 millones de dólares anualmente.

La vitalidad económica de la nación es limitada por la mala salud, la muerte prematura y prolongadas incapacidades de los trabajadores no asegurados. El valor en años saludables de vida ganado al proveer cobertura a todos, al nivel de los actualmente asegurados, sería casi con certeza mayor que los costes adicionales de proporcionar cuidado de salud, a aquellos que carecen de cobertura.

### Las expansiones incrementales no han cerrado la brecha de cobertura

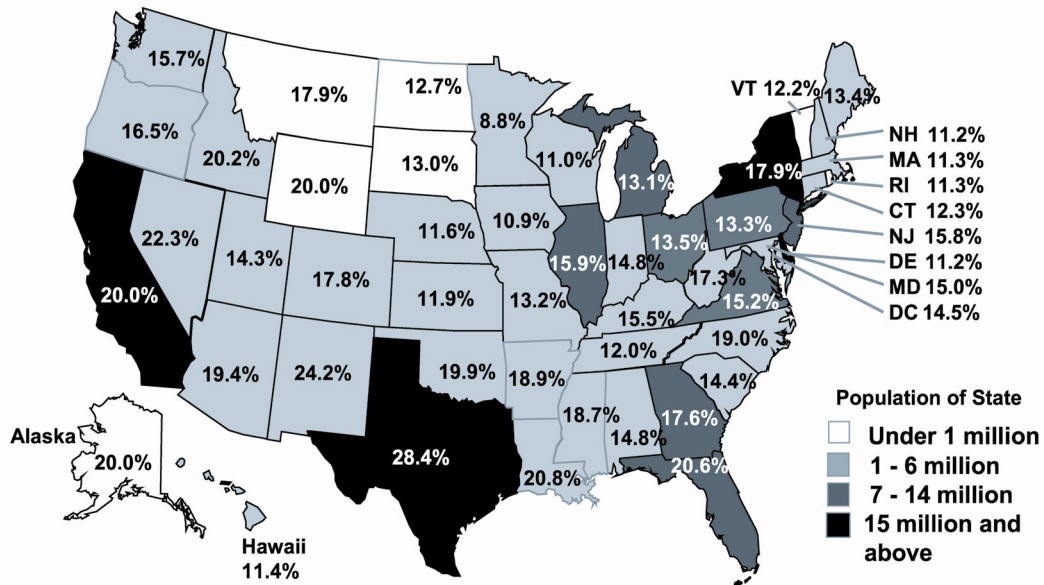
Campañas anteriores para crear la cobertura universal de salud fracasaron por falta de un amplio apoyo político de base. En 1965, la promulgación de Medicare y Medicaid ampliaron sustancialmente la cobertura de la población a los jubilados y a los pobres, dos grupos con pocas posibilidades de permitirse cobertura privada.

Desde mediados de la década de 1980, importantes iniciativas federales y estatales han mejorado las tasas de cobertura entre los niños de menores recursos económicos y ha aumentado la cantidad de personas de bajos ingresos con cobertura pública. Aún así, ac-

tualmente más de la mitad de los restantes niños no asegurados que cumplen los requisitos de inclusión todavía no están enrolados y la tasa nacional de no asegurados permanece a más del 17 por ciento de la población de menos de 65 años de edad. Algunos estados han trabajado agresivamente para extender la cobertura, pero no han tenido éxito en eliminar la falta de seguro. Otros, con fondos inadecuados o inestables, han erigido barreras administrativas al enrolamiento a fin de limitar los costes del Programa Estatal de Seguro de Salud para los Niños (SCHIP) y la cobertura de Medicaid. Se necesita la participación federal para resolver el problema de la carencia de seguro.

**Aproximadamente 8,5 millones de niños siguen sin tener seguro.**

**Probabilidades de no tener seguro de salud para la población de menos de 65 años, por estado, 2002.**



Fuente: U.S. Census Bureau. 2003. Current Population Survey. Table HI05. Health Insurance Coverage Status and Type of Coverage by State and Age for All People: 2002. Accessed October 3, 2003. Available at: [http://ferret.bls.census.gov/macro/032003/health/h05\\_000.htm](http://ferret.bls.census.gov/macro/032003/health/h05_000.htm).

## CINCO PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DAN ORIENTACION

Los principios presentados en *Asegurando la salud de los Estados Unidos* son respaldados por investigación clínica, epidemiológica y económica. Los hallazgos más detallados de las investigaciones están contenidos en los informes anteriores del Comité: *Estar cubierto por un seguro de salud es importante*, *Atención médica sin cobertura*, *El seguro de salud es un asunto familiar*, *Un destino compartido* y *Costes escondidos, valor perdido*.

El primer principio es el más fundamental. Hay otros no catalogados por prioridad, pero todos son importantes.

### 1. La cobertura del cuidado de la salud debería ser universal.

- No tener seguro puede dañar la salud de individuos y familias. Los niños y los adultos no asegurados usan los servicios médicos y dentales menos que las personas aseguradas y tienen menos probabilidades de recibir atención de alta calidad, como también servicios preventivos y de cuidado de enfermedades crónicas.

Los adultos no asegurados tienen un mayor riesgo de morir antes de los 65 años de edad que los adultos asegurados, lo que resulta en aproximadamente 18.000 muertes excesivas anualmente.

- Los niños sin seguro están en peligro de desarrollo anormal a largo plazo si no reciben atención de rutina; los adultos no asegurados enfrentan peores consecuencias ante condiciones crónicas como diabetes, afecciones cardiovasculares, enfermedades renales en su etapa final y VIH.
- “Universal” significa precisamente eso. Toda persona que viva en los Estados Unidos debería tener seguro de salud.

2. ***La cobertura del cuidado de la salud debería ser continua.***

- La cobertura continua tiene más probabilidades de resultar en mejores consecuencias en la salud; en contraste, brechas en la cobertura pueden resultar en el empeoramiento de la salud.
- Obtener cobertura mucho antes de la aparición de una enfermedad puede resultar en un mejor resultado en la salud, dado que existen mayores posibilidades de detectar el mal en sus comienzos.
- Las interrupciones en la cobertura interfieren con las relaciones terapéuticas en curso, contribuyen a la pérdida de servicios preventivos para los niños y resulta en cuidado inadecuado para las enfermedades crónicas.

3. ***La cobertura médica debería ser asequible financieramente para individuos y familias.***

- La principal razón que la gente da para no estar asegurada es el alto coste de la cobertura. Las familias de bajos ingresos tienen poco margen en sus presupuestos para gastos de salud, de modo que será necesaria ayuda financiera para que puedan obtener cobertura.

4. ***La estrategia de seguro debería ser asequible financieramente y sostenible para la sociedad.***

- La política y la economía determinarán lo que una sociedad puede permitirse. Cualquier propósito significativo de reforma requerirá de mecanismos para controlar la inflación y exhortar al uso de servicios eficaces y conscientes de los costes.
- Todos deberían contribuir financieramente —mediante impuestos, primas médicas y repartición de costes— porque todos los miembros de la sociedad se beneficiarán de la cobertura universal de seguro de la salud.
- La estrategia de reforma debería poner énfasis en la eficiencia y la simplicidad mediante la eliminación de complejas reglas de requisitos, de reasegurador, de procedimientos de facturas y de requerimientos reguladores.

5. ***El seguro de salud debería mejorar la salud y el bienestar al promover el acceso a la atención de alta calidad que sea efectiva, eficiente, segura, oportuna, enfocada en el paciente y equitativa.***

Casi dos tercios de las personas sin seguro tienen ingresos por debajo del 200 por ciento del nivel federal de pobreza

- El seguro debería ser diseñado para ampliar la calidad del sistema de cuidado de la salud satisfaciendo las seis metas mencionadas, como lo ha recomendado el Comité del IOM sobre el cuidado de la salud en los Estados Unidos.
- Los paquetes básicos de beneficios deberían incluir servicios preventivos y de examen, medicamentos recetados para los pacientes externos y cuidado especializado de la salud mental, como también servicios de pacientes externos y hospitalizados o internados .
- Las variaciones en la repartición de los costes por paciente deberían ser usadas como incentivo para el uso apropiado del servicio porque es sabido que esto influye en la manera de compartir el paciente.

### **Cuatro prototipos de estrategias de reformas**

El Comité utilizó sus cinco principios para analizar cuatro prototipos simplificados de reformas de amplio alcance basadas en estrategias que actualmente son objeto de discusiones públicas. Los principios son una herramienta útil para diseñar y evaluar nuevos enfoques hacia la cobertura de la salud.

La puesta en práctica de una amplia reforma basada en cualquiera de uno de estos cuatro prototipos se acercaría más a cumplir cada uno de estos principios que la mezcla actual de mecanismos de seguro. Cada uno de los cuatro prototipos requeriría el cambio del sistema, yendo de lo menor a lo mayor.

***Prototipo 1: Amplia expansión del programa público y nuevo abono impositivo.*** El favorable tratamiento impositivo actual para el seguro privado basado en el empleo continuaría. No se requeriría que los empleadores ofrecieran cobertura. Medicaid y SCHIP serían combinados; Medicare sería extendida a las personas de 55 años que pagan una premia. Se proveería un crédito impositivo a los individuos de ingresos moderados para la compra de seguro privado; el crédito impositivo sería pagado aun cuando una persona no debe impuestos y estaría disponible como crédito cuando la póliza es adquirida.

***Prototipo 2: Obligación patronal, subsidio de póliza y obligación individual.*** Se requeriría que los empleadores ofrecieran cobertura y contribuyeran a las pólizas de sus trabajadores, aunque habría disponible un programa federal de subsidio a la póliza para los empleadores de trabajadores de salarios bajos. Medicaid y SCHIP serían fusionados y Medicare continuaría igual. Se requeriría que los individuos obtuvieran cobertura a través del empleo mediante, el enrolamiento en un programa público o mediante la compra individual.

***Prototipo 3: Obligación individual y crédito impositivo.*** Sería responsabilidad de cada individuo proporcionar seguro de salud para ellos mismos y sus familias a través del mercado privado. Cada persona sería elegible para un crédito impositivo, por adelantado. El gobierno federal administraría el crédito impositivo. Sin embargo, la regulación del seguro de salud seguiría a nivel estatal. Medicaid y SCHIP serían eliminados, pero Medicare seguiría igual.

***Prototipo 4: Pagador único.*** Todos serían enrolados en un único y amplio paquete de beneficios, pero las personas podrían comprar pólizas suplementarias para servicios no

cubiertos. Este sistema sería administrado y financiado por el gobierno federal pero utilizaría contratistas y planes de salud privados para revisar las reclamaciones y procesar los pagos, de manera muy similar a como lo hace ahora Medicare. Un “presupuesto global” ayudaría a controlar los gastos adicionales del cuidado de la salud. Medicaid y SCHIP serían eliminados; aquellos elegibles para Medicare podrían ser incorporados al modelo de pagador único.

### **Evaluando las estrategias de reformas mediante la utilización de los principios**

Cada prototipo cumple algunos principios mejor que otros. Por ejemplo,

- *Universalidad.* La cobertura universal probablemente se alcanza mejor mediante cualquier modelo con cobertura obligatoria, comparado con el enfoque voluntario del Prototipo 1.
- *Continuidad.* La continuidad y la transferencia de la cobertura siguen siendo problemas para los prototipos 1 y 2, particularmente cuando una persona cambia de empleo o cambian las relaciones familiares. El modelo de pagador único, Prototipo 4, tendría más éxito en la eliminación de brechas en la cobertura.
- *Accesibilidad y sustentamiento.* La accesibilidad a cualquier plan para los individuos, las familias y el país dependerá del tamaño de los subsidios o de los bonos impositivos y los requerimientos de la repartición de costes. Los créditos impositivos destinados a los individuos de ingresos moderados serían más progresivos y equitativos que las excepciones tributarias actuales para la cobertura basada en el empleo. Un valor del crédito impositivo es que el impuesto federal al ingreso es una fuente relativamente sustentable de ingresos en comparación con las fuentes actuales de financiamiento.
- *Ampliando el acceso al cuidado de salud de alta calidad.* Habría más influencia federal en el diseño de un paquete integral de beneficios en los prototipos 3 y 4. Se considera que los modelos de pagador único, de manera muy similar a Medicare, tienen costes administrativos sustancialmente más bajos que los planes privados de seguro debido a que desaparecen las necesidades de publicidad y reaseguro, como también mayor labor sobre requisitos y facturación.

### **PROXIMOS PASOS**

Las muchas consecuencias de la carencia de seguro y la creciente amenaza que esto implica para la estructura del sistema del cuidado de la salud de los Estados Unidos hacen que este problema ya no pueda ser ignorado por más tiempo. El liderazgo y los dólares federales son necesarios para eliminar la falta de seguro, aunque no necesariamente la administración federal.

Nuestra nación ya invierte en la salud de su gente por proveer directamente seguro de salud para algunos y por ofrecer subsidios tributarios para apoyar el seguro médico para otros. Asegurar aquellos que siguen sin seguro o lo pierden requerirá de una sustancial contribución de los empleadores, de incentivos tributarios o de un programa de cobertura pública casi gratuito. Hasta que la cobertura universal no entre en vigencia, los gobiernos federal y estatales deberían continuar proporcionando los recursos para Medicaid y

SCHIP a fin de prevenir la erosión de la actual cobertura y de los requisitos para ella. También deberían seguir apoyando a las instituciones y a los proveedores que forman el núcleo de nuestra “red de seguridad” en el cuidado de la salud.

**El Comité exhorta al gobierno federal a tomar medidas para lograr el seguro universal de salud y a establecer un calendario específico a fin de alcanzar esta meta para el año 2010.**

Imagine cómo sería el país si todos tuvieran cobertura: las personas estarían en condiciones financieras para hacerse examinar de un problema de salud oportunamente, de obtener atención preventiva y cuidado primordial, y de recibir servicios de salud necesarios, apropiados y efectivos. Las familias tendrían la seguridad de contar con alguna protección frente a facturas médicas que podrían socavar su estabilidad financiera. Los proveedores clave de la comunidad y las instituciones del cuidado de la salud podrían proporcionar atención a aquellos que lo necesitaran sin poner en riesgo su estabilidad económica.

Este panorama puede llegar a ser una realidad, con la mezcla correcta de liderazgo y voluntad política. Si no se revisan, las costosas consecuencias de las condiciones actuales son demasiado grandes para sostenerse. Ha llegado la hora de que nuestra nación extienda la cobertura de salud a todos.



**Para más información...**

Visite el sitio Web del Comité en **[www.iom.edu/uninsured](http://www.iom.edu/uninsured)**.

Copias de *Insuring America's Health: Principles and Recommendations (Asegurando La Salud de Los Estado Unidos: Principios y Recomendaciones)* están disponibles para la venta en National Academies Press (NAP); llame al (800) 624-6242 o al (202) 334-3313 (en el área metropolitana de Washington), o visite la página de NAP en **[www.nap.edu](http://www.nap.edu)**.

La Fundación Robert Wood Johnson proporcionó los fondos para este estudio.

El Instituto de Medicina es una organización privada sin fines de lucro que proporciona asesoría en materia de política de la salud según un estatuto del Congreso otorgado a la Academia Nacional de Ciencias. Para obtener más información acerca del Institute of Medicine, visite la página principal del IOM en **[www.iom.edu](http://www.iom.edu)**.

Derechos de autor ©2004 de la National Academy of Sciences. Todos los derechos reservados.

Se otorga permiso para reproducir este documento en forma completa, sin adiciones ni alteraciones.



## COMITE SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE SEGURO

**MARY SUE COLEMAN** (*Co-chair*), President, University of Michigan, Ann Arbor

**ARTHUR L. KELLERMANN** (*Co-chair*), Professor and Chairman, Department of  
Emergency Medicine, Emory University, Atlanta

**RONALD M. ANDERSEN**, Chair, Department of Health Services, University of Cali-  
fornia, Los Angeles

**JOHN Z. AYANIAN**, Associate Professor of Medicine and Health Care Policy, Harvard  
Medical School, Boston

**ROBERT J. BLENDON\***, Professor, Health Policy & Political Analysis, Harvard  
University

**SHEILA P. DAVIS**, Associate Professor, The University of Mississippi, School of Nurs-  
ing, Jackson, Mississippi

**GEORGE C. EADS**, Charles River Associates, Washington, D.C.

**SANDRA R. HERNÁNDEZ**, Chief Executive Officer, San Francisco Foundation, Cali-  
fornia

**WILLARD G. MANNING**, Professor, University of Chicago

**JAMES J. MONGAN**, President and CEO, Partners Health Care Inc., Boston,  
Massachusetts

**CHRISTOPHER QUERAM**, CEO, Employer Health Care Alliance Cooperative,  
Madison, Wisconsin

**SHOSHANNA SOFAER**, Professor of Health Care Policy, Baruch College, New York

**STEPHEN J. TREJO**, Associate Professor of Economics, University of Texas at Austin

**REED V. TUCKSON**, Senior Vice President, UnitedHealth Group, Minnetonka, Minne-  
sota

**EDWARD H. WAGNER**, **Director**, MacColl Institute, Group Health Cooperative, Seat-  
tle, Washington

**LAWRENCE WALLACK**, Director, School of Community Health, Portland State Uni-  
versity, Oregon

\* Indicates served from September 2000 to December 2002.

### *Personal IOM*

**Wilhelmine Miller**, Codirectora del Proyecto

**Dianne Miller Wolman**, Codirectora del Proyecto

**Lynne Page Snyder**, Oficial del Programa

**Ryan Palugod**, Asistente Principal del Program

