

NOTICIAS

Cuarenta y cinco millones de estadounidenses sin seguro de salud

Estados Unidos de América (EUA) es el único país desarrollado que sigue sin contar con cobertura universal de atención a la salud. Este problema lejos de ir mejorando se ha agravado en los últimos años. La Oficina del Censo de EUA anunció en fecha reciente que el número de estadounidenses sin seguro de salud se había incrementado en 1.4 millones de personas, en el último año, para alcanzar la cifra de 45 millones (15.6% de la población total).¹ Los pobres y los adultos mayores, tradicionalmente cubiertos por los seguros públicos (*Medicaid* y *Medicare*, respectivamente), se han visto poco afectados. Son los adultos jóvenes de bajos ingresos, que sólo pueden aspirar a seguros privados de salud, los que han sufrido las consecuencias del reciente descenso de la cobertura de los planes privados. Las crecientes primas de estos planes –producto básicamente de los enormes costos administrativos de las compañías de seguro tradicionales y de las Health Maintenance Organizations (HMOs)– están haciendo que muchos empleadores eliminen los seguros de salud para sus trabajadores y éstos, sobre todo los de bajos ingresos, simplemente no cuentan con los recursos

suficientes para adquirirlos de manera individual. ¿Qué hacer?

Lejos de una solución radical (como una reforma hacia un sistema de pagador único, como el canadiense), que los poderosos grupos de interés no permitirían, los dos candidatos a la presidencia de EUA han propuesto medidas paliativas muy diferentes.

George Bush está ofreciendo un crédito fiscal a las familias de ingresos bajos y medios que no reciben seguro de salud de sus empleados.² El supuesto es que este crédito –3 mil dólares anuales para una familia de cuatro miembros y un ingreso de 25 mil dólares, y 1.7 mil dólares para una familia con un ingreso de 40 mil dólares– les permitiría contratar un seguro. La prima promedio para una familia típica no cubierta por un empleador asciende a poco más de 9 mil dólares. Según datos de un estudio realizado por la Kaiser Family Foundation, este crédito reduciría en 1.8 millones el número de estadounidenses sin seguro de salud.

Por su parte, John Kerry está proponiendo elevar el nivel máximo de ingreso para ser elegible para *Medicaid* y para el Programa Estatal de Seguros para Niños.³ Esta propuesta acabaría con la dramática situación que enfrentan aquellas familias que tienen ingresos demasiado altos para acceder a los seguros públicos

y demasiado bajos para comprar un seguro de salud por su cuenta. Además, está proponiendo que el gobierno cubra 75% de las facturas médicas que exceden los 50 mil dólares por año. Al liberar a las compañías de seguro y a las HMOs de estos riesgos, el gobierno ayudaría a reducir las primas en 10% o más. Ambas medidas se financiarían con los recursos provenientes de la eliminación de las exenciones fiscales que recientemente Bush otorgó a 3% de la población que recibe ingresos superiores a 200 mil dólares anuales. Según un estudio realizado por la Universidad de Emory, estas medidas reducirían el número de asegurados en 26.7 millones.

Si éste fuera el único criterio que contara para definir sus preferencias electorales ¿por quién votaría usted?

Octavio Gómez Dantés, MC, MSP.
Director General de Evaluación del Desempeño,
Subsecretaría de Innovación y Calidad,
Secretaría de Salud, México.
Correo electrónico: ogomez@salud.gob.mx

Referencias

1. The Commonwealth Fund. Uninsured population now totals 45 million. Washington Health Policy Week Rev 2004;30:1-2.
2. Krugman P. Medical class war. Disponible en: <http://www.nytimes.com>. [2004 julio 16].
3. Krugman P. Health versus wealth. Disponible en: <http://www.nytimes.com>. [2004 julio 9].

Grave deterioro de la salud del pueblo chino

En la China de partido único, el desamparo en materia de salud que enfrentan muchas familias está alcanzando niveles dramáticos. Según cifras del *Economist*, en China, 90% de la población rural y 60% de la población urbana carece de seguro de salud.¹ Esto a pesar de que Mao Zedong –poco digno de recuerdo por lo demás–, había construido un sistema de salud financiado con recursos gubernamentales, comunitarios y familiares, y operado por los famosos “médicos descalzos”, que le garantizaba atención básica a la salud a más de 90% de la población. Gracias a este sistema, entre 1952 y 1982 China redujo su mortalidad infantil de 250 a 40 por 1 000 nacidos vivos y la prevalencia de paludismo de 5.5 a 0.3% de la población, y aumentó su esperanza de vida de 35 a 68 años.²

En 1979 inició en China una profunda reforma económica que implicó la sustitución de una economía centralizada por una economía de mercado. Los resultados de esta reforma son por todos conocidos: tasas de crecimiento anual de 9.7% en los últimos 20 años e incrementos del ingreso per cápita de 6.1% al año entre 1980 y 1993.

Pero no todo fue miel sobre hojuelas. Antes de las reformas económicas, las unidades de salud (consultorios, centros de salud y hospitales de condados en el área rural, y consultorios, centros de salud y hospitales de distrito en las áreas urbanas) se financiaban sobre todo con recursos públicos, que eran complementados con pagos de pacientes y recursos comunitarios. Después de

las reformas, el gobierno limitó su participación en el financiamiento al pago de los salarios y algunas inversiones, que ahora cubren sólo 20 a 25% de los gastos hospitalarios. Las unidades de salud se han visto obligadas a exigirle a sus pacientes el pago de la mayor parte de sus intervenciones, a pesar de que sólo 25% de la población cuenta con seguro de salud. El gobierno también redujo el presupuesto para vacunación y ahora los pacientes deben pagar también por este tipo de servicio preventivo. China, por cierto, es el único país en el mundo que cobra por vacunar. Las consecuencias de estas decisiones no se han hecho esperar.

Hoy un número considerable de comunidades rurales no cuenta con acceso a atención a la salud y cuando cuentan con él, los costos de la atención superan con mucho la capacidad de pago de las familias, sobre todo del campo, que con frecuencia se ven obligadas a pedir prestado o vender sus activos familiares para cubrir sus necesidades de salud.

Algunos padecimientos ya controlados han reaparecido, de manera notable la tuberculosis, la hepatitis B y el sarampión.³ Y junto a estas enfermedades reemergentes el SIDA está haciendo estragos. Se calcula que en el momento actual hay por lo menos un millón de VIH positivos, cifra que podría incrementarse a 10 millones a finales de la década, según la Organización Mundial de la Salud. En la zona occidental de China la situación es tan crítica que hay quien asegura que se están presentando descensos en la esperanza de vida.

En fechas recientes se anunciaron reformas que buscan establecer

un sistema de cooperativas médicas que el próximo año beneficiaría a 10% de los chinos y en el 2010 a la totalidad de la población.

Hsiao y Liu ya habían discutido hallazgos similares hace algunos años y habían llegado a las siguientes muy interesantes conclusiones:⁴

- El desarrollo económico no necesariamente se traduce en mejor salud y mejor atención a la salud para todos. De hecho, puede incrementar las desigualdades en el estado nutricional, la salud y la atención de la salud entre pobres y ricos.
- Un sistema de salud financiado con pagos de bolsillo puede producir una inflación acelerada, erigir barreras al acceso a la atención a la salud para las familias de bajos ingresos y producir pobreza.
- Cuando un gobierno promueve el crecimiento económico debe diseñar al mismo tiempo medidas para garantizar el adecuado desarrollo de su sistema de salud.

Octavio Gómez Dantés, MC, MSP.
Director General de Evaluación del Desempeño,
Subsecretaría de Innovación y Calidad,
Secretaría de Salud, México.
Correo electrónico: ogomez@salud.gob.mx

Referencias

1. Where are the patients? *The Economist* 2004;372(8389):20-24.
2. Hsiao WC. The Chinese health care system: Lessons for other nations. *Soc Sci Med* 1995;41:1047-1055.
3. China must prioritise health opportunities for all. *Lancet* 2004;364(9438):909-910.
4. Hsiao W, Liu Y. Economic reform and health: Lessons from China. *N Engl J Med* 1996;335:430-432.