

Citizens' Health Care Working Group

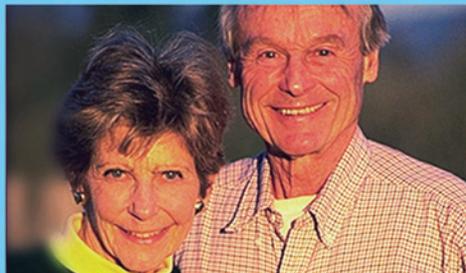
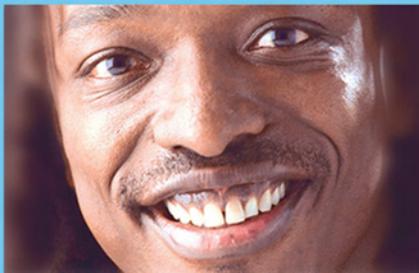
HEALTH CARE
THAT WORKS FOR ALL
AMERICANS

Foro comunitario

Guía de diálogo

Español

Es tiempo de hacer algo acerca de
los servicios de salud



www.citizenshealthcare.gov

**el Grupo de Trabajo para los Cuidados de Salud de los Ciudadanos
(Citizens' Health Care Working Group)**

Nuestra misión:

Proveer un debate público a nivel nacional sobre cómo mejorar el sistema de servicios de salud con el fin de asegurarle a cada persona el acceso a cobertura de servicios de salud de calidad y a costos adecuados a sus ingresos.

Desarrollar un plan de acción para que el Presidente y el Congreso lo consideren al elaborar una estrategia de salud que funcione para todos los Americanos.

Necesitamos su ayuda para tener un SISTEMA DE SALUD QUE FUNCIONE PARA TODOS LOS ESTADOUNIDENSES

Nuestro sistema de atención médica ofrece excelente atención para muchos estadounidenses, pero también enfrenta muchos problemas. Muchos de nosotros no podemos obtener la atención médica que necesitamos. Uno de cada siete de nosotros no tiene seguro de salud. Otros tienen cobertura limitada, que en algunos casos no incluye servicios importantes o puede requerir pagos adicionales elevados antes de que pueda usarse la cobertura. La atención médica que recibimos tiene calidad variable. Todos sabemos que los costos de la atención médica son una preocupación permanente para familias, empleadores y gobierno.

El Citizens' Health Care Working Group (Grupo de trabajo sobre salud de los ciudadanos) se organizó para asumir el papel de un foro para un debate nacional sobre nuestro sistema de atención médica. Queremos iniciar ese debate ahora. Lea este folleto y conozca los hechos y los temas principales. Entonces podrá unirse al debate.

QUIÉNES SOMOS. QUÉ ES LO QUE HACEMOS.

En 2003, el Congreso aprobó una ley que dice: "Para mejorar el sistema de atención médica, el público estadounidense debe participar en un debate público nacional informado, a fin de tomar decisiones sobre los servicios que desean que se cubran, qué tipo de cobertura médica desean, y cómo están dispuestos a pagar por la cobertura". Esa ley creó el Citizens' Health Care Working Group y fuimos nombrados a ese grupo el 28 de febrero de 2005. Nuestro plan es presentar nuestras recomendaciones al Presidente y al Congreso a fines de septiembre de 2006.

El Congreso nos pide que trabajemos con ustedes para responder a cuatro preguntas :

Ley Pública 108-173, Sec. 1014.

- ¿Cuáles son los beneficios y servicios médicos que deben ofrecerse?
- ¿De qué manera el público estadounidense desea acceder a la atención médica?
- ¿Cómo debe financiarse la cobertura médica?
- ¿Cuáles son las concesiones que el público estadounidense está dispuesto a hacer, en términos de beneficios o financiación, para garantizar el acceso a cobertura y servicios médicos económicos y de alta calidad?

ESTO ES LO QUE HEMOS HECHO HASTA AHORA.

Presentamos "The Health Report to the American People" (Informe sobre atención médica para el público estadounidense), que proporciona información sobre el sistema actual de atención médica del país. El informe sirve como punto de partida para esta guía y para nuestra conversación con usted.

Realizamos audiencias en varias comunidades en todo el país y escuchamos a muchos expertos. Fuimos a Arlington, Virginia; Jackson, Mississippi; Salt Lake City, Utah; Houston, Texas; Boston, Massachusetts y Portland, Oregon.

El informe y las minutas de estas reuniones pueden consultarse en nuestro sitio Web:

www.citizenshealthcare.gov.

AHORA QUEREMOS ESCUCHARLE A USTED.

Su participación en esta reunión es importante. Lo que usted nos diga nos ayudará a elaborar recomendaciones para presentar al Presidente y al Congreso.

INTRODUCCIÓN: ATENCIÓN MÉDICA Y SEGURO MÉDICO EN ESTADOS UNIDOS

Todos los estadounidenses necesitan servicios médicos: para chequeos de rutina y cuidado preventivo, para el tratamiento de condiciones crónicas, para recibir atención urgente en caso de lesiones o enfermedades serias, y para ayudarnos a vivir bien en los últimos años de nuestra vida. En general, nuestra necesidad de atención médica aumenta

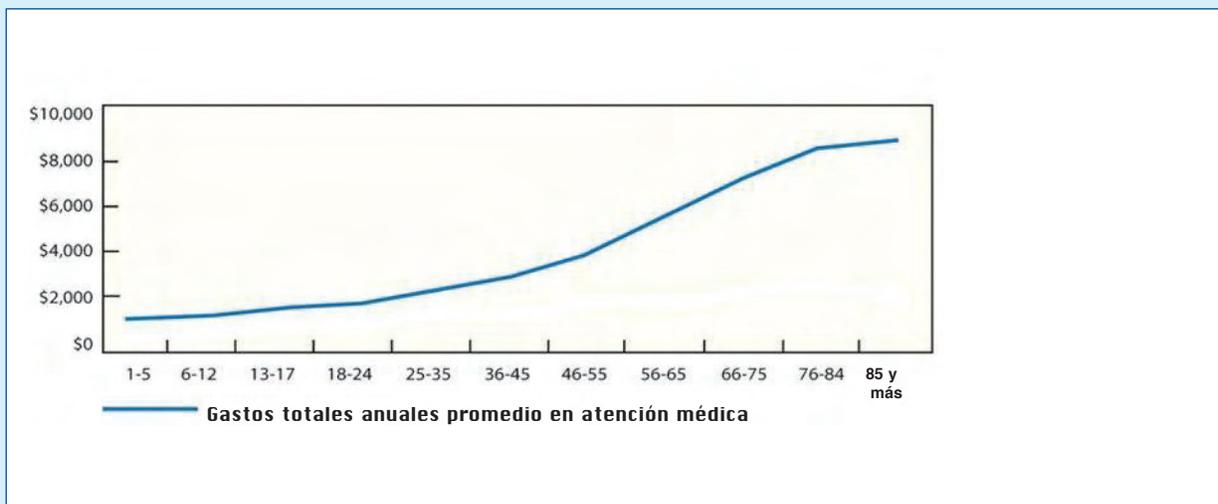
a medida que envejecemos, pero todos corremos el riesgo de necesitar atención crítica y costosa.

Recibimos nuestra atención en un sistema que es grande y complejo. Los servicios médicos son ofrecidos por médicos, enfermeras y demás profesionales del cuidado de la salud, en una amplia gama de ámbitos, como hospitales, consultorios médicos, instituciones de rehabilitación y cuidado prolongado, y en casa. Usamos muchos medicamentos recetados,

Nuestra necesidad de servicios médicos y la necesidad de tener un seguro que cubra los costos de esta atención varía ampliamente y cambia a lo largo de la vida.

- En cualquier año dado, aproximadamente el 50% del gasto total en atención médica representa los servicios recibidos por sólo el 5% de la población. Cualquiera de nosotros puede tener enfermedades o lesiones que requieran atención médica seria en cualquier momento. Estos eventos inesperados pueden ser muy costosos. En estos casos los gastos del hospital solamente pueden superar los \$100,000.
- En 2004, casi la mitad de todos los habitantes de Estados Unidos presentaron una condición crónica entre leve y severa. La atención de personas con enfermedades crónicas representa el 75% de nuestros costos totales de atención médica. Puede ser muy costoso tratar estas enfermedades. Por ejemplo, en 2002, los pacientes con diabetes generaron gastos médicos promedios de \$13,243.
- A medida que envejecemos, nuestras necesidades de atención médica aumentan, a partir aproximadamente de los 55 años. Como promedio, la mitad de todo el dinero que gastamos en nuestra atención médica corresponderá a la atención recibida después de cumplir los 65. Los costos de atención médica de las personas entre 76 y 84 alcanzan un promedio de unos \$8,000 por año, casi ocho veces más que lo que se gasta en los niños entre 1 y 5 años.

La mayoría de la atención médica que recibimos se obtiene al llegar a la vejez



Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. y Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica, *Encuesta del Panel de Gastos Médicos*, 2002.

estudios de diagnóstico, suministros y equipos médicos. Algunos de estos servicios pueden ser muy caros, pero también usamos muchos servicios y medicamentos más económicos. Nuestro sistema médico también respalda la investigación médica. El grado en que nuestro sistema médico satisface nuestras necesidades de atención y los costos relacionados con el suministro de esta atención son tema de amplio debate.

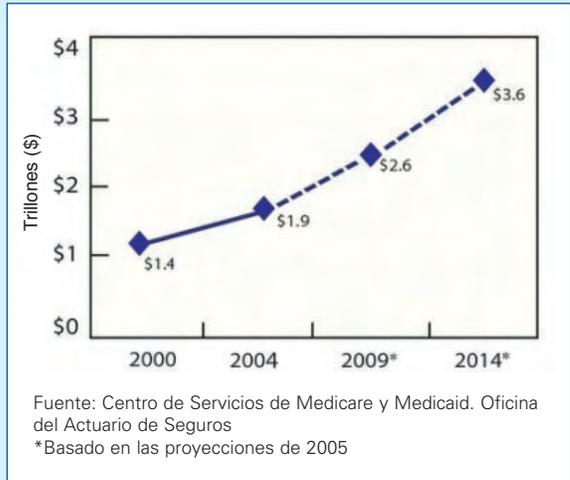
La mayoría de los estadounidenses cuenta con un seguro privado o público que cubre (es decir, paga) parte o todas sus necesidades de atención médica. Las personas que disponen de mayores ingresos tienen mayores posibilidades de recibir cobertura médica completa. Sin embargo, más de 1 de cada 7 estadounidenses (casi 46 millones) no tienen ningún seguro médico. La mayoría pertenecen a familias de trabajadores. Muchos no pueden costear un seguro médico. Por otro lado, algunas de las personas que no tienen seguro no están en esa situación porque no pueden pagarlo, sino porque prefieren no hacerlo.

Cualquier cambio que implementemos que afecte los costos, el acceso a la atención o su calidad puede afectar a este sistema de maneras que resultan difíciles de pronosticar.

El **costo** es lo que se paga por gastos de salud y otros costos relacionados. TODOS nosotros pagamos de una manera u otra, con los aportes patronales, con primas de seguro de salud, en impuestos o directamente de nuestro bolsillo.

En 2004, Estados Unidos gastó \$1,900,000,000,000 en

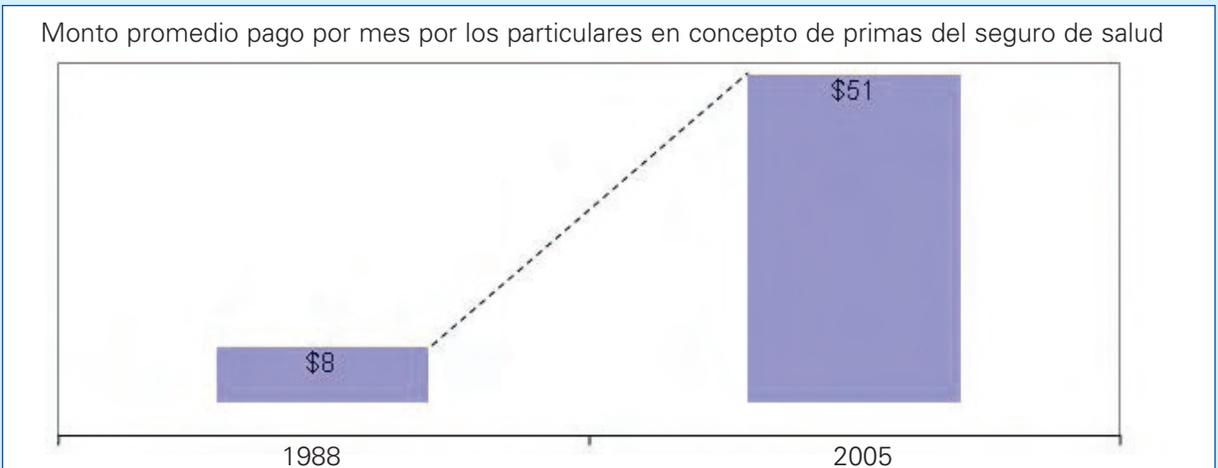
Los gastos en atención médica en todo el país se duplicarán en la próxima década



atención médica. El monto total que gastamos en nuestro sistema médico, incluyendo gastos en investigación, educación e instalaciones, fue de unos \$6,300 por cada habitante de Estados Unidos. Se estima que en diez años este monto se elevará a \$11,000 por persona, sobre la base de proyecciones realizadas en 2005. En 1960, en Estados Unidos gastábamos aproximadamente cinco centavos por cada dólar que ganábamos en atención médica. Desde entonces, el porcentaje se ha triplicado.

Hoy los gastos de Medicare y Medicaid representan casi 20 centavos por cada dólar que gasta el gobierno federal. Si las

Las primas aumentan rápidamente: Más de 4 veces más rápido que los salarios



Fuente: Health Research and Educational Trust, Encuesta del 2005 sobre beneficios de salud aportados por los empleadores.

tendencias de los últimos 20 años se mantienen, los gastos de Medicare y Medicaid representarán 36 centavos de cada dólar gastado por el gobierno federal en 2040.

Hay muchos factores que contribuyen para aumentar los costos de la salud en Estados Unidos, incluyendo el uso de la tecnología y los precios de los servicios médicos que utilizamos. La ineficiencia también contribuye al aumento de los costos. Pagamos por nuestra atención médica de manera muy complicada. La facturación y el papeleo complejos producen elevados costos administrativos en Estados Unidos y pueden resultar frustrantes para pacientes, médicos, hospitales y compañías de seguros.

Los costos más elevados de atención médica significan

que los aseguradores deben cobrar primas más altas. Esto hace que los empleadores tengan menores posibilidades y capacidad de ofrecer una cobertura adecuada que los empleados puedan pagar. Como resultado, hay menos empresas que ofrecen seguro de salud a sus empleados. El porcentaje de empresas que lo hace ha bajado del 69 por ciento en 2000 al 60 por ciento en 2005.

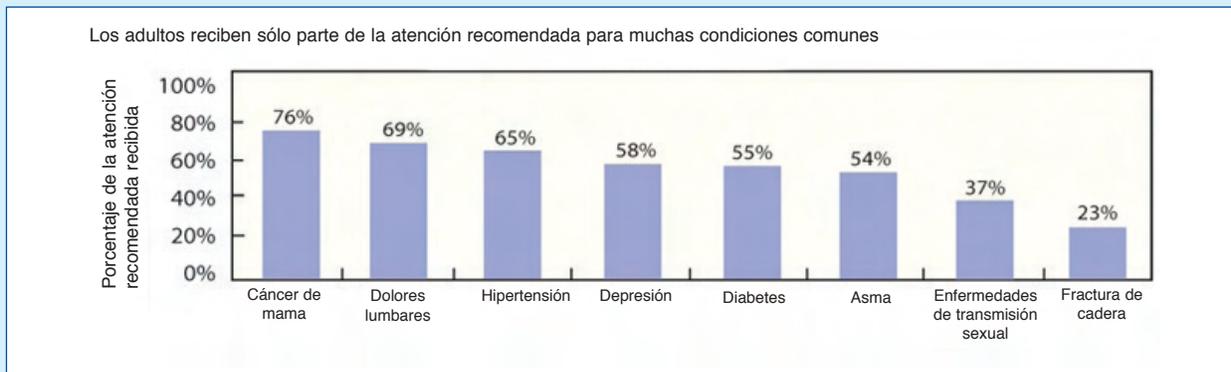
La **calidad** se refiere al tipo de atención que uno recibe (la atención correcta en el lugar correcto en el momento correcto, atención segura, que se respeten sus deseos) de manera que sea la correcta para usted y su familia.

El **acceso** tiene que ver con si la atención médica está disponible, es económica, accesible y apropiada. La cober-

La calidad de los servicios de salud que obtenemos a menudo no alcanza el nivel óptimo.

Los problemas que se plantean con los servicios médicos a los que accedemos pueden estar representados por una atención excesiva o deficiente.

Los adultos reciben sólo parte de la atención recomendada



Los errores médicos constituyen una forma muy grave de mala calidad en la atención. Se calcula que entre 44,000 y 98,000 estadounidenses mueren todos los años como resultado de errores médicos. Esta cifra supera a los muertos por accidentes de tránsito, cáncer de mama o SIDA. Los errores médicos graves pueden tener como resultado internaciones prolongadas y decenas de miles de dólares en costos adicionales.

Algunos servicios médicos se usan con mucha mayor frecuencia en algunas áreas de Estados Unidos, en comparación con otras regiones del país. Esta disparidad se puede deber al uso excesivo de ciertos tipos de atención. Una encuesta reciente demostró

que la mitad de los adultos se sienten algo o bastante preocupados acerca de la posibilidad de recibir tratamientos innecesarios cuando estén enfermos o necesiten atención médica.

A pesar de gastar más por persona en atención médica que otros países desarrollados, el estado de la salud general de nuestra población no es necesariamente mejor, y en algunos aspectos es peor. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha verificado en los últimos años un aumento de la mortalidad por asma, mientras que en países como Canadá, Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda los índices de mortalidad por asma han bajado o permanecido iguales.

tura médica, ya sea un seguro privado o un programa público como Medicare o Medicaid, ayuda a que la atención que necesitamos sea más accesible, pero no siempre garantiza que tengamos acceso a la atención correcta en el momento correcto y en el lugar correcto.

El seguro de salud es un factor importante en el acceso a la atención médica en Estados Unidos. La fuente más importante de seguro médico es la cobertura “grupala” patrocinada por un empleador. Sesenta y tres por ciento de los estadounidenses de menos de 65 años reciben cobertura médica ofrecida por su lugar de trabajo, algunos tienen cobertura mediante otro seguro privado o programas públicos y casi 17 por ciento no tienen ninguna clase de seguro de salud.

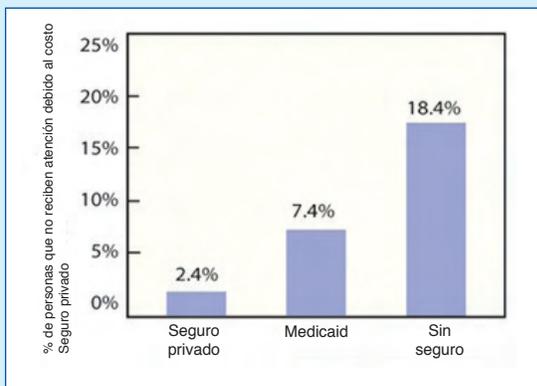
Sin embargo, la cobertura proporcionada por los empleadores se está volviendo más escasa y costosa.

- En 2004, prácticamente todas las grandes empresas les ofrecían a sus empleados un seguro de salud, pero sólo la mitad de las empresas más pequeñas (con menos de 10 empleados) podían hacerlo.
- Las primas que deben pagar los empleadores que ofrecen cobertura están en aumento. Muchos empleadores les están pidiendo a los empleados que paguen una parte más grande de las primas de su bolsillo.

El acceso a la atención médica depende de dónde vivimos y quiénes somos.

- Algunas áreas de Estados Unidos no tienen suficientes proveedores de atención médica como para satisfacer las necesidades de todos. La disponibilidad de los servicios varía de una región a otra, de un estado a otro y de una comunidad a otra. Las áreas rurales presentan dificultades especiales.
- Más de 15% de los estadounidenses dicen no tener un lugar específico al que acudir cuando necesitan atención médica.

Los costos representan barreras que impiden que los no asegurados



Fuente: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2005.
*Personas de menos de 65 en 2003.

- Existen amplias diferencias en el acceso a la atención según los grupos raciales, étnicos y económicos. Los hispanos, afroamericanos, indígenas y estadounidenses de origen asiático tienen todos mayores probabilidades de tener problemas de acceso a la atención médica, en comparación con los blancos no hispanos. La gente de muy bajos ingresos tiene menor acceso a la atención médica que los demás estadounidenses.
- Cerca de la mitad de los adultos que no tienen seguro y que sufren de condiciones médicas crónicas tienen que manejarse sin la atención o los medicamentos recomendados debido al costo.
- Aun en el caso de que la atención esté disponible, las personas pueden tener problemas para manejarse dentro del sistema de atención médica.

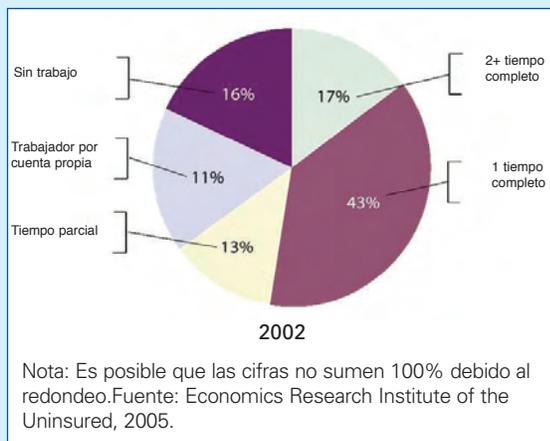
Los que no tienen cobertura a menudo no obtienen la atención que necesitan.

- Los estadounidenses que no tienen seguro tienen casi ocho veces más probabilidades de no recibir atención médica, en comparación con las personas con seguro privado, porque no pueden costearla.
- La demora en el acceso a la atención necesaria puede ser causa de enfermedades más graves, que deberán tratarse en la sala de emergencias o en el hospital. Esto a veces puede resultar más costoso que el tratamiento del problema original.

Casi 46 millones de estadounidenses no disponen de seguro médico.

- La mayoría de quienes no tienen cobertura son trabajadores y sus familias, y la mayoría tiene ingresos por encima de la línea de pobreza. Aun así, mucha gente no puede costear el seguro médico que se les ofrece.
- Hay algunas personas, especialmente adultos jóvenes, que no tienen seguro aunque en principio podrían pagarlo, pero prefieren no hacerlo.
- Otros millones tienen un seguro que ofrece sólo una cobertura limitada, lo que los coloca en riesgo de tener que pagar elevados costos médicos.

La mayoría de las personas sin seguro pertenecen a familias donde hay por lo menos una persona que trabaja.



Debido a la relación entre el empleo y la cobertura, a veces cuando los estadounidenses tienen mayor necesidad de cobertura, no pueden disponer de ella. A veces una enfermedad severa puede obligar a los trabajadores a dejar de trabajar, perdiendo así la cobertura y los ingresos que les permitían pagar por la atención al mismo tiempo.

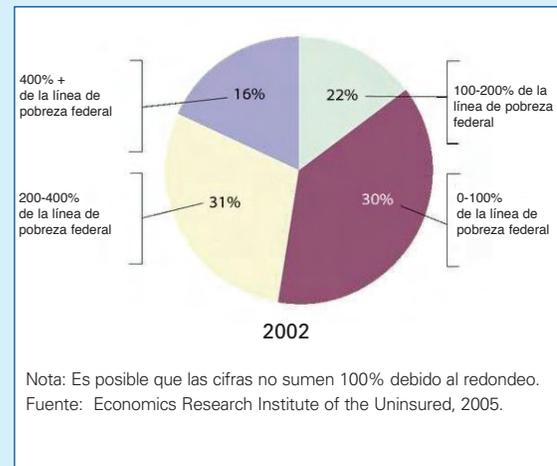
La manera en que los costos, la calidad y el acceso se afectan mutuamente hace que las decisiones que

enfrentamos acerca de la mejoría de nuestro sistema de salud sean difíciles de tomar. Por cada decisión que se toma, hay concesiones que se deben hacer.

Los estados, las comunidades y los grandes sistemas de atención médica están intentando manejar las cuestiones interrelacionadas de costo, calidad y acceso del sistema de salud. En audiencias en todo el país, escuchamos hablar de programas en el sector privado y público.

Algunos programas se concentran en controlar los costos de la atención médica y mejorar la efectividad de los costos y la calidad de la atención médica.

La mayoría de las personas que no tienen seguro tienen ingresos por encima de la línea de pobreza



Las pautas federales de pobreza son emitidas todos los años por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. y se usan para determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas, como Head Start, Food Stamps y el National School Lunch Program. También tienen influencia en la determinación de elegibilidad para Medicaid. Las pautas de pobreza varían según el tamaño de la familia y a menudo se expresan en múltiplos de la línea de pobreza federal. En 2002, como se mencionó en el cuadro anterior, esto era de \$18,100 para una familia de cuatro personas. En 2006, la cifra comparable es de \$20,000.

Ejemplos:

- Las comunidades intentan mejorar el acceso a la atención recibida en los consultorios médicos o clínicas o ampliar la cobertura de seguro médico para que cubra a una cantidad mayor de personas.
- Algunos contribuyentes se ocupan de mejorar la eficiencia ofreciendo recompensas a los proveedores por ofrecer servicios apropiados, económicos y de alta calidad.
- Se están utilizando sistemas electrónicos de información sobre salud para ayudar a prevenir los errores médicos e identificar la atención adecuada.
- Algunos programas procuran tratar de forma más efectiva las enfermedades crónicas.
- Algunos programas se concentran en las necesidades especiales de las personas al final de la vida.
- Existe una cantidad creciente de empleadores y de organizaciones privadas y públicas que patrocinan programas diseñados para prevenir las enfermedades y para ayudar a las personas a adoptar estilos de vida más sanos.
- En la página 13 de esta guía identificamos estrategias adicionales que se concentran en particular en los costos crecientes de la atención médica.

Muchas de éstas son nuevas, de manera que no sabe-

mos aún si resultarán efectivas. Algunas se diseñaron para que funcionen en lugares específicos, de manera que no sabemos si los programas se pueden adaptar o si funcionarán adecuadamente en otros lugares o ámbitos. Sin embargo, representan importantes ejemplos de los tipos de iniciativas que debemos conocer para elaborar medidas destinadas a mejorar el sistema de salud en general.

Con el tiempo, formas más eficientes de operar las organizaciones de atención médica, así como las mejoras generales en nuestra salud, pueden aliviar en parte los factores que tienden a aumentar los costos en nuestro sistema de salud, pero nuestro análisis de la evidencia fortalece nuestra conclusión de que necesitamos ocuparnos de todo el sistema de salud, no sólo de problemas específicos de costo, calidad o acceso, independientemente de lo urgentes que puedan parecer desde nuestras diferentes perspectivas. No hay ninguna iniciativa individual de las que hemos visto que pueda proporcionar todas las respuestas a los problemas de nuestro sistema de salud. Es por esto que necesitamos que usted participe en esta discusión.

La misión de Citizens' Health Care Working Group es la de escucharlo y usar lo que aprendamos para desarrollar propuestas que nos ayudarán a lograr un "sistema de salud que funcione para todos los estadounidenses." Necesitamos sus ideas para saber a dónde nos dirigimos desde aquí.

VALORES ESTADOUNIDENSES

Como punto de partida, deseamos saber cuáles son los principios rectores o los valores que según usted deben ser centrales para el sistema de atención médica.

¿Para usted qué significa un *sistema de salud que funcione para todos los estadounidenses*?

BENEFICIOS Y SERVICIOS

Lo primero que el Congreso nos pidió que exploráramos fue:
¿Cuáles son los beneficios y servicios médicos que deben ofrecerse?

En Estados Unidos, el seguro de salud a menudo cubre los tipos predecibles e impredecibles de atención médica. Algunos problemas de salud, como, por ejemplo, lesiones por un accidente de tránsito o tener un bebé prematuro, no se producen con demasiada frecuencia pero pueden costar cientos de miles de dólares cuando ocurren. Tal como ocurre con el seguro de vivienda, cuando mucha gente compra un seguro de salud, los costos de esos eventos raros y costosos se distribuyen entre todo el grupo de personas que compra pólizas. Esto reduce los costos de los pocos desafortunados que realmente necesitan ayuda en un año en particular. De esta manera, el seguro de salud es una transferencia de dinero de quienes no se enferman o lesionan en un año en particular a aquéllos a los que les ocurren estas cosas.

Sin embargo, una buena parte de las necesidades médicas son rutinarias y predecibles, como los exámenes físicos anuales, o los medicamentos para tratar enfermedades crónicas. Cuando las personas saben que necesitarán determinados servicios, pueden considerar al seguro como una especie de prepago, como un contrato de servicio. Por otro lado si las personas deciden comprar un seguro de salud solamente cuando saben que probablemente lo necesitarán, las pólizas se pueden volver muy caras porque todas las personas que tienen un seguro estarán usando intensivamente la atención médica. Al mismo tiempo, cuando las personas sanas eligen no comprar un seguro médico, no se encuentran protegidas contra los gastos grandes e impredecibles.

Actualmente en Estados Unidos lo que determina en gran parte si se tiene seguro de salud es si uno pertenece a una de las diversas categorías de personas que tienen cobertura. Estas categorías incluyen, por ejemplo, a los empleados de organizaciones que ofrecen seguro de salud, a las personas de 65 años o más y otras personas elegibles para los servicios de Medicare, y las personas que califican para el programa Medicaid en el estado en el

Hechos clave sobre beneficios y servicios

- Nuestra necesidad de servicios médicos y la necesidad de tener un seguro que cubra esta atención varía ampliamente y cambia a lo largo de la vida, aumentando con la edad.
- En 2004, casi la mitad de todos los habitantes de Estados Unidos presentaron una condición crónica. Puede ser muy costoso tratar estas enfermedades. La atención de personas con enfermedades crónicas representa el 75% de nuestros costos totales de atención médica.
- Por lo general la cobertura de seguro se basa en la pertenencia a un grupo en particular (por ejemplo, empleados, personas ancianas o que no pueden trabajar por discapacidad o personas con ingresos muy bajos). La mayoría de las personas de menos de 65 años reciben beneficios de seguro de sus empleadores. Otros pagan por un seguro, aunque esto puede resultar caro. Medicare es el programa nacional para las personas de 65 años o más y algunos más jóvenes con algún tipo de discapacidad. Medicaid proporciona asistencia a personas que reúnen ciertos criterios basados en ingresos, activos y en la mayoría de los estados, gastos médicos elevados.
- Aunque la mayoría de las personas tienen seguros de salud que pagan parte del costo de la atención médica, más de 1 de cada 7 estadounidenses (casi 46 millones) no tienen seguro de salud.

ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

La siguiente cuestión que el Congreso nos pidió que exploráramos fue:

¿De qué manera el público estadounidense desea acceder a la atención médica?

Obtener la atención médica que necesitamos involucra dos conceptos aparentemente simples: obtener la atención-*acceso*-y obtener buena atención-*calidad*. Además nos gustaría tener la posibilidad de tener opciones sobre la atención que recibimos.

Acceso

Una parte importante del acceso es poder encontrar un proveedor de atención médica y poder recurrir a él cuando sea necesario. No todas las partes del país tienen los mismos recursos de atención médica, y las minorías raciales y étnicas y las personas con menores ingresos tienen más problemas para obtener atención médica. El acceso también involucra obtener el tipo correcto de proveedores, como profesionales de atención primaria, especialistas, dentistas y proveedores de salud mental, y el tipo correcto de atención, como la atención en el hogar y la atención personal. Los costos de bolsillo también pueden causar problemas para algunas personas.

Para las personas que sufren un problema grave de salud o una condición crónica, puede ser difícil obtener atención, y el sistema de atención médica estadounidense puede resultar complicado, difícil de entender e ineficiente.

Calidad

La cantidad de servicios médicos que usan los estadounidenses varía bastante de una parte del país al otro, a menudo sin que exista una diferencia correspondiente en el resultado para la salud. Los hechos demuestran que gran parte de la atención que reciben algunas personas no siempre es la atención “correcta”.

Cuando se trata de obtener la atención correcta, existen pruebas fehacientes de que existen diferencias en la calidad de la atención y el resultado para la salud según la raza,

la etnicidad y los ingresos. Los motivos de estas diferencias son variados, y reflejan diferencias en la educación y la cobertura de seguro, así como problemas de comunicación y discriminación.

Hechos clave sobre acceso a la atención médica

- Cerca de la mitad de los estadounidenses dicen estar “extremadamente” o “muy” satisfechos con la atención médica que han recibido en los últimos dos años.
- Más de 15% de los estadounidenses dicen no tener un lugar específico al que acudir cuando necesitan atención médica.
- Existen diferencias en el acceso a la atención según los grupos raciales, étnicos y económicos.
 - Los hispanos tienen peor acceso que los no hispanos en casi 90% de los medidores de acceso.
 - Los afroamericanos tienen peor acceso en 50% de los medidores de acceso.
 - Los asiáticos tenían peor acceso en más del 40% de los medidores aplicados.
 - Las personas que se encuentran por debajo de la línea de pobreza tenían peor acceso a la atención médica en todos los medidores aplicados.
- No todos los que deberían recibir ciertos servicios realmente los reciben. Como promedio, los adultos obtienen sólo 55% de la atención recomendada para muchas condiciones comunes.

FINANCIAMIENTO

La siguiente cuestión que el Congreso nos pidió que analizáramos fue:

¿Cómo debe financiarse la cobertura médica?

Todos pagamos por los crecientes costos de la atención médica a través de primas de seguro, impuestos (a las ganancias, a la nómina, a la propiedad o a las ventas), aumentos salariales eliminados, o aumento de los precios de bienes y servicios.

Los gastos de la atención médica se pagan a través de:

- a. *Seguro privado.* Con frecuencia éste es patrocinado por los empleadores. Empleadores y empleados obtienen rebajas impositivas por una parte del costo del seguro.
- b. *Programas públicos como Medicare y Medicaid.* Ésta es la segunda mayor fuente de cobertura. Medicare se financia principalmente a través de impuestos a la nómina, rentas federales generales y primas de beneficiario. Medicaid se financia con los impuestos federales y estatales.
- c. *Particulares y familias.* La mayoría de las personas paga una parte de su prima de seguro más otros gastos de bolsillo, como deducibles y copagos.

A veces resulta difícil separar el gasto privado del público en la atención médica. Por ejemplo, tanto los programas públicos como el seguro privado acaban por solventar los costos de quienes no tienen seguro, que no pueden pagar por su atención médica. La cobertura médica del empleador es subsidiada por el sistema impositivo federal porque los empleados no tienen que pagar impuestos como compensación recibida por beneficios médicos proporcionados por el empleador, y las primas pagadas por los empleadores que son parte de la compensación de un empleado se encuentran exentas de impuestos a la nómina y de impuestos a las ganancias. Sin embargo, más allá de quién paga las cuentas, éstas aumentan para todos nosotros: familias, empleadores, estados y el gobierno federal.

Hechos clave sobre financiamiento

- En 2004, el costo total de la atención médica en Estados Unidos fue de \$1.9 Trillones. Esto representa unos \$6,300 por persona en todo el país. En diez años, se espera que este monto se eleve a \$11,000 por persona.
- En 1960 gastábamos 5¢ por cada dólar que ganábamos en atención médica. Hoy gastamos unos 15¢.
- Si las tendencias actuales se mantienen, para 2040 gastaremos 36¢ por cada dólar del gobierno federal en Medicare y Medicaid.
- Mientras que la mayoría de las grandes empresas ofrecen seguro de salud a sus empleados, el porcentaje de empresas de todos los tamaños que ofrecen beneficios médicos a sus empleados cayó de 69% en 2000, a 60% en 2005.
- Las políticas impositivas federales alientan a las empresas para que ofrezcan cobertura médica a sus empleados. Empleadores y empleados reciben beneficios impositivos relacionados con el seguro médico ofrecido por los empleadores. Se estima que la manera en que funcionan estas políticas ha costado al gobierno \$145 mil millones en rentas en 2004.

CONCESIONES Y OPCIONES

La última cuestión que el Congreso nos pidió que estudiáramos fue:

¿Cuáles son las concesiones que el público estadounidense está dispuesto a hacer, en términos de beneficios o financiación, para garantizar el acceso a cobertura y a servicios médicos económicos y de alta calidad?

En toda nuestra discusión de hoy hemos hablado de las cuestiones interrelacionadas de costo, calidad y acceso. Como nación, nos enfrentamos con elecciones difíciles a medida que intentamos desacelerar el crecimiento de los costos de la salud, mejorar la calidad y ampliar el acceso a la atención. Quisiéramos saber qué cambios están dispuestos a hacer como personas y como país para garantizar que la atención médica funcione para todos.

En primer lugar, queremos conocer sus prioridades para invertir en atención médica en Estados Unidos. Recuerde que si se aumentan los gastos públicos en atención médica, esto puede limitar la cantidad que se puede invertir en otras necesidades del país, como educación o defensa.

He aquí algunas ideas a tener en cuenta:

- ¿Nuestro sistema de salud ha logrado el equilibrio justo entre prevención y tratamiento?
- Dado el hecho de que tenemos que establecer prioridades, ¿estamos gastando demasiado, lo justo o no lo suficiente en cosas como:
 - Garantizar que existan suficientes proveedores de atención médica, especialmente en áreas como los barrios pobres y las áreas rurales?
 - Invertir en programas de salud pública para evitar las enfermedades, promover estilos de vida sanos y proteger al público en caso de epidemias o desastres?
 - Garantizar que todos los estadounidenses tengan seguro médico?
 - Financiar el desarrollo de información computarizada sobre salud para mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica?
- Financiar programas que ayuden a eliminar problemas en el acceso a o la calidad de la atención para las minorías?
- Financiar la investigación biomédica y tecnológica que pueda llevar a avances en el tratamiento y la prevención de las enfermedades?
- Garantizar que todos los estadounidenses obtengan atención médica cuando la necesiten, a través de programas de “red de seguridad” (si no pueden costearla)?
- Conservar a Medicare y Medicaid?
- Si cree que es importante garantizar el acceso a cobertura y servicios médicos económicos y de alta calidad para todos los estadounidenses, ¿qué cree que debemos hacer? Por ejemplo, ¿debemos:
 - Ofrecer a los estadounidenses sin seguro deducciones en el impuesto a las ganancias, créditos u otra asistencia financiera para ayudarlos a adquirir su propio seguro médico?
 - Ampliar los programas de los gobiernos estatales para personas de bajos ingresos, como Medicaid y el State Children's Health Insurance Program, para proporcionar cobertura a más personas que no tengan seguro de salud?
 - Permitir la competencia de libre mercado entre médicos, hospitales, otros proveedores de atención médica y compañías de seguro en lugar de dejar que el gobierno defina los beneficios y establezca precios?
 - Abrir la inscripción en programas federales nacionales como Medicare o el programa de beneficios médicos de los empleados federales?

¿QUÉ OCURRE A CONTINUACIÓN?

Gracias por participar en esta reunión. Pensaremos cuidadosamente en lo que nos han dicho.

Cuando conozcamos las opiniones de ustedes y de otras personas, desarrollaremos recomendaciones sobre las formas de mejorar nuestro sistema de salud. Pediremos comentarios públicos sobre estos borradores de recomendaciones durante el verano de 2006. En septiembre de 2006, tenemos la intención de presentar recomendaciones finales al Presidente y al Congreso.

Usted tiene un papel permanente en este proceso. No podemos visitar todas las comunidades, pero queremos escuchar la opinión de la mayor cantidad de personas que sea posible en todo el país. Hay muchas formas en las que puede ayudarnos.

Lo que usted puede hacer para participar.

Aliente a sus amigos, familiares, colegas de trabajo y vecinos para que participen. Muéstreles nuestro sitio Web: www.citizenshealthcare.gov.

Aliéntelos para que respondan las preguntas en nuestro sitio Web o participen en una reunión en su área del país.

Realice una reunión en su casa, empresa, organización o comunidad y comuníquenos sus conclusiones. Tenemos conjuntos de herramientas para ayudarlo en nuestro sitio Web.

Más adelante este año, lea nuestras recomendaciones y denos su opinión. Hable con sus representantes en el Congreso sobre sus ideas. Juntos podemos hacer que la atención médica funcione para todos los estadounidenses.



Participants at the first Citizens' Health Care Working Group Community Meeting: Kansas City, Missouri, January 17, 2006

CITIZENS' HEALTH CARE WORKING GROUP

Coordinador

Randall L. Johnson
Naperville, IL

Miembros

Frank J. Baumeister, Jr.
Portland, OR

Dorothy A. Bazos
Concord, NH

Montye S. Conlan
Ormond Beach, FL

Richard G. Frank
Boston, MA

Joseph T. Hansen
Rockville, MD

Therese A. Hughes
Newbury Park, CA

Brent C. James
Salt Lake City, UT

Patricia A. Maryland
Carmel, IN

Catherine G. McLaughlin
Ann Arbor, MI

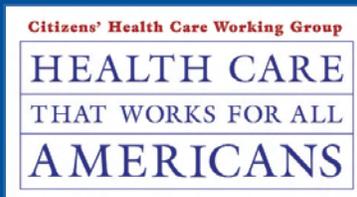
Rosario Perez
San Antonio, TX

Aaron Shirley
Jackson, MS

Deborah R. Stehr
Lake View, IA

Christine L. Wright
Sioux Falls, SD

Michael O. Leavitt
Secretary of Health and Human Services



Citizens' Health Care Working Group

7201 Wisconsin Avenue | Suite 575 | Bethesda, MD 20814 | www.citizenshealthcare.gov