

CLINICAS DE CHILE A.G.  
Clínicas y Centros de Salud

# Temas de Coyuntura

Número 56  
NOVIEMBRE 2012

## SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS: ¿POR QUÉ NO SON LOS MEJORES?

El sistema de salud de Estados Unidos es uno de los sistemas más costosos del mundo, sin embargo se estima que su desempeño es deficitario en relación a los recursos involucrados. Para contribuir a esta discusión, desde el año 2005, la Fundación Commonwealth De Estados Unidos, a través de una comisión especial de alto nivel, realiza una medición de estándares de desempeño del sistema de salud americano, con el objetivo de orientar políticas públicas que permitan mejorar el resultado en las áreas deficitarias.

La metodología de evaluación utilizada consiste en la medición de 42 estándares, cuyo resultado se contrasta con un objetivo de desempeño loggable, (Benchmark). Al mostrar las diferencias entre los resultados nacionales y los puntos de referencia que se han establecido, este instrumento permite establecer objetivos y un criterio para medir el éxito de las nuevas políticas.

Considerando que Estados Unidos está en proceso de implementar importantes reformas a su sistema de salud, se vuelve relevante hacer un análisis respecto a la eficiencia, capacidad de respuesta en términos de acceso y calidad de sus atenciones de salud y equidad del sistema.

### ANTECEDENTES GENERALES

El objetivo de un sistema de salud eficiente es que permita a las personas acceder a atención de salud efectiva, eficiente y oportuna, sin discriminaciones entre sus beneficiarios potenciales. A pesar de los mejores esfuerzos de todos los actores del sistema de salud de Estados Unidos, su rendimiento es inferior al de otros países industrializados. Numerosos estudios dejan claro que el sistema no produce resultados esperables en función de los enormes gastos involucrados.

Estados Unidos es un caso atípico entre las naciones industrializadas en relación al gasto en atención de la salud. El gasto per cápita en salud observado es casi el doble que el de muchos otros países y como proporción del producto interno bruto (PIB), es entre un 40% y 80% mayor. Otro aspecto preocupante es que la tasa de crecimiento del gasto también es superior al de otros países. Desde 1980, el aumento en el gasto en salud en los EE.UU. ha superado el crecimiento en otros sectores de la economía del país, aumentando más rápido que los salarios y el crecimiento económico general. Como resultado, la proporción del PIB de EE.UU. dedicada a la atención de salud se duplicó de 9% del PIB en 1980 al 18 por ciento en 2009.

Es importante señalar que la calidad de la atención de la salud no sólo considera el hecho que los pacientes reciban una asistencia segura y científicamente eficaz, sino también implica una buena comunicación médico-paciente y una buena coordinación cuando los pacientes están en procesos de transición o de alta. La evidencia señala que la calidad de la atención en Estados Unidos es variable y con frecuencia significativamente menor que lo que podría ser. Los pacientes se enfrentan a un sistema fragmentado lo que genera insatisfacción.

La evaluación de desempeño diseñada por la Fundación Commonwealth busca evaluar el sistema de salud a través de un análisis desagregado por área que ponga en evidencia donde se encuentran las mayores falencias y los mayores logros frente a un objetivo de resultados lograble (benchmark).

La metodología de análisis desarrollada considera la medición de 42 indicadores, definidos inicialmente a través de un trabajo exhaustivo de expertos y líderes que representan a todos los sectores de la salud: el gobierno, los políticos representantes de los estados federados, el sector empresarial, las sociedades profesionales y la academia.

Cada parámetro es medido individualmente y contrastado frente a un parámetro de desempeño definido como un estándar deseable que se puede lograr (benchmark), en cual se construye en función de los resultados observados a nivel doméstico (por el 10% de los estados, aseguradores y prestadores de mejor desempeño) y en los países de mejores resultados en salud a nivel mundial.

Los resultados de la última evaluación de desempeño, realizada el año 2011, en base a información disponible del año 2008 y 2009, mostró un panorama preocupante relacionado con:

- problemas de acceso para una parte importante de la población,
- problemas de equidad en función de factores demográficos, de ingreso y tipo de aseguramiento y,
- problemas de eficiencia que afectan el desempeño junto con costos cada vez más crecientes que afectan a las personas directamente, a las empresas y al gobierno.

Entre los aspectos positivos se destacan logros notables en la calidad de la atención en algunas estados que se habían comprometido con una plan de mejora específico, lo cual pone en evidencia la importancia de trabajar de acuerdo a un objetivo pre-establecido con una estrategia diseñada especialmente para avanzar hacia él.

## METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN

La metodología de calificación consta de una sencilla proporción que compara el rendimiento nacional con un índice de referencia al que se le asigna una puntuación máxima de 100. Para cada indicador, se identificaron puntos de referencia basados en las tasas alcanzadas por el 10 por ciento de los estados, regiones, hospitales, planes de salud u otros proveedores de Estados Unidos, con el mejor rendimiento observado o una referencia internacional basada en el desempeño de los países industrializados con mejores resultados. En aquellos indicadores donde los datos estaban disponibles sólo a nivel nacional, se establecieron como referencia los resultados observados en la población constituida por las personas de altos ingresos con seguro de salud.

El instrumento de evaluación considera la medición de parámetros en cinco dimensiones del sistema de salud, cuyos puntajes parciales permiten construir el resultado global:

1. **VIDA SALUDABLE**
2. **CALIDAD**
3. **ACCESO**
4. **EFICIENCIA**
5. **EQUIDAD**

Cada una de estas dimensiones es medida en función de 42 indicadores específicos:

### 1. VIDA SALUDABLE:

- Mortalidad Atribuible a la atención de salud.
- Mortalidad infantil.
- Expectativa de vida saludable a los 60 años.
- Adultos entre 18 y 64 años con algún tipo de limitación por problemas de salud, (físicos, mentales o emocionales).
- Niños entre 6 y 17 años que perdieron 11 o más días de clases por enfermedad o lesiones.
- Adultos fumadores.
- Niños entre 10 y 17 años con sobrepeso y obesidad.

### 2. CALIDAD:

Esta dimensión incluye indicadores organizados en cuatro grupos:

- Efectividad de la atención.
- Coordinación de la atención.
- Seguridad.
- Atención oportuna centrada en el paciente.

Los indicadores específicos para cada grupo son los siguientes:

#### Efectividad de la atención:

- Adultos que han recibido seguimiento y cuidado preventivo recomendado según su edad y sexo.
- Niños que recibieron vacunas y atención preventiva recomendadas :
  - Recibieron todas las dosis recomendadas de seis vacunas principales
  - Recibieron dos visitas preventivas de atención médica y dental
- Adultos y niños que necesitan atención de salud mental y recibieron tratamiento.
- Adultos con episodios depresivos mayores que recibieron tratamiento.
- Niño que necesitan atención de salud mental y recibieron tratamiento.
- Enfermedades crónicas bajo control:
  - Control de los adultos con diabetes con nivel de hemoglobina A1c <9%
  - Control de los adultos con hipertensión con presión arterial mayor a 140/90 mmHg
- Pacientes hospitalizados que recibieron la atención recomendada por ataque al corazón, insuficiencia cardíaca y neumonía.
- Pacientes quirúrgicos que recibieron la atención adecuada para prevenir complicaciones.

### Coordinación de la atención:

- Adultos 19-64 años con acceso a un prestador de salud primaria.
- Niños con cuidado médico en casa.
- Coordinación de cuidados al alta hospitalarios.
  - Revisión de medicamentos al egreso
  - Pacientes con falla cardíaca que recibieron instrucciones escritas al alta
  - Personas mayores de 6 años hospitalizados por trastornos de salud mental que tuvieron seguimiento durante los primeros 30 días desde el alta.
- Hospitalizaciones y reingresos de personas residentes en hogares de ancianos.
- Hospitalizaciones y reingresos de personas con asistencia de salud en casa.
- ingresos hospitalarios de pacientes con atención médica hospitalaria.

### Seguridad:

- Errores de medicación y errores en pruebas de laboratorio.
- Uso inseguro de drogas.
  - Niños a los que se le ha recetado antibióticos por una infección de la garganta sin un test previo.
  - Uso de medicamentos de alto riesgo entre ancianos beneficiarios de Medicare.
  - Interacciones de drogas potencialmente dañinas entre ancianos beneficiarios de Medicare.
- Residentes de hogares de ancianos con escaras.
- Tasa de mortalidad hospitalaria efectiva vs esperada.
- Tasa de mortalidad hospitalaria hasta los 30 días en casos de hospitalización por ataque cardíaco, falla cardíaca y neumonía.
- Eventos adversos prevenibles y otras complicaciones de la atención hospitalaria.

### Atención oportuna

- Adultos enfermos que reportaron haber tenido acceso a atención médica en menos de 24 horas, ante caso de enfermedad.
- Adultos enfermos que reportaron que fue fácil acceder a una sala de emergencias fuera de horarios laborales.
- Adultos enfermos que reportaron que en la atención recibida la comunicación médico-paciente fue atenta, el profesional explicó con claridad, escuchó con respeto y le asignó el tiempo suficiente.
- Adultos con condiciones crónicas que cuentan con un plan explícito de autocuidado.
- Evaluación de la respuesta del staff clínico al manejo de dolor del paciente.
- Pacientes con atención de salud domiciliaria cuya capacidad para caminar o moverse ha mejorado.
- Pacientes con restricciones físicas residentes en los hogares de ancianos.

## 3. ACCESO:

Esta dimensión incluye indicadores organizados en dos grupos:

- Participación
- Asequibilidad

Los indicadores específicos para cada grupo son los siguientes:

### Participación:

- Adultos entre 18 y 64 años asegurados permanentemente.
- Adultos sin problemas de acceso a causa de los costos.

Otros indicadores:

- Personas menores de 65 años no asegurados: tendencias.
- Porcentaje de adultos entre 19-64 sin seguro médico por estado.
- Porcentaje de niños 0-18 años de edad sin seguro médico por estado.
- Estimación de porcentaje previsto de adultos entre 19-64 asegurados por estado después de la reforma.

### Asequibilidad:

- Personas menores de 65 años, que viven con sus familias, con alto gasto de bolsillo en salud y primas de seguros, en relación a su nivel de ingresos.
- Personas menores de 65 años que viven en estados donde las primas de seguros médicos auspiciados por el empleador son inferiores al 15% del ingreso medio del hogar.
- Adultos entre 19-64 años sin problemas de facturas médicas pendientes o deudas médicas

Otro indicador:

- Tendencias de crecimiento de las primas de seguros médicos en comparación con los ingresos de los trabajadores y la inflación general.

## 4. EFICIENCIA

- Posible sobreuso o abuso de recursos de salud:
  - Duplicación de exámenes.
  - Resultados de exámenes no disponibles en la consulta médica.
  - Exámenes radiológicos innecesarios para diagnosticar dolor lumbar.
- Consulta de adultos en sala de emergencias para una condición que podría haber sido tratado por médico de cabecera.
- Hospitalizaciones potencialmente evitables (para algunos diagnósticos definidos.)
- Tasas de readmisión hospitalaria hasta los 30 días del alta, en pacientes del Medicare.
- Costos anuales de Medicare en atención de salud y mortalidad por ataques cardíacos, fracturas de cadera o cáncer de colon.
- Costos anuales de Medicare en atención a beneficiarios con múltiples enfermedades crónicas.
- Costos de administración de seguros de salud como porcentaje del total del gasto de salud del país.
- Uso de registros médicos electrónicos:
  - Porcentaje de médicos de atención primaria que utilizan ficha clínica electrónica.
  - Porcentaje de los pacientes hospitalizados que recibieron atención en un hospital con sistema de registros electrónicos (básico o integral).

## 5. EQUIDAD

En esta dimensión el instrumento de evaluación compara tasas de riesgo por tipo de aseguramiento, raza, e ingreso. Específicamente se comparan tasas de riesgo en salud entre:

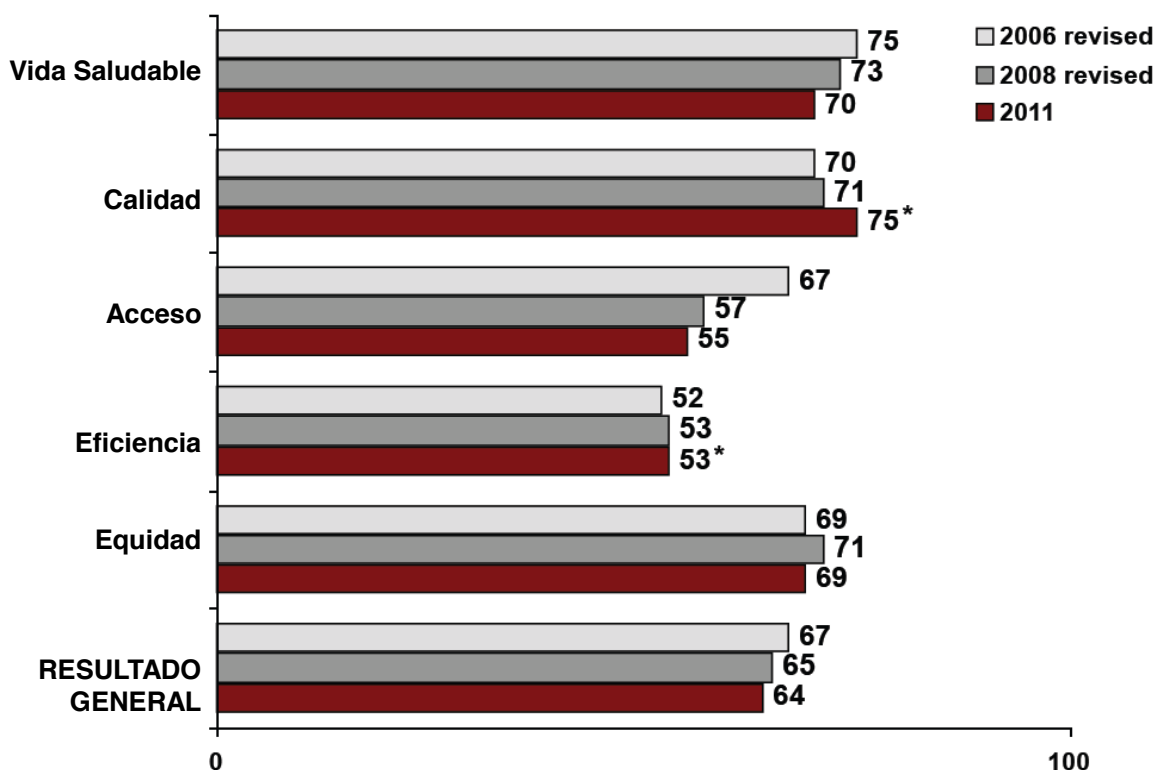
- Asegurado y no asegurados
- Personas de altos y bajos ingresos
- Blancos, negros e hispanos

Los indicadores utilizados incluyen un subconjunto de indicadores principales y algunos indicadores específicos de equidad.

## ALGUNOS RESULTADOS OBSERVADOS

En la medición de los 42 indicadores, el resultado global estimó el desempeño del sistema de salud en 64 puntos sobre una meta posible de 100, lo cual implicó una leve baja respecto al desempeño observado en las mediciones de los años 2006 y 2008. Sin embargo es importante destacar que la muestra de países que constituyen el benchmark del estudio mejoró sustancialmente sus indicadores, por lo que, aun cuando en Estados Unidos se lograron algunos importantes avances, esto no se reflejó plenamente en un análisis relativo.

### Puntaje de desempeño del Sistema de Salud USA



Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

En el análisis independiente por cada dimensión del sistema, el área donde se observa una mejora sustancial es en los indicadores de calidad, con un puntaje global para el año 2010 de 75. En esta área el gobierno y los estados federales han trabajado explícitamente el último tiempo, con planes específicos de mejora. Las áreas con mayores falencias corresponden a las relacionadas con eficiencia y acceso.

El siguiente cuadro muestra el desempeño de cada uno de los 42 indicadores evaluados y el benchmark establecido para cada uno de ellos. En algunos casos este es un objetivo prefijado por el grupo de expertos.

	Tasa Promedio USA	Benchmark	Tasa Benchmark	Tasa USA/ Tasa Benchmark	
<b>PUNTUACIÓN MÁXIMA</b>				<b>64</b>	
<b>VIDA SANA</b>					
1	Mortalidad correlacionada a las atenciones de salud, por 100 mil habitantes	96	Top 3 entre 16 países	57	60
2	Mortalidad Infantil por cada 1000 nacidos vivos	6.8	Top 10% de los Estados	4.7	69
3	Esperanza de vida sana a los 60 años, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	88
4	Adultos entre 18 y 64 años con limitaciones físicas, mentales o emocionales.	18.4	Top 10% de los Estados	11.5	63
5	Niños entre 6 y 17 años que perdieron 11 o más días de clase por enfermedad o lesiones.	5.8	Top 10% de los Estados	3.8	66
6	Adultos fumadores	17.0	Top 10% de los Estados	12.2	72
7	Niños entre 10 y 17 años con sobrepeso u obesidad	32	Top 10% de los Estados	23	72
<b>CALIDAD</b>					
8	Adultos que han recibido seguimiento recomentado y cuidado preventivo.	51	Objetivo establecido	80	64
9	Niños que recibieron vacunas recomendadas y atención preventiva, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	88
10	Adultos y niños que necesitan atención de salud mental y recibieron tratamiento, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	75
11	Enfermedades crónicas bajo control, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	841
12	Pacientes hospitalizados que recibieron atención para ataque al corazón, insuficiencia cardiaca y neumonia.	96	Hospital Top	100	96
13	Pacientes Quirúrgicos que recibieron atención para prevenir complicaciones.	96	Hospital Top	100	96
14	Adultos entre 19 y 64 años con acceso a un prestador de atención primaria.	56	65 y más años, altos ingresos	77	73
15	Niños con hospitalización domiciliaria	58	Top 10% de los Estados	68	85
16	Coordinación de cuidados al Alta Hospitalaria	Varias	Varias	Varias	80
17	Admisión hospitalaria y readmisión de personas residentes en hogares de ancianos, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	61
18	Admision hospitalaria de pacientes de hospitalización domiciliaria.	29	Top 25% de las Agencias	17	60
19	Reportes de errores médicos en medicación o laboratorio en adultos enfermos.	32	El mejor entre 8 países	16	50
20	Uso inseguro de drogas, (promedio de 3 tasas).	Varias	Varias	Varias	62
21	Residentes en hogares de ancianos con escaras, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	68
22	Tasa de mortalidad efectiva versus la esperada.	73	Top 10% de los hospitales	68	94
23	Tasa de mortalidad hospitalaria a los 30 días por infarto al miocardio, insuficiencia cardiaca y neumonia, (promedio de 3 tasas).	Varias	Varias	Varias	85
24	Adultos enfermos capaces de ver al médico el mismo o siguiente día que se enfermo o necesito atención médica.	43	El mejor entre 8 países	81	53
25	Adultos enfermos que reportaron que fue fácil obtener una atención fuera del horario hábil sin tener que ir al Servicio de Urgencia.	37	El mejor entre 8 países	72	51
26	Adultos cuyos prestadores de salud siempre los escucharon cuidadosamente, les explicaron de manera clara y los atendieron el tiempo suficiente.	57	Percentil 90 en planes de salud	77	75
27	Adultos con enfermedades crónicas y que tienen un plan de autocuidado.	66	El mejor entre 8 países	66	100
28	Manejo del dolor centrado en el paciente, (promedio de 3 tasas).	Varias	Varias	Varias	88
29	Pacientes con atención de salud en casa cuya capacidad para caminar ha mejorado.	47	Top 25% de las Agencias	58	81



		Tasa Promedio USA	Benchmark	Tasa Benchmark	Tasa USA/ Tasa Benchmark
continuación cuadro					
<b>ACCESO</b>					
30	Adultos entre 19 y 64 años con cobertura de seguro anual que no estén subasegurados.	56	Objetivo establecido	100	56
31	Adultos sin problemas de acceso a causa de los costos	67	El mejor entre 11 países	95	71
32	Personas menores de 65 años con alto gasto de bolsillo y primas de seguros en relación a su nivel de ingreso.	78	Objetivo establecido	100	4
33	Personas menores de 65 años que viven en estados donde las primas de salud auspiciadas por el empleador son inferiores al 15% del ingreso medio familiar.	4	Objetivo establecido	100	4
34	Adultos entre 19 y 64 años sin deudas médicas pendientes.	60	Objetivo establecido	100	60
<b>EFICIENCIA</b>					
35	Posible sobreuso o abuso de los recursos de salud, (promedio de 3 tasas).	Varias	Varias	Varias	40
36	Adultos enfermos atendidos en urgencia y que podrían haber sido atendidos por su médico de cabecera.	21	El mejor entre 8 países	6	29
37	Hospitalizaciones potencialmente evitables (para algunos diagnósticos definidos), (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	56
38	Tasas de readmisión hospitalaria hasta los 30 días del alta en beneficiarios del Medicare, ingresados por una de las 45 condiciones médicas o procedimientos quirúrgicos, de la lista de Medicare.	20	Percentil 10 en planes de salud	15	72
39	Costos anuales de Medicare y mortalidad por infarto al miocardio, fractura de cadera y cáncer de colon, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	89
40	Costos anuales de Medicare (US\$) a beneficiarios con múltiples enfermedades crónicas, (promedio de 4 tasas).	Varias	Varias	Varias	69
41	Gastos en la administración de seguros de salud como % del total de gasto de salud del país.	7.0	Top 3 entre 10 países	2.4	34
42	Uso de registros médicos electrónicos, (promedio de 2 tasas).	Varias	Varias	Varias	34

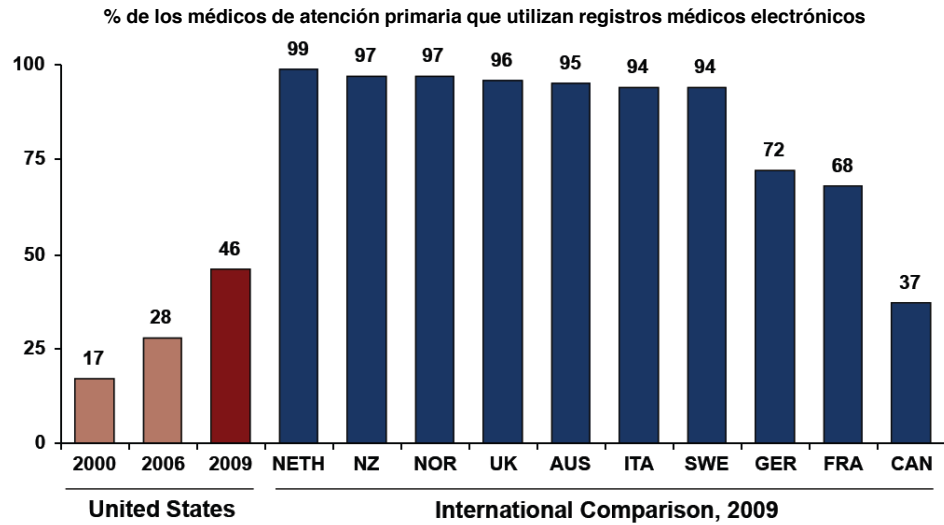
## ALGUNOS INDICADORES QUE MUESTRAN MEJORAS ALENTADORAS

- Sistemas de información: la proporción de médicos de atención primaria que utilizan registros médicos electrónicos aumentó de 17% a 46% entre los años 2000 al 2009, sin embargo, Estados Unidos está muy por detrás del líder de los países industrializados, donde casi todos los médicos usan este tipo de registros. Los incentivos financieros para la adopción de registros electrónicos, legislación promulgada como parte del estímulo económico federal, debería promover una mayor expansión de esta tecnología.





## Uso de registros médicos electrónicos

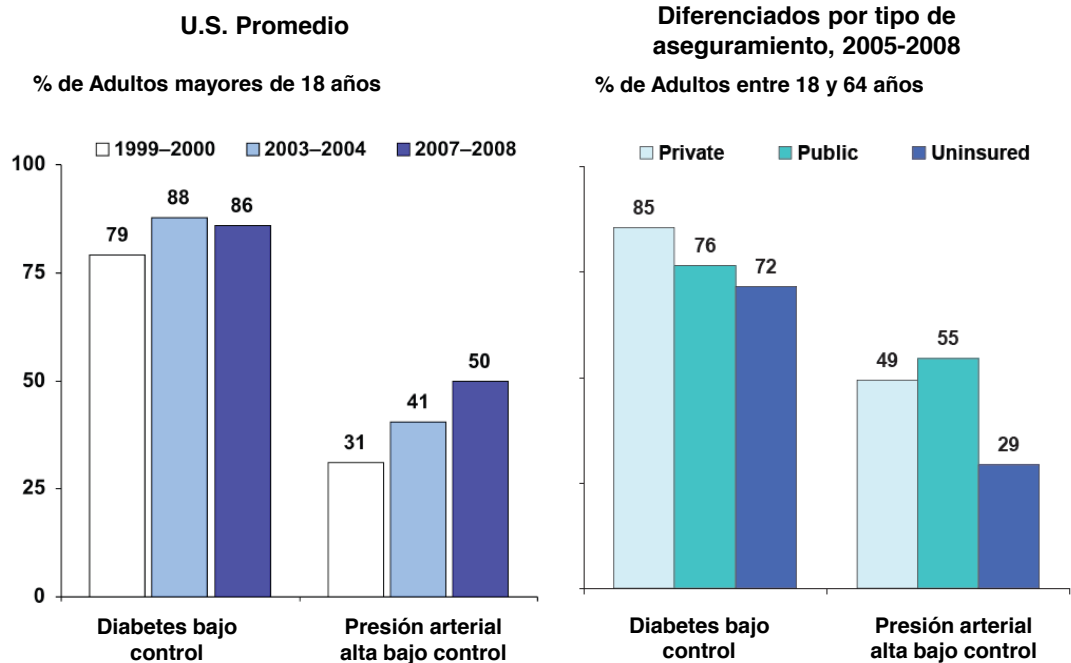


AUS=Australia, CAN= Canadá, FRA=Francia, GER=Alemania, ITA= Italia, NETH=Holanda, NZ= Nueva Zelanda, NOR= Noruega, SWE= Suecia, UK= Inglaterra.

Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

- El cuidado de las condiciones crónicas: control de la presión sanguínea en pacientes con hipertensión mejoró de un 31% en los años 1999-2000 al 50% en el período 2007-2008, lo cual puede ser atribuible a las campañas de sensibilización y de prevención emprendidas a nivel nacional. En esta área se estima que aún hay espacio para mejoras relevantes ya que la tasa objetivo es de 75%.

## Enfermedades crónicas bajo control: diabetes e hipertensión

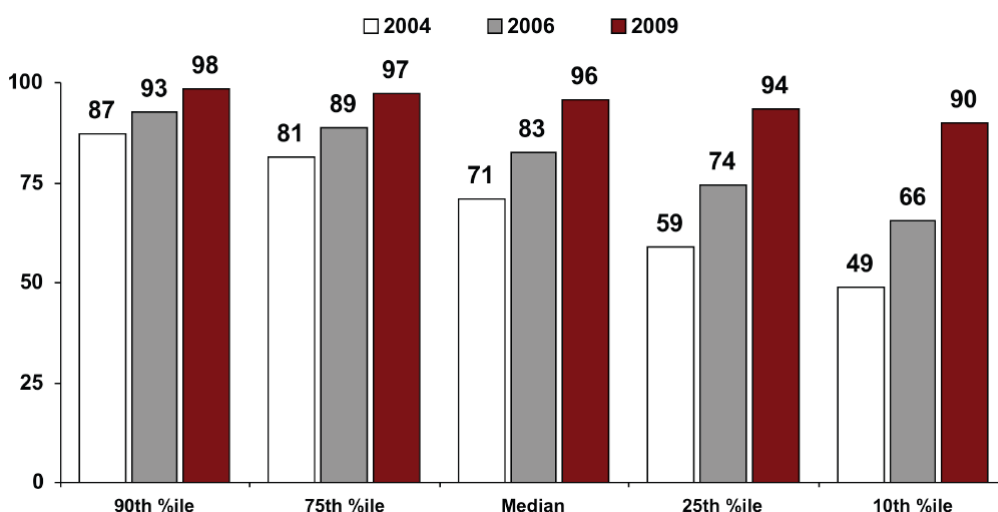


Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

- **Eficacia Hospitalaria:** los pacientes hospitalizados que recibieron medidas preventivas para evitar complicaciones alcanzó un 96% con un fuerte incremento respecto a los valores observados en el año 2004. El cumplimiento de las normas de tratamiento para el ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, y la neumonía aumentó del 84% a 96%. Esta rápida mejora se produce justo después de un consenso alcanzado a nivel de política federal que vincula el pago de Medicare con la obligación de los hospitales de informar públicamente sus resultados, donde se evidencia una importante diferencia de resultados entre los hospitales de mejor y peor desempeño.

## HOSPITALES: Prevención para complicaciones en Intervenciones Quirúrgicas

% de pacientes quirúrgicos adultos que recibieron atención para evitar complicaciones.



Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

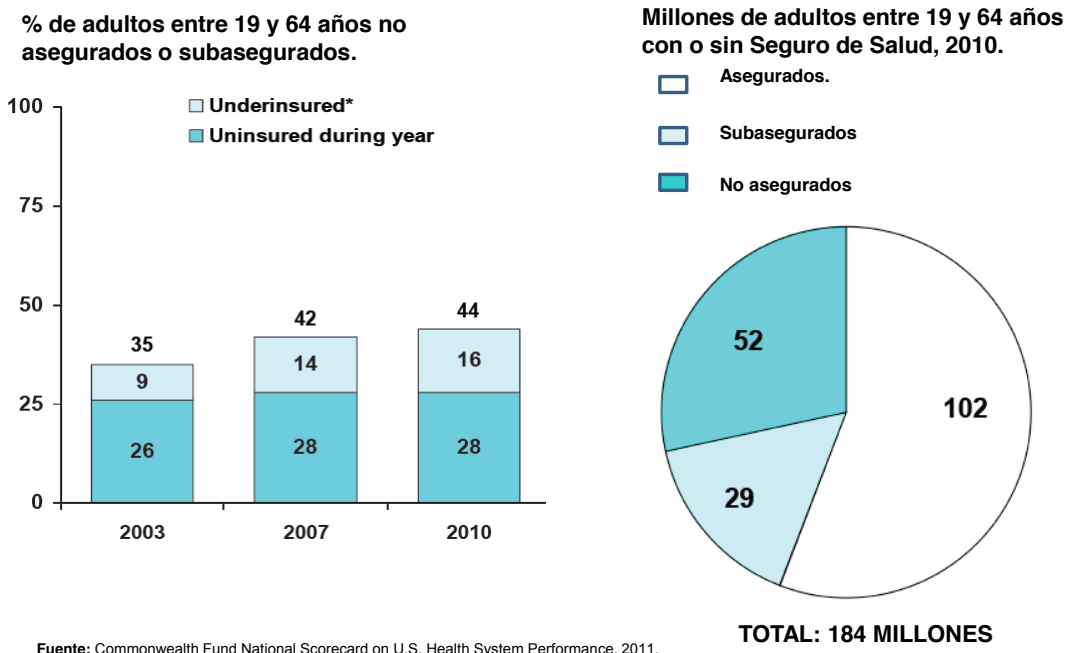
- **Hospitalizaciones evitables:** las tasas de hospitalizaciones por condiciones tratables ambulatoriamente ha disminuido en forma importante. Por ejemplo, las tasas de hospitalización por insuficiencia cardíaca y asma pediátrica se redujo en un 13% a partir de 2004.
- **Calidad de la atención post aguda y de largo plazo:** Las tasas de escaras en ancianos residentes en asilos de corta estancia se redujo de 19 por ciento a 14 por ciento de año 2004 a 2008, con un descenso similar entre los residentes de asilos de larga estancia. La proporción de los pacientes de atención médica domiciliaria que ganaron mejora de la movilidad aumentó de 37% a 47%. Estos resultados probablemente reflejan la influencia de la información pública y los esfuerzos de colaboración a través de campañas públicas específicas orientadas a incentivar la excelencia en estas instituciones.
- **Consumo de cigarrillos:** continuando con una tendencia de largo plazo, la prevalencia de adultos estadounidenses que fuma cigarrillos se redujo de 21% en 2004 a 17% en 2010. Dos estados (Utah y California) han alcanzado o superado la meta federal de 12%. Sin embargo, las tasas de los estados con la mayor prevalencia de fumadores tienen el doble de ese nivel, lo que indica la necesidad de una mayor adopción.

- **Mortalidad evitable:** la tasa de mortalidad susceptible de evitar con atención de salud oportuna y eficaz ha mejorado un 21% desde el año 98 al año 2007, pasando de una tasa de 120 a 96 muertes por cada 100.000 personas. Sin embargo, estas tasas mejoraron un 32%, en promedio, en 15 otros países industrializados, es decir, los Estados Unidos, aun cuando mejora, tiene un bajo desempeño relativo respecto a los países líderes.

Por otra parte, los indicadores que muestran importantes deterioros o ninguna mejoría son los siguientes:

- **Seguro y acceso:** en el año 2010, 81 millones de adultos, que representan el 44 % de todos los adultos en edad activa, estuvieron sin seguro en algún momento del año o tenían un seguro insuficiente, lo que significaba que, a pesar de estar asegurado durante todo el año, tuvo altos copagos o fuertes deducibles. Esto representa un 33% de aumento desde el año 2003, afectando principalmente a las personas de ingresos medianos y bajos.

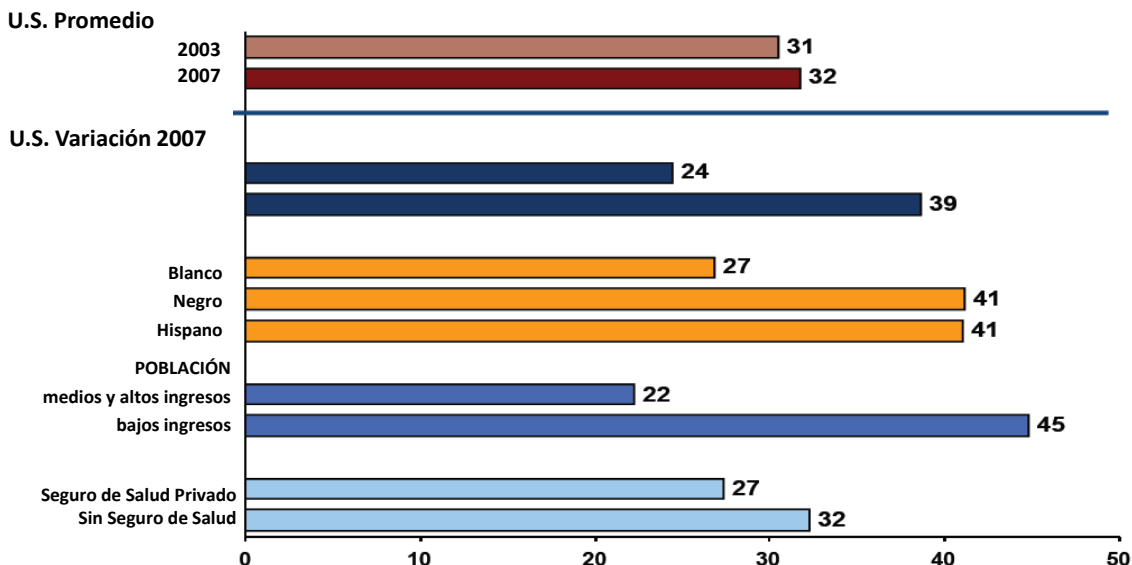
## Adultos con y sin Seguro de Salud



- **Atención primaria y preventiva:** En el año 2008, un 44% de los adultos no ancianos carecían de un prestador de salud de fácil acceso personal o telefónicamente y sólo la mitad recibió el conjunto de servicios preventivos básicos. Esto indica pocos cambios a partir del año 2002. La tasa de vacunación de los niños se recuperó en el año 2010, tras una fuerte caída provocada por la escasez de vacunas en 2009, sin embargo, una cuarta parte de los niños aún no cuenta con protección completa contra las enfermedades transmisibles.
- **Obesidad infantil:** casi un tercio (32%) de los niños de 10 a 17 años tenían sobrepeso u obesidad en el año 2007, con tasas que fluctúan entre 24% y 39% entre estados. A menos que haya una mejora en la alimentación y el control sistemático del peso, es probable que aumenten los problemas.

## Niños con sobrepeso u obesidad

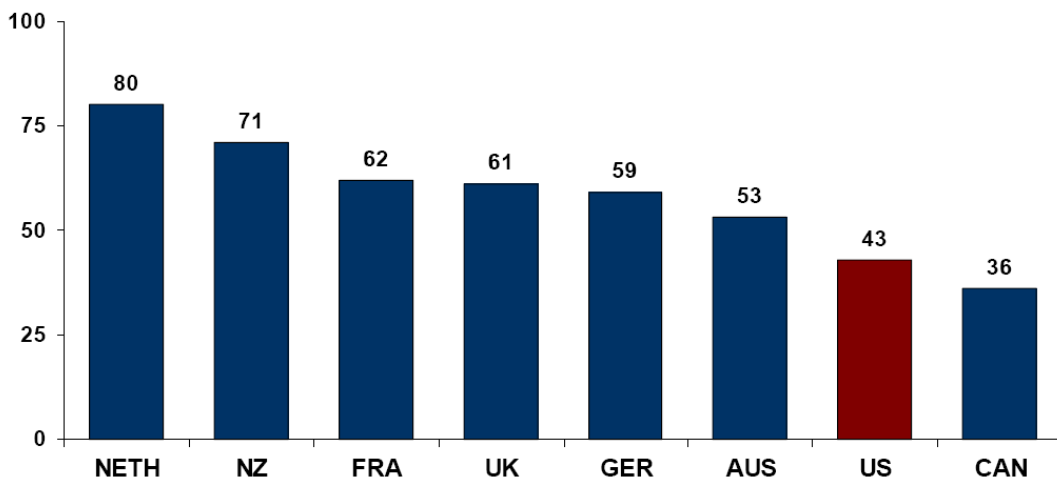
% de niños entre 10 y 17 años con sobrepeso u obesidad.



Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

- Atención oportuna y coordinada: en el año 2008, sólo el 43% de los adultos estadounidenses con problemas de salud fueron capaces de asegurar un rápido acceso a una consulta médica cuando estaban enfermos, lo que equivale a la mitad de la tasa observada en los países con mejor desempeño.

## % Adultos enfermos que pudieron acceder a una Consulta Médica en un plazo máximo de 48 hrs.



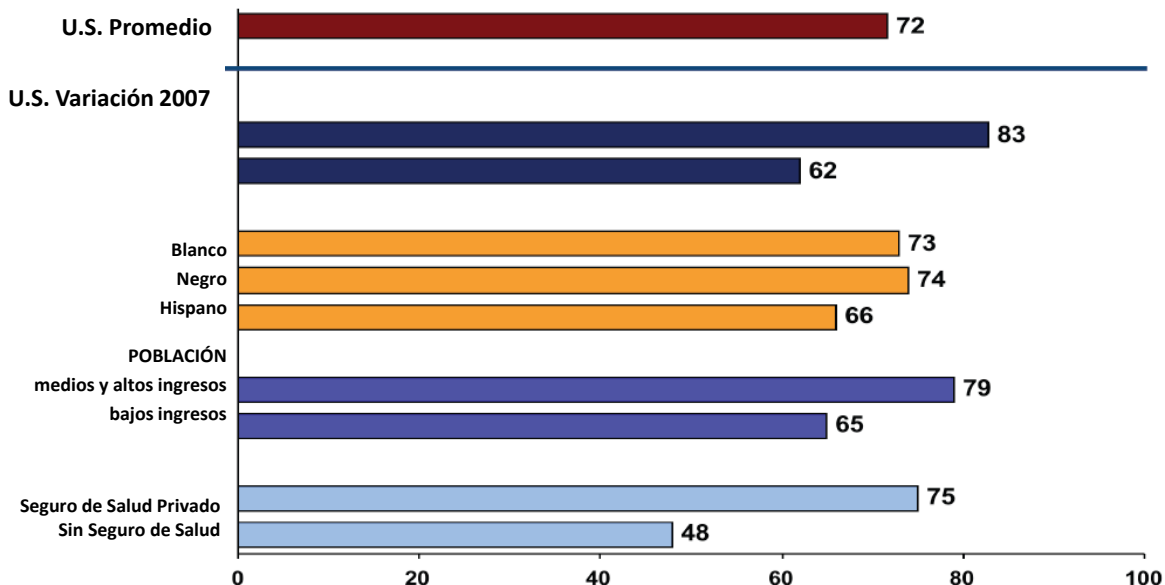
AUS=Australia, CAN= Canadá, FRA=Francia, GER=Alemania, NETH=Holanda, NZ= Nueva Zelanda, UK= Inglaterra, US= Estados Unidos.

Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

- Disparidades de acceso: Las minorías, las personas de bajos ingresos o adultos y niños sin seguro generalmente reportaron los mayores problemas para acceder a una atención oportuna, los mayores casos de descoordinación y la mayor tasa de problemas de salud sin atención (caries no tratadas, enfermedad crónica no controlada, hospitalizaciones evitables etc). Además tenían menos probabilidades de recibir atención preventiva o tener fácil acceso a atención primaria.

## Visitas de Atención preventivas en niños, 2007.

% de niños menores de 18 años que recibieron atención médica, dental o ambas durante el año pasado.



Fuente: Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011.

## CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis realizado por la Fundación Commonwealth, ellos concluyen que Estados Unidos está perdiendo terreno en el esfuerzo para garantizar el acceso a la atención de la salud eficiente. Aunque hay mejoras prometedoras en los principales indicadores de calidad de la atención, estos siguen siendo desiguales a nivel geográfico, entre establecimientos y entre personas. También estiman que hay amplia evidencia de atención ineficiente e inequitativa. Otros países avanzados los están superando en la tarea de proporcionar acceso oportuno a la atención primaria, la reducción de la mortalidad prematura, y aumentar la esperanza de vida saludable, gastando considerablemente menos en salud y administración.

Un aspecto muy importante de destacar es que la mejora en los indicadores clave de calidad demuestra que el progreso significativo es posible si el país establece metas y objetivos específicos vinculados a las métricas de desempeño y rendición de cuentas por los resultados. Este enfoque es una necesidad urgente para mejorar el rendimiento en todos los ámbitos y entornos de atención. El rendimiento del sistema de salud tendría que mejorar en un 40% o más para alcanzar a los niveles de referencia a nivel nacional e internacional.

Es importante reconocer las buenas prácticas y aprender de ellas, de esta manera, el país podría obtener beneficios sustanciales. El avanzar al logro de los niveles de referencia del rendimiento, incluso entre un subconjunto de indicadores, produciría ganancias considerables, algunas de las cuales han sido cuantificadas por diferentes organismos de análisis, como por ejemplo:

- Si se redujera su tasa de mortalidad por causas susceptibles de atención de la salud a la tasa más baja a nivel internacional, se podrían evitar hasta 91.000 muertes prematuras cada año, (más del doble del número de las personas que mueren en accidentes de vehículos anualmente).
- El Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (NCQA) estima que la mejora de las tasas nacionales de control de la diabetes y la hipertensión, podría ahorrar hasta 89.000 vidas cada año.
- Al aumentar la proporción de los adultos estadounidenses que reciben atención preventiva recomendable a su grupo etario a 80%, unas 66 millones de personas más podrían cosechar los beneficios de la prevención de enfermedades y la detección temprana. Por ejemplo, el control preventivo de la diabetes y la presión arterial podría evitar el desarrollo de la enfermedad y reducir las complicaciones, con un ahorro estimado entre de \$ 1,6 y US \$ 3,1 billones de dólares por año en costos médicos.
- Reducir las hospitalizaciones de Medicare por enfermedades prevenibles a los niveles de referencia ahorraría \$ 4,2 mil millones, con ahorros adicionales de reducción de las estadías de hospitalizaciones de este tipo en los menores de 65 años
- El programa Medicare podría ahorrar hasta \$ 12 billones de dólares por la reducción de los reingresos hospitalarios evitables, basado en una estimación de la Comisión Asesora de análisis de costos de Medicare.
- Otros ahorros son posibles mediante la reducción de los costos administrativos de aseguramiento, si estos costos representaran el mismo porcentaje promedio del gasto en salud observado en tres países europeos con una combinación de sectores público y privado de seguros similar a Estados Unidos.
- Se podrían ahorrar hasta \$ 55 billones de dólares cada año (más de la mitad de la cantidad que sería necesaria para asegurar a toda la población sin seguro actualmente).
- La amplia variación en costos de atención médica en los EE.UU abre las posibilidades al país para lograr eficiencias. Si, por ejemplo, los gastos anuales por persona de Medicare en los estados de costo más alto se redujera a tasas medianas, o hasta lograr los niveles del 25% de los estados más eficientes, se podrían ahorrar entre \$ 20 a \$ 37 billones de dólares por año.

## Costo Anual de Atención a Beneficiarios de Medicare con Enfermedades Crónicas Múltiples

### Hospitales de Referencia Regional

	Año	U.S. Promedio	10 th percentil	25 th percentil	75 th percentil	90 th percentil
Diabetes, falla cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2003	\$ 34.498	\$ 23.909	\$ 26.695	\$ 36.327	\$ 47.309
	2005	\$ 39.314	\$ 27.106	\$ 30.872	\$ 43.222	\$ 51.708
	2009	\$ 48.107	\$ 33.087	\$ 38.118	\$ 54.030	\$ 67.000
Diabetes e insuficiencia cardíaca	2003	\$ 21.710	\$ 14.192	\$ 16.290	\$ 22.540	\$ 28.752
	2005	\$ 24.561	\$ 17.347	\$ 19.095	\$ 25.976	\$ 31.770
	2009	\$ 30.804	\$ 21.117	\$ 23.932	\$ 33.467	\$ 39.443
Diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2003	\$ 14.954	\$ 10.345	\$ 11.748	\$ 16.243	\$ 19.902
	2005	\$ 16.355	\$ 11.676	\$ 13.251	\$ 17.219	\$ 20.311
	2009	\$ 18.977	\$ 13.203	\$ 15.120	\$ 20.615	\$ 23.600
Insuficiencia Cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2003	\$ 25.199	\$ 17.366	\$ 19.761	\$ 26.069	\$ 34.840
	2005	\$ 28.348	\$ 20.661	\$ 22.862	\$ 31.630	\$ 36.018
	2009	\$ 34.162	\$ 23.951	\$ 26.926	\$ 37.029	\$ 44.648

Fuente: Análisis de la Universidad Johns Hopkins de Medicare estándar analítico archivos (SAF) 5% fecha de hospitalización.

Aun cuando la suma de los ahorros esperados es solo una fracción del gasto en salud anual, todas son metas alcanzables cuyo logro beneficiaría al estado y a las personas.

***Nota:*** Este trabajo esta basado en el Informe *Why Not the Best, que analiza los resultados de "Commonwealth Fund National Scorecard on U.S. Health System Performance, 2011", publicado en octubre 2011.*

*Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.*