ALGUNAS REALIDADES SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS MINORIAS EN LOS ESTADOS UNIDOS

Manuel E. Piza Escalante*

INTRODUCCION - RESUMEN

En la literatura especializada sobre políticas de salud se ha hecho mucho énfasis recientemente a las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre los diferentes grupos. Pensando que esa discrepancia de tipo étnico, cultural y geográfico puede en alguna manera darse también en nuestra región centroamericana y que, al final de cuentas, es de gran interés para la profesión médica conocer las realidades menos agradables del Sistema de Salud más desarrollado del mundo, me he dado a la tarea de revisar la bibliografía más reciente sobre el tema e incluirla en el ensayo que presento a continuación.

Muchos americanos especialmente, los negros, personas pertenecientes a familias de bajos recursos y aquellos con menor educación, se encuentran mal atendidos por el excelente sistema de salud norteamericano, según se desprende de las comunicaciones revisadas.

Las personas en estos grupos tienen peores características de salud que otros norteamericanos y, cuando se toma en cuenta que poseen una mayor necesidad de servicios de salud por sus mismas características socioeconómicas, estas deficiencias o diferencias se hacen más ostensibles. Por otro lado estas mismas minorías se encuentran con mayor frecuencia descubiertas por seguros de salud y son víctimas de los esfuerzos progresivos para contener el aumento del costo de los servicios por parte el Gobierno Federal. Sobre estos problemas de la realidad de los servicios de salud de algunos grupos en los Estados Unidos, trataré en este artículo.

Hay muchas pocas cosas positivas que decir de los cuidados de salud en el mundo moderno, durante el siglo XX y especialmente en los Estados Unidos de América, nación que ha sido protagonista de prácticamente todos los grandes avances de la medicina. En general la calidad de cuidado es alta, el acceso es

amplio, las estadísticas generalmente son buenas y van mejorando progresivamente, la expectativa de vida continúa aumentando, la mortalidad infantil disminuyendo, los programas gubernamentales y los políticos, especialmente el sistema Medicare y Medicaid, han alcanzado un éxito considerable y permanecen altamente populares. Los pobres que son servidos por el sistema rutinariamente, reciben un cuidado que tecnológicamente es igual al de los ricos.

Los costos en ascenso significan un problema verdaderamente serio, pero se han dado recientes pasos para controlarlos y hay signos de que estos están dando un resultado bastante interesante.

Por lo tanto uno puede ver el sistema de salud americano como un éxito rotundo, pero también hay algunas realidades que demuestran fallas significativas. Las estadísticas de Salud revelan que los negros y otras minorías, los pobres y aquellos con un ingreso bajos y menos educados, se benefician sustancialmente menos de los sistemas de salud contemporáneos que otros norteamericanos.

DESARROLLO

Los resultados de los análisis de las coberturas de seguros sugieren que hay una discrepancia en el nivel de salud de ricos y pobres. Los costos de los servicios de salud, continúan en escalada más rápidamente que el resto de economía y muchas de las medidas propuestas y tomadas para contener el costo, que se han dado en llamar "Reagannomics", han agravado o parecen agravar las diferencias en la entrega de los servicios a las diferentes clases sociales. Estas realidades necesitan atención, a pesar de que la mortalidad infantil ha continuado en descenso desde los últimos 35 años desde aproximadamente 30 muertos de cada mil nacidos vivos en 1950, hasta aproximadamente 10.6 muertos por cada mil nacidos en 1985, (*19) esta mortalidad todavía es mas alta que los que se encuentran en otras naciones desarrolladas. Las tasas de Finlandia, Japón, Suecia por ejemplo se encuentran entre 6.5 y 6.8 por mil, mas aún, el ritmo de decrecimiento en los Estados Uni-

* Asistente de Cirugía General Unidad de Emergencias Quirúrgicas.
Hospital San Juan de Dios
Presidente Unión Médica Nacional.

dos se ha disminuido. Entre 1982, y 1984, la tasa bajó 2.7 comparado con un 4.6%, que declinó en una época comparable de los años 70 (*5). Los datos obtenidos por las estadísticas de 1985 muestran un incremento de la mortalidad infantil en nueve estados y en el distrito de Columbia. Llamativamente estos estado son los que tienen una mayor población de personas de color e inmigrantes pobres y una buena parte de estas muertes pueden ser atribuidas a la raza, ya que la frecuencia de mortalidad infantil de los niños negros es dos veces mayor que la de los blancos. Por supuesto, los estados con poblaciones negras más importantes, tales como Carolina del Sur, muestran más altas tasas de mortalidad infantil 15.7 por mil que los estados con poblaciones negras pequeñas, tales como Maine, que tiene 9.5 muertos por cada mil nacidos vivos (*20). La expectativa de vida al nacer, muestra las mismas diferencias raciales. En 1983 la expectativa promedio de vida para las mujeres blancas era 78.8 años, 5 años más que para las mujeres negras que era de 73.8. Los hombres blancos esperaban vivir 71.6 ó sea 6 años más que los hombres negros que tenían una expectativa de 65.2 años, o sea que los negros en Estados Unidos cobraban su pensión del seguro social solamente durante 2.5 meses. (*6) Un reporte respaldado por el Departamento de Salud, Recursos Humanos en 1985, (*26) estimaba que más de 60.000 muertes podrían ser prevenidas anualmente si los riesgos de mortalidad para los negros y otros grupos minoritarios fueran tan bajos como para los blancos. El 80% de estas llamadas muertes innecesarias ocurren en 6 rubros: 18.000 muertes de ataques al corazón, 11,000 homicidios, 8100 de cáncer, 6100 debidos a la alta mortalidad infantil, 2150 de cirrosis, 1850 de diabetes. La mortalidad por cáncer de pulmón entre los negros, es 45% más alta que los blancos y aquellos tienen tres veces la frecuencia de mortalidad de cáncer del esófago que los últimos y el doble de cáncer de próstata. Los varones negros por debajo de 45 años de edad son 10 veces más susceptibles de morir de hipertensión que los varones blancos. Las mujeres negras tienen dos veces la frecuencia que las blancas de muertes de enfermedad coronaria, y el ritmo de muerte de cáncer cervical entre las mujeres negras es dos y una vez más grande. Como estas figuras sugieren los negros americanos están también más enfermos que los blancos; por ejemplo la frecuencia de tuberculosis en la población no blanca por encima de 35 años de edad es 3 veces más grande que la de los blancos y la frecuencia de enferme-

dades pélvicas inflamatorias entre las mujeres no blancas es dos veces mayor. (*1)

La posibilidad de sufrir de enfermedad de riñón severa que lleve a diálisis crónica o trasplante es cuatro veces más frecuente en los negros que en los blancos. (*29) Los negros americanos son 6% más propensos que los blancos para tener limitadas sus actividades por problemas crónicos de salud, esto significa un 15.4% de los negros tienen limitaciones de salud para sus actividades físicas y solamente 14.5% de los blancos. Por otra parte las personas de color tienen 46% más de días cama hospitalaria por año debido a enfermedades crónicas que el resto de la población o sea 9.5 días por año para los negros y 6.5 por año para los blancos.

Cuando se pregunta a la población sobre su propio estado de salud los blancos se consideran enfermos en 11.9% de los casos mientras que los negros lo hacen en el 18.7%. Esto significa que es 60% más alta la frecuencia de salud pobre entre estos últimos. (*39) La pobreza se encuentra ampliamente asociada con las malas características de salud: el Centro Nacional para Estadísticas de Salud estimó en 1980 que más de 29 millones de americanos o sea un 14.9% de la población se encuentra entre los extremos considerados como pobreza, o sea un ingreso percapita bajo. En este grupo se encuentra el doble de porcentaje de personas con limitación en sus actividades por enfermedades crónicas. (*40)

Si se compara a las familias que reciben un ingreso anual mayor de \$25.000.00, se encuentra que solamente se encuentran incapacitados físicos el 6.7% de las personas, o sea que entre los pobres hay tres veces más incapacidad permanente que entre los ricos.

Las personas de bajos recursos tienen casi el doble de el número de días cama por año que la población general o sea 13.2 días cama por año promedio para los pobres, 6.9 promedio para la población general de Estados Unidos.

Nuevamente si consideramos aquellas familias con un ingreso anual superior a \$25.000.00 dólares nos encontramos con un diferencia de 3 a 1 ó sea que en estas familias hay 4.5 días cama por año por persona comparable con 13.2 días cama por año por persona entre los pobres.

Si se solicita que evalúen su propio estado de salud, las personas de bajos recursos consideran estar enfermos con el doble de frecuencia que la población en general. Un 26.6 de personas pobres valoraron su salud como mala o deficiente, mientras que

en la población general, un 12.7% lo hizo. Cuando hacemos la comparación con las familias con ingresos superiores a los \$25.000.00 dólares al año, en este grupo solamente el 6.8% valoró su salud como pobre o mala en comparación del 26% o sea más de 4 veces más para los pobres.

Las personas sin hogar cuyo número aumenta anualmente debe ser contados entre los pobres. (*47) Hay un estimado de este sector de la población en los Estados Unidos de 250.000 a 3 millones de personas. Comparado con la población general, este grupo tiene 3 veces más frecuencia de encontrarse enfermo y 50% más de minusvalía. En esta población sin hogar la frecuencia de personas no cubiertas por un sistema de seguros es 9 veces más grande que el promedio general de Estados Unidos. Las implicaciones sanitarias del status racial y de pobreza aumentan cuando ambas poblaciones se intersectan. Los americanos negros se encuentran sobre representados entre la población pobre y, por lo tanto, menos representados entre la población rica. Mientras que los negros constituyen el 11.8% de la población de los Estados Unidos en 1980 constituían cerca del 25.4% de la población pobre y solamente 5.4% de la población rica o sea aquella cuyo ingreso familiar es superior a \$25.000.00 percápita; por lo tanto en proporción al porcentaje de su población total, los negros tienen 2 veces más posibilidades de ser pobres que los blancos. (*41)

En este caso cuando se hace la solicitud de que evalúen su propio estado de Salud los negros pobres se consideran con salud mala o inadecuada cerca del 30% de las veces (exactamente el 29.3%) mientras que los blancos ricos juzgan ese estado de salud seis veces menos ó sea 5.8%. Esto sugiere que la persona negra promedio de una familia pobre se encuentra aproximadamente cinco veces más expuesta a problemas crónicos de salud que la persona promedio de una familia blanca rica.

Además de lo anterior es fácil deducir que los negros de bajos ingresos tienen en promedio menos años de escolaridad que los norteamericanos en general. Y esto se viene a convertir en un tercer factor agregado. La limitación de la actividad por problemas crónicos de Salud está estrechamente relacionada con la escolaridad. Para todas las familias americanas la imposibilidad de concretar sus doce años de educación ó sea terminar el High School se asocia con un 34.4% de actividad limitada por mala salud, mientras aquellos con 16 o más años de educación el

porcentaje de personas limitadas con una enfermedad crónica cae a 11.3%.

Si juntamos dos factores ó sea para aquellas personas con una educación pre-universitaria completa y con un ingreso familiar alto el porcentaje de personas con problemas crónicos que limiten su actividad caen a un 9.6%, mientras que por el contrario, las personas que no tienen del todo educación secundaria y que se encuentra entre las familias de bajo ingreso, la frecuencia de incapacidad permanente por enfermedad sube a un 49.2%.

Los resultados son similares si analizamos los días cama anuales por enfermedades crónicas, ó sea 13.3 días percápita para personas sin educación secundaria, y 4.8 días para los que tienen educación preuniversitaria completa y los que juntan una educación universitaria completa y un ingreso familiar alto solamente cuatro días por año. En última instancia aquellos que se encuentran en familias de poco ingreso sin educación secundaria del todo se presentan 19.7 días cama por año por persona. (*42)

El efecto de la educación es igualmente dramático cuando se hace la pregunta de valorar su propio estado de salud, aquellas personas sin educación secundaria se consideran en un malo o deficiente estado de salud, en un 32.8% y aquellos graduados de pre-universitaria completa los hacen en el 5.7%, o sea que hay una relación de más de 5 a 1. La combinación de una educación superior y en ingreso alto hace que este porcentaje de 5.7 baje a 4.2 en las personas cuya salud es evaluada como pobre o deficiente, mientras que la combinación de falta de educación secundaria y bajo ingreso produce un aumento espectacular de la evaluación de la salud como mala a un 46%.

Tomando en cuenta la solidez de estas afirmaciones esto significa que los pobres y menos educados entre los americanos tienen cerca de 10 veces más frecuencia de tener problemas de salud que los ricos mejor educados. La frecuencia de los problemas visuales y auditivos de parálisis de impedimentos ortopédicos es casi sin excepción sustancialmente más alta entre las familias que son de raza no blanca con bajo ingreso y menos educadas. (*13)

Los problemas humanos detrás de estas cifras son múltiples. Se encuentran tragedias personales como muertes excesivas, innecesarios sufrimientos e incapacidad que afectan notablemente tanto las estadísticas generales de salud de los norteamericanos como la administración de los sistemas de salud. Es

más difícil determinar exactamente las causas de estas disparidades y algunas de ellas pueden decir más de la nacionalidad americana en general que acerca de las peculiaridades de los sistemas de salud.

A pesar de los esfuerzos llevados a cabo a partir de los años 60, el racismo sigue siendo un problema fundamental en la vida de los americanos: los negros y los inmigrantes hispanos se encuentran entre los menos saludables. Muchos de estos desafortunados son servidos por los programas de Medicaid y otros programas gubernamentales y muchos hospitales y otras instituciones absorben los costos de servicios brindados bajo la figura de la caridad. Sin embargo en general la atención de salud y el aseguramiento de la misma está distribuida en la misma forma que en la mayor parte que los bienes y servicios se distribuyen en la sociedad, o sea sobre la base de "obtenga tanto como usted pueda pagar". La modalidad de distribución del mercado está diseñada por su naturaleza para actuar contra los intereses de aquellos menos bien dotados financieramente. Todo esto produce que haya una clara unión entre la mala salud y la pobreza.

Por otra parte el estar imposibilitado para trabajar por causa de una enfermedad, es por si mismo un fuerte factor desencadenante de pobreza y una relativa falta de educación ciertamente tiende a promover un peor entendimiento de las necesidades preventivas con respecto a la salud y al mismo tiempo establece un mayor grado de dificultad para el acceso a los programas sofisticados y a los entramientos burocráticos de los servicios sanitarios, todo esto hace que esta gente obtenga menos beneficios de parte de los Sistemas públicos y privados de Salud. Es bien sabido también que las dificultades de acceso a estos servicios puede ser factor importante para el status de salud. (*7-13-21)

Gracias al establecimiento del Sistema Medicare y Medicaid en 1960 y conforme estos programas aumentaron el acceso al cuidado para los ancianos y los pobres, mejoraron importantemente algunas estadísticas: - Para los americanos negros las visitas al médico aumentaron en 1964-1976 de 3,6 por persona y por año a 4.8. En el mismo período la expectativa de vida aumenta cerca de 2 años para todos los americanos blancos y cerca de tres años para los negros; la mortalidad infantil disminuyó de 22 a 14 muertos por cada mil nacidos vivos, para todos los americanos y de 35 a cerca de 24 muertos por cada mil nacidos vivos para los negros. (*30)

Es razonable suponer que el aumento de acceso

a los servicios de salud ayudó importantemente a estos cambios, por ejemplo se sabe que aumentando un 10% el gasto percapita en salud produciría un mejoramiento en los índices de salud en un 1.57%. Por el contrario cuando el Estado de California sacó a más de 250 000, personas del programa Medicaid en 1982 el número de éstas que podían identificar una fuente de Servicios Médicos Primarios cayó de un 96% a un 50% y los que se encontraban satisfechos de su estado de salud bajó de un 91% a un 60%. Aquellas personas que estaban seguras de poder obtener el cuidado que necesitaban, disminuyó en esta población desde un 83 a un 38%, aún más varios investigadores han demostrado el deterioro clínicamente significativo en la salud de este grupo incluyendo una pérdida de los programas de control de la presión arterial y diabetes mellitus y aumento de enfermedades infecciosas. (*25)

A pesar de esas diferencias, en las últimas décadas el acceso al cuidado de salud ha aumentado dramáticamente: de 1950 a principios de 1980 el porcentaje de personas no blancas que visitó al médico por lo menos una vez al año, aumentó del 50% a cerca del 80% (*43-55). Las visitas por familia en 1980 eran de 4.8 para todas las familias blancas y 4.5 para las familias negras. En 1980 el número de visitas por año fue mayor para los miembros de las familias de bajos recursos de 5.9 que para todas las familias norteamericanas (4.5) (*44-56). En el mismo año el número de visitas de las familias negras de bajos ingresos (6 por año) fue mayor que los blancos de altos ingresos (4.6) (*45), aparte de esto Medicare facilitó un aumento sustancial en el acceso a los hospitales para los ancianos con un 25% de aumento en el uso de ese recurso por este grupo. Parece haber pocas dudas acerca del hecho de que este programa ha prolongado el promedio de vida para las personas mayores y, por lo tanto ha mejorado la calidad de sus vidas. (*23)

Si las mejoras en las características de salud están asociadas con aumentos en el acceso a las facilidades de atención médica y se han hecho importantes progresos en este campo a partir del año 1950, por qué entonces las características de salud de algunos grupos de americanos son aún tan pobres comparadas con otros?. Parte de la respuesta probablemente tiene que ver con la naturaleza cambiante de la pobreza en los Estados Unidos. En las primeras décadas de este siglo la pobreza fue un fenómeno de masas, condicionado por las difíciles condiciones de vida, la baja productividad de la tierra y el ingreso ba-

jo, hoy día ésta es un fenómeno marginal y, como tal, se ha visto enfocado a menos personas y más directamente asociado con factores secundarios como raza, educación y enfermedad. También se encuentra altamente relacionada la pobreza con la frecuencia de desempleo la cual es a menudo también directamente atribuible a los problemas de salud e incapacidad. (*49) Parece formarse un círculo vicioso entre la pobreza, la falta de educación y los problemas de salud en el que cada una de estas causa la siguiente. Cuando una gran proporción de la población es pobre o desempleada o subempleada generalmente incluye a muchas personas de buen estado de salud dentro de este grupo, pero cuando la pobreza se vuelve un fenómeno marginal y prácticamente ligado a factores secundarios los problemas de salud aparecen sobrerrepresentados dentro del grupo. Al menos esta parece ser la verdad en los años recientes.

Si consideramos que las necesidades de salud de las personas pertenecientes a los grupos no blancos los pobres y los menos educados son generalmente mayores que las del promedio de la sociedad, entonces el otorgamiento de una igualdad en el acceso a los servicios entre los negros y los blancos entre los pobres y los ricos entre los menos y los más educados no será suficiente para lograr resultados equivalentes. Se pone de manifiesto aquí el hecho de que otorgar un beneficio igualitario a una población desigual lejos de contribuir a la uniformación contribuye a aumentar las desigualdades. (*31-53-28) Si los grupos más desprotegidos necesitan más cuidado, posiblemente mucho más, este debe darse en la medida que sea necesario para obtener un resultado equivalente a los otros grupos. Por el momento esto no parece estar ocurriendo así, juzgando desde el punto de vista de su necesidad de servicios de salud los negros y las personas de bajos ingresos están muy lejos de alcanzar la igualdad en acceso a los servicios de salud y, mucho menos condiciones sanitarias equivalentes.

A pesar del aumento del número de médicos el Departamento de Salud y Servicios Humanos ha estimado que en 1982 más de 16 millones de norteamericanos viven en áreas de la nación donde hay escasez de médicos, muchas de esas regiones son altamente pobladas justamente por los grupos de americanos cuestionados. (*32) Su pobreza y su raza no hacen atractivos para los médicos el establecerse y practicar la medicina en ese sitio; por otro lado la población de médicos es mayoritariamente blanca y proveniente de los estratos más altos de la sociedad, por

ejemplo, se ha reportado que en 1980, 51 de los 82 condados de Mississippi no tenían Obstetras y 50 no tenían Pedfstras. (*33) Por otra parte la falta de médicos en el interior de las ciudades pobladas especialmente por negros es altamente notoria (el número de médicos en el "Down Town" de Chicago disminuyó de uno por cada 1000 habitantes a uno por cada 4000 habitantes desde 1950 a 1970 mientras que el número de médicos en los suburbios de la ciudad - donde viven las familias de mayores ingresos - aumentó en forma correspondiente). (*34) En 1983 se reportó que 24.5 millones de los americanos o sea 10.8% de la población no tenían una fuente claramente discernible de servicios de salud esta figura incluye 10.4% de la población blanca 13.5% de la población negra 10.5% de la población rica y 11.9% de la población pobre. Con referencia de la escolaridad incluye en 9.7% de graduados de pre-universitaria y un 12.4% de personas que no completaron la educación secundaria. Un poco menos de cuatro millones de familias informaron que tenían necesidades de salud que no podían ser satisfechas con el sistema actual y el porcentaje de familias que informó que debían posponer las necesidades de salud fue 8.9 entre los pobres mientras que fue solamente de 4.4 entre los ricos. Esto aparte de un millón de familias que reportó que les habían sido negados servicios de salud por problemas financieros en el año 1980. Tal como podemos esperar la frecuencia de familias pobres eliminadas del sistema de servicios de salud fue una vez y media mayor o sea 2.8% que el número de familias ricas que fue 1.1%. Los hispanos pobres y no pobres reportaron haber sido rechazados de un sistema de salud el doble de frecuencia 3.3% que los negros 1.5% y éstos un poco más que los blancos (1.4%). (*54) Esta brecha en el acceso a los servicios de salud indica una falla en el programa medicare que comenzó en los mediados del año 1960 como un programa de Servicios Sociales designado a hacer el acceso a la salud posible para todos los pobres de la nación. Este, a diferencia de su compañero legislativo, el programa medicare, que estableció lineamientos federales para la afiliación universal de todos los americanos, con edades superiores a los 65 años, aquellos con incapacidades permanentes y los que sufrían de enfermedad renal terminal, determina la ilegalidad en cada una de los estados y el Gobierno Federal solamente es responsable de su financiamiento, pagando un porcentaje del costo de cada programa estatal. Por causa de que la mayor parte de los estados une la ilegalidad para Medicaid a

las familias con niños dependientes, lo que se conoce con el programa de AFDC, las personas pobres solteras, las familias pobres sin hijos y las que tienen ambos padres viviendo con ellas, generalmente no resultan elegibles. (*8)

Aún más a pesar que algunos estados son relativamente generosos en sus estándares de elegibilidad, muchos los establecen muy considerablemente por debajo de los niveles federales de pobreza; en promedio los estados cubren aproximadamente 35% de su población de bajos recursos con el programa medicaid (esto varía desde un 46% en Massachusetts a un 14% en Dakota del Sur) (*4). El resultado de esto es que millones de pobres americanos, no pueden hacerle frente a sus gastos en salud y tampoco califican para ser respaldados por medicaid. (*9)

En 1981 ocurrieron cortes federales en ambos programas (medicaid y AFDC), que produjeron mayores desventajas a las ya existentes. En una comunidad pobre de Boston, por ejemplo de enero de 1980 a junio de 1982, se produjo una disminución de un 18% de las familias que recibirán ayuda a través de AFDC. Las visitas médicas cubiertas por medicaid a los servicios locales de salud disminuyeron en un 25%, y el número de mujeres recibiendo un cuidado inadecuado prenatal, aumentó a un 60%, eso dio como consecuencia un aumento de la mortalidad infantil en un 53%. (*38) En cada uno de los cinco años siguientes, después de 1981, el gobierno redujo los gastos de medicare y medicaid disminuyendo también los pagos a hospitales, a médicos y la contribución a los programas estatales. (*17)

Mucho del presupuesto anual de medicaid, no beneficia realmente a los pobres en el sentido en que el congreso pretendió hacerlo cuando se estableció este beneficio público en 1980. Aproximadamente el 66% de todos los pagos hecho a través de medicare, fue hacia las personas de edad avanzada y los incapacitados, esencialmente suplementando brechas en el programa medicare. (*35-57) El 40% de los pagos por medicaid se usó para pagar los servicios de enfermería de larga duración, para los americanos de mayor edad, (aproximadamente un 70%, de todos los cuidados de enfermería, del país son pagados a través de medicaid) a pesar de que la necesidad de estos programas se enfoca hacia la población que se encuentra por arriba de 65 años y que debía ser integralmente cubierta por medicare. El dinero de medicaid sirve a una población necesitada, de eso podemos estar seguros, pero también la mayor parte del dinero del programa no va a donde realmente se intentó que

fuera en la ley original (*14).

Finalmente, medicaid es obstaculizado por un gran número de médicos que no atiende sus pacientes. En 1982, más del 21%, de los médicos de atención primaria, incluyendo practicantes y cirujanos generales, internistas obstétricas, ginecólogos y pedfstras, no participaron el programa. Entre los especialistas del área médica el 32% no participa y el 15%, de los especialistas del área quirúrgica no lo hace. (*34) Poco menos del 40%, de todos los psiquiatras y cardiólogos no tratan pacientes de medicaid. Sin embargo, el 15.8%, de todos los médicos de atención primaria dedican su mayor atención al programa o sea que tienen en su consulta un gran mayoría de pacientes pertenecientes a éste.

Dentro de los médicos que tienen grandes cartaras de pacientes pobres hay algunas características sospechosas: comparado con sus compañeros en otras prácticas, estos médicos están significativamente menos respaldados por los certificados del board de su especialidad (26%, comparado con un 43% de la población médica general), dos veces más frecuentemente son graduados de escuelas de medicinas extranjeras y, en los casos que casi el ciento por ciento de los pacientes son de medicaid, generalmente estos médicos son de edad superior a lo 60 años. (*58)

Por lo tanto el sistema no garantiza a los pobres el acceso a los servicios de salud y, cuando este es logrado, la clase de médicos que sirven a estas personas es diferente de la que utiliza el promedio de los americanos.

El problema del acceso no es tampoco resuelto por el seguro privado; de hecho el número de personas no cubiertas por un sistema de seguros aumentó de 29.000.000 en 1979, a 35.000.000, a mediados de la década de los ochenta; este aumento sustancial, está parcialmente debido a un incremento en las tasas de desempleo en este mismo período, ya que la mayor parte de los americanos reciben su beneficio de seguro de salud a través de sus empleadores. (*2-10)

Los desempleados tienen cuatro veces más probabilidades de estar descubiertos de parte del seguro de salud, que las personas con pleno empleo esto es un 26.4 contra un 7.1%. Sin embargo el estar empleado no garantiza el Seguro de Salud, porque muchas de las personas que son servidores independientes, temporales o de tiempo parcial, o aquellos que trabajan en pequeños negocios, con bajos salarios, frecuentemente están descubiertos del seguros o se encuentran asegurados de una forma insuficiente, más aún en 1982, 19.3%, de los americanos adultos

no se encontraba dentro de la fuerza laboral activa; (*11-55) (7.9%, de ellos no están asegurados), los negros se encontraban descubiertos del seguro un 67% más frecuentemente que los blancos, los hispanos tenían más el doble de las posibilidades de no estar asegurados y los miembros de las familias pobres cuatro veces más; la posibilidad de tener un seguro adecuado aumenta con el nivel de educación desde 13.5%, de personas no aseguradas entre los que no completaron una educación secundaria completa a 5.4%, entre aquellos que tenían educación preuniversitaria completa. La excepción la encontramos en la gente entre 19 y 24 años, que constituye el grupo más frecuentemente descubierto de seguro de todos los grupos de edad. Un estudio realizado en 1977, encontró un 16% de adultos en estas edades permanecían no asegurados durante todo el año y otro 14.3% se encontraba cubierto solo durante parte del año, esto dio un total de personas descubiertas del seguro de un 30.3%. (*41) Un reporte de 1985 (*46-12) mostró que las personas limitadas en actividad por problemas crónicos de salud, aquellos cuyas familias tenían ingreso per-capita bajo, tenían doble frecuencia de estar descubiertos por el seguro que aquellos de familias de altos ingresos y que los primeros utilizaron tres veces más camas de hospital por año o sea 13.3 días que los ricos asegurados que lo utilizaron solo 4.5. Es un aspecto de suerte por supuesto mala suerte; estar descubierto del seguro no solamente produce ansiedad sino desalienta a las personas de buscar los cuidados de atención de salud que necesitan en forma oportuna y favorece que, cuando los buscan, ya sus enfermedades se encuentren avanzadas, requiriendo mucho más recursos y con pronósticos mucho más malos.

En los últimos años de los 70., los pacientes asegurados visitaron a su médicos 54% más frecuentemente que los pacientes no asegurados y recibieron 90% más cuidados hospitalarios (*35). En 1982 se estima que 22.5 millones de americanos caen dentro de esta categoría y dependen para su atención de servicio de salud básicamente en la caridad de los hospitales, (este grupo costó a los hospitales privados cerca de 3.200 millones de dólares en ese año, mientras que los Gobiernos Estatales y Locales gastaron cerca de 9,500 millones de dólares en ayudas para los hospitales públicos que atendían esta población. (*15)

La Asociación Americana de Hospitales estimó que en 1984, sus miembros gastaron un total de un 5,700 millones de dólares en cuidados no reembolsados, o no pagados, mientras que en el año 1980

esta suma era solo de 2.8 billones (*3); esas situaciones están en vías de empeorar en parte por los cambios en el sistema del reembolso de los hospitales por parte del gobierno federal, o sea por el sistema D.R.G. (*56) en parte por la demanda general, de eliminar los costos en ascenso en los sistemas de la salud. La administración federal financiera de los servicios de salud HCFA, ha rehusado por ejemplo, reembolsar a los hospitales que sirven a grandes grupos de pacientes pobres respaldados por Medicaid y Medicare, con tarifas más altas que otros hospitales a pesar que estos pacientes, tanto ancianos como pobres, generalmente son mucho más caros en su cuidado que otros pacientes, en primer lugar porque se encuentran más severamente enfermos y en segundo lugar porque ocupan más tiempo las casas de salud y casas de enfermería; (*18-26) las demandas tanto del público como de las organizaciones privadas para disminuir el costo de los servicios hospitalarios ha obligado a otros hospitales a restringir la entrada a aquellas personas no aseguradas y que no tienen garantía de pago ya que el costo de su cuidado debe ser absorbido por precios mayores a otros enfermos, entre 1980 y 1982 por ejemplo el número de personas pobres e inadecuadamente cubiertas por servicios de seguro aumentó dramáticamente en un 20.9% (*16-24), pero los servicios de salud gratuitos provistos tanto por los hospitales públicos como por los hospitales privados aumentó solamente en un 3.8%. Dentro de este problema es de notar el fenómeno conocido como "dumping" o sea la transferencia de pacientes desde los hospitales privados a los públicos. Un estudio (*51) demostró que el 87% de esos pacientes eran transferidos por problemas financieros o cobertura inadecuada de seguro. 89% eran negros o hispanos y 81% desempleados. Solamente el 6% de esos enfermos dieron su consentimiento para el traslado y 24% se encontraban en condiciones inestables desde el punto de vista de salud. El retraso promedio en el tratamiento causado por el traslado fue de 5 horas o más y la mortalidad, entre los trasladados, fue notablemente más alta que el promedio de mortalidad hospitalaria (9.4% contra 3.8%).

Estas tendencias no solamente son una señal de una falla en los servicios de salud de los Estados Unidos sino también sugieren que muchas personas que están trabajando en este sistema, incluyendo profesionales del área de la salud, se encuentran involucradas en planes explícitos para limitar o denegar los cuidados de salud a aquellos que no tienen capacidad

de pago. Esta es probablemente una situación general muy mala desde el punto de vista ético de la profesión de Servidores de la Salud.

En conclusión podemos decir que los excelentes y ultramodernos servicios médicos de los Estados Unidos de América, están dando beneficios desiguales a la población de ese país. Sobre este problema están trabajando fuertemente las agencias gubernamentales y privadas de la medicina y se proponen soluciones que, en un corto plazo, podrán poner coto a esas desigualdades. Ocurrirá algo similar en nuestros países centroamericanos en que notamos una cobertura de aseguramiento, tanto público como privado, altamente desigual con tendencia al cobijo preferencial de las poblaciones urbanas, con tasas variables de desempleo que generalmente son subestimadas por las estadísticas al menos en pequeña escala?... Ese es un tema para reflexionar individualmente.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Center for Disease Control "Annual Summary 1983: Reported Morbidity and Mortality in the United States" Morbidity and Mortality Weekly Report 32, No. 54 (Dec. 1984) pp 64-99.
- 2- Cohodes D.: "America, the Home of the Free, the Land of the Uninsured" Inquiry, 23 (Fall 1986) : p 227.
- 3- Cohodes D.: "America, the Home of the Free, the Land of the Uninsured" Inquiry, 23 (Fall 1986) : p 228-29.
- 4- Connor G.R.: "The Medical Program in Transition" (President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 3:90-93.
- 5- Crozier D. "Health Status and Medical Care Utilization" Health Affairs 3 (Spring 1984): p 116.
- 6- Crozier D. "Health Status and Medical Care Utilization" Health Affairs 3 (Spring 1984): p 116.
- 7- Crozier D. "Health Status and Medical Care Utilization" Health Affairs 3 (Spring 1984): p 114-18.
- 8- Davis E. M.: Millman M. L. (edit): "Health Care for the Urban Poor" (Totowz N.J.: Rowman and Allanheld, 1983)
- 9- Davis K.: Rowland K.: "Uninsured and Under-served: Inequities in Health Care in the United States" (President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 3:61
- 10- Davis K. et al: "Is Cost Containment Working?" Health Affairs 4 (Fall 1985): p 90
- 11- Davis K.; Rowland K.: "Uninsured and Under-served: Inequities in Health Care in the United States" (President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1:59
- 12- Davis K.; Rowland D.: "Uninsured and Under-served: Inequities in Health Care In the United States" (President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1:100
- 13- De Coteau J: "Access of Urban Indians to Health Care" Clearinghouse Review 20, No 4 (Summer 1986): pp 402-09
- 14- Fahey C.J.: "The Infirm Elderly: Their Care and an Agenda for All Segments of Society" Vital Issues 31 No 10 (June 1982): pp 4-5
- 15- Feder J.; Hadley J.; Mullner R.: "Falling Trough the Cracks: Poverty, Insurance Coverage and Hospital Care for the Poor, 1980-82" Milkbank Memorial Fund Quaterly 62, No 4 (fall 1984): p 545
- 16- Feder J.; Hadley J.; Mullner R.: "Falling Trough the Cracks: Poverty, Insurance Coverage and Hospital Care for the Poor, 1980-82" Milkbank Memorial Fund Quaterly 62, No 4 (Fall 1984): p 545
- 17- Iglehart J. "Early Experience with Prospective Payment to Hospitals" New Eng. J. of Medicine May 29 1986: p 1460

- 18- Iglehart J. "Early Experience with Prospective Payment to Hospitals" *New Eng. J. of Medicine* May 29 1986: p 1463
- 19- Key U.S. Indicators Show some Continued Improvement" *The Nation's Health* (March 1986: p 4)
- 20- Key U.S. Indicators Show some Continued Improvement" *The Nation's Health* (March 1986: p 1)
- 21- LoGerfo J. "Organizational and Financial Influences on Paterns of Surgical Care" *Surg Clin of N.A.*, 62 (4): p 677-84
- 22- Lurie N.; et al: "Termination of Medi-Cal Benefits" *New Eng. J. of Medicine* May 8 1986: pp 1266-68
- 23- Mc Nemey W.J.: "Two-Tier System of Health Care" *The Hospital Research and Educational Trust* (1983): p 3
- 24- Miller A. "The Economic Realities of Universal Access to Health Care" (*Justice and Health Care*, ed. Margaret Kelly (St. Louis Catholic Health Association, 1985) p 113
- 25- Miller A. "The Economic Realities of Universal Access to Health Care" (*Justice and Health Care*, ed. Margaret Kelly (St. Louis Catholic Health Association, 1985) p 123
- 26- Pear R. "Minorities Seen as Still Lagging en Health Status" *New York Times*. Oct 17 1985 p A16
- 27- Perkins J.: "The Effect of Health Care Cost Containment on the Poor: An Overview" *Clearinghouse Review* 19, No 8 (Dec 1985): 883
- 28- Piza M. "Discurso Inaugural del Primer Seminario Taller de Evaluación de Servicios Médicos en Costa Rica" *Rev Med. de Costa Rica (Voz Medica)* 1989
- 29- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 70
- 30- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1-54
- 31- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1-68
- 32- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1-84
- 33- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:81
- 34- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Securing Access to Health Care* (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:82
- 35- President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1:156-58
- 36- President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1:87
- 37- President's Commission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1:101
- 38- Prospective Payment Assessment Commission (PROPAC) "Report and Recomendations to the Secretary, Us Department of Health and Human Services" April 1987
- 39- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According

- to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): pp 9-21 p 10
- 40- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): pp 9-21 p 6
 - 41- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): pp 6-21
 - 42- Ries Peter: "US Department of Health and Human Service: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): pp 25-37
 - 43- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): p 15
 - 44- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): p 17
 - 45- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): p 16
 - 46- Ries Peter: "US Department of Health and Human Services: Health Characteristics According to Family and Personal Income. (Vital and Health Statistics Series 10, No 14 (January 1985): pp 24-37
 - 47- Robertson M.J.; Cousineau R.: "Health Status and Acces to Health Services among the Urban Homeless" American J. of Pub. Health; 76(5) (May 1986): pp 561-62
 - 48- Schiff R.; et al: "Transfer to a Public Hospital" New Eng. J. Of Medicine Feb 27 1986, p 552
 - 49- Starr Paul: "Medical Care and the Pursuit of Equality in America" in Securing Access to Health Care (President's Commision "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 1-54
 - 50- Starr Paul: "Medical Care and the Pursuit of Equality en America" in Securing Access to Health Care (President's Comission "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 2-21
 - 51- Us Congress, House Committee on Energy and Commerce: "Hearings on Medical Cutbacks on Infant Care" 97th Cong., 1st Session July 27 th, 1981
 - 52- Updated Report on Access to Health Care for the American People" The Robert Wood Johnson Foundation Special Report No 1 (1983): p 5
 - 53- Updated Report on Access to Health Care for the American People" The Robert Wood Johnson Foundation Special Report No 1 (1983): p 5
 - 54- Updated Report on Access to Health Care for the American People" The Robert Wood Johnson Foundation Special Report No 1 (1983): p 6
 - 55- Updated Report on Access to Health Care for the American People" The Robert Wood Johnson Foundation Special Report No 1 (1983): p 7
 - 56- Withcomb M. "Health Care for The Poor" New Eng. J. of Medicine Nov 6 1986 pp 1220-22
 - 57- Withcomb M. "Health Care for the Poor" New Eng. J. of Medicine Nov 6 1986 pp 1220-22
 - 58- Wyszewianisky L Donabedian A.: "Equity in distribution of Quality of Care" (President's Commision "Securing Access to Health Care (Washington DC: Government Printing Office, 1983), 1:p 3:149