

Revista de

Ciencias de la Salud



FUNDACIÓN H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

Publicación oficial
del
Instituto Universitario
de
Ciencias de la Salud
Fundación H A Barceló

VOLUMEN I

1

PRIMAVERA
2010

EDICIONES DE LA
GUADALUPE

ISSN E/T

En este número

- **Avances de la Medicina**
- **Actitudes alimentarias en escolares**
- **La reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos**
- **Cáncer de Cuello Uterino, Detección precoz y Papanicolaou**
- **Arte y Salud**

Ciencias de la Salud - Volumen 1 - número 1 - 2010 - Bs. As. - Argentina



DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürman

Rocio Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

Iris Uribarri

COORDINACIÓN, ARTE Y DISEÑO

Yamila Alé

COMITÉ REVISOR

• EN ARGENTINA

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraian

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znaidak

• EN ESTADOS UNIDOS

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada

Imagen de tapa
Intervención sobre una obra
de Vassily Kandinsky
Composición VIII
(1923)

Museo Guggenheim
Nueva York

La revista **Ciencias de la Salud**
es una producción trimestral de

**EDICIONESDELA
GUADALUPE**

edicionesdelaguadalupe@fibertel.com.ar

Ciencias de la Salud



PREVENCIÓN 3

- **Cáncer de cuello uterino**
Detección precoz y
Papanicolaou
Javier Graziani



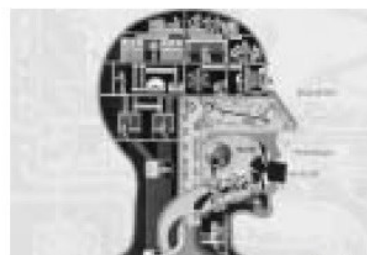
MAGISTRALES 23

- **Avances de la medicina**
en los últimos 75 años
Eliás Hurtado Hoyo



NUTRICIÓN 6

- **Actitudes alimentarias**
en escolares
Norma Guezikaraian,
Élida Oharriz



ARTE Y SALUD 36

- **Lectura recomendada:**
Una patobiografía con
vuelo literario
Elisa Schürmann



ACTUALIDAD 15

- **La reforma del Sistema de**
salud en Estados Unidos
Hugo Arce

Y además:

Editorial 2

Héctor Barceló

La Biblioteca 35

End Paper 40

Foto-homenaje
Info Barceló

La reforma del Sistema de Salud en Estados Unidos

ESCRIBE
Hugo E. Arce



En los primeros meses de 2010, las noticias provenientes de EE.UU. tuvieron extensos comentarios sobre la reforma del Sistema de Salud, promovida por el Presidente Barack Obama

En los primeros meses de 2010, las noticias provenientes de EE.UU. tuvieron extensos comentarios sobre la reforma del Sistema de Salud, promovida por el Presidente Barack Obama, especialmente durante el período de su tratamiento parlamentario. En realidad no fue mucho lo que los diarios informaron sobre el contenido de esas reformas; principalmente se concentraron en las controversias que la iniciativa desataba entre los diversos actores y corrientes de opinión predominantes en ese país. Por

esa razón posiblemente resultaba difícil comprender que, una parte importante de la sociedad norteamericana, se expresara intensamente contra los objetivos de la reforma, cuando lo único que sabíamos es que 34 millones de habitantes adquirirían la cobertura de sus problemas salud.

Para comprender los fundamentos del debate, conviene explorar las características de la organización sanitaria estadounidense que, aunque a simple vista se muestra dramáticamente inequitati-

va, está fuertemente arraigada entre los actores del Sector Salud, e incluso entre una gran parte de los usuarios, sin que esto implique que esa población carezca de sentido social. Durante mucho tiempo, diversos observadores analizaron el modelo de organización de EE.UU. comparándolo con el de Canadá, dado que éste gasta por habitante la mitad que el primero y que sus resultados -en términos de accesibilidad a los servicios, universalidad de la cobertura y tasas de mortalidad- son marcadamente

mejores. Sin embargo, hoy es un dato frecuente que los canadienses de mediano poder adquisitivo, habitualmente residentes cerca de la frontera, contratan seguros privados en EE.UU. para resolver carencias que el Seguro Nacional de Salud de su país no les resuelve.

En consecuencia, conviene recorrer brevemente la historia de ese sistema de salud, a fin de evaluar con mayor claridad la importancia de los cambios aprobados, ya que toda iniciativa de reforma debe ser compatible con la historia, la cultura y las expectativas de cada país.

ALGUNOS HITOS DE LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD



Puede empezarse por recordar que en 1910, el educador Abraham Flexner publicó un informe sobre “Educación Médica en los Estados Unidos y Canadá”, donde hacía especial hincapié en la necesidad de sustentar la formación de los médicos en conocimientos basados en evidencia científica, uniformando los programas de las escuelas de Medicina y desarrollando la investigación. Asimismo proponía criterios para autorizar el ejercicio profesional (Flexner,

1910). El informe alcanzó tanta trascendencia, incluso en Europa, que signó el enfoque de calidad de ese momento, y fue el testimonio recogido por el *American College of Surgeons* en 1917, que dio origen al procedimiento de Acreditación Hospitalaria, implementado en la segunda mitad del Siglo en EE.UU. y Canadá.

En 1935, el Presidente Franklin Roosevelt puso en marcha su *New Deal*, que fundamentó una serie de reformas orientadas al bienestar público, así como programas de ayuda social, tendientes a garantizar un nivel mínimo de subsistencia y a reducir el desempleo. Estas medidas no eran de naturaleza caritativa.

Procuraban establecerse como derechos sociales, que luego fueron volcados en la *Social Security Act*, y dieron origen posteriormente a la creación de *Medicare* y *Medicaid*. Las interpretaciones históricas del *New Deal* fueron diversas, según quiénes hayan sido los observadores. Para los *progresistas* fue revolucionario, ya que determinó la intervención del Estado en la Economía, la planificación de los programas sociales y la regulación de las prácticas comer-

ciales. Para la *izquierda* representó una política conservadora que protegió el capitalismo corporativo, introdujo escasas reformas e incrementó la burocracia gubernamental. Desde una visión más ecléctica, fue la consecuencia natural de una larga historia de reformas, que tomó elementos del pensamiento keynesiano, del marxismo y del liberalismo. Fue una reforma drástica de matriz social-demócrata, pero enraizada en la tradición norteamericana (Pozzi, 2000).

Desde 1927 funcionaba un Comité sobre Costos de Atención Médica destinado a controlar los elevados gastos de hospitalización de los seguros privados existentes desde fines del Siglo XIX. En 1933 se creó la organización *Blue Cross*, como seguro hospitalario voluntario, que alcanzó un extraordinario crecimiento hasta la década del 60.

Pero fue recién en 1965, durante la Presidencia de Lyndon Johnson, que se aprobaron las leyes de creación de *Medicare* y *Medicaid*, como programas de Seguridad Social administrados por el Estado. El primero destinado a los jubilados, pensionados y discapacitados. El segundo a los trabajadores de bajos ingresos. Cabe destacar que, por la misma época la Constitución Federal de EE.UU. no contemplaba normas expresas sobre la materia, aunque sí mencionaban aspectos fragmentarios del problema sanitario, las diversas normas fundamentales de la mayor parte de los Estados de la Unión. Es decir, lo relativo a salud era una incumbencia de los Estados, no del Gobierno Federal.

En 1965 alrededor del 85% de los habitantes tenía algún tipo de cobertura, ya fuera a través de los seguros estatales o privados. Para los trabajadores activos la forma de acceso habitual era el empleo. Los empleadores proveían seguros privados a los trabajadores, en



general, mediante previos acuerdos con el sindicato de la correspondiente rama de la producción.

Estos aseguradores privados se denominaban *Health Maintenance Organizations* (HMO) y el costo de sus pólizas dependía de la cantidad y calidad de los servicios comprendidos. Cada HMO organizaba su red de servicios, contratando a los prestadores privados mediante distintas modalidades de pago, pero a la vez establecían diferentes barreras administrativas para el acceso a los servicios por parte de los usuarios. Otra modalidad frecuente era la *estratificación* de la cobertura, a través de diversos planes escalonados, como: internación, atención ambulatoria, servicios odontológicos, rehabilitación, enfermedades catastróficas (baja frecuencia y alto costo) y otros.

Las HMO's podían ser de dos tipos:

a) *sin fines de lucro*, en las que los excedentes se redistribuían a los beneficiarios por medio de nuevos servicios, como *Blue Cross*, *Blue Shield*, *Kaiser Foundation*, etc., y b) *con fines de lucro*, de carácter comercial, en las que las utilidades se repartían entre los acci-

nistas, salvo decisiones de inversión (p.ej. *Metropolitan Life*).

Además de los asociados directos en forma voluntaria, o mediante contratación de póliza por parte del empleador, las HMO's podían actuar como intermediarios de riesgo entre los programas estatales y los beneficiarios.

En esos casos, el *Medicare* por ejemplo, acordaba con una HMO la asignación de fondos por cada beneficiario que la hubiera elegido como proveedora de servicios. Hacia fines de la década del 80, el 35% de los servicios hospitalarios, el 46% de los servicios médicos y el 45% de los servicios odontológicos, estaban cubiertos por seguros privados. Antes de la creación de *Medicare* y *Medicaid*, la participación del Estado en el gasto global en salud era del orden del 24%. A partir de la década del 70, esa participación se incrementó al 40%. A los programas mencionados se agregaban los hospitales para veteranos y los hospitales públicos estatales.

La forma de pago predominante en estos programas era la de pago por prestación (*fee for service*), los pagos por capitación eran poco frecuentes.

En la década del 80 empezó a utilizarse una modalidad de pago modular, denominada DRG (*diagnosis related groups*), consistente en incluir dentro de un mismo arancel, a las patologías cuyos tratamientos tuvieran similares procesos de diagnóstico y tratamiento. Esta modalidad de pago se difundió rápidamente e incluso se extendió a Europa (Fetter y col., 1991; Closon, 1991). En la misma época también alcanzó amplia difusión la modalidad de Atención Gerenciada o *Managed Care*, debido al incesante incremento de los costos de la atención médica. Las organizaciones que adoptaron esta forma de contratación, se caracterizaban por asumir los riesgos financieros de la atención, mediante un control estricto del proceso de atención a través de médicos generalistas (*gatekeepers*).

Establecían contratos por un monto determinado, abonado por adelantado, y se hacían cargo de los gastos asistenciales de la población asignada, en un modo equivalente a la *gestión de contratos de riesgo* (Enthoven, 1980). Dentro de esta tendencia se desarrollaron dos variantes: a) las HMO's con una red de prestadores cerrada y obligatoria, y b) las PPO's (*Preferred Provider Organizations*), en las que el usuario tenía la posibilidad de seleccionar la red de servicios preferida (López, 2005). En materia de gestión de las instituciones aseguradoras, en esa década se introdujeron nuevos criterios, que hacían mayor hincapié en los atributos tendientes al equilibrio en los resultados de la gestión, que a los que se inspiraban en el cumplimiento de los objetivos fundacionales de las distintas entidades, sin que implicara dejarlos de lado. Los instrumentos centrales de la conducción de estas entidades pasaron entonces a procurar la *eficiencia admi-*

nistrativa, la efectividad en los resultados asistenciales, el mejoramiento de la calidad de la atención médica y la mayor equidad en la asignación de los recursos. No debe suponerse que los criterios mencionados no estaban presentes en las modalidades precedentes de gestión, no eran verdaderas innovaciones; sólo había un desplazamiento del foco de atención en los aspectos considerados prioritarios. En realidad, este conjunto de instrumentos configuraban un modelo de gerenciamiento, que incorporaba a las facultades existentes, la responsabilidad de que el sistema -o la parte de él que a cada institución le correspondía- se mantuviera dentro de términos de equilibrio entre ingresos y gastos. Dentro de la tendencia general de los '90 hacia las reformas pro-competitivas, en EE.UU. el modelo de atención gerenciada predominaba entre las HMO's, dado que recibían fondos que debían administrar a su riesgo, con el compromiso de brindar servicios médicos a una cartera asignada de beneficiarios. Para lograrlo sin perder el equilibrio financiero, establecían diversas barreras al consumo y aplicaban una lógica de equilibrio actuarial, que ocupaba el centro de la gestión de los administradores (Newhouse, 1996). El modelo de managed care para gestionar contratos de riesgo, se difundió por la atención de usuarios a través de una red de servicios de salud, a partir de recursos financieros limitados, asignados en general mediante pagos per capita. Convendría definir los alcances del término, porque su aplicación fue a menudo inadecuada y se la vinculó a la corriente de inversiones internacionales en salud, en los países latinoamericanos. Sus características principales fueron definidas así (Bosch-Vázquez, 1998):

- a) Está destinada a una población definida.
 - b) El diseño y la organización del sistema favorecen comportamientos apropiados, tanto de los usuarios como de los prestadores.
 - c) El sistema de información registra datos de utilización, costos, conductas y resultados, que permiten evaluar la calidad.
 - d) Produce información para el nivel gerencial, acerca de la conducta de los usuarios y el desempeño de los prestadores (retroalimentación o feed-back).
 - e) Facilita la investigación sobre el desempeño de los servicios de salud.
 - f) Permite tomar decisiones, basadas en información, sobre las políticas a adoptar.
- Puede verse que supone un modelo regulado, mediante el permanente monitoreo del desempeño de la red de servicios, de la calidad de la atención médica y de la distribución de riesgos dentro de una población, cuyos miembros tienen distintos niveles de propensión al gasto. Algunos autores advertían sobre la presunta exportación del managed care hacia los países latinoamericanos (Stocker y col., 1999; Pérez Stable, 1999). En realidad, el modelo americano de atención gerenciada tiene rasgos particulares: para abordar los distintos niveles de propensión al gasto, utiliza habitualmente el análisis actuarial de los planes de salud, de acuerdo a principios equivalentes a los de los seguros comerciales de bienes materiales. Este criterio de gestión no ha sido frecuente en los países latinoamericanos, donde se han administrado contratos de riesgo al menos desde la década del 70, aplicando sobre todo barreras burocráticas o de cobertura para limitar los gastos de los usuarios. Por otra parte, la vertiente de inversiones

norteamericanas en los países de la Región, estuvieron en general orientadas a la compra de paquetes accionarios a través de fondos de inversión, antes que a trasladar enfoques gerenciales a las entidades adquiridas.

PROPUESTAS DE REFORMA EN UN TERRENO DE CONTRADICCIONES

El debate sobre las reformas a introducir en el Sistema de Salud comenzó con la campaña electoral, que llevó a Bill Clinton a la Presidencia. Existían serios problemas generales, que ocupaban amplios espacios en diarios y revistas especializadas. Entre ellos, el alto costo del gasto global en salud, que a principios de los '90 alcanzaba al 14% del PBI, y se esperaba que siguiera la tendencia incremental. Unos 45 millones de habitantes -alrededor del 18% de la población- carecían de todo tipo de cobertura. Por otra parte, los indicadores de salud y calidad de vida mostraban grandes disparidades raciales entre blancos, negros y latinos. En ese momento existía dos grandes vertientes de propuestas: la creación de un Seguro Nacional de Salud, por un lado, o estimular la competencia entre los actores del sistema, a través de la managed care. La primera alternativa implicaba unificar los planes estatales ya existentes de Seguridad Social y extender la cobertura a toda la población, como en Canadá. La segunda, fue ampliamente comentada porque no sólo se limitó al ámbito de EE.UU., sino que se extendió a otros países. Después de un prolongado debate parlamentario, predominó ésta última orientación (White, 2000). No obstante, la política económica de Clinton, promovió el equilibrio de las cuentas fiscales y mantuvo la estabilidad mo-

netaria e inflacionaria, con la menor tasa histórica de desempleo. Este marco de estabilidad le permitió incorporar en 1997, una cobertura específica para la madre y el niño de escasos recursos el *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP)- como forma transitoria de protección para familias sin trabajo (Clinton, 2006).

Más allá de los aspectos relativos a las reformas pro-competitivas internacionales, su aplicación en EE.UU. partió de un enfoque estratégico, consistente en introducir reglas de competencia de mercado en las relaciones entre usuarios y prestadores, así como empleadores que actuaban como compradores de servicios. La clave estaba en incrementar el poder de negociación de los últimos, promoviendo su agrupamiento en entidades *promotoras* -ya fueran asociaciones de empleadores, cooperativas u organismos estatales-, que funcionaban en representación de un pool de suscriptores, con el fin de lograr la mejor relación costo-beneficio entre las primas de los seguros -que habitualmente eludían la competencia- y los beneficios ofrecidos. Se esperaba contener los costos ya que, al crecer el poder de negociación de los *promotores*, compensarían la fuerza de las compañías de seguros y de las HMO's, que evitaban reducir las primas y las retribuciones. El plan suponía un papel central para las empresas aseguradoras privadas y aspiraba a extender la cobertura a todos los habitantes, con lo que compensarían la limitación de costos con una extensión de la distribución de riesgos. Asimismo, se preveía la obligatoriedad de enrolarse en un *plan de salud*, a través de las citadas cooperativas o *alianzas regionales*, en las que podían participar prestadores.

El inspirador teórico de esta propuesta

fue Alain Enthoven (1991, 1997), pero no debe suponerse que quedó limitada a sus enunciados, ya que encajaba perfectamente con las ideas predominantes en el país en ese momento, respecto al camino viable para mejorar el sistema perfeccionando la competitividad del mercado.

Excepto los indocumentados, que estaban cubiertos por el *Medicaid*, en las *alianzas regionales* estarían cubiertos todos los habitantes. La cobertura no era ilimitada: siguiendo tendencias internacionales, se definía un *paquete básico de prestaciones*, que debía revisarse periódicamente. Con el fin de reducir el riesgo de sobre-utilización de los servicios, o actitudes especulativas por parte de los usuarios (*moral hazard*), así como posibilitar el equilibrio actuarial de las diversas coberturas (*trade off*), los planes podían prever participaciones del

de los usuarios, los proveedores no podían rechazar beneficiarios, con el fin de seleccionar los menos propensos al consumo (*risk aversion*). En síntesis, la estrategia consistió en descentralizar la competencia hacia ámbitos regionales, y a la vez concentrar el poder de compra, con el fin de alentar que los proveedores -actuando en un mercado más circunscripto- se vieran compelidos a pugnar en términos de calidad y costos. Un calificado observador académico describió en forma detallada los vaivenes del mercado, ocurridos entre 1993 y 2005 (White, 2007).

Un fenómeno importante en EE.UU. fue la incorporación de los conceptos de *protección de la salud y prevención de enfermedades*, basados en proyecciones epidemiológicas sobre los riesgos futuros de enfermar, así como en el abordaje de la atención médica en forma



usuario en el gasto o *copagos*; asimismo los cambios de planes estaban limitados a una vez por año. Los proveedores de servicios (*providers*) -organizados como redes- actuaban como efectores de la respectiva alianza, de manera equivalente a como las HMO's lo hacían con el *Medicare*. Como garantía

sistémica, interpretándolos como redes de servicios de salud (Goldstein, 1997). Estos criterios de protección y prevención, tendientes a contemplar las necesidades y expectativas de los usuarios, permiten entender mejor el clima reinante entre los grandes HMO's americanos a mediados de los '90. En sep-

tiembre de 1997, en Washington D.C., 5 grandes instituciones emitieron una declaración de *Principios para la Protección del Consumidor* (AARP & others, 1997). Los firmantes eran: la organización Kaiser Permanente, el *Group Health Cooperative of Puget Sound*, la *American Association of Retired Persons, Families USA* (consumidores) y la *American Association of Health Plans* (entidad representativa de planes de salud). Los títulos de los principios abordados, que incluían párrafos conceptuales que explicaban el contenido de cada uno, eran los siguientes:

1. Accesibilidad a los servicios.
2. Elección de planes de salud.
3. Confidencialidad de la información de los planes de salud.
4. Continuidad de la atención médica.
5. Información a los consumidores.
6. Cobertura de emergencias.
7. Exclusión de cobertura por tratamientos experimentales.
8. Desarrollo de formularios terapéuticos.
9. Información de porcentajes erogados por cada plan (*loss ratio*).
10. Prohibición contra la discriminación.
11. Programas de defensa del usuario (*ombudsman*).
12. Cobertura fuera del área geográfica.
13. Medición del rendimiento y comunicación de datos.
14. Comunicación de los prestadores con los pacientes.
15. Acreditación de los prestadores.
16. Garantía de calidad.
17. Gestión de la demanda.

Evidenciando la preocupación y contradicciones de los actores del Sector, en la misma década del 90, hubo varias propuestas que emulaban el modelo de *capitalización* individual, adecuándolo a la cobertura de la atención médica, con la denominación de *cuentas médi-*

cas de ahorro (medical saving accounts). Cada usuario aporta a una cuenta individual mensualmente; si no utiliza los fondos puede acumularlos, y podrá emplearlos cuando los necesite pero, si no los utiliza al término de cada ejercicio, puede retirarlos o pasarlos acumulados al ejercicio siguiente. La propuesta estaba fundamentada en el alto costo y las restricciones administrativas de los programas de cobertura, tanto los estatales *Medicare* y *Medicaid*, como los privados HMO's. Mediante este mecanismo, el usuario puede acordar su tratamiento en forma privada, gastando cuando lo necesite, con un costo operativo casi nulo (Gramm, 1994-1999; Goodman, 1998). Desde el punto de vista individual, los modelos de *capitalización* parecen más equitativos para el usuario, porque las contribuciones no utilizadas se acumulan para el ejercicio siguiente pero, desde el punto de vista social, quiebran el principio *solidario* de la Seguridad Social. Esta corriente se afianzó durante el período presidencial de George Bush, pero no alcanzó las dimensiones de una reforma.

LAS REFORMAS PROMOVIDAS POR OBAMA

Pese a todas las innovaciones y cambios propuestos a lo largo de la década del 90, la persistencia de casi un 20% de la población sin cobertura de salud, junto con el más alto nivel mundial de gasto en salud, estaba presente como el principal problema social, en el momento de iniciarse la campaña electoral que culminó con el acceso a la Presidencia de Barak Obama. El desarrollo del debate parlamentario alcanzó una enorme repercusión mediática, e incluso revistas científicas como *New England Journal of Medicine* (NEJM), fueron siguiendo paso a paso las alternativas de esa con-

troversia. La polémica no se circunscribió a las fuerzas políticas representadas en el Capitolio, diversas organizaciones representativas de los actores del Sector Salud, así como corporaciones empresarias afectadas en sus intereses económicos, participaron intensamente en la discusión del proyecto de Reforma.

El marco en que debían desenvolverse los aspectos a reformar, tenía una serie de factores condicionantes, que podrán sintetizarse de la siguiente manera:

a) La incorporación de la cobertura de salud para 45 millones de habitantes, mediante la ampliación de las inversiones estatales, implicaba necesariamente incrementar el gasto global en salud, que alcanzaba un nivel superior al 15% del PBI.

b) Si el peso de la incorporación de la cobertura de este sector de la población fuera asumido íntegramente por el Estado, agregando un nuevo programa a los existentes -*Medicare*, *Medicaid* y SCHIP-, el crecimiento del Gasto Público Social (GPS) tendría tal magnitud, que se necesitaría incrementar la carga impositiva a toda la población para financiarlo.

c) Para que el gasto en salud no sufra tan dramático crecimiento, sería necesaria la contribución de los diferentes actores, reduciendo gastos superfluos, ajustando el costo de las primas, regulando el peso de los juicios por *mala praxis* y reestructurando los aranceles de los proveedores de servicios, mediante modalidades tendientes a transferir parte del riesgo financiero (capitación, DRG, retribución por resultados, etc.).

d) Al mismo tiempo, las normas habituales de los programas de salud privados, ya sea contratados en forma directa, a través del empleador o por medio de programas estatales, deberían ser reconsideradas, ya que procuran redu-

cir riesgos, evitar patologías preexistentes y limitar por distintos medios la magnitud del gasto.

e) En un modelo donde rigen las reglas del mercado para regular la oferta y demanda, que forma parte de la cultura predominante en la población estadounidense, pese a la marcada participación del Estado como comprador mayoritario de servicios, ninguna de las partes está dispuesta a reducir sus ingresos sin oponer todas las resistencias posibles.

f) Todos los actores del Sector se beneficiaron con el irrestricto crecimiento del gasto en salud, a lo largo de las últimas 5 décadas. Toda medida tendiente a circunscribir la magnitud de ese gran componente de la actividad económica de EE.UU. -calificado alguna vez como *complejo médico-industrial*- encontrará una fuerte resistencia política y social. El curso de las discusiones, así como sus implicancias en las diferentes alternativas propuestas, fue seguido por diversos periodistas en forma minuciosa. Un observador altamente especializado, John Iglehart, fue describiendo esos pasos en NEJM, como episodios de una historia de desencuentros e intereses contrapuestos (Iglehart, 2009-2010). Finalmente, después de un laborioso proceso de conciliación de posiciones, fue aprobada una reforma de gran importancia, a través de la promulgación de la *Patient Protection and Affordable Act*, cuyos contenidos fundamentales se reseñan en el cuadro siguiente (Jennings-Hayes, 2010).

INICIATIVAS DE ESTABILIZACIÓN DEL MERCADO ASEGURADOR EN LA LEY DE REFORMA DE SALUD

El debate no está agotado, pese a la aprobación de la Reforma. Ahora los

MEDIDAS A IMPLEMENTAR	FECHA DE EFECTIVIDAD
Creación del fondo de alto riesgo 90 días después de la promulgación.	21-junio-2010
Creación del intercambio estatal de seguros o recursos federales de compensación.	1°-enero-2014
Adopción de reformas del mercado asegurador, con la aplicación de estándares para todos los nuevos planes de seguros y para muchos planes vigentes al promulgarse la Ley de Reforma. Las reformas incluyen las que se listan más abajo: - Permite a los padres mantener a los hijos en sus planes de seguro hasta la edad de 26 años. - Prohíbe límites de edad en los beneficios. - Restringe límites anuales en los beneficios. - Prohíbe la exclusión de patologías preexistentes para los niños. - Establece tasas de consumo de servicios médicos (limitando administrativamente el porcentaje de la prima que puede usarse para gastos indirectos y utilidades). - Prohíbe planes con cancelación de la cobertura.	1°-octubre-2010
Para planes ofrecidos a través del intercambio de seguros: - Prohíbe planes que deniegan la cobertura según el estado de salud individual (emisión y renovación garantizadas). - Prohíbe planes que varían las primas por alguna razón, excepto el tamaño de la familia, localización geográfica y edad (si varía de acuerdo a la edad, la prima mayor no puede costar más de 3 veces que la prima menor). - Prohíbe exclusiones por condiciones preexistentes. - Establece un mínimo de “beneficios esenciales” a ser ofrecido. - Elimina límites anuales para los beneficios esenciales. - Prohíbe planes con normas de rescisión, excepto en caso de primas impagas.	1°-enero-2014

observadores evalúan cuál va ser el peso de esta innovación en el gasto en salud (Gruber, 2010). Pero se ha dado un paso extraordinario que beneficia a unos 34 millones de habitantes, que hasta ahora carecían de protección social. Pero estos cambios se lograron dentro del marco histórico y cultural norteamericano que, más allá de las críticas que nos despierta, está intensamente incorporado al pensamiento de

la gran mayoría de la población. En materia de modelo de organización sanitaria, no hay recetas universales, cada país debe diseñar la más adecuada a sus particularidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association of Retired Persons, Families USA, Group Health Cooperative of Puget Sound, HIP-Health Insurance Plan,

Kaiser Permanente: Preliminary Statement of Principles for Consumer Protection. Mimeo, Washington D.C., 1997.

- Bosch S., Vázquez E.: Atención Médica Gerenciada, su definición, historia y situación actual. *Medicina y Sociedad*, Vol. 21, N° 3, Buenos Aires, 1998: 136-146.

- Clinton B.: La mayor asistencia social es la que resulta transitoria. *Clarín*, 27-agosto-2006: 28.

- Closon M.: Resource management and quality of care assessment using medical record summaries in Belgium. Ed. Catholic University of Louvain, Bruselas, 1991.

- Enthoven A.: The Political Economy of National Health. How interested groups have responded to a proposal for economic competition in health services. *The American Economic Review* 70, N° 2, 1980: 142-156.

- Enthoven A.: Market forces and Health Care Costs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 266, 1991, 19: 2751-2752.

- Enthoven A.: The market-based reform of America's health care financing and delivery system; managed care and managed competition. *Innovations in Health Care Financing*. Ed. The World Bank, An Internacional Conference, Washington D.C., 1997.

- Fetter R., Brand D., Gamache D.: DRG's. Their Design and Development. Ed. Health Administration Press, Ann Arbor (MI), 1991.

- Flexner A.: Medical Education in the United States and Canada. Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bull. N° 4, New York, 1910.

- Goldstein A.: Three Big HMOs Prescribe Regulation as Industry's Cure. *The Washington Post*, 25/IX/97: A12.

- Goodman J.: El fracaso de un plan de Clinton. *Clarín*, Buenos Aires, 21-noviembre-98: 61.

- Gramm P.: Why We Need Medical Saving Accounts. *NEJM*, Vol. 330, N° 24, 1994, 1752-1753 y, en *Revista del ITAES*, Vol. 4, N° 2, Buenos Aires, 1999: 6-8.

- Gruber J.: The Cost Implications of Health Ca-



re Reform. *NEJM*, Vol.362, N°19, May 13, 2010.

- Iglehart J.: New England Journal of Medicine. ✓ Congressional action on Health Care Reform, an update. Vol. 360, N° 25, June 18, 2009. ✓ A bumpy road for Reform. Vol. 361, N° 4, July 23, 2009.

- ✓ Setbacks and fissions. Reconsidering the scope and timing of Reform. Vol. 361, N° 9, August 27, 2009.

- ✓ Obama's vision and the prospects for Health Care Reform. Vol. 361, N° 12, Sept. 17, 2009.

- ✓ Forestalling a filibuster. Senate Reform bill cleared for floor debate. Vol. 361, N° 22, Nov. 26, 2009.

- ✓ Historic passage. Reform at last. Vol. 362, N° 12, March 25, 2010.

- Jennings C., Hayes K.: Health Insurance Reform and the Tensions of Federalism. *NEJM*, Vol. 362, N° 19, May 13, 2010.

- López S.: Sistemas de Salud comparados. Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90. www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud, 2005.

- Newhouse J.: Reimbursing Health Plans and Health Providers; Efficiency in Produc-

tion versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Vol. XXXIV, 1996: 1236-1263.

- Pérez Stable E.: Managed Care Arrives in Latin America. *NEJM*, Vol. 340, N° 14, 1999: Editorial, 1110-1112.

- Pozzi P.: El New Deal; ¿una solución eficaz para la Gran Depresión? De Sur a Norte; perspectivas sudamericanas sobre Estados Unidos. Ed. Fundación Centro de Estudios Americanos, Vol. 4, N° 5, Buenos Aires, 2000: 79-108.

- Stocker K., Waitzkin H., Iriart C.: The Exportation of Managed Care to Latin America. *NEJM*, Vol. 340, N° 14, 1999: 1131-1136.

- White J.: Políticas de salud en los Estados Unidos y Canadá. En Titelman D., Uthoff A. (compiladores): *Ensayos sobre el financiamiento de la Seguridad Social en salud*, Ed. Fondo de Cultura Económica /CEPAL, Santiago de Chile, 2000, Vol. I: 50-102.

- White J.: Markets and Medical Care; the United States, 1993-2005. *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, N° 3, 2007. Versión traducida y comentada por H. Arce en: *Revista del ITAES*, Vol. 11, N° 1, 2009: 6-39.