

ALERTA ROJA

LA CONDICIÓN CRÍTICA DE LA SALUD EN TEXAS

Resumen

EL PROBLEMA: TEXAS TIENE EL PORCENTAJE MÁS ALTO DE NO ASEGURADOS DEL PAÍS.

LA SOLUCIÓN: AHORA ES EL MOMENTO DE QUE TEXAS TOMÉ MEDIDAS SERIAS.



[PRÓLOGO]

De parte de todo el Equipo de Tarea del Acceso a la Asistencia Médica en Texas, queremos puntualizar algunas cosas como prólogo al Informe. Primero, el Equipo de Tarea es muy diverso y reúne varias formaciones, experiencias y pericias para aplicar a los problemas relacionados con los no asegurados y los infra-asegurados en Texas. De hecho esta diversidad enriqueció las deliberaciones y recomendaciones del Equipo de Tarea que trabajó sin remuneración alguna. Segundo, aunque diversos en sus especialidades, el Equipo de Tarea está unido con respecto a la importancia y la magnitud del problema que representan los seguros médicos inadecuados, no sólo para la salud física y mental de los residentes en Texas, sino para el bienestar fiscal del estado.

El Equipo de Tarea está de acuerdo al enfatizar que éste no es que sea un problema del futuro sino que ya lo tenemos aquí. Tercero, el Equipo de Tarea considera que el informe es, dentro de lo posible, un esfuerzo objetivo, imparcial y basado en los hechos; con seis documentos encargados, bien preparados y sometidos a una evaluación por expertos independientes. El Equipo de Tarea reconoce que las soluciones a largo plazo a los problemas del sistema de salud pública van a necesitar un esfuerzo y un planteamiento nacionales. Sin embargo, su reto es afrontar los desafíos dentro de Texas.

Las diez instituciones académicas de la salud en Texas que proporcionan apoyo para el Informe no ejercieron en absoluto control sobre el Equipo de Tarea o sus conclusiones o recomendaciones. Los puntos de vista del Equipo de Tarea son los de sus miembros y no de las entidades e instituciones de las que forman parte. Finalmente, el Equipo de Tarea reconoce que algunas de sus recomendaciones suscitarán polémica y debate. Esperamos que se produzca ese debate. Servirá para avanzar en la educación, la naturaleza y la profundidad del problema. Y esperamos que eso conduzca a la puesta en marcha de las recomendaciones.

Un gran propulsor de las tasas de los no asegurados y de la infra-aseguración es el creciente costo de la atención médica. A lo largo del Informe el Equipo de Tarea recalca la responsabilidad de todos los profesionales y proveedores de la salud en afrontar esta cuestión fundamental. Texas está a la cabeza de la nación en el número de sus residentes que no están asegurados. El Equipo de Tarea espera que Texas también será líder en desarrollar soluciones a este desafío.

Neal Lane, Presidente de la Mesa Directiva

Jack Stobo, Vicepresidente de la Mesa Directiva

[MIEMBROS DEL EQUIPO DE TAREA]

ACCESO A LA ASISTENCIA MÉDICA EN TEXAS:
LOS DESAFÍOS DE LOS NO ASEGURADOS Y
LOS INFRA-ASEGURADOS

NEAL F. LANE, PH.D.

Chair

Malcolm Gillis University Professor of
Department of Physics and Astronomy
Senior Fellow of the James A. Baker III
Institute for Public Policy
Rice University
Baker Institute
Houston, Texas

JOHN STOBO, M.D.

Vice Chair

President,

University of Texas Medical Branch at Galveston
Galveston, Texas

HECTOR BALCAZAR, PH.D.

Regional Dean of Public Health at El Paso
Professor of Health Promotion and
Behavioral Science
University of Texas at Houston
School of Public Health
El Paso Regional Campus
El Paso, Texas

KIRK CALHOUN, M.D.

President,

University of Texas Health Center at Tyler
Tyler, Texas

DAVID F. CHAPPELL, ESQ.

President

Chappell Hill, L.L.P.
Fort Worth, Texas

PATRICK J. CROCKER, M.S., D.O.

Chief, Brackenridge-Children's
Emergency Services

Chief of Staff, Brackenridge Hospital
Brackenridge Hospital Emergency Department
Austin, Texas

CHARLES HALEY, M.D., M.S.

Medical Director

TrailBlazer Health Enterprise
Dallas, Texas

GEORGE B. HERNÁNDEZ, JR., ESQ.

President-Chief Executive Officer
University Health System
San Antonio, Texas

WINELL HERRON, M.B.A.

Group Vice President to Public
Affairs and Diversity
H-E-B
Houston, Texas

RICHARD W. JOHNSON, JR., M.A.

Director, Division of Medical Economics
Texas Medical Association
Austin, Texas

[MIEMBROS DEL EQUIPO DE TAREA]

WM. FRED LUCAS, M.D.

Cypress Creek Hospital
Houston, Texas

MICHAEL MCKINNEY, M.D.

Senior Executive Vice President and
Chief Operating Officer
University of Texas Health Science Center at Houston
Houston, Texas

KATHY MECHLER, M.S., RN, CPHQ

Director of Medical Services
The Texas A&M University System
Health Science Center
Rural and Community Health Institute
College Station, Texas

ELAINE MENDOZA

President and Chief Executive Officer
Conceptual MindWorks, Inc.
San Antonio, Texas

ROB MOSBACHER, ESQ.*

President
Mosbacher Energy Company
Houston, Texas

*Resigned as of October 18, 2005

STEVE MURDOCK, PH.D.

State Demographer of Texas
Director of Institute for Demographic and
Socioeconomic Research
University of Texas at San Antonio
San Antonio, Texas

BETSY SCHWARTZ, M.S.W.

Executive Director
Mental Health Association
of Greater Houston
Houston, Texas

DAVID C. WARNER, PH.D.

Wilbur J. Cohen Professor of Public Affairs
Lyndon B. Johnson School of Public Affairs
University of Texas at Austin
Austin, Texas

M. ROY WILSON, M.D.

President
Texas Tech University Health
Science Center
Lubbock, Texas

[MIEMBROS DEL EQUIPO DE TAREA]

CONSEJERO MAYOR

KENNETH I. SHINE, M.D.
Executive Vice Chancellor
for Health Affairs
University of Texas System
Austin, Texas

CONSULTORES

J. MICHAEL HUDSON, M.A.
The Health Policy Group
Washington, D.C.

MANDA WONG, M.A.
The Health Policy Group
Washington, D.C.

PLANTILLA

KIRSTIN MATTHEWS, PH.D.
Project Officer
Postdoctoral Research Associate
James A. Baker III Institute for Public Policy
Houston, Texas

MAGGIE R. FLOORES
Project Staff
Administrative Associate
Office of Health Affairs
University of Texas System
Austin, Texas

AMY SHAW THOMAS, ESQ.
Project Staff
Associate Vice Chancellor and Counsel
for Health Affairs
Office of Health Affairs
University of Texas System
Austin, Texas





[EL RESUMEN]

Texas se enfrenta a una crisis inminente a causa de la salud de su población, la cual afectará profundamente la competitividad del estado tanto a nivel nacional como global. La salud de Texas, en cuestiones económicas, educativas, culturales y sociales, depende de la salud física y mental de su población. La calidad de vida de los tejanos y de sus comunidades depende definitivamente de su estado de salud. Texas tiene una creciente población, cada vez más propensa a la obesidad, la hipertensión, la diabetes, las enfermedades del corazón y el cáncer (Murdock, et al., 2003). A la vez el 25.1 por ciento de la población carece de seguro médico, el índice más alto del país (donde la media es de 15.3) y sigue subiendo (US Census Bureau, 2005). La creciente disparidad entre las necesidades de salud y el acceso a seguros médicos asequibles crea las condiciones para una “tormenta perfecta”. El mal estado de la salud perjudica la educación y los logros educativos que están directamente relacionados con el estado de la salud (véase Apéndice E del Informe).

Los números crecientes de personas no aseguradas suponen una carga extraordinaria sobre la economía y los servicios de los profesionales de la salud, los hospitales, los centros de traumatología y las comunidades que proporcionan los fondos para el cuidado de la salud. Las presiones fiscales sobre los contribuyentes en las comunidades que se ocupan de los crecientes números de no asegurados van subiendo en detrimento de otras necesidades de la comunidad. Estas presiones se agravan por reducciones en los reembolsos a los hospitales, a los médicos y a los demás proveedores de los programas Medicaid y Medicare. Y también repercute en que los grandes hospitales públicos y sin fines de lucro de las grandes ciudades se convierten, de hecho, en

los proveedores para los no asegurados de amplias zonas regionales.

En vista de estos serios desafíos, diez instituciones académicas de Texas dedicadas a la salud (Baylor College of Medicine, Texas Tech, Texas A&M, North Texas y seis instituciones de la salud de The University of Texas System) crearon este Equipo de Tarea para afrontar estos temas. Los miembros incluyen también a empleados de pequeñas y grandes empresas, proveedores de servicios de salud, aseguradores y consumidores. Todos aportaron sus puntos de vista particulares y no de aquellos grupos u organizaciones con los que estaban afiliados. El apoyo económico para este proyecto provino únicamente de dichas instituciones. El apoyo administrativo fué brindado por la plantilla del Instituto para la Política Pública James A Baker III de Rice University y el Sistema de la Universidad de Texas.

El Equipo de Tarea es único en muchos sentidos. Es el primer grupo de sus características en Texas creado sin valoraciones políticas o gubernamentales. El proyecto está basado en un análisis objetivo, enfocado en los hechos, y respondiendo a documentos comisionados por expertos que contribuyeron con sus profundos conocimientos de materias relevantes. Este informe, que representa el consenso del Equipo de Tarea, fué sometido al escrutinio de expertos independientes.

El Equipo de Tarea fué presidido por Neal Lane, profesor Malcolm Gillis y Socio Mayor del Instituto James A. Baker III de Política Pública en Rice University, quien tiene una larga y distinguida carrera en la ciencia y en la política pública, pero

cuyas actividades en Rice University no incluyen la atención a la salud. También sirvió de vicepresidente del Equipo de Tarea Jack Stobo, presidente de la rama médica de la University of Texas en Galveston. El Equipo de Tarea llevó a cabo cinco plenarios y reuniones de subcomités por todo el estado. Los seis documentos comisionados por el Equipo de Tarea aparecen como apéndices a este informe. Los nombres de los miembros del Equipo de Tarea y sus cargos aparecen a título informativo, igual que los del personal de apoyo (Apéndice A).

Los cambios fundamentales en el acceso a la atención médica van a requerir también cambios en la política federal y en los recursos federales. Sin embargo, este estudio se centró en acciones dentro del ámbito de Texas y sus instituciones.

En este resumen describimos las características de los no asegurados y las repercusiones de esta población. A continuación hacemos un resumen de las Conclusiones y Recomendaciones del Equipo de Tarea.

¿QUIÉNES SON LOS NO ASEGURADOS?

El seguro médico en Texas se obtiene mayormente a través del empleo o la contratación particular. El seguro médico está disponible a través de programas públicos que incluyen Medicare, Medicaid y el State Children's Health Insurance Plan (SCHIP). (Plan de seguro médico para niños). Los no asegurados carecen de cobertura privada o pública.

La tasa de no asegurados fluctúa grandemente entre las razas y etnias. En Texas el 40% de la población hispana estaba sin seguro en el 2004, comparado con el 24% de la población africana-americana y el 14% de la raza blanca. Los nuevos inmigrantes en su

mayoría no están asegurados pero representan sólo el 18%* de todos los no asegurados (IOM, 2001). Más del 60% de los no asegurados viven en familias con niños. En Texas, el 22% de los niños no están asegurados (Families USA, 2003). Esta cifra es muy alta comparada con el promedio nacional del 12%. Aunque las tasas de no asegurados en Texas son más elevadas entre las minorías, la mayoría (el 68%) de los no asegurados que no clasifican como pobres son los varones blancos no hispanos (TDI, 2003).

Mientras que algunos individuos pueden estar sin seguro todo el año, mucha gente pasa de tenerlo a no tenerlo según su trayecto por el mercado laboral o si cambian los requisitos de algún programa público. Es importante reconocer que el 79% de los adultos no asegurados en Texas son parte de la fuerza laboral o tienen a un familiar (o más) en la fuerza laboral (TDI, 2003). Dos de cada tres tienen ingresos inferiores al 200% del actual nivel federal de pobreza (FPL). Y el 56% de los americanos por debajo de ese nivel estuvieron sin recurso médico durante parte del año en 2001-2002 (Stoll, 2004).

Para una familia de cuatro personas al nivel de pobreza FPL (aproximadamente \$20,000 de ingresos anuales) el costo promedio de un seguro médico privado (\$9,100 en el 2005) supone casi la mitad de sus ingresos. Para individuos al 200% del FPL (con \$40,000 para una familia de cuatro), la cuota de un seguro médico representaría el 23% de sus ingresos familiares (Stoll, 2004). Aunque hay individuos con niveles de ingresos más altos que quieren estar asegurados por cuenta propia o corren el riesgo de estar sin seguro, para la gran mayoría de los no asegurados, el seguro médico es

* Son estimados imprecisos. Algunos sugieren una cifra del 24% (PEW Hispanic Center, 2005).

sencillamente una cuestión de asequibilidad.

Con el rápido aumento en las cuotas de los seguros médicos, cada vez más empresarios dejan de ofrecérselos a sus empleados. A nivel nacional el 61% de los empresarios ofreció cobertura a través de un seguro médico en el 2004, bajando del 64% en el 2002 (TDI, 2003). Más significativo aún para Texas es que los empresarios con 50 empleados o menos (“pequeñas empresas”) sufren dificultades para ofrecerles seguros médicos a sus empleados. Y cuando lo consiguen, las cuotas son tan altas que muchos empleados no se lo pueden permitir o no pueden darle cobertura a su familia. Sólo el 35% de los empleados de pequeñas empresas a quienes se les ofreció un seguro se inscribieron, comparado con el 63% de los empleados de empresas grandes (TDI, 2003).

Programas como Medicaid y SCHIP son importantes fuentes de seguros médicos para algunos segmentos de la población de Texas. En el 2003, se inscribieron en Medicaid 2.5 millones de tejanos y 460,000 en SCHIP (Murdock et al., 2003). Aunque estos programas cubren gran parte de los asegurados, todavía quedaban 5.6 millones de tejanos sin seguro médico en el 2003 (US Census Bureau, 2005). Puesto que Medicaid y SCHIP ofrecen a los no asegurados la oportunidad de obtener cobertura, la política de maximizar la dimensión de Medicaid y SCHIP se tratará en este estudio.

COSTOS DE LA POBLACIÓN NO ASEGURADA

Los no asegurados

Hay pruebas abundantes que demuestran que el carecer de seguro médico contribuye al aumento de morbilidad y mortandad. Las mujeres no aseguradas con cáncer de pecho corren entre el 30 y el 50% mayor riesgo de morir que las que están aseguradas. Para el cáncer colorectal el riesgo es un 50% mayor

LA SALUD DE
TEXAS, ECONÓMICA,
EDUCATIVA, CULTURAL
Y SOCIAL, DEPENDE
DE LA SALUD FÍSICA
Y MENTAL DE
SU POBLACIÓN.

EL 25.1 POR CIENTO DE
LOS TEJANOS NO TIENE
SEGURO MÉDICO.
ES EL PORCENTAJE MAS
ALTO DEL PAÍS.
LA MEDIA NACIONAL ES
DE 15.3 POR CIENTO.

(IOM, 2002). Basado en el análisis del Instituto de Medicina de las Academias Nacionales (IOM), los datos indican que hasta 2,500 tejanos mueren cada año como consecuencia de no tener seguro.

Igual de importantes son los efectos en calidad y productividad por carecer de un seguro. Por ejemplo, el ausentismo de niños con asma mal controlada perjudica la educación de los niños y priva a los distritos escolares de fondos basados en el número de estudiantes que acuden a la escuela. Además de pobre salud y de creciente mortandad, las cargas económicas que supone afrontar el cuidado médico son la principal causa de las declaraciones de quiebra familiar, debido al elevado costo de una seria o prolongada enfermedad (IOM, 2002).

Los Sistemas de la Salud

Las formas más caras del cuidado de la salud son las que se proporcionan a través de las salas de urgencias de los hospitales y de aquellos que requieren estancias en los hospitales. Estas contrastan con servicios preventivos como son las inmunizaciones y el manejo eficaz de enfermedades crónicas mediante el tratamiento ambulatorio, que son mucho más rentables (IOM, 2002).

Las deficiencias en el cuidado de los no asegurados aumentan aún más los gastos y disminuyen la calidad del cuidado. Por ejemplo, los pacientes no asegurados son más propensos a un cuidado esporádico y a regresar a múltiples salas de urgencia, sometiéndose a una multitud de pruebas repetidas incluyendo radiografías y análisis de sangre cada vez que buscan atención médica. Con frecuencia no siguen un tratamiento completo para curarse del todo (IOM, 2002). El Acta del Tratamiento Médico de Urgencias y de Trabajo Federal y Estatal (EMTALA) estipula que los pacientes sean cuidadosamente evaluados en

cada visita a una sala de urgencias, lo cual aumenta aún más los costos, recursos y el tiempo del personal. Algunos pacientes usan diferentes nombres y números de la seguridad social cuando acuden para tratamiento.

Los individuos no asegurados suelen acudir a una institución de la salud detrás de otra y van de una sala de urgencias a otra. Al no existir un expediente médico electrónico, muchas pruebas de laboratorio, radiografías y otros procedimientos costosos se repiten en cada visita. Al no tener atención médica coordinada, las condiciones se dejan de tratar y empeoran, resultando en un deterioro de la salud o en una intervención médica más costosa. La falta de educación sobre la salud y sobre la medicina preventiva significa que condiciones como la hipertensión y la diabetes no se previenen sino que progresan hasta convertirse en enfermedades complejas y costosas.

Como consecuencia, la gran carga del cuidado de los no asegurados recae sobre las salas de urgencias y los hospitales, que luego tienen que ver cómo pagar por el cuidado no remunerado o se irán a la quiebra. En los centros de trauma el 32% de todos los pacientes en Texas eran no asegurados (Bishop & Associates, 2002). En el 2003 los hospitales de Texas gastaron aproximadamente \$208 millones tratando a los pacientes de trauma no asegurados (EMS, 2005). Las Instituciones del Sistema de Salud de la Universidad de Texas proporcionaron más de \$1.4 billones en cuidado no remunerado en el 2005 (The University of Texas System, 2006). Para el 2001, el IOM calculó que a nivel nacional más de \$99 billones se dedicaron al cuidado no remunerado de individuos no asegurados. De esta cifra el 35%, como 34 billones, se pagaron a través de fuentes de fondos dentro de los propios

hospitales (IOM, 2001).

Hasta hace poco el costo del cuidado no remunerado se compensaba con una subvención para traspasar recursos de Medicare y pagos de seguros privados. Debido al costo no remunerado del cuidado médico para los no asegurados, se calcula que las cuotas de seguros médicos privados para familias en Texas suben \$1,551 por encima de lo normal (Families USA, 2005). Con la creciente presión para reducir los gastos de cuidado médico Medicare las aseguradoras privadas han reducido o eliminado pagos por encima de los costos reales, disminuyendo o eliminando las subvenciones para el traspaso de fondos. Los hospitales resultan más inestables económicamente, sobre todo los que cuidan de números importantes de no asegurados. Además hay más presión para dedicar impuestos que compensen a las instituciones de cuidado de la salud y otros proveedores por ingresos perdidos. Como consecuencia, los aumentos de impuestos para compensar por el cuidado de los indigentes hacen que esas comunidades sean menos atractivas para el comercio y para posibles emigrantes.

El costo del cuidado de los no asegurados tiene que venir de alguna fuente si los hospitales quieren evitar la quiebra. La creciente carga de cuidado no remunerado ha conllevado al cierre de salas de urgencias y centros de trauma para así reducir el impacto de pacientes no asegurados. Algunos hospitales de cuidado terciario tienen estrategias para minimizar el traslado de pacientes no asegurados que requieran servicios costosos o altamente especializados. Esto puede desestabilizar la viabilidad económica del personal de salud, obligándoles a abandonar esa comunidad. Entonces no estarían disponibles para prestarles servicio ni a los no asegurados ni a la comunidad.

RESULTADOS

Tras repasar y considerar extensas pruebas, el

Equipo de Tarea concluyó que, a falta de iniciativas agresivas para afrontar el creciente número de individuos sin seguro médico, el estado corre un riesgo importante de sufrir un deterioro en la salud y la productividad de sus ciudadanos y en la vitalidad de su economía. Esto puede repercutir en lo siguiente:

- La pérdida de muchas importantes instituciones comunitarias como salas de urgencias y hospitales.
- El deterioro en la calidad y en el acceso al cuidado de la salud para todos los tejanos.
- Crisis presupuestarias, para el estado y especialmente para los condados de alta población.
- Una imagen negativa que disminuye la retención de negocios, la inversión, el desarrollo y el reclutamiento laboral.

El Equipo de Tarea concluyó que las soluciones críticas al desafío de los no asegurados deben surgir de una responsabilidad compartida de una amplia gama de interesados: proveedores del cuidado de la salud, los pacientes y sus defensores, los que forjan la política, las empresas, organizaciones comunitarias y los gobiernos estatal y federal.

El Equipo de Tarea también determina qué recursos adicionales y el uso más eficaz de los mismos serán necesarios para ofrecerles los servicios adecuados a los no asegurados. Estos deben incluir métodos para mejorar la eficacia del cuidado de la salud así como para controlar el aumento de los gastos globales del cuidado de la salud.

LOS RESULTADOS CONCRETOS

DEL EQUIPO DE TAREA INCLUYEN:

- El estado de salud de los tejanos es pobre, especialmente comparado al de otros estados y es probable que se deteriore aún más si no se toman medidas mayores e inmediatas.
- Texas tiene el porcentaje más alto de no asegurados en los Estados Unidos, lo cual impacta sobre la

salud y la economía del estado.

- Faltan estrategias para controlar el costo de los seguros médicos o para subvencionar los pagos de empresarios y empleados, sobre todo para aquellos en pequeñas empresas.
- Las tendencias actuales en la provisión de atención a la salud empeorarán la situación de un creciente número de tejanos no asegurados.
- Las salas de urgencias ofrecen un importante pero costoso e ineficaz método para cuidar a los no asegurados e infra-asegurados.
- Las comunidades de Texas están haciendo grandes esfuerzos para mejorar el acceso al cuidado de la salud, especialmente para los no asegurados.
- La expansión y mejora del tratamiento ambulatorio para pacientes externos es esencial para lograr un cuidado de calidad y económicamente eficaz para los no asegurados y los que participan en Medicaid y SCHSIP en Texas.
- El aumento continuo de los gastos en Medicaid y en el cuidado médico en Texas es insostenible y tiene un efecto perjudicial sobre la habilidad para sufragar otras vitales necesidades estatales.
- El Estado de Texas no ha aprovechado fondos igualados federales para el cuidado de los no asegurados.
- El actual planteamiento del cuidado de la salud, condado por condado, es inadecuado e injusto.
- Hay una importante escasez de profesionales en el cuidado de la salud en Texas, lo cual limita la oferta de atención, sobre todo a los no asegurados y a los que reciben Medicaid.
- El logro académico y el estado de salud están inexorablemente relacionados en Texas.
- La solución para ofrecer un cuidado de la salud adecuado para los no asegurados y los infra-asegurados es una responsabilidad compartida donde las acciones en equipo son vitales.





Estas conclusiones y consecuencias claramente piden afrontar el problema de la condición del no asegurado y las grandes poblaciones de no asegurados. Una solución sensata sería un sistema estatal mejor que un sistema basado en los respectivos condados. Aunque el Equipo de Tarea reconoce el gran desafío de crear dicho sistema, una reforma significativa es forzosamente parte de la solución a largo plazo al problema del cuidado de la salud. Para tratar con estas conclusiones y consecuencias el Equipo de Tarea desarrolló las recomendaciones a continuación. Cada una contiene datos de apoyo.

Recomendación 1:

Texas debe establecer el principio que todos los residentes de Texas deben tener acceso a un adecuado nivel de cuidado médico.

CONCLUSIONES:

- 5.6 millones de individuos en Texas que no son ancianos (el 25.1% de la población) carecían de seguro médico en el 2004 (US Census Bureau, 2005).
- Los no asegurados sufren de peor salud y mayor mortandad (Véase el Capítulo Tres del Informe—Consecuencias de los No Asegurados e Infra-Asegurados para más detalles).
- El acceso universal al cuidado médico es parte esencial y necesaria de una sociedad exitosa.
- Adoptar la política de acceso universal dará como resultado una fuerza laboral más hábil y productiva, fortalecerá la economía de Texas y reducirá los costos a largo plazo del cuidado de la salud.

- El cuidado de la salud debe ser consistente con las recomendaciones del IOM. Es decir, cuidado eficaz, efectivo, seguro, oportuno, enfocado al paciente y equitativo (IOM, 2004).

Como detallamos en el Capítulo Tres del Informe Consecuencias de los No Asegurados e Infra-Asegurados, las consecuencias de un número importante de estos individuos incluyen:

- Deterioro del estado de salud, afectando la educación y el trabajo;
- Daño a los recursos comunitarios como son hospitales y salas de urgencias;
- Problemas familiares serios, incluyendo quiebras;
- Costos más elevados para aquellos que sí tienen seguro médico;
- El aumento de la carga de impuestos;
- Entornos empresariales menos apetecibles.

El éxito de un sistema del cuidado de la salud para Texas depende de cumplir con los seis requisitos descritos por el IOM (IOM, 2004). Debe ser eficaz, efectivo, seguro, oportuno, enfocado al paciente y equitativo. En un contexto de recursos limitados es importante que este sistema sea económicamente eficaz. Debería enfatizar el acceso al cuidado ambulatorio y minimizar el uso de salas de urgencias y otras instalaciones de costos elevados. Especialmente importante es la continuidad del cuidado para que los pacientes reciban un cuidado preventivo oportuno y no se sometan a pruebas y evaluaciones que se repiten en varios centros de atención una y otra vez. Los expedientes médicos de los pacientes deben estar claramente identificados

LOS NO ASEGURADOS
SUPONEN UNA CARGA
ECONÓMICA Y DE SERVICIOS
EXTRAORDINARIA QUE
RECAE SOBRE LOS
PROVEEDORES DE
ATENCIÓN DE LA SALUD,
LOS HOSPITALES, LOS
CENTROS DE TRAUMA
Y LAS COMUNIDADES
QUE PROPORCIONAN
LOS FONDOS PARA LOS
SERVICIOS DE LA SALUD.

aunque el paciente declare dirección incorrecta y/o número de la seguridad social erróneo. El cuidado apropiado se debe dar en la instalación menos costosa y con los procedimientos y el personal más económicos dentro de lo posible. Esto incluye el uso de enfermeros practicantes, ayudantes y otros que no sean doctores de medicina. Un expediente electrónico o una ficha con identificación precisa del paciente son imprescindibles en un sistema de este tipo.

Todo esto no excluye variantes en los beneficios de los diferentes paquetes de cuidado médico que se ofrecen, ni alguna limitación en la selección de medicamentos y procedimientos. Pero sí sugiere que los servicios ofrecidos estarán “basados en conocimientos científicos para todos los que se puedan beneficiar y la abstención de ofrecer esos servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán” (IOM, 2004). En un ambiente de crecientes costos, los servicios deben ofrecer cuidado de alta calidad de la forma más económicamente eficaz. Lograr estas metas requiere el número adecuado de profesionales del sector de la salud, sistemas eficientes y eficaces y recursos económicos adecuados. Los programas preventivos, sobre todo para instalaciones escolares, son imprescindibles para el éxito.

El Equipo de Tarea reconoce que un número de individuos residentes en Texas no son inmigrantes legales. El control y la regularización de inmigrantes ilegales no entra dentro de la competencia del Equipo de Tarea. Sin embargo creemos que la salud general del estado depende de sistemas que proporcionen un cuidado de la salud eficaz y económicamente eficiente para todos los residentes en Texas. La enfermedad no reconoce fronteras; tampoco debería el cuidado de la salud. El estado



de salud de los emigrantes ilegales en Texas afecta el estado de salud de todos los tejanos.

FINANCIACIÓN

El Equipo de Tarea reconoce las restricciones fiscales que imperan sobre el estado de Texas y las crecientes cargas económicas creadas por los aumentos en los costos de Medicaid, así como otras exigencias en el presupuesto estatal. No obstante, el Equipo de Tarea está convencido que hace falta una inversión adicional para que el sistema de cuidado de la salud sea más eficaz y eficiente.

Bajo el sistema actual, el cuidado de los no asegurados corre a cargo de la sociedad a través de subvenciones recíprocas, entidades públicas y filantropía. Estos costos sin duda aumentarán si no se hacen esfuerzos sistemáticos para controlar el ritmo del aumento. Los profesionales y proveedores del campo de la salud también tienen que contribuir a controlar estos crecientes costos. Las instituciones académicas dedicadas a la salud deberían llevar a cabo tenazmente investigaciones sobre el control de costos y otras características de un sistema de salud eficiente y de alta calidad (Véase la Recomendación 9).

Si bien es cierto que se necesitará una mayor inversión de los fondos de gobiernos locales y estatales, el Equipo de Tarea cree que se pueden obtener recursos adicionales mediante una mejor aplicación y manejo de dineros estatales para maximizar la contribución del gobierno federal.

Recomendación 2:

Texas debería de proporcionar recursos más adecuados y buscar más tenazmente métodos para el cuidado de la salud de los indigentes y no asegurados con el fin de reducir los costos del cuidado de la salud.

Recomendación 2.1:

Texas debería autorizar y estimular los esfuerzos para desplazar el cuidado de la salud de los indigentes de un modelo ligado a los condados individuales a un modelo regional de múltiples condados, así como lograr el incremento de nivel de pobreza federal (FPL) del 21% al 100% para el cuidado de los indigentes en los condados de Texas.

CONCLUSIONES:

- La indigencia en Texas se define actualmente por aquellos subsistiendo del 21% del FPL o menos para así determinar la responsabilidad del condado en cuanto a hacerse cargo del cuidado de la salud. El 21% del FPL supone ingresos inferiores a \$1,700 anuales para un sólo adulto (TDSHS, 2005).
- Texas requiere que los condados creen programas de salud para los indigentes (CIHCP) usando el 8% de sus ingresos mediante la recaudación de impuestos para proporcionar cuidado de la salud a los indigentes y así poder percibir fondos estatales (Canton, 2000).
- Los condados metropolitanos más grandes (como Harris en Houston, Dallas, Tarrant en Fort Worth y Béxar en San Antonio) están dedicando más del 8% ad valorem (en valor proporcional) de sus impuestos recaudados para el cuidado de la salud de individuos por encima del 21% del FPL (Cookston, 2004) Dallas County Medical Society, 2006; Wilson et al., 2005). Hay otros condados que eligen gastar mucho menos del 8%.
- Mientras que hay condados como Béxar, Harris, Dallas y Tarrant que superan los requisitos estatales para la provisión de cuidado de la salud para los indigentes, otros condados lindantes optan por la provisión de niveles mínimos, incluyendo el servir sólo a aquellos con el 21% del FPL (Cookson, 2004; Dallas County Medical Society, 2006; Wilson et al., 2005). Esto crea

un sistema ineficaz e inequitativo donde los no asegurados se desplazan de sus condados naturales a otros más grandes para buscar atención médica. Con frecuencia acuden a salas de urgencias ya abarrotadas de gente, donde acaban siendo subvencionados por los contribuyentes del condado mayor.

- La política actual de los condados que limita el apoyo a aquellos subsistiendo del 21% del FPL o menos, resulta en el apoyo inadecuado para el cuidado de la salud de los indigentes de esos condados. La carga recae cada vez más sobre los contribuyentes de los condados mayores a los que acuden pacientes de condados vecinos cuando requieran atención médica.
- Esta es una subvención injusta que pone en peligro el cuidado de todos en estas zonas metropolitanas.
- Hay que actuar para cambiar de un sistema para cada condado a un sistema regional para indigentes, donde sea apropiado. Esto aseguraría el cuidado necesario para todas las poblaciones al margen de sus condados de residencia, con financiación más equitativa.
- La regionalización concentraría los servicios limitados o más costosos dentro de una zona, dispersando el cuidado primario y los servicios menos complejos por toda la región. Para asegurar el éxito, cualquier plan regional debe reconocer la gran diversidad que existe entre los condados de Texas y sus regiones permitiendo principios operativos amplios y flexibles que se ajustan a la medida de las necesidades de cada región, en vez de una rígida y uniforme política.

LA GOBERNANCIA DEL CUIDADO DE LA SALUD REGIONAL

Un posible sistema emplearía las 22 instalaciones para tratamiento de trauma o combinaciones de ellas. Cada condado se clasificaría dentro de una

de cuatro categorías basado en su capacidad terciaria en los siguientes servicios:

- Camas para cuidado intensivo médico
- Camas para cuidado intensivo pediátrico
- Camas para tocología
- Camas para cuidado intensivo de quemaduras
- Camas de centro de trauma
- Camas para el cuidado coronario
- Camas para el cuidado intensivo neo-natal

El estado podría establecer una infraestructura regional de tres clases de hospitales: Primer Recurso, Centrales y Rurales. La estructura planificadora incluiría proveedores de cuidado primario, Consejos de Asesoría Regionales (RAC), médicos regionales y representantes de empresas y consumidores. Cada mesa directiva estructuraría el cuidado de la salud que mejor se ajustase a las necesidades de la región y buscaría las fuentes de financiación bajo los auspicios de la Health and Human Services Commission. Cada mesa directiva tendría la autoridad para proponer su plan regional y dedicar una cantidad de dólares al mismo.

FINANCIACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD REGIONAL

Hay tres misiones primordiales para la financiación regional:

- Mantener servicios terciarios completos para todos los tejanos
- Incrementar la cobertura para los no asegurados
- Mejorar los servicios de la salud para los pacientes rurales

Además, un mínimo del 8% del impuesto general recaudado (GRTL) para gastos condales sería dedicado de forma mandatoria a los servicios de cuidado de la salud para indigentes. El financiamiento se podría establecer a través de exenciones

EL 68 POR CIENTO
DE LOS TEJANOS NO
ASEGURADOS Y QUE
NO SON POBRES, SON
INDIVIDUOS BLANCOS
NO HISPANOS.

de Medicaid III5 o HIFA, región por región, para estimular nuevos planteamientos estatales que reduzcan el número de individuos no asegurados, como describimos a continuación. Si estos fondos de GRTL fueran recaudados por el estado, podrían optar a una iguala federal de \$1.50 por cada \$1 recaudado y esto resultaría en mucha mayor financiación para el cuidado de la salud (TDSHS, 2004 a).

Recomendación 2.2 :

Texas debería intensificar sus esfuerzos para conseguir programas de reembolso Medicaid y otros programas federales mediante los cuales una inversión estatal resulta en fondos federales igualados así como reembolsos suplementarios.

CONCLUSIONES

- Los contribuyentes de Texas están subvencionando otros estados como California y Nueva York, que persiguen tenazmente fondos federales igualados y reciben una mayor proporción de esos fondos que Texas.
- La Legislatura 79 aprobó una solicitud para el Programa de Igualas para Planificación Familiar de Medicaid (Medicaid Family Planning Matching Act Program Waiver).
- La exención proporcionaría \$90 de dinero federal por cada \$10 de dinero estatal gastado.

Siguiendo el bosquejo del Capítulo Cuatro del Informe Medicaid y SCHIP en Texas—Texas no ha aprovechado los programas de fondos federales igualados para proporcionarles cuidado a los no asegurados. El Equipo de Tarea concluye que el maximizar el apoyo federal es vital para ampliar la cobertura y los reembolsos a los que proveen el cuidado a los no asegurados. Pero también sirve

para mejorar la eficiencia y la eficacia del cuidado. Texas se ha puesto en desventaja respecto a la cantidad de dinero del gobierno federal destinado al cuidado de la salud que fluye hacia otros estados.

El liderazgo estatal debería contemplar la cobertura de familiares bajo el nivel de pobreza, reinstituir el programa médico de los necesitados, incluyendo la provisión para gastar hasta cubrir a todos los que cumplen con los requisitos. Posiblemente, debería experimentar con una ampliación de cobertura para aquellos pobres que no viven con niños indigentes. Texas no ha aprovechado plenamente los fondos federales igualados para Medicaid.

Los niveles actuales de cobertura de Medicaid y de los reembolsos implican no sólo impuestos sobre la propiedad muy altos para sufragar el cuidado de los indigentes. También significa que casi todos los fondos DSH* se dedican al reembolso parcial del déficit producido por el cuidado de los no asegurados e infra-asegurados en los hospitales de Texas (THHSC, 2004; HSCSHCE, 2004). Debido al gran número de pacientes no asegurados y los bajos niveles de reembolsos de Medicaid y otras fuentes estatales, el dinero DSH está dedicado casi exclusivamente a cubrir algún déficit. Con lo que muy poco dinero de los fondos DSH está disponible para programas innovadores como el de las tres participaciones (Véase Recomendación 4.I), lo cual es el caso en otros estados.

Tabla 1
Impuestos Sobre Proveedores Estatales
Años Fiscales 2005 y 2006

Tipo de proveedor	Antes del 2005	Nuevo en el 2005	Nuevo en el 2006	Total en el 2006
Residencia de Ancianos	23	5	4	32
ICF/MR	12	5	2	19
Hospital	12	2	2	17
Organización para el Manejo de la Salud	6	3	3	15
Farmacia	3	0	0	4
Salud Domiciliar	2	0	0	2
Practicante	2	0	0	2
Otro	1	2	2	4

Fuente: Vernon Smith, Kathleen Gifford, Eileen Ellis, Amy Wiles, Robin Rudowitz, and Molly O'Malley, "Medicaid Budgets, Spending and Policy Initiatives in State Fiscal Years 2005 and 2006: Results from a 50 State Survey," Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, October 2005, p. 38

* El dinero DSH forma parte de los fondos federales para asistir a los hospitales que cuidan un número desproporcionado de no asegurados.

Recomendación 2.3:

El estado debería adoptar una política de impuestos que estimule y permita a los empresarios (sobre todo a los pequeños) ofrecerles seguro médico a sus empleados.

Recomendación 2.4:

Los gobiernos locales y estatales deberían dar preferencia a los contratistas y subcontratistas que ofrecen cobertura de seguros médicos a sus empleados. Los que piden financiación a través del Texas Enterprise Fund y otros programas públicos deberían cumplir con este requisito.

CONCLUSIONES:

- El 79% de los adultos no asegurados en Texas tienen empleo o son miembros de una familia en la que alguien tiene empleo (TDI, 2003).
- Los trabajadores de la construcción, fabricación y la venta al por mayor y al detalle suponen el 53% de todos los individuos no asegurados en Texas (TDI, 2003).

Texas gasta una cantidad considerable de impuestos recaudados con contratistas que construyen carreteras y otras instalaciones estatales. Muchos de estos negocios actualmente no les ofrecen seguros médicos a sus empleados (TDI, 2003). Si el estado obligase a todos los contratistas y subcontratistas que usa el gobierno a ofrecer seguros razonables patrocinados por el empresario (sobre todo en la industria de la construcción), disminuiría sensiblemente la población de no asegurados en el estado. Es más, a medida que los esquemas de impuestos comerciales son modificados por la Legislatura de Texas se les debería dar un crédito a los pequeños empresarios que ofrezcan seguros médicos a sus empleados.

La preferencia en la concesión de contratos públicos podría ocurrir mediante la puntuación o por va-

lores añadidos al contrato. La cobertura por seguro médico debería estar disponible para todos los empleados de esa empresa. Esta provisión también debería ser vinculante para los que quieran optar al Texas Enterprise Fund. Por supuesto, habría que tener especial consideración con las pequeñas empresas para facilitarles la oferta de seguros médicos a sus empleados. (Véase recomendación 4.1).

Recomendación 2.5:

El liderazgo de Texas debería trabajar activamente con oficiales federales para maximizar iniciativas y políticas que resulten en un reparto más eficaz de sus servicios de la salud a un mayor número de individuos no asegurados residentes en Texas.

Sin embargo, una serie de estatutos federales adoptados a lo largo de los años y diseñados para darles a los estados mayor flexibilidad en la administración de Medicaid, han dado como resultado un excesivo control federal y menos oportunidades e interés a nivel local para explorar nuevas formas de acceso, financiación y provisión de servicio de la sanidad.

El Equipo de Tarea insta a Texas a que adopte los mejores adelantos en medicina, provisión de sanidad y tecnología, a medida que la población de Medicaid y los crecientes costos del cuidado de la salud desafían la habilidad del estado a la hora de proporcionar servicios vitalmente necesarios. Los que establecen la política a seguir en Texas a todos los niveles del gobierno deberían pedirle a Washington un nuevo compromiso que permita a Texas modernizar su programa Medicaid. Sin embargo, el Equipo de Tarea no cree que la financiación en bloque sea la forma más segura y eficaz de prestar apoyo federal en Texas.

Recomendación 3:

Una Tarifa de Calidad Garantizada (Quality Assurance Fee), llamado impuesto del proveedor en algunos estados, del 3% debería ser impuesto sobre todos los hospitales y centros quirúrgicos para así obtener fondos igualados federales para reembolsar a los proveedores y realzar la calidad y eficacia del cuidado de la salud a los no asegurados.*

CONCLUSIONES:

1. Un impuesto del 3% sobre los ingresos de todos los hospitales y centros quirúrgicos produciría como \$1.1 billón en ingresos estatales (Warner, 2006).
 2. La iguala federal sería de \$1.50 por cada dólar estatal recaudado (TDSHS, 2004 a).
- Una tarifa por garantía de calidad sobre estas entidades le podría suponer al estado \$1.7 billones de dólares anuales del gobierno federal (Warner, 2006).
 - Treinta y cinco estados ya tienen alguna forma de tarifa por garantía de calidad o impuesto del proveedor, y muchos tienen múltiples impuestos de este tipo (Smith et al., 2005).

Desafíos que afronta el sistema del cuidado de la salud en Texas:

- Texas tiene el porcentaje más elevado de no asegurados en el país (US Census Bureau, 2005).
- Medicaid tiene límites en cuanto a número de personas cubiertas y reembolsos a los proveedores (Véase el Capítulo Cuatro del informe—Medicaid y SCHIP en Texas- para más detalles).
- EMTALA y la Constitución de Texas hacen responsables a los hospitales y a los condados

* En esto discrepa el señor Richard Johnson (Véase el Apéndice K del Informe).

LOS HOSPITALES DE
TEXAS PROPORCIONARON
UN TOTAL DE \$7.7
BILLONES EN CUIDADO
NO REMUNERADO EN
EL AÑO 2003.



(para más detalles vea el Capítulo Ocho del Informe—El Cuidado del Trauma en Texas).

- La Legislatura se enfrenta a desafíos para reducir impuestos sobre la propiedad y aumentar gastos para la enseñanza.
- Los contribuyentes urbanos están en el límite respecto a los impuestos sobre la propiedad para mantener el cuidado de los indigentes. Muchos de los hospitales públicos y comunitarios que cuidan pacientes de Medicaid y no asegurados han agotado sus fondos DSH y gran parte de su límite de pago superior (UPL). Y también están limitando los servicios no mandatorios. (Para más detalle sobre DSH y UPL, véase el Capítulo Cuarto del Informe —Medicaid y SCHIP en Texas).

Muchos estados han implementado tarifas de garantía de calidad (Smith et al., 2005). Es apetecible a los que establecen la política a seguir porque, dedicada a la expansión de Medicaid, es uno de los pocos impuestos que puede aumentar la financiación al sector que está pagando el impuesto. El uso de impuestos a los proveedores se está ampliando en otros estados. Un número de estados ha aumentado su dependencia sobre este tipo de financiación y en el año fiscal 2005, había 35 estados que tenían un impuesto al proveedor o más. (Véase la Tabla I para el Resumen de los Impuestos a Proveedores). Texas actualmente impone una tarifa de garantía de calidad sobre las instalaciones de cuidado intermedio para incapacitados mentales (ICF/MR) y sobre las organizaciones de manejo de la salud (HMOs) de Medicaid.

El impacto neto de una tarifa de garantía de calidad sobre un proveedor depende no sólo del tipo y la cantidad de tarifa, sino de cómo se utilizan esos

ingresos. En Texas, una tarifa del 3% sobre todos los hospitales y centros quirúrgicos produciría más de \$1.1 billón en ingresos estatales, que podría atraer \$1.7 billón adicional en igualas federales si se destinara ese dinero a Medicaid (Warner, 2006). Algunos impuestos recaudados podrían sustituir a impuestos sobre la propiedad, aunque disminuiría entonces el aumento neto en financiación.

La cobertura limitada de Medicaid impactó los fondos federales que no son de Medicaid porque reduce los reembolsos por Medicare DSH para muchos hospitales. También dificulta la solicitud de fondos federales para algunos Centros de la Salud que cumplen con los Requisitos federales (FQHCs) porque es difícil demostrar que son económicamente viables. La falta de fondos Medicaid para gastos de la educación médica superior (GME) en hospitales ha reducido el atractivo de ampliar la GME en muchas instituciones. Una tarifa de garantía de calidad es un planteamiento que han hecho muchos estados. Es apetecible para los que establecen la política a seguir porque, dedicado a Medicaid, es uno de los pocos impuestos que puede aumentar la financiación al mismo sector al que se le impone el impuesto. El Equipo de Tarea propone que los ingresos derivados de una tarifa de calidad garantizada se usen para maximizar fondos federales y así realzar eficiencias en el cuidado de pacientes de Medicaid y de los no asegurados. Los hospitales que ofrecen cuidado caritativo sin patrocinadores (y no deudas delincuentes, servicios no cubiertos, servicios que no son médicamente necesarios, deducibles, pagos compartidos, Medicaid, SCHIP o cualquier otra cobertura que no cubre costos completamente) pueden recibir un crédito para los impuestos a cuenta del impuesto del 3% sobre ingresos brutos. Sin embargo, cualquier crédito para los impuestos por cuidar a los no asegurados

reduciría sustancialmente el rendimiento de esa tarifa.

Una encuesta reciente del financiamiento de Medicaid por la Comisión Kaiser sobre los No Asegurados declaró que “el estatuto federal define un impuesto, tarifa de licencia o cualquier pago obligatorio como impuesto al proveedor si el 85% o más del cargo recae sobre proveedores de cuidado de la salud. Para ser permisible como fuente de ingresos de Medicaid, un impuesto al proveedor debe ser ampliamente aplicado (debe cubrir todos los no federales y no públicos en una categoría)”. Además el estado no puede garantizar que cada contribuyente será compensado por completo.

La misión del Equipo de Tarea no sólo es identificar fuentes de fondos para el cuidado de indigentes y no asegurados, sino también estimular que una más amplia gama de proveedores participe en el cuidado de los indigentes. Esperamos que una tarifa de calidad garantizada disminuirá el riesgo y aumentará los incentivos para ofrecer cuidado no remunerado y apuntarse a Medicaid. El objetivo es aumentar la cobertura del cuidado y hacer el traspaso de costos más transparente.

EXPERIMENTACIÓN ESTATAL

Recomendación 4

El estado debería aumentar sensiblemente su capacidad y compromiso para experimentar con la provisión y financiación del cuidado de la salud.

CONCLUSIONES:

- Texas no ha sabido aprovechar y obtener exenciones federales para así explorar mejores formas de ofrecer el cuidado de la salud. (Véase el Capítulo Cuatro del Informe—Medicaid y SCHIP en Texas).
- El estado no tiene actualmente una Exención III5 para proyectos de investigación y demostración y ha hecho uso limitado de otras exenciones.

La resolución del problema de acceso al cuidado de la salud es muy compleja. La exención de planificación familiar de Medicaid ofrece verdaderas oportunidades en el cuidado de las mujeres. El enfoque de las tres partes compartidas en la Recomendación 4.1 o alguna variante podría ayudar a los empleados de pequeñas empresas. Otras categorías como estudiantes, graduados recientes, los discapacitados, los que no tienen trabajo alguno o entran y salen en la fuerza laboral podrían tener programas especialmente estructurados.

Como muchos de estos planteamientos tienen consecuencias inesperadas y las interacciones son complejas la clave es experimentar con formas de explotar recursos para mayor eficiencia, manteniendo la calidad del cuidado. Ofrecer incentivos para la prevención y no el tratamiento, y hacer de los ambulatorios los centros médicos en vez de las salas de urgencias y los hospitales son importantes temas a explorar.

El estado debe adoptar posturas proactivas en estos experimentos. Mientras que los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS) requieren que los programas con exención sean neutros en cuanto a ingresos, hay flexibilidad respecto al tipo de ingresos y al uso de los mismos y los resultados que se pueden lograr (HHS, 2001). Si la expansión de Medicaid aumentara los reembolsos a los



ENTRE EL 76 Y EL
82 POR CIENTO DE
LOS NO ASEGURADOS
EN TEXAS SON
CIUDADANOS
AMERICANOS;
LOS NO CIUDADANOS
COMPRENEN ENTRE
EL 18 Y EL 24 POR
CIENTO DE LOS
NO ASEGURADOS
EN TEXAS.

hospitales y así disminuyera la necesidad del DSH, estos fondos se podrían emplear en iniciativas que no requieren consentimiento federal.

Un ejemplo de experimentación tiene que ver con ciudadanos mexicanos viviendo en Tejas. Muchos no reciben cuidado preventivo, tienen acceso limitado a servicios de la salud para incidentes serios, y no controlan bien los problemas de salud crónicos. Con frecuencia usan las salas de urgencias como último recurso o regresan a México por cuidado médico. Como consecuencia su estado de salud es inferior y afecta negativamente el bienestar de los dos países. Los consulados mexicanos descubrieron que los inmigrantes recientes se sienten tranquilos pidiendo servicios y consejo en sus consulados. Realzar los servicios en los consulados para incluir el cuidado primario de la salud sería un cambio muy apreciado por los mexicanos afincados en Texas. (Información más detallada se encuentra en el Apéndice H del Informe).

Recomendación 4.1:

La experimentación con las subvenciones a las cuotas de los empleados se debería llevar a cabo con dinero de la Participación Disproporcionada, fondos de Medicaid y otros programas federales.

CONCLUSIONES:

- En Texas el 73% de todos los comercios son pequeñas empresas (menos de 50 empleados) (TDI 2003).
- Sólo el 37% de los pequeños empresarios en Texas ofrece un seguro médico (TDI, 2003)
- De los que lo ofrecen, sólo el 35% de los empleados se inscribe, comparado con el 63% de los empleados de las grandes empresas (TDI, 2003).

- Contribuyendo al gran número de no asegurados en la proporción de pequeños empresarios que ofrece seguro médico, comparado con otros estados (más descripción en el Capítulo Dos del Informe—Los no asegurados en Texas), los pequeños empresarios encuentran gran dificultad para ofrecer un seguro médico asequible para ellos tanto como para los empleados. Hay una necesidad acuciante de ayudar a estos empresarios a encontrar seguros médicos asequibles (TDI, 2003).
- Se ha experimentado con este fin usualmente a través de una compra compartida. Pero mientras los empresarios con empleados que tienen serios problemas médicos se quieren apuntar, los que tienen empleados muy sanos no quieren participar. Una forma de solventar esta selección adversa sería añadir los empleados de pequeñas empresas al conjunto de empleados públicos. Ésto los pondría en un grupo grande con más selección y mejores tarifas.
- Otro planteamiento interesante es el llamado de las tres participaciones compartidas. Tiene cuotas relativamente bajas, divididas a partes iguales entre empresarios, empleados y una subvención estatal. Aunque la ley federal actual prohíbe el uso estatal de fondos no utilizados SCHIP para este posible programa, su objetivo sigue siendo apetecible. Los fondos estatales de recursos explotados permiten entender si la cobertura de un seguro se puede ofrecer a empleados por todo el estado. Estos ‘programas piloto’ no sólo valen la pena, sino que se necesitan urgentemente.

Recomendación 4.2:

Los proveedores de cuidado de la salud deben mejorar la calidad y eficacia del cuidado para los no asegurados y los infra-asegurados. Y en conjunto con socios comunitarios, asistir a los pacientes a navegar por el sistema de cuidado de la salud.

CONCLUSIONES:

- SETON Healthcare System demostró que el llamar a un centro con una plantilla de enfermeras logró desviar al 62% de los que pretendían usar las salas de urgencias (Seton, 2005).
- El proyecto “Asuntos Urgentes”, patrocinado por Robert Wood Johnson Foundation, demostró que las visitas de pacientes a la sala de urgencias se podrían reducir un 40% con una organización más eficaz (Wilson and Nguyen, 2004).
- Los tiempos de desviación (periodos cuando la sala de urgencias no acepta pacientes) se podrían reducir un 40% con una organización más eficaz (Wilson and Nguyen, 2004).
- Incrementar la eficacia disminuyó el número de pacientes que abandonó la sala de urgencias sin que les hubieran atendido del 21% al 7% (Wilson and Nguyen, 2004).

Enfermos no asegurados ven las salas de urgencias como su centro de cuidado primario, con excelentes médicos, maquinaria de primera y todos los recursos para un tratamiento. A la vez temen las largas esperas y el nivel variable de cortesía e ineficiencia en el cuidado. Por eso aplazan el cuidado (descripción en el Capítulo Tres del Informe—Consecuencias de los No Asegurados y los Infra-Asegurados). Grupos de investigación con una gama de no asegurados demuestra que la mayoría conoce las salas de urgencia pero no otros servicios de salud comunitarios (Rosenbaum, 2005). Un “Encaje Activo” de hospitales y facultades de medicina con centros comunitarios y una mejor educación en la comunidad podría reducir la presión sobre las salas de urgencias (Rosenbaum, 2005). Aunque el creciente número de pacientes que acude a las salas de urgencias supone una enorme carga, también queda claro que los itinerarios quirúrgicos, el manejo de la unidad de cuidados intensivos, y otros

determinantes del flujo de pacientes son clave para solucionar este abarrotamiento.

El Brackenridge Hospital en Austin y la University of Texas Medical Branch en Galveston demostraron que el uso de salas de urgencias—costoso e ineficiente—se puede reducir por teléfono; informando a los usuarios habituales que puede recibir asistencia por teléfono. Esta información también es útil cuando llega el paciente a la sala de urgencias.

Recomendación 4.3:

Las leyes federales y estatales sobre el cuidado médico de urgencias y trabajo (EMTALA), tanto como su interpretación por CMS, deben ser clarificadas para que los individuos que no sean dados de baja de la sala de urgencias sean trasladados a centros ambulatorios si el acceso estuviera asegurado.

CONCLUSIONES:

- Las visitas para cuidado primario constituyen entre el 42% y el 56% en los hospitales mayores de Texas (Parkland, Ben Taub, Memorial Hermann y Brackenridge se sometieron a la encuesta) (Bishop & Associates, 2002).
- Los no asegurados constituyen entre el 23 y el 48 por ciento de las visitas por cuidado primario en estos hospitales.

EMTALA, con frecuencia llamada la ‘ley anti-despojo’, creó los requisitos para el reconocimiento y estabilización de pacientes con urgencias (descripción detallada en el Capítulo Ocho del Informe—El Cuidado del Trauma en Texas). En los 20 años que lleva en vigor, EMTALA ha conseguido que las salas de urgencias se conviertan en parte de la red de seguridad comunitaria. Como los hospitales tienen

una política obligatoria de puertas abiertas, el depender de las salas de urgencias para obtener cuidado básico agrava los problemas de abarrotamiento.

Tratar a los pacientes con condiciones no urgentes en los ambulatorios aliviará el abarrotamiento en las salas de urgencias y mejorará el tratamiento de trauma. Esto mejoraría tanto el cuidado de los pacientes con urgencias, como los que no las tienen.

La plena implementación de la imposición y disposición del Programa de Responsabilidad del Conductor, así como el fortalecimiento del Regional Advisory Council y/o los demás cuerpos regionales, fortalecerá la atención de urgencias en Texas.

MODELO VIRTUAL INTEGRADO PARA LOS NO ASEGURADOS

Recomendación 5:

El concepto de cuidado virtual para los no asegurados (integrando a estos pacientes en un sistema estructurado de cuidado) deber ser desarrollado por las comunidades y por la Texas Health and Human Services Commission.

Un modelo virtual sería más valioso no sólo para los no asegurados sino para todos los que se beneficiarían de tener una fácil identificación para un rápido acceso a un expediente médico. Pero para que funcione sería necesario un sistema de centros ambulatorios por todo el estado. Esto incluiría FQHCs, clínicas para pacientes externos, centros ambulatorios y clínicas apoyadas por iglesias, entidades sin fines lucrativos y centros comunitarios. En el sitio del primer cuidado médico cada paciente sería asignado un expediente electrónico con un identificador único. Este expediente estaría accesible mediante tecnología segura de Internet para que el

expediente del paciente se pueda repasar cada vez que se vea al paciente.

Para máxima eficacia, habría que implementar métodos para el manejo de las enfermedades en los pacientes con diabetes, asma, hipertensión y enfermedades de pulmón. Pacientes en el programa de cuidado virtual usarían el programa para mejorar el manejo de su enfermedad y minimizar la necesidad de hospitalización. Una vez identificado el paciente, sería factible recordarle la inmunización y otras medidas preventivas a seguir en un próximo contacto con el sistema de la salud.

En conjunto con la coordinación del cuidado virtual estarían los EHR de alta calidad (Expedientes de Salud Electrónicos) que son más útiles para los proveedores del cuidado de la salud que los expedientes en papel. Los EHR disminuyen las evaluaciones redundantes, las radiografías y otros procedimientos mientras que proporcionan información a varios proveedores. No obstante los gastos iniciales, el EHR se está convirtiendo en parte del cuidado de la salud en Texas. Para los no asegurados que visitan varias salas de urgencia y clínicas, el EHR puede disminuir el costo del cuidado.

MÁS DE 1.8 MILLONES
DE TEJANOS NO
ASEGURADOS VIVEN
EN FAMILIAS CON
INGRESOS DEL 200
POR CIENTO DEL FPL
O MÁS.
—TDI (2003)

EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Recomendación 6:

Las instituciones del cuidado de la salud deben incrementar el cuidado ambulatorio con las últimas técnicas en el manejo de la enfermedad para mejorar la calidad del cuidado mientras se disminuye el costo del cuidado.

CONCLUSIONES:

- El 10% de los pacientes supone el 80% de los gastos del cuidado de la salud (Longley, 2004).
- Los individuos con enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades del corazón, y de pulmón, asma e hipertensión visitan frecuentemente las salas de urgencias y muchas veces requieren hospitalización.

El cuidado ambulatorio es cada vez más importante. Programas del manejo de la enfermedad con enfermeras especialistas y proveedores de cuidado primario pueden reducir las visitas a salas de urgencias y las repetidas hospitalizaciones. Estos programas pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades como la diabetes y del corazón. Esto lo ha conseguido el US Department of Health en diez regiones del país en el 2004 usando equipos de personal multidisciplinario y mayormente sin médicos. Proporcionan acceso las 24 horas a enfermeras que coordinan el tratamiento, a farmacéuticos que informan sobre el mejor uso de los medicamentos, a los especialistas en nutrición, que determinan la dieta adecuada, y al médico del paciente, quién está a cargo del tratamiento general y de la condición del paciente.

El crear programas de Manejo de la Enfermedad en centros comunitarios, incluyendo FQHCs y otras clínicas mejoraría la calidad del cuidado y reduciría los gastos del cuidado de la salud.

Recomendación 6.1:

El cuidado de los problemas del comportamiento (tanto de salud mental como de abuso de sustancias) debería estar al alcance de todos los tejanos afectados y debería haber financiación adicional para ello.

CONCLUSIONES:

- 3.1 millones de adultos y 1.2 millones de niños en Texas sufren enfermedades mentales diagnosticables. De ellos, 1.5 millones tienen enfermedades que les dificultan el funcionamiento (MHA Texas, 2005).
- Por lo menos el 55% de los residentes en Texas no están asegurados o están infra-asegurados en cuidados del comportamiento, lo cual les obliga a depender de un sistema público inadecuadamente financiado (MHA Texas, 2005).
- El costo total de las enfermedades mentales en Texas fué de \$16.6 billones, incluyendo \$13.3 billones en ingresos perdidos debido a la reducida participación en la fuerza laboral, más \$2.6 billones por costos de mortandad y \$700 millones de ingresos perdidos debido al cuidado requerido de familiares (MHA Texas, 2005).

Los requisitos actuales para acceder al tratamiento de los problemas del comportamiento dejan a muchos tejanos sin posibilidades de curación (Véase el capítulo Dos del Informe—Los No Asegurados en Texas- para más detalles).

Las consecuencias de enfermedades mentales no tratadas se manifiestan en un peor rendimiento escolar, involucración con la justicia juvenil/criminal, desempleo, desamparo y suicidio. Sólo con mayor disponibilidad y con un mayor compromiso por parte del sistema público sobre la salud mental podrán los pacientes beneficiarse del tratamiento. Y esos tratamientos se deben basar en adelantos médicos que ofrecen más probabilidades de recuperación. Esto incluye medicamentos, el hospedaje adecuado y el manejo del caso.

El Equipo de Tarea respalda y recomienda que Texas reconozca y persiga los seis objetivos de la comisión de la salud mental convocada por el Presidente Bush (2003).

- Los americanos entienden que la salud mental es un componente vital de la salud general
- El cuidado de la salud mental está enfocado en el consumidor y su familia.
- Se eliminan disparidades en la salud mental.
- La pronta detección, evaluación y dirección a los servicios adecuados es una práctica común.
- Se proporciona un cuidado excelente de la salud mental y se agiliza la investigación.
- Se usa la tecnología para tener acceso al cuidado de la salud mental y a la información.

Además, el Equipo de Tarea cree que la financiación para el cuidado de la salud de los problemas del comportamiento debe aumentar. Un aumento estatal implicaría una menor carga sobre los gobiernos locales, una reducción en el número de los enfermos mentales encarcelados, en el número de desamparados y en el abarrotamiento de las salas de urgencias. Más aún, el Equipo de Tarea cree que la coherencia de la salud mental debe ser parte de cualquier programa de salud, con los mismos beneficios que atañen a las enfermedades físicas.

PROVEEDORES DEL CUIDADO DE LA SALUD

Recomendación 7:

Texas debe aumentar la inversión en la educación y el entrenamiento de los profesionales que cuidarán de los no asegurados e infra-asegurados.

Recomendación 7.1:

Texas debería aumentar el número de médicos que se gradúan anualmente un 20% durante la próxima década con especial énfasis en crear una fuerza laboral representativa de la población estatal.

CONCLUSIONES:

- Texas tiene un número inadecuado de médicos y además se concentran en las grandes zonas metropolitanas.
- A nivel nacional hay aproximadamente 220 médicos de cuidado directo por cada 100,000 habitantes. El promedio en Texas es 152 por cada 100,000 (TSHCC, 2004).

La Asociación de Facultades Médicas Americanas (AAMC) y la Asociación Médica Americana (AMA) recomienda que el número de médicos educados aquí aumente un 15% (AAMC, 2005). Algunos expertos recomiendan un 30%. En Texas la necesidad supera estas recomendaciones, dada la escasez actual y la tasa de crecimiento prevista de la población comparada con el promedio nacional.



EL 79 POR CIENTO
DE LOS TEJANOS NO
ASEGURADOS TRABAJAN
TIEMPO COMPLETO
O PARCIAL O SON
MIEMBROS DE UNA
FAMILIA EN LA QUE
AL MENOS UNA
PERSONA TRABAJA.

Recomendación 7.2:

Texas debería ampliar el programa de reembolso por préstamos a los graduados de las facultades médicas que trabajen en Texas a 500 médicos al año. Una tercera parte de la deuda estudiantil (hasta \$35,000) debería perdonarse por cada año de servicio en un hospital público o una clínica donde los pacientes sean por lo menos al 50% de Medicaid o no asegurados.

CONCLUSIONES:

- La deuda promedio a las facultades de medicina de los asistentes es de más de \$100,000 (para una facultad pública) (AMA, 2006).
- El número de médicos que atiende a pacientes sin seguro o de Medicaid ha bajado en los últimos 15 años (TMA).

El dar más oportunidades para educar médicos se da la mano con las necesidades de poblaciones menos favorecidas en comunidades urbanas y rurales. La deuda promedio de los estudiantes a la facultad de medicina es una barrera para algunos de comunidades menos favorecidas y para los grupos étnicos que aspiran a una carrera médica. Habría que ampliar el programa de la deuda a las facultades médicas para quienes trabajan en instituciones cuyos pacientes son (al menos la mitad) de Medicaid o no asegurados. Estos programas estarían disponibles al completar la residencia.

Recomendación 7.3:

El apoyo estatal para los puestos de médico residente debería incrementar esas posiciones en 600 cada dos años durante la próxima década. Como la residencia habitual dura cuatro años, esto aumentaría el número de médicos graduándose en 750 al año o un 50% al año en el 2017.

CONCLUSIONES:

- El número de puestos de médico residente en Texas está por debajo de los otros estados (Texas 5,900, California 9,500, Nueva York 14,000) (ACGME, 2004).
- Un graduado de una facultad médica tejana que obtenga un puesto de residente en Texas tiene un 85% de probabilidades de ejercer en Texas (AMA, 1999).
- Alrededor del 45% de los graduados de facultades médicas tejanas obtienen residencias fuera de Texas (Shine, 2004).
- En una encuesta del 2004 aproximadamente 135 graduados que obtuvieron un puesto de residente fuera de Texas dijeron que se habrían quedado de haber encontrado una residencia de calidad (TMA).

Una manera económicamente eficaz de aumentar los médicos en Texas y mejorar el acceso al cuidado médico es la ampliación de los programas de residencia. El costo de educar a un residente es inferior al de educar a un estudiante de medicina y un alto número de residentes se queda a ejercer en la comunidad donde se entrenó. La experiencia en el este, sur y oeste de Texas demuestra que los que completan sus residencias en zonas infraservidas tienen altas posibilidades de permanecer y ejercer allí. El reinstaurar la financiación de Medicaid de la educación médica superior es vital para los hospitales que cuidan a los no asegurados y beneficiarían a fondos federales igualados como la tarifa de calidad garantizada.

La Legislatura 79 de Texas declaró una resolución conjunta instando a CMS a elevar o eliminar el límite en el número de residentes que reciben apoyo federal para su educación (HB 2420). Así se podrían ampliar los programas de residencia con

apoyo federal. La ampliación con apoyo estatal supondría que los residentes se pueden dedicar más tiempo a centros ambulatorios ofreciendo cuidados a los pacientes Medicaid y no asegurados en programas que reducen la re-hospitalización y el uso de salas de urgencias.

ENFERMERAS

Recomendación 7.4:

Texas debería aumentar la financiación para apoyar 2000 estudiantes de enfermería más, el 50% de los que hoy cumplen con los requisitos pero no logran la admisión, así como los 200 profesores para entrenarles. Harían falta \$25 millones más cada dos años para los estudiantes y \$30 millones adicionales para la ampliación de la facultad.

CONCLUSIONES:

- Hay 8000 plazas de enfermera vacantes en los hospitales de Texas (el 8.6% de los puestos) (TDSHS, 2004).
- En el 2010 Texas sufrirá una escasez de 52,000 enfermeras registradas del equivalente del tiempo completo (FTE) (HRSA, 2002)
- Texas necesitaría 39,000 enfermeras más para lograr el promedio nacional per cápita (TDSHS, 2004).
- En el 2004 no pudieron ingresar 4,200 candidatos en las escuelas de enfermería por la escasez de profesorado (THECB, 2004).

La escasez de enfermeras en Texas no sólo es un desafío para los hospitales, sino que limita el número de enfermeras disponibles para la enfermería avanzada y el tratamiento en equipo. La mortandad en los hospitales se reduce cuando la plantilla de enfermeras tiene más educación y entrenamiento. Hay mucho interés por el trabajo de enfermería en bachilleratos y programas para graduados, pero no

todos los candidatos se admiten por falta de sitio. De hecho la Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN) dice que 32,000 candidatos que cumplían los requisitos no fueron admitidos por la falta de profesores y recursos (AACN, 2005). Además, los salarios del profesorado de Texas no son competitivos con los de otros estados o con los del sector privado, así que el reclutamiento y la retención de un profesorado sobresaliente están limitados.

Además, Texas sufre una escasez de farmacéuticos, dentistas y proveedores de salud afiliados—individuos que son vitales para un equipo de la salud eficaz. Hace falta más análisis de estas carencias y se debería iniciar la ampliación de las plantillas en estas disciplinas.

CENTROS DE SALUD FEDERALES CERTIFICADOS

Recomendación 7.5:

El estado debería seguir ayudando a los centros comunitarios a conseguir apoyo federal y modificar los métodos de reembolso para reflejar el cuidado de equipos multidisciplinarios. Los hospitales, escuelas de medicina y enfermería y otros proveedores del cuidado de la salud deberían trabajar de cerca con grupos comunitarios para tener las plantillas adecuadas en centros de la salud certificados por el gobierno federal, con un énfasis en programas económicamente eficaces, incluyendo el manejo de la enfermedad y la salud pública de la comunidad.

CONCLUSIONES:

- Los FQHCs son centros comunitarios para el cuidado ambulatorio.
- Si los centros cumplen con requisitos federales para los servicios ofrecidos y tienen la cantidad estipulada de apoyo comunitario pueden optar a financiación federal.

• Texas actualmente tiene 37 FQHCs, o 1.62 centros por millón de habitantes, comparado con 2.51 en Illinois, 2.18 en el estado de Nueva York y 1.97 en California (US Census Bureau, 2005 b; HRSA). Los FQHCs ofrecen algunos de los mejores ejemplos del cuidado ambulatorio disponible. No obstante la reciente autorización para centros adicionales en el estado, Texas sigue notablemente carente. Claramente la disponibilidad de fondos estatales ha sido importante para que los centros puedan optar a certificación y financiación federales, como se ha visto en los últimos años. Pero la organización de estos centros es compleja y no siempre ha incluido un papel para los programas de medicina y/o enfermería. Aunque la mayoría de las comunidades tejanas que se presentan para FQHCs cumplen con los requisitos de clientela (dado el alto porcentaje de no asegurados en Texas), muchos no pueden demostrar que son económicamente viables, incluso con ayuda federal, por las extremas restricciones del programa Medicaid.

Además, formar las plantillas de los FQHCs es todo un desafío. El Equipo de Tarea cree que se les debería dar énfasis a los médicos residentes, con programas para pagar sus préstamos y así animarles a que trabajen en los centros. También habría que incrementar el número de enfermeras practicantes avanzadas que puedan administrar los programas junto con los médicos. Además, los reembolsos se deberían ajustar para pagar las visitas de grupos médicos y cambiar la definición de proveedores para incluir trabajadores sociales, educadores en el campo de la salud, y enfermeras practicantes.

El presupuesto del Presidente para el año fiscal 2007 proponía \$1.963 billones para los FQHCs. Esto es \$163 millones más de lo que designaron para los FQHCs para el año fiscal 2006. El presu-

puesto anticipa que permitirá a la Health Resources and Services Administration (HRSA) establecer 300 nuevos o ampliados FQHCs en el año fiscal 2007. Están previstos 80 de ellos para condados con altos índices de pobreza.

DISPONIBILIDAD DE LOS MÉDICOS

Recomendación 7.6:

El Equipo de Tarea recomienda que se haga un esfuerzo para que cada médico aparte algo de su tiempo para tratar pacientes de Medicaid, Medicare y los no asegurados, así como que esté disponible para llamadas a las salas de urgencias.

CONCLUSIONES:

- En Texas las facultades de medicina reciben \$47,000 anuales del estado por cada estudiante de medicina. Esto se traduce a \$200,000 a lo largo de cuatro años (Shine, 2004).
- Los costos de graduar a cada médico se calculan entre \$ 400.000 y \$800.000 (Jones and Korn, 1997).

Un desafío continuo en Texas es la disponibilidad de médicos para pacientes Medicaid y los no asegurados, sobre todo en las salas de urgencias, debido a la reticencia en atender a las llamadas de la plantilla. Además de su obligación de atender a enfermos los médicos tienen que ocuparse de una importante deuda al acabar su preparación. Y vista la inversión que ha hecho la sociedad en esa preparación, deben estar dispuestos a ser llamados a las salas de urgencias.

De hecho, se podría contemplar renovar sus licencias en base a sus actividades con el programa Medicaid

EL 73 POR CIENTO DE LOS
COMERCIOS EN TEXAS
SON PEQUEÑAS EMPRESAS
CON MENOS DE 50
EMPLEADOS. EL 37 POR
CIENTO DE ÉSTOS OFRECE
SEGUROS MÉDICOS. SÓLO
SE INSCRIBEN EL 35 POR
CIENTO DE SUS EMPLEADOS,
PRINCIPALMENTE POR
FALTA DE RECURSOS.

o el tratamiento de los no asegurados. También se les podría pedir a los graduados de facultades de medicina tejanas que dediquen una cantidad concreta de tiempo para cuidar de esas poblaciones.

EDUCACIÓN

Recomendación 8:

El Equipo de Tarea recomienda un esfuerzo integrado para la salud escolar: nutrición, ejercicio, salud dental y el manejo de enfermedades como el asma. Recomienda ampliar el programa de desayunos escolares y aumentar la actividad física a 60 minutos diarios. El manejo y tratamiento del asma se le enseña a los afectados y a la plantilla de la escuela.

CONCLUSIONES:

- El no desayunar afecta la capacidad juvenil para resolver problemas y tiene efectos duraderos sobre el desarrollo de los conocimientos y el rendimiento escolar (Pollitt, 1995, 1982, 1981).
- Incorporar la educación física durante 75 minutos al día en vez de 30 minutos tres veces a la semana incrementó las puntuaciones y mejoró el comportamiento en las clases sin detrimento a las puntuaciones en lectura (Sallis, 1999).
- Los programas del manejo del asma mejoran las tasas de ausentismo y las puntuaciones en los exámenes (Evans et. al., 1987).

En base a los crecientes costos del cuidado de la salud y el pobre estado de la salud general en Texas hay una oportunidad preventiva para paliar el aumento de costos y mejorar la salud a través del sistema educativo desde el jardín de infancia hasta el grado doce. La relación entre la educación en estos grados y la salud está documentada en el Capítulo Nueve del Informe. Los que están mejor

educados están más sanos, y crean a su alrededor un ambiente de buena nutrición, ejercicio físico y un estilo de vida saludable. La educación sobre los riesgos de fumar y de usar drogas ilegales se puede incluir junto con programas sobre el manejo de las enfermedades crónicas, incluyendo de salud mental. Programas de higiene dental serían útiles, dado el nivel de enfermedades dentales. Integrar los programas de salud con el currículum general compensa no solo al estudiante, sino a la comunidad.

INVESTIGACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD

Recomendación 9:

Instituciones académicas dedicadas a la salud, gobiernos locales y estatales, comunidades, fundaciones y el sector privado deben apoyar la investigación en el campo de la ciencia de la salud para determinar un cuidado económico efectivo y otros aspectos de un sistema eficaz y de alta calidad.

CONCLUSIONES:

- El gasto anual en salud por persona en los Estados Unidos subió de \$143 en 1960 a \$6,040 en el año 2004 (CMS, 2004)
- Como porcentaje del producto interior bruto (GDP) los gastos de la salud subieron del 5.1% en 1960 al 15.4 en el 2004 (CMS, 2004).

El costo del cuidado de la salud sigue subiendo, superando la inflación. Aunque el Equipo de Tarea no se constituyó para analizar los elementos del aumento, cree que se puede disminuir dicho aumento. Requiere la provisión del cuidado apropiado, en el lugar apropiado, por la gente apropiada. El cuidado implica medidas preventivas y económicamente eficaces. Por ejemplo, el tratamiento efectivo de la hipertensión es mucho más

económico que el tratamiento para enfermedades del corazón y derrames cerebrales. El uso de drogas genéricas como parte de un buen formulario permite ofrecer muy buen cuidado con costos bastante más bajos. El manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades del corazón y asma también mejora la eficacia. En todos estos casos, el medicamento adecuado bajo la supervisión de un equipo multidisciplinario puede reducir las visitas a las salas de urgencias y a los hospitales, reduciendo así también los costos.

Otros estudios del Departamento de Seguros de Texas (TDI) pueden determinar como las aseguradoras calculan sus pérdidas médicas para así establecer más precisamente las proporciones de los dineros que realmente usan para financiar el cuidado de sus abonados y beneficiarios. Además, TDI podría ayudar a desarrollar, usar y evaluar los riesgos y beneficios de un único identificador del paciente (sugerido en la Recomendación 5), incluyendo la biometría para crear y mantener los expedientes de los pacientes.

Recomendación 10:

Texas debería invertir en programas de salud pública (incluyendo investigación y salud comunitaria) a nivel local y estatal.

CONCLUSIONES:

- Texas es el número 47 de los 50 estados en cobertura de vacunas para niños entre los 19 y los 35 meses (TDH, 2003)
- El porcentaje de mujeres mayores de 40 que se ha hecho mamografías en los dos últimos años es del 69% en Texas comparado con el 76.3% en Estados Unidos (TFFPHT, 2005).
- En el 2004 Texas gastaba \$49 anualmente por

ciudadano en servicios de la salud públicos, comparado con el promedio nacional de \$98 (CPPP, 2003).

El estado de salud de los tejanos no compara favorablemente con el de los demás americanos. Las incidencias de inmunización, mortandad por cáncer, la diabetes, la obesidad y la hipertensión de la población y especialmente entre algunos grupos étnicos, no son buenos augurios para el futuro de la salud de los tejanos. Además, los crecientes costos del cuidado de la salud suponen una gran carga sobre los presupuestos estatales y locales. Unos programas preventivos que incluyeran educación pública y modificación de comportamiento respecto al fumar, el abuso de las drogas y a la mala nutrición podrían ser la forma más económicamente eficaz de reducir tanto la enfermedad como los costos del cuidado de la salud. Texas gasta la mitad del promedio de lo que se gastan todos los estados en salud pública. Un compromiso de elevar esa cifra al 75% en cinco años será el primer paso, que podría impactar a largo plazo la salud y el control de los gastos en el cuidado de la misma.



Éste es el momento para tomar medidas serias en Texas y afrontar todos los problemas que conllevan la falta de seguros médicos y el acceso al cuidado de la salud a la vez que se protege la vitalidad económica y la salud del estado. Texas tiene el porcentaje más elevado de no asegurados en Estados Unidos y se anticipa que su población seguirá aumentando rápidamente durante los próximos 20 años. A la vez aumentará el porcentaje de los mismos en la población. Además, Texas se volverá menos apetecible para las empresas afectadas debido a las altas tasas de seguros médicos. Llevar a cabo las recomendaciones del Equipo de

Tarea requiere una serie de medidas atrevidas, una organización eficaz, el desarrollo de la fuerza laboral en el campo de la salud y recursos económicos. Estas recomendaciones debidamente puestas en marcha mejorarán la salud de pacientes, familiares, instituciones y comunidades mientras reducen el crecimiento de los costos del cuidado de la salud. Aumentando el acceso a cuidado de la salud y a los seguros médicos, mejorando los actuales modelos del cuidado de la salud, educando una fuerza laboral de la salud diversa y reduciendo el ausentismo en las escuelas y en los trabajos, Texas podrá cuidar y proteger la salud de su gente y la fuerza de su economía.



[REFERENCIAS]

- Accreditation Council for Graduate Medical Education.** (2004). ACGME Resident Physician Population by Specialty and State – Academic Year 2003-2004. Website: http://www.acgme.org/acWebsite/CMS/resPopData_state03-04.pdf.
- American Association of Colleges in Nursing.** (2005). New Data Confirms Shortage of Nursing School Faculty Hinders Efforts to Address the Nation's Nursing Shortage. *Press Release, March 8, 2005*.
- American Medical Association.** (1999). Masterfile. Website: <http://www.ama-assn.org>.
- Association of American Medical Colleges (AAMC).** 2005. "The Work Ahead" AAMC President Jordan J. Cohen's Address 2005. Website: <http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2005/051106.htm>.
- American Medical Association (AMA).** (2006). Medical Student Section: Medical Student Debt. Website: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/5349.html>.
- Bishop & Assoc.** (2002). Texas Trauma Economic Assessment and System Survey. *Save Our ERs*. Website: <http://www.saveourers.org/BishopsReport.pdf>.
- Canton, F.** (2000). Providing Health Care to the Uninsured in Texas: A Guide to County Officials. *The Access Project*. Boston, MA
- Center for Medicare and Medicaid Services (CMS).** (2004). Website: <http://www.cms.hhs.gov/statistics/nhe/historical/t1.asp>.
- Center for Public Policy Priorities (CPPP).** (2003). Website: <http://www.cppp.org/files/3/hc-primer-web.pdf>.
- Cookston, R.E.** (2004). Harris County Community Access Collaborative. *Gateway to Care*. Website: <http://www.utsystem.edu/hea/taskforce/Media/Cookston121404.pdf>.
- Dallas County Medical Society (DHCP).** (2006). Website: <http://www.dallas-cms.org>.
- Emergency Medical System (EMS).** (2005). Uncompensated Trauma Care District Hospitals. *Texas Department of State Health Services*. Website: <http://www.tdh.state.tx.us/hcqs/ems/August262005DSHSUncompensatedTraumaCareDistrHospitals.xls>.
- Evans, D., Clark, N. M., Feldman, C. H., Rips, J., Kaplan, D., Levison, M. J., et al.** (1987). A school health education program for children with asthma aged 8-11 years. *Health Education Quarterly*, 14(3), 267-279.
- Families USA.** (2003). Who's Uninsured in Texas and Why? *Families USA*: Washington, D.C., Website: http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Texas_uninsured.pdf?docID=2404.
- Families USA.** (2005). Paying a Premium: The Added Cost of Care for the Uninsured. Website: http://www.familiesusa.org/site/DocServer/Paying_a_Premium.pdf?docID=9241.
- Health Resources and Service Administration.** Website: www.hrsa.gov.
- House Select Committee on State Health Care Expenditures (HSCSHCE).** (2004). Interim Report 2004: A Report to the House of Representatives, 79th Texas Legislature. Austin, Tex. Website: <http://www.house.state.tx.us/committees/reports/78interim/healthcareexpenditures.pdf>.
- Institute of Medicine.** (2001). Coverage Matters: Insurance and Health Care. *National Academies Press*: Washington, D.C. Website: www.nap.edu.
- Institute of Medicine.** (2002). Health Insurance is a Family Matter. *National Academies Press*: Washington, D.C. Website: www.nap.edu.
- Institute of Medicine.** (2004). Insuring America's Health: Principles and Recommendations. *National Academies Press*: Washington, D.C. Website: www.nap.edu.
- Jones R.F., and Korn D.** (1997). On the cost of educating a medical student. *Academic Medicine*;72:200-210.

- Longley, D.** (2004). Working Together for a Healthy Texas: Study of the Uninsured in Texas. *Presentation to the Task Force on December 14, 2004.*
- Mental Health Association in Texas.** (2005). Turning the Corner: Toward Balance and Reform in Texas Mental Health Services. Website: <http://www.mhatexas.org/TurningtheCorner.pdf>.
- New Freedom Commission on Mental Health.** (2003). Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. Department of Health and Human Services. Pub. No. SMA-03-3834. Rockville, MD. Website: <http://www.mentalhealthcommission.gov/reports/reports.htm>
- PEW Hispanic Center, Unauthorized Migrants: Numbers and Characteristics.** (2005) Website: www.pewhispanics.org
- Pollitt, E.** (1995). Does breakfast make a difference in school? *Journal of the American Dietetic Association*, 95(10), 1134-1139.
- Pollitt, E., Lewis, N. L., Garza, C., & Shulman, R. J.** (1982). Fasting and cognitive function. *Journal of Psychiatric Research*, 17(2), 169-174.
- Pollitt, E., Leibel, R. L., & Greenfield, D.** (1981). Brief fasting, stress, and cognition in children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 34(8), 1526-1533.
- Sallis, J. F., McKenzie, T. L., Kolody, B., Lewis, M., Marshall, S., & Rosengard, P.** (1999). Effects of health-related physical education on academic achievement: Project SPARK. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70(2), 127-134.
- Schneider, A. and Rousseau, D.** (2002). The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. Chapter III: Medicaid Financing. *Kaiser Family Foundation*. 108.
- Seton Healthcare Network.** (2005). Coordination of Care and Cost Savings Impact – The SETON Experience.
- Shine, K.** (2004). *Presentation on April 8, 2004 to Texas Senate Subcommittee on Higher Education.*
- Smith, V., Gifford, K., Ellis, E., Wiles, A., Rudowitz, R., and O'Malley, M.** (2005). Medicaid Budgets, Spending and Policy Initiatives in State Fiscal Years 2005 and 2006: Results from a 50 State Survey. *Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.*
- Stoll, K. and Jones, K.** (2004). One in Three: Non-Elderly Americans Without Health Insurance, 2002-2003. *Families USA: Washington, D.C.* Website: http://www.familiesusa.org/site/DocServer/82million_uninsured_report.pdf?docID=3641.
- Task Force on the Future of Public Health in Texas (TFFPHT).** (2005). The Future of Public Health in Texas. *University of Texas System.* Website: <http://www.utsystem.edu/health/publichealth.pdf>.
- Texas Department of Insurance.** (2003). Working Together for a Healthy Texas Final Report: Texas State Planning Grant. *Texas Department of Insurance - State Planning Grant Division.* Website: <http://www.tdi.state.tx.us/general/pdf/spgfinalreport.pdf>.
- Texas Department of Health (TDH).** (2003). Overview of the Texas Department of Health. *Texas Department of State Health Services.* Website: <https://www.tdh.state.tx.us/functionalreview/overview.pdf>.
- Texas Department of State Health Services.** (2004). Hospital Nursing in Texas: Findings of the Register Nurse Hospital Staffing Survey 2004. Website: <http://www.dshs.state.tx.us/chs/cnws/staffrep.pdf>.
- Texas Department of State Health Services.** (2004b). Nursing Workforce in Texas - 2003: Demographics and Trends. Website: <http://www.dshs.state.tx.us/chs/cnws/NuDemo03.pdf>.
- Texas Department of State Health Services.** (2005). County Indigent Health Care Program. Website: <http://www.dshs.state.tx.us/cihcp/default.shtm>.
- Texas Health and Human Services Commission (THHSC).** (2004). Texas Medicaid in Perspective, 5th ed. Website: <http://www.hhsc.state.tx.us/medicaid/reports/PB5/PinkBookTOC.html>.
- Texas Higher Education Coordinating Board.** (2004). Website: <http://www.thecb.state.tx.us/>.
- Texas Medical Association.** Website: <http://www.texmed.org/>.
- Texas Statewide Health Coordinating Council.** (2004). 2005-2010 State Health Plan: Innovative Approaches to Health Workforce Planning in Texas. Website: <http://archive.tdh.state.tx.us/legacytdh/texasshcc/stateplan2005/intro2005.pdf>.

The University of Texas System. (2004). Annual Financial Report of the University of Texas System Health Institutions.

US Census Bureau. (2005). DeNavas-Walt, C., Proctor, B.D. and Lee, C.H. Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2004. in *US Census Bureau, and Current Population Reports*, Washington, D.C.: US Government Printing Office. Website: <http://www.census.gov/prod/2005pubs/p60-229.pdf>.

US Census Bureau. (2005b). Annual Estimates of Population for the US and States, and for Puerto Rico: April 1, 2000 to July 1, 2005. Population Division.

US Department of Health and Human Services (HHS). (2001). Medicaid and SCHIP Waivers: Promoting Flexibility and Innovation. Website: <http://www.os.dhhs.gov/news/press/2001pres/01fsmedicaid.html>.

Warner, D. (2006). Wilbur J. Cohen Fellow in Health and Social Policy, Lyndon B. Johnson School of Public Affairs. Personal Communications.

Wilson, M., Shin, P., Regenstein, M., & Jones, K. (2004) An Assessment of the Safety Net in San Antonio, Texas. *Urgent Matters: The George Washington University Medical Center, School of Public Health and Health Services*. Website: http://www.urgentmatters.org/pdf/SNA_files/Final_SanAntonio.pdf.

Wilson, M. Nguyen, K. (2004) Bursting at the Seams. *Urgent Matters: The George Washington University Medical Center, School of Public Health and Health Services*. Website: http://www.rwjf.org/files/research/Learning_Network5.pdf.

[RECOMENDACIÓN:]

reacciona