

Tribuna ^{nº35, junio 2021} Norteamericana

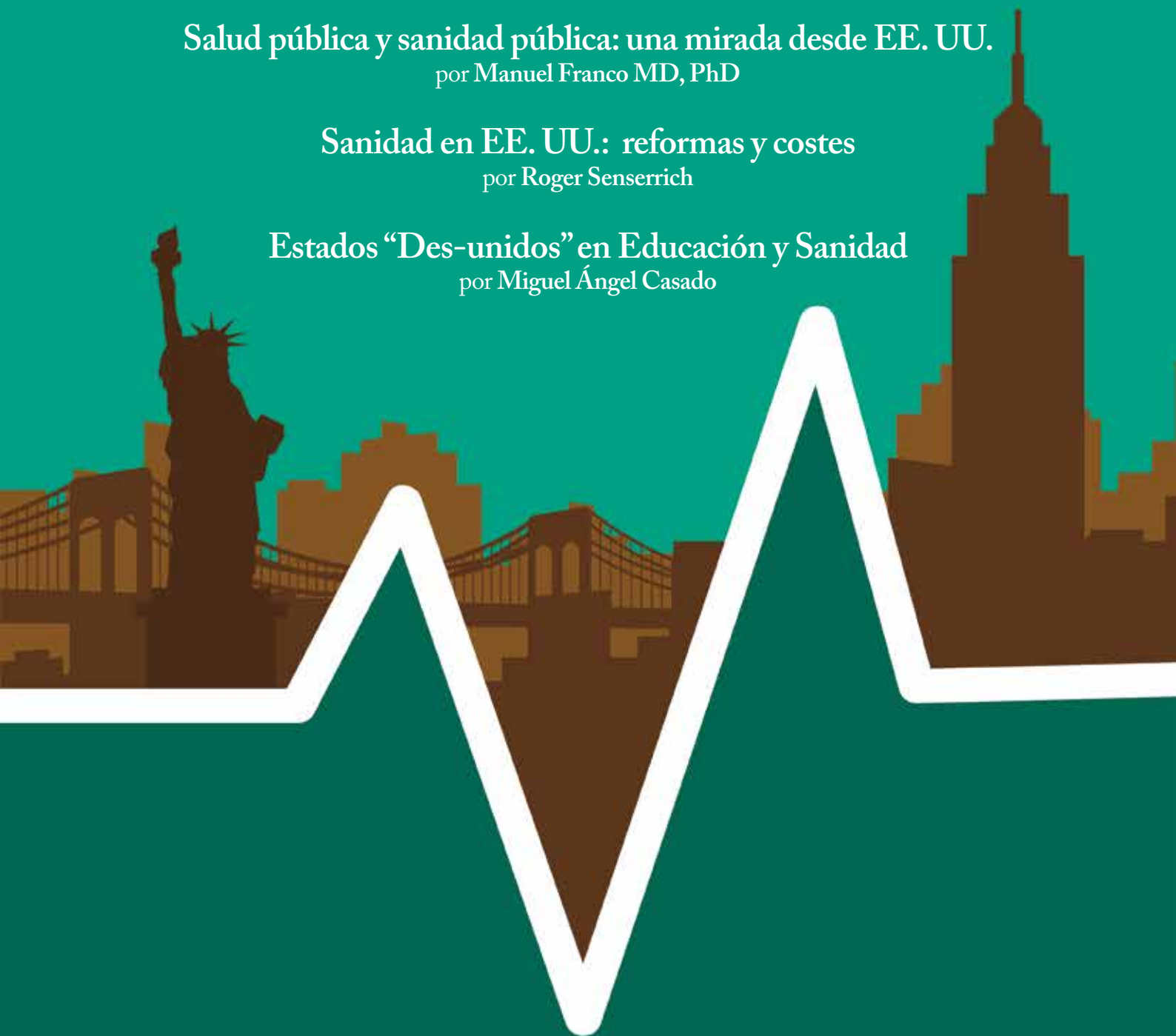
SISTEMA SANITARIO, SANIDAD E INVESTIGACIÓN
EN ESTADOS UNIDOS

La ciencia como prioridad
por Dr. Valentín Fuster

Salud pública y sanidad pública: una mirada desde EE. UU.
por Manuel Franco MD, PhD

Sanidad en EE. UU.: reformas y costes
por Roger Senserrich

Estados “Des-unidos” en Educación y Sanidad
por Miguel Ángel Casado



Las opiniones, referencias y estudios difundidos en cualquier publicación de las distintas líneas editoriales del Instituto Universitario de Investigación en Estudios Norteamericanos “Benjamin Franklin” (Instituto Franklin-UAH) son responsabilidad exclusiva del autor colaborador que la firma. El Instituto Franklin-UAH no interfiere en el contenido ni las ideas expuestas por los referidos autores colaboradores de sus publicaciones.

El Instituto Franklin-UAH (fundado originalmente como “Centro de Estudios Norteamericanos” en 1987) es un organismo propio de la Universidad de Alcalá que obtuvo el estatus de “Instituto Universitario de Investigación” en el 2001 (Decreto 15/2001 de 1 de febrero; BOCM 8 de febrero del 2001, no 33, p. 10). Su naturaleza, composición y competencias se ajustan a lo dispuesto en los Estatutos de la Universidad de Alcalá de acuerdo al Capítulo IX: “De los Institutos Universitarios” (artículos del 89 al 103). El Instituto Franklin-UAH tiene como misión fundamental servir de plataforma comunicativa, cooperativa y de unión entre España y Norteamérica, con el objetivo de promover el conocimiento mutuo. El Instituto Franklin-UAH desarrolla su misión favoreciendo y potenciando la creación de grupos de investigadores en colaboración con distintas universidades norteamericanas; impartiendo docencia oficial de postgrado (másteres y doctorado en estudios norteamericanos); difundiendo el conocimiento sobre Norteamérica mediante distintas líneas editoriales; y organizando encuentros académicos, de temática inherente a la propia naturaleza del Instituto, tanto de carácter nacional como internacional.

Consejo Asesor

José Ignacio Goirigolzarri, Presidente

Joaquín Ayuso, Vicepresidente

José Antonio Gurpegui, Secretario

Amalia Blanco, Vocal

Claudio Boada, Vocal

Daniel Carreño, Vocal

Bernardo Hernández, Vocal

Helena Herrero, Vocal

Antonio Vázquez, Vocal

Miguel Zugaza, Vocal

Comité Editorial

Director:

Francisco Sáez de Adana

Editora:

Cristina Crespo

Edición de textos:

Ana Serra Alcega

Diseño y maquetación:

David Navarro



© Instituto Franklin-UAH. 2021

ISSN: 1889-6871

Depósito Legal: DL M-26597-2016

Impreso en España - Printed in Spain

Impresión: Cimapress

Tribuna Norteamericana es una publicación del
Instituto Franklin-UAH

Universidad de Alcalá
c/ Trinidad, 1
28801 Alcalá de Henares, Madrid. España

Tel: 91 885 52 52

www.institutofranklin.net

*Tribuna Norteamericana se distribuye gratuitamente entre sus suscriptores.
Si desea recibir esta publicación, contacte con: publicaciones@institutofranklin.net*

CARTA DEL DIRECTOR

Francisco
Sáez de
Adana

Estimado lector:

Es un placer traer a tus manos un nuevo número de la revista *Tribuna Norteamericana*, que lleva por título “Sistema sanitario, sanidad e investigación en Estados Unidos”. Un tema que, lamentablemente, ha adquirido una gran relevancia en estos tiempos de pandemia y cuyo objetivo es acercar al lector los entresijos de un modelo que, en muchos aspectos, es tan diferente del nuestro y del modelo europeo en general.

Para ello, como siempre, contamos con autores de primer nivel. Así, en primer lugar, el Dr. Valentín Fuster, director general del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) de Madrid, director del Instituto Cardiovascular y “Physician-in-Chief” del Mount Sinai Medical Center de Nueva York, analiza lo que ha sucedido en los últimos meses y cuál ha sido la respuesta de la ciencia contra la pandemia, respuesta que demuestra que la investigación científica debe ser una prioridad. Por otro lado, Manuel Franco, profesor de Epidemiología y Salud Pública de las universidades de Alcalá y Johns Hopkins, analiza cómo se ve desde los Estados Unidos la salud y la sanidad pública, algo siempre controvertido, pero mucho más en los tiempos que nos han tocado vivir. A continuación, Roger Senserrich, editor del boletín Four Freedoms y miembro de Politikon, además de director de Comunicaciones de Connecticut Working Families, analiza los problemas a los que se enfrenta la sanidad en Estados Unidos, las reformas que serían necesarias y los costes que esto supondría, lo que nos ayuda a entender mejor la dificultad de afrontar esas reformas. Finalmente, Miguel Ángel Casado, licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá y facultativo especialista en Medicina Interna, nos cuenta las diferencias que existen entre los sistemas educativos español y estadounidense en lo que se refiere a la formación de los futuros profesionales sanitarios.

En esta ocasión en el espacio dedicado a la Fundación Consejo España-Estados Unidos se dedica a su Galardón Bernardo de Gálvez, que reconoce la labor de aquellas personas o instituciones de nacionalidad estadounidense que han impulsado la cooperación entre España y Estados Unidos. Este premio es hermano del Galardón Camino Real del Instituto Franklin-UAH, que compartiendo el homenajeado reconocimiento se dedica a los españoles que desempeñan esta labor en tierras estadounidenses.

Estamos acostumbrados a escuchar día tras día comentarios sobre el sistema sanitario estadounidense y el español y europeo. Sin embargo, muchas veces nos quedan muchas dudas de cuáles son estas diferencias y cómo afectan al ciudadano medio. Espero que este número ayude a despejar buena parte de ellas.

Catedrático de la
Universidad de Alcalá

Director



ESPACIO FUNDACIÓN

La Fundación Consejo España - EE. UU. es una institución privada sin ánimo de lucro que cuenta con la participación de grandes empresas, instituciones culturales y académicas y miembros de la administración pública. Creada en 1997, tiene el propósito de fortalecer los vínculos entre España y Estados Unidos en todos los ámbitos, en aras de un mejor conocimiento y entendimiento mutuo. Esta misión es compartida desde sus inicios con su contraparte estadounidense, el United States-Spain Council, cuya presidencia honoraria recae en la actualidad en el congresista demócrata Joaquín Castro.

A través de sus programas y actividades, entre las que destacan la organización del Foro España-Estados Unidos, el programa de visitas para “Jóvenes Líderes Norteamericanos”, la entrega del Galardón Bernardo de Gálvez o la producción de las exposiciones “Diseñar América: el trazado español de los Unidos” y “Emigrantes invisibles: Españoles en EE. UU. (1868-1945)”, la Fundación promueve un diálogo plural entre las sociedades civiles española y estadounidense y se ha consolidado como entidad de referencia en el ámbito de la diplomacia pública entre ambos países. Actualmente, es presidente de la Fundación Juan Lladó, presidente de Técnicas Reunidas, y secretario general el diplomático Manuel M^a Lejarreta.



El Galardón Bernardo de Gálvez

Con [este reconocimiento](#), la Fundación Consejo España- EE. UU. pretende honrar y dar a conocer la labor de aquellas personas o instituciones de nacionalidad estadounidense que con su trabajo, ejemplo y dedicación han impulsado la cooperación entre España y Estados Unidos, han contribuido a mejorar el conocimiento recíproco o han fortalecido la relación entre ambos países.

El Galardón debe su nombre al que fuera gobernador de la Luisiana en la época la independencia de los Estados Unidos, el malagueño **Bernardo de Gálvez** (1746-1786). Considerado un héroe en la Guerra de Independencia, contribuyó decisivamente al triunfo de los ejércitos de George Washington. En palabras de Gonzalo M. Quintero, uno de sus más reputados biógrafos, “Bernardo de Gálvez fue tanto un servidor del imperio como un hombre de la Ilustración, una pieza central tanto de la historia de la Revolución Norteamericana como de la América de la segunda mitad del siglo XVIII, esencial en el diseño y aplicación de las reformas coloniales españolas”.

El premio que se entrega a los galardonados es una reproducción a escala de la estatua ecuestre realizada por el escultor Juan de Ávalos que el Rey Juan Carlos entregó a la ciudad de Washington en 1976, durante el viaje oficial realizado a los Estados Unidos bajo la presidencia de Gerald Ford. En esta visita, de enorme relevancia para la relación entre ambos países, los entonces Reyes de España, don Juan Carlos y doña Sofía, protagonizaron la inauguración, el día 3 de junio, de una estatua dedicada a Bernardo de Gálvez junto al Departamento de Estado. En la inscripción que acompañaba a la estatua se recuerda la contribución española a la independencia de

Estados Unidos, hecho que la convertía en un excelente referente para conmemorar a personas e instituciones distinguidas que, en nuestro tiempo, continúan uniendo ambos países. Así lo recordaría en 2009 el entonces presidente de la Fundación, José Ignacio Goirigolzarri, durante su discurso de apertura en la entrega del II Galardón.

Una de estas reproducciones fue cedida por la Fundación para formar parte de la gran exposición [Memorias recobradas. España, Nueva Orleans y la ayuda a la revolución norteamericana](#), organizada por Iberdrola en 2017. La muestra reunió más de 200 obras de arte, documentos y objetos que mostraban la presencia española en el continente, con especial atención a la contribución de los navegantes y comerciantes vascos y pudo visitarse en la planta 25 de la Torre Iberdrola, sede de la compañía en Bilbao, entre abril y julio de 2017.

Desde 2007, año en que se instauró la concesión del Galardón por parte de la Fundación, han sido premiados el exgobernador de Nuevo México, **Bill Richardson**; la **Hispanic Society of America**; el profesor e historiador del arte, **Jonathan Brown**; el exembajador de Estados Unidos en España, **Richard Gardner**; el senador **Bob Menéndez**; la **Ford Motor Company**; el senador y candidato a la vicepresidencia de Estados Unidos en 2016, **Tim Kaine**; el historiador e hispanista, **Stanley G. Payne**; y la **Biblioteca del Congreso del Estados Unidos**.

A lo largo de los años, la ceremonia de entrega de los galardones ha tenido lugar tanto en España como en Estados Unidos. [El Palacio de Santoña](#), sede de la



Galardón Bernardo de Gálvez. Reproducción a escala de la estatua ecuestre realizada por el escultor Juan de Ávalos.

Foto: Fundación Consejo España – EE. UU./Bruno Maestrini

Cámara de Comercio de Madrid, acogió la entrega del VIII Galardón, concedido al historiador e hispanista estadounidense Stanley G. Payne, en reconocimiento a su valiosa contribución al mejor conocimiento de la historia contemporánea de España en Estados Unidos. El acto, celebrado el 13 de marzo de 2019, fue presidido por Juan Lladó, presidente de la Fundación, y conducido por el secretario general, Manuel M^a Lejarreta. Los discursos de laudatio corrieron a cargo de la historiadora y escritora Elvira Roca y del catedrático emérito de Historia e Instituciones Económicas de la Universidad de Alcalá, Gabriel Tortella. Con esta celebración, se recuperaba la tradicional ceremonia de entrega con entidad propia, tras haberse celebrado en ediciones anteriores actos de carácter más sencillo o insertados en el marco del Foro España – Estados Unidos.

También en España, recibía en 2013 el IV Galardón Bernardo de Gálvez el antiguo embajador de EE. UU. en España, Richard Gardner. Con esta distinción, se premiaba su ejemplar dedicación al estrechamiento de lazos entre los dos países y, en particular, por su labor de impulso y apoyo a la creación del US-Spain Council, contraparte norteamericana de la Fundación Consejo España – EE. UU. En esta ocasión, la entrega se celebró en el Patio de Esculturas de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (Madrid), en un acto que contó con las intervenciones del entonces presidente de la Fundación Consejo España – EE. UU., Juan Rodríguez Inciarte, y del expresidente de la misma, Antonio Garrigues, que fue quien pronunció la laudatio. El embajador de EE. UU. en España en aquel momento, James Costos, participó en el acto con una intervención a modo de clausura.

En 2011, el claustro del Museo del Prado fue el marco elegido para la entrega del III Galardón Bernardo de Gálvez otorgado en aquella ocasión al profesor e historiador del arte Jonathan Brown, por su dedicación, de toda una vida, a la difusión del arte y la cultura española. El profesor Brown es un reconocido especialista en el arte español de los siglos XVI y XVII y está considerado como el mayor experto mundial en la vida y obra de Diego Velázquez.

La segunda edición de este Galardón premió en 2009 la labor de la Hispanic Society of America destacando

la sobresaliente contribución realizada por esta institución en favor del estrechamiento de los lazos culturales entre España y los EE. UU. En aquella ocasión, la ceremonia de entrega tuvo lugar en Valencia, con motivo de la exposición sobre Joaquín Sorolla patrocinada por la Fundación Bancaja, parte de cuyos fondos proceden de la Hispanic Society. Recogió el Galardón George Moore, presidente de la institución, de manos de José Ignacio Goirigolzarri, presidente de la Fundación en el momento de la entrega.

Al otro lado del Atlántico, Washington, D.C. fue el escenario de la primera entrega del Galardón al exgobernador de Nuevo México, Bill Richardson, en el año 2007. Ocho años más tarde, el rey emérito entregaría también en la capital federal de Estados Unidos el V Galardón al senador Bob Menéndez. La celebración de los Foros España – Estados Unidos en San Agustín (Florida) en 2015 y Williamsburg (Virginia) en 2018, se convirtieron en el marco de entrega del VI y VII Galardón, respectivamente. En el caso de San Agustín, “la primera ciudad de Estados Unidos”, coincidiendo con la conmemoración del 450º aniversario de su fundación por el español Pedro Menéndez de Avilés, S. M. el Rey Felipe VI hizo entrega del Galardón a la empresa Ford Motor Company, representada por su presidente, Mark Fields.

En diciembre de 2020, el Patronato de la Fundación Consejo España – EE. UU. acordó conceder el [IX Galardón Bernardo de Gálvez](#) a la [Biblioteca del Congreso de los Estados Unidos](#), poniendo en valor su contribución a la salvaguardia del patrimonio bibliográfico y documental mundial. En particular, se tuvo en cuenta la inmensa labor desarrollada por su **División Hispánica**, creada en 1939 a instancias del fundador de la Hispanic Society of America, el filántropo e hispanista neoyorkino Archer M. Huntington, y dedicada a la conservación, investigación, ampliación y difusión en Estados Unidos de las colecciones hispano-lusas. La institución está dirigida en la actualidad por [Carla Hayden](#). Propuesta por el presidente Barack Obama, Hayden es la primera mujer y la primera afroamericana en ocupar este puesto, que ejerce desde septiembre de 2016.

La Fundación Consejo España – EE. UU. tiene previsto celebrar el acto de entrega del Galardón en el último trimestre de este año.



S.M. el Rey Felipe VI entregando el VI Galardón Bernardo de Gálvez a la empresa Ford Motor Company, representada por su presidente, Mark Fields, el 18 de septiembre de 2015 en San Agustín (Florida), acompañado del ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, José Manuel García-Margallo, Juan María Nin, presidente de la Fundación, y el embajador de España en EE. UU., Ramón Gil-Casares.

Foto: Fundación Consejo España – EE. UU./ Casa Real.

Es el editor jefe del *Journal of the American College of Cardiology (JACC)*, la principal fuente de información clínica en el área de la medicina cardiovascular y publicación principal del American College of Cardiology. A lo largo de su trayectoria científica ha desempeñado numerosos cargos, como el de presidente de la Asociación Americana del Corazón y presidente de la Federación Mundial del Corazón.

Como científico, el Dr. Fuster ha sido nombrado Doctor Honoris Causa de más de 34 universidades de prestigio y sus contribuciones a la medicina cardiovascular han tenido un enorme impacto en la mejora del tratamiento de pacientes con dolencias cardíacas. Sus investigaciones sobre el origen de los accidentes cardiovasculares, que han contribuido a mejorar la prevención y el tratamiento de los infartos le valieron, en 1996, el Premio Príncipe de Asturias de Investigación. Entre los reconocimientos a su labor cabe también destacar que el Dr. Fuster es el único cardiólogo que ha recibido los máximos galardones de investigación de las cuatro principales organizaciones internacionales de Cardiología: la Asociación Americana del Corazón, el Colegio Americano de Cardiología, la Sociedad Europea de Cardiología y la Sociedad Interamericana de Cardiología.

En 2013 el Dr. Fuster recibió el Galardón Camino Real del Instituto Franklin-UAH de manos del entonces Príncipe de Asturias, en reconocimiento a su trayectoria profesional impulsando las relaciones culturales y humanas entre España y Estados Unidos.

Dr. Valentín Fuster

Director general del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares Carlos III (CNIC) de Madrid, director del Instituto Cardiovascular y “Physician-in-Chief” del Mount Sinai Medical Center de Nueva York.



La ciencia COMO PRIORIDAD

Dr. Valentín Fuster

El año 2020 se recordará como el de la COVID-19, una pandemia que muchos habíamos previsto pero para la que nadie estaba preparado. Todos hemos tenido, desde nuestras diferentes responsabilidades, que hacer frente a una situación de la que muchos ya habíamos advertido que no era tan improbable, pero para la que la humanidad no estaba preparada.

Un virus de la familia de los coronavirus, el SARS-CoV-2, que, por causas que todavía están por determinar, saltó de los animales a los humanos provocando, todavía a día de hoy, la peor pandemia de la humanidad desde la gripe de 1918.

Desde hace algún tiempo algunos ya habíamos pensado que un escenario como este era más que factible. El informe “Global Health and the Future Role of the United States”, del que fui co-director, en su segundo apartado advertía, ya en 2017, que el primer problema, y lo que era más urgente abordar, es que no estábamos preparados para una pandemia. Las señales estaban ahí, desde hace tiempo, y muchos éramos conscientes de la magnitud de este problema, pero nadie se preparó para algo como lo que ahora mismo estamos enfrentando.

Aunque era algo simple, predecible y obvio, cuando llegó la pandemia del coronavirus SARS-CoV-2 nos encontramos todos fuera de lugar; en realidad, no sabíamos qué era lo que estaba pasando a pesar de que las señales, los indicios estaban allí, justo delante nuestro. Y hemos tardado mucho en abordar el problema de forma global, que es lo que un escenario como el presente demanda.

En el informe “Global Health and the Future Role of the United States”, que identificaba los retos y prioridades en salud, se hicieron 14 recomendaciones y áreas prioritarias para el gobierno de EE. UU. y el resto de agentes que intervienen en salud. Además, se apuntaba que el segundo problema era la posibilidad de que en una situación de virus pandémico, los virus mutaran. Y este es el contexto justo en el que ahora nos encontramos.

La pandemia no ha discriminado a países, personas, razas o religiones. Todos los países se han visto afectados, desde los más ricos y poderosos, hasta los menos desarrollados y humildes, y en los primeros momentos cada uno trató de responder de la mejor manera que supo.

Sin embargo, hay que admitir que la respuesta a nivel global se ha producido de forma desacompañada y carente de coordinación.

Desde mi punto de vista, la pandemia ha generado una situación en la que hay dos comunidades que fluctúan: la pública y la representada por los gobiernos, y otra más personal, individual. Las dos han oscilado, y todavía lo hacen actualmente, de positivo a negativo y viceversa.

Y entre ellas hay una especie de alejamiento, un desajuste. Cuando una comunidad tiene un entorno positivo, en la otra es negativo; siempre existe la confrontación entre la sociedad y el individuo, y esto es algo histórico. Y dicho proceso ha sido apasionante en el ámbito de la salud.

En el mes de marzo de 2020 nos encontramos que cada día fallecían en el Mount Sinai Medical Center de Nueva York de 5 a 7 pacientes. ¿Qué estaba ocurriendo? Lo cierto es que no lo sabíamos y estábamos desbordados. Nos enfrentábamos a una enfermedad muy compleja, de la que ignorábamos casi todo; y poco a poco hemos ido avanzando en su conocimiento. Ahora ya sabemos mucho más de ella, pero no deja de sorprender a la comunidad científica.

En esos primeros momentos, en el Mount Sinai Medical Center de Nueva York analizamos los datos de una cohorte de 7000 pacientes positivos de COVID-19. Y así entendimos que esta enfermedad tiene cuatro estadios y que es vital determinar en qué fase se encuentra el paciente para proporcionar la mejor respuesta, o dicho de forma más sencilla, para salvar la vida de los pacientes.

Aprendimos que el virus entra por las vías áreas superiores y se instala en el pulmón. En esta fase el síntoma más común es la tos.

El segundo estadio es cuando el virus pasa a la sangre y causa fatiga, fiebre. Y no necesariamente supone el ingreso en el hospital.

En la fase tres, el virus pasa de la sangre a otros órganos. Es cuando se produce la lucha del individuo con el virus. Y esta disputa de los macrófagos contra el SARS-CoV-2 es probablemente una de las causas de los trombos en la circulación.

Y la última fase es la peor. Esta confrontación entre el virus y el organismo hace que el proceso inflamatorio y los trombos que se forman obstruyan las arterias y se produce la lesión o la muerte de parte de segmentos del pulmón, del corazón o del cerebro. Estos son los pacientes que ingresan en las Unidades de Cuidados Intensivos y los que tienen peor pronóstico. Y todo esto lo hemos aprendido con el transcurso del tiempo; pero en el momento en el que todo empezó, no sabíamos casi nada.

Poco a poco, y ante la necesidad de tratar a nuestros pacientes, empezamos a buscar y a encontrar soluciones.

*Tenemos que reclutar
a 3000 pacientes
para tener resultados
con impacto. Ya
hay inscritos más
de 2000 pacientes y
cada día incluimos a
10 o 15 pacientes*

Y en esta pelea en la que todavía estamos imbuidos la sociedad escucha palabras como fármacos, vacunas, plasma, trombos, inflamación, tormenta de citoquinas, etc.

En los primeros días vimos en el hospital dos casos de pacientes que fallecieron con coágulos de sangre lo que me hizo pensar que la muerte se había producido debido a esta lucha entre el virus y el organismo y como consecuencia de la obstrucción sanguínea por coágulos o trombos.

Entonces decidí que todos los pacientes que ingresaban en el Mount Sinai Medical Center con COVID-19 se tenían que tratar con anticoagulantes. Pero muchos médicos no estuvieron de acuerdo. ¿Y por qué tenemos que tratarlos con anticoagulantes? Pero empezamos a ver que las cifras de mortalidad bajaron. Era algo observacional. Y con el tiempo aprendimos que, en realidad, había tres anticoagulantes que eran importantes.

Y esto nos condujo a diseñar un estudio prospectivo internacional. Compañeros de profesión me sugirieron hacerlo en el mes de marzo de 2020, pero yo no quise empezar y decidí iniciarlo una vez tuviéramos los resultados de la observación.

En este ensayo clínico, en el que participan más de 100 instituciones de todo el mundo, hemos decidido no tener un grupo control, porque he considerado que no es ético en estos momentos administrar placebo. Nuestro objetivo es determinar cuál es la mejor pauta para prevenir la mortalidad y/o la derivación de los pacientes a UCI. Tenemos que reclutar a 3000 pacientes para tener resultados con impacto. Ya hay inscritos más de 2000 pacientes y cada día incluimos a 10 o 15 pacientes.



Vacuna de COVID-19 / Foto: Pexels, Nataliya Vaitkevich

Se trata de un estudio único porque el Instituto Nacional de la Salud de EE. UU. no estaba de acuerdo con uno de los fármacos que queríamos usar. Y hemos recurrido al *fundraising*. De 5 millones de dólares que necesitamos ya tenemos 4. No hemos pedido dinero ni al gobierno de EE. UU. ni a las compañías farmacéuticas.

Mientras tanto, si miramos hacia la otra comunidad, para la sociedad ha habido otras prioridades clave: mascarillas, vacunas, acceso al trabajo, etc. Desde el punto de vista social lo importante no ha sido la complejidad de los tratamientos, sino la prevención gracias a distancia social, el uso de mascarillas, etc.

Todo el mundo esperaba una vacuna, pero, al no llegar con la misma rapidez a todos, generó una frustración personal, particularmente al ver que la pandemia no cesaba. Con la llegada de las vacunas, los políticos y la sociedad creen que ya se tiene la respuesta definitiva, pero la respuesta a largo plazo es aún desconocida.

Al principio he dicho que la pandemia nos ha impactado a todos. Como respuesta, la sociedad ha necesitado adaptarse y enfrentar una situación inesperada. Así, a nivel personal, surge la generosidad colectiva e individual: bancos de alimentos, apoyo comunitario, etc. Yo espero que esta generosidad, que ha nacido a bastantes niveles, sea duradera. Pero ciertamente el precio es enorme a nivel personal, psicológico y económico.

En resumen, cuando se produjo la pandemia de la peste el mundo no estaba preparado. Y tampoco, desgraciadamente, con la de la COVID-19. Pero creo que ya lo estamos para las nuevas variantes, cepas, mutaciones, etc.

Creo que la rapidez con la que se han desarrollado las vacunas y la forma en la que ahora estamos tratando a los pacientes ha demostrado la importancia de la ciencia. En mi opinión, todo este esfuerzo científico va a ser muy positivo y va a generar una mayor concienciación sobre la ciencia de la que ha habido hasta ahora.

La comunidad científica ha dado un ejemplo de cómo se tiene que trabajar o cómo debería ser la sociedad del futuro. Sin la Ciencia no estaríamos ahora vacunando satisfactoriamente.

En menos de un año se han fabricado vacunas que ya están paliando los efectos de la infección; pero además, hemos ido conociendo las características de este virus y de la enfermedad y hemos conocido la posibilidad de que algunos medicamentos ya disponibles, como los anticoagulantes, tal vez pueden evitar los casos más graves de COVID-19 y reducir la mortalidad.

A modo de conclusión, y si pudiéramos decir que la pandemia de la COVID-19 ha dejado algo positivo, sería el reconocimiento general de que la ciencia es fundamental para minimizar el impacto sobre la salud y la calidad de vida de todos nosotros.

Ha presentado sus resultados científicos con políticos del Ayuntamiento y Comunidad de Madrid, Ministerio de Sanidad y del Parlamento y Comisión Europeos. Manuel tiene especial interés por la transferencia del conocimiento y participa habitualmente en medios de comunicación internacionales y nacionales.

En 2013 recibió la primera Starting Grant del European Research Council en el área de la Salud Urbana. El proyecto Heart Healthy Hoods, Barrios Cardiosaludables (www.hhhproject.es) ha conseguido avances científicos en ámbitos como la alimentación, la actividad física, el tabaquismo o el consumo de alcohol.

**Manuel
Franco
MD, PhD**

Profesor de
Epidemiología y
Salud Pública de las
universidades de Alcalá y
Johns Hopkins. Su trabajo
se centra en la prevención
y la promoción de la salud
desde un enfoque urbano
y de desigualdades.



Twitter: @mfranco_uah

Salud pública y sanidad pública: UNA MIRADA DESDE EE. UU.

Manuel Franco MD, PhD

If COVID-19 has taught us anything, it's that our health and safety depend on collective action. That's what public health is all about.

Jeneen Interlandi, *The York Times*¹

La salud pública, la epidemiología y la sanidad pública están en el foco de atención desde que a comienzos de 2020 empezáramos a conocer las consecuencias de la infección por coronavirus y que en marzo de 2020 la Organización Mundial de Salud declarase la pandemia de COVID-19 en todo el planeta.

Para entender la pandemia, sus consecuencias y control, es fundamental entender qué son la salud pública, la epidemiología y la sanidad pública y sus diferentes desarrollos y modelos a un lado y otro del atlántico.

A fecha 6 de junio de 2021, este es un breve resumen de la situación en salud de la pandemia de COVID-19 según los datos de la Universidad de Johns Hopkins. A nivel global había 172 985 880 contagios confirmados y 3 721 660 fallecidos por COVID-19. En

EE. UU. se confirmaron 33 357 115 de casos y 597 377 fallecimientos. En España eran 3 697 981 los casos y 80 196 los fallecidos hasta esa fecha. Los países más afectados en números totales de contagios y fallecidos eran por orden de magnitud EE. UU., India, Brasil, Francia, Turquía, Rusia, Reino Unido, Italia, Argentina, Alemania y España.

La pandemia de COVID-19 es el problema más relevante de salud pública del último siglo. Una pandemia debida a la infección por coronavirus que ha afectado a todos los países del mundo desde enero 2020 y que tiene claras y desiguales consecuencias sociales y económicas para todo el planeta. Para hacer frente al reto de la pandemia desde una mirada transatlántica empecemos por aclarar tres conceptos básicos.

¹ Interlandi, J. "The U.S. Approach to Public Health: Neglect, Panic, Repeat". The New York Times. April 9, 2020. <https://nyti.ms/3x4cb33>

1

¿Qué son la salud pública, la epidemiología y la sanidad pública?

A continuación, usaré los conceptos incluidos en los diccionarios de epidemiología y salud pública publicados en varias ediciones por el catedrático de Salud Pública Miquel Porta.²

Salud pública: la salud pública es el conjunto de actividades organizadas por diferentes administraciones y organizaciones, con el objetivo de prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo, mediante acciones sectoriales, transversales y sanitarias.

Epidemiología: la epidemiología es la ciencia de la salud que estudia la frecuencia y distribución de los eventos, estados y procesos relacionados con la salud en una población específica y sus determinantes. La aplicación de estos conocimientos cuantitativos se enfoca en el estudio de la prevención y control de los problemas de salud más relevantes.

Por último, entendemos por *sistema de salud*, en muchas ocasiones denominado *sanidad pública*, a los recursos humanos y materiales que una nación o comunidad despliega para restaurar la salud y minimizar el sufrimiento causado por enfermedades y lesiones en las personas que componen esa comunidad, y los arreglos administrativos y organizativos correspondientes. Los componentes principales del sistema de salud son la atención primaria y la atención especializada hospitalaria.

La salud pública y la epidemiología son áreas fundamentales de investigación en las ciencias de la salud ya que como hemos visto antes, la misión de la salud pública es la protección y la promoción de la salud en nuestras poblaciones. Históricamente los grandes éxitos de la salud pública y la epidemiología incluyen entre otros: el control de las plagas y otras enfermedades infecciosas en los siglos XVIII y XIX, el desarrollo de las campañas de vacunación, el estudio y control del tabaquismo y el estudio y control de la epidemia de VIH. Los retos actuales de la salud pública incluyen entre otros las desigualdades en salud, la prevención de las enfermedades crónicas, los efectos de la contaminación y el control de la pandemia de COVID-19.

Los retos actuales de la salud pública incluyen las desigualdades en salud, la prevención de las enfermedades crónicas, los efectos de la contaminación y el control de la pandemia de COVID-19

2

Desarrollo histórico y actual del sistema sanitario y la salud pública en EE. UU.

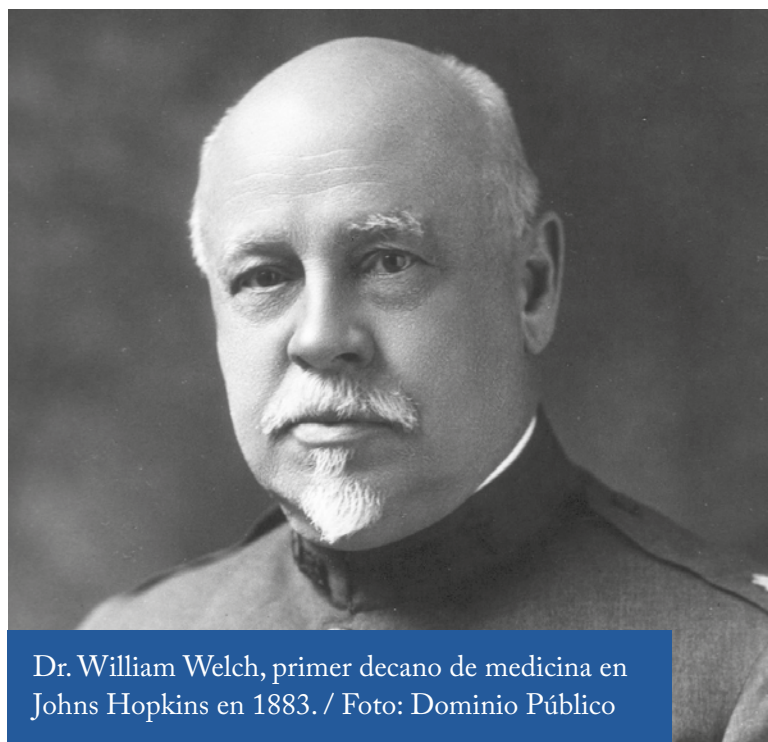
El sistema de salud en EE. UU., lo que entendemos en España por servicios sanitarios y sanidad pública, es un sistema de empresas privadas que tiene un coste directo y mensual en sus ciudadanos y que se paga mensualmente a través de compañías de seguros de salud. Históricamente, un porcentaje variable entre el 20 % y el 40 % de la población estadounidense vive sin seguro de salud con el riesgo de tener que pagar de su bolsillo cualquier gasto sanitario. Es importante destacar los esfuerzos de la administración Obama y ahora Biden por adecuar el sistema de salud para asegurar una mayor cobertura con menores costes para los ciudadanos.

El infradesarrollo histórico del sistema de salud de EE. UU. comparativamente con Europa, y su visión de responsabilidad y gasto individual, ha determinado en gran medida el mayor desarrollo y relevancia política y administrativa de la salud pública y la epidemiología durante el último siglo.

² Porta, M. A *Dictionary of Epidemiology*. (6 ed.) Oxford University Press.



Sede de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins en Baltimore. / Foto: Art Anderson



Dr. William Welch, primer decano de medicina en Johns Hopkins en 1883. / Foto: Dominio Público

La unión de la investigación en salud pública y en medicina clínica es lo que hizo de la Universidad de Johns Hopkins el centro de investigación más avanzado en EE. UU. El Dr. William Welch fue el primer decano de medicina en Johns Hopkins en 1883. En 1916 Welch fundó la escuela de Salud Pública, la primera de EE. UU. uniendo ambas disciplinas para poner el foco en la prevención de las enfermedades contagiosas y lo que era el comienzo de las enfermedades crónicas.

En la pandemia de COVID-19 Johns Hopkins se ha convertido en el centro de referencia mundial para obtener los datos actualizados a nivel global.³ Esta situación se debe a que es una institución independiente, con una altísima reputación internacional en investigación en salud pública y medicina. En la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health investigadores del mundo de la ingeniería y los sistemas complejos desarrollaron un tablero de datos (*data dashboard*) que en su comienzo, en enero de 2020 recogía y actualizaba cada minuto la información de la pandemia a nivel global y que seguidamente empieza a elaborar análisis sobre la situación en EE. UU. y también en el resto del mundo.

La diferencia del balance salud pública/sistema sanitario ha llevado a tener planes de vacunación muy diferentes a ambos lados del Atlántico. El ejemplo de la vacunación y cómo se enfrentaron EE. UU. y la UE a

este reto resulta muy interesante. El premio Nobel de economía 2008 Paul Krugman escribía recientemente en *The New York Times*:

Estados Unidos tiene mucho que aprender de la política europea, especialmente en lo que respecta a los sistemas de salud. Todas las naciones europeas ricas ofrecen un seguro médico universal y gastan mucho menos que nosotros, a pesar de que nuestro sistema deja a decenas de millones sin seguro. La esperanza de vida en Europa es al menos 5 años mayor que en EE. UU. Sin embargo, en este momento crucial de la pandemia de COVID-19, cuando las nuevas vacunas finalmente ofrecen una perspectiva realista de volver a la vida normal, la política en la Unión Europea ha estado marcada por un error tras otro.⁴

En EE. UU. la vacunación, y todas sus etapas, se han enfocado desde un punto de vista de beneficios para la salud poblacional y su protección (Miradas de salud pública y epidemiología), mientras en Europa el debate ha estado mediatizado por los aspectos más clínicos e individuales de la seguridad de la persona vacunada frente a los posibles efectos adversos (Miradas biomédica/clínica y de sistema de salud).

³ Johns Hopkins Coronavirus Resource Center <https://coronavirus.jhu.edu> y <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

⁴ Paul Krugman "Vaccines: A Very European Disaster". *The New York Times*. March 18, 2021. <https://nyti.ms/2TiDh7V>



Dra. Lorna Thorpe, directora del departamento de epidemiología de NYU. / Foto: NYU Langone Health

3

Investigación y práctica de la salud pública, el ejemplo de la salud urbana

Una parte fundamental de la tarea de la salud pública es la aplicación del conocimiento a las políticas y las intervenciones necesarias para proteger y promover la salud de las poblaciones. En este sentido, una de las áreas crecientes dentro de la salud pública es la salud urbana; el estudio de las características de nuestras ciudades para proteger y promover la salud de los miles de millones de personas que vivimos en ciudades en la actualidad. Estudios demográficos calculan que para el año 2050 dos tercios del planeta viviremos en entornos urbanos. En Europa y España ya es el 80 % de nuestra población la que vivimos en ciudades.

En las ciudades nos enfrentamos al mismo reto global de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo; la mala alimentación, el sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo. A esta situación

epidemiológica debemos unir la distribución espacial del nivel socioeconómico y educativo de los residentes que se traducen en desigualdad y segregación urbana. Al mismo tiempo las ciudades ofrecen enormes oportunidades para hacer cambios estructurales que actúen como influencias masivas para mejorar la salud en nuestras ciudades. Para ello se necesitan estructuras de salud urbana dotadas de personal bien formado y que tengan una colaboración continua con el mundo de la investigación. En EE. UU. existen varios ejemplos interesantes como son el de NYC, que detallaré más adelante, y otros como la ciudad de Filadelfia y su colaboración con la Escuela de Salud Pública de Drexel. En España, me gustaría destacar la Agencia de Salud Pública de Barcelona que tiene como tareas principales tanto la práctica de la salud pública como la investigación en salud urbana.

La investigación en salud urbana ha mostrado cómo el lugar donde vivimos repercute en nuestro estado físico y mental. Básicamente que “la salud va por barrios”. Y el caso de la pandemia de COVID-19, tampoco es una excepción. Las ciudades globales como Madrid, México DF o Nueva York han mostrado niveles similares de desigualdad en infección, hospitalizaciones y fallecimientos entre áreas urbanas por nivel

El nivel de conocimiento y de formación del personal del Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York es enorme comparado con otras ciudades incluso estados. Uno de los retos más grandes que hemos tenido es la confianza de los líderes políticos en las agencias de salud pública y el conocimiento científico

socioeconómico. El tipo de trabajo, la calidad de la vivienda y el estado de salud basal son las causas fundamentales que determinan una mayor exposición al coronavirus y una mayor gravedad de la enfermedad.⁵

4

Investigación en salud pública y su aplicación a la protección de la salud en la población: el ejemplo de Nueva York

Uno de los mejores ejemplos de investigación en salud pública y su aplicación a la protección de la salud en la población se da en la ciudad de Nueva York, tanto en sus universidades y centros de investigación como por ejemplo Universidad de la Ciudad de Nueva York (CUNY) y la Universidad de Nueva York (NYU) como el NYC Health Department. Para ilustrar el desarrollo que tiene la investigación y la práctica de la salud pública en Nueva York, mantuve una conversación con la Dra. Lorna Thorpe, en la actualidad catedrática y directora del área Epidemiología en NYU.

Lorna Thorpe estudió un máster en epidemiología en la universidad de Michigan y trabajó en VIH/SIDA en China e Indonesia durante 5 años. Al terminar su doctorado en Chicago, Illinois, trabajó en los servicios de Inteligencia Epidémica del CDC. Desde allí pasó al departamento de Salud de la ciudad de Nueva York donde trabajó durante 10 años como directora del área de Epidemiología de la ciudad. Desde hace 11 años ha sido directora de los departamentos de Epidemiología de CUNY primero y ahora NYU. Lorna ejemplifica la unión entre la práctica de la salud pública y la investigación académica: “El conocimiento de ambas partes me ha servido durante la pandemia para participar tanto en ensayos clínicos de medicamentos, como en el análisis de los datos epidemiológicos, tests diagnósticos, hospitalizaciones, fallecimientos y vacunación entre otros, siempre desde la perspectiva de las poblaciones vulnerables, infradotadas, como son los residentes en viviendas protegidas (Public Housing)”.

Con respecto a cómo se desarrolló la respuesta a la pandemia tanto en salud pública como en el sistema sanitario, Lorna añade: “En los primeros seis meses tuvimos muchísimos problemas para identificar a las personas y comunidades con mayores tasas de positividad en NYC”. “En los meses siguientes, el programa de rastreo de los contactos positivos se desarrolló de manera estelar en una ciudad tan grande como Nueva York. Estelar en la velocidad de contacto con las personas positivas, apoyo para el aislamiento y seguir con el rastreo de personas con las que se estuvo en contacto. Por desgracia este sistema de rastreo no ha sido eficiente en muchos lugares de los EE. UU.”

A la pregunta de por qué el departamento de Salud de la ciudad de Nueva York es el más desarrollado de todo EE. UU. Lorna destaca: “El nivel de conocimiento y de formación del personal del departamento de Salud es enorme comparado con otras ciudades incluso estados. Uno de los retos más grandes que hemos tenido es la confianza de los líderes políticos en las agencias de salud pública y el conocimiento científico. Esta desconfianza ha ocurrido tanto a nivel de la ciudad, como a nivel estatal y a nivel nacional con la administración Trump”.

Con un presupuesto anual de 1600 millones de dólares y más de 6000 empleados en los cinco *boroughs* (distritos municipales) de la ciudad, el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York “NYC Department of Health and Mental Hygiene” es una de las agencias de salud pública más antiguas de EE. UU., con más de 200 años de liderazgo.

⁵ Franco, M. “Leganés, Iztapalapa y el Bronx: coronavirus y desigualdad en la ciudad global”. *El País*. 17/05/2020. <https://bit.ly/3dmrYCr>

Franco, M. Charla TEDx “Salud y pandemia en la ciudad global”: <https://bit.ly/3drDwV7>

Desde el Ministerio de Sanidad de España se está trabajando en tres reformas importantes de cara a los próximos años: una nueva estrategia de salud pública; impulso a la red de vigilancia en salud pública; creación de un centro estatal de salud pública

La Dra. Mary Basset, directora del NYC Department of Health de 2014 a 2018 y en la actualidad catedrática en Salud Pública en Harvard, desarrolló toda una estrategia de Barrios Saludables centrado en las ideas de justicia social y de protección de la salud donde más se necesita. En palabras de Mary Basset: “Una estrategia que se centre en poblaciones históricamente infradotadas, infraservidas” las que denominan en salud urbana *Underserved Communities*.

Es importante destacar que los valores centrales del departamento de Salud de la ciudad de Nueva York son la ciencia y la equidad y su misión es proteger y promover la salud de todos los neoyorquinos. Una ciudad de 8 millones que puede llegar a recibir cada día entre 2 y 3 millones más. El departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York se compone de 8 departamentos temáticos: Salud Mental, Enfermedades Infecciosas, Salud Ambiental, Epidemiología, Salud materno infantil, Equidad en salud y enfermedades Crónicas y Comunicación.

Actualmente es una de las agencias de salud pública más grandes del mundo y atrae y recluta tanto a profesionales en la práctica de la salud pública como a epidemiólogos y otros investigadores de esta área científica.

5

Conclusión y necesidades post-COVID en salud pública

En la situación actual y en el futuro post-COVID, ha quedado muy clara la necesidad tanto en EE. UU. como en España de reforzar, mejorar y dotar las estructuras de salud pública a todos los niveles territoriales.

A este respecto, la catedrática Lorna Thorpe destacaba tres puntos relevantes:

- I. Necesitamos conocer la situación epidemiológica con respecto a la salud y la enfermedad de la manera más completa y rápida posible para poder analizar esos datos e informar a las diferentes administraciones para tomar las decisiones políticas más eficaces de acuerdo con la realidad. Por lo tanto, se necesita hacer un esfuerzo enorme en la vigilancia, análisis y transparencia de los datos de salud.
- II. Necesitamos entender las persistentes desigualdades e inequidades de nuestros sistemas de salud pública y de sanidad. Un reto fundamental en salud pública global y actual es trabajar con y para las poblaciones infradotadas que más sufren las enfermedades y la falta de salud. Para ello hacen falta un compromiso y una participación duradera y estratégica para que las iniciativas de salud pública sean efectivas. Los trabajadores en salud comunitaria que provengan de esas propias poblaciones, áreas, barrios, son claves para la mejora de la salud y deben ser parte de los sistemas de salud pública y sanitarios en esas poblaciones.
- III. Finalmente, es necesario el trabajo colaborativo entre los profesionales de la salud pública y los servicios sanitarios para poder evaluar la situación de salud de la población para la que trabajamos.

A mayo de 2021, desde el Ministerio de Sanidad del estado español se está trabajando en la mejora de La salud pública española que incluiría tres reformas importantes de cara a los próximos años: una nueva estrategia de salud pública; impulso a la red de vigilancia en salud pública; creación de un centro estatal de salud pública.

⁶ “Our Core Values, Mission, Vision and Strategy for 2020-2021”. NYC Department of Health. <https://on.nyc.gov/3w5jC8M>



Dra. Mary Basset, directora del NYC Department of Health de 2014 a 2018, actualmente catedrática de Salud Pública de Harvard. / Foto: FXB Center for Health & Human Rights at Harvard University

El departamento de Salud de la ciudad de Nueva York se compone de 8 departamentos temáticos: Salud Mental, Enfermedades Infecciosas, Salud Ambiental, Epidemiología, Salud Materno-Infantil, Equidad en Salud, Enfermedades Crónicas y Comunicación

Según noticias del propio ministerio, la creación de un nuevo Centro Estatal de Salud Pública permitiría “avanzar hacia una concepción integral, que no solo trabaje en vigilancia epidemiológica y respuesta ante amenazas, sino que también lo haga para fortalecer la vertiente preventiva y de promoción y protección de la salud general de la población”.

La pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia la necesidad de entender la salud pública como el conjunto de acciones que protegen y promueven la salud de nuestras poblaciones. En la actualidad necesitamos proteger y promover nuestra salud y bienestar frente a las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, diabetes y cáncer) y prepararnos para las posibles próximas epidemias.

Tanto en EE. UU. como en España necesitamos más que nunca un sistema de salud pública actualizado y bien dotado, tanto en el número de profesionales como en sus estructuras científicas y técnicas. Servicios de salud pública que trabajen e investiguen en conexión directa con los servicios sanitarios de atención primaria y hospitales poniendo el foco en la protección y la promoción de la salud más allá del tratamiento de la enfermedad.

Ha tomado parte en programas nacionales de liderazgo y es miembro de la red LISA de la Annie E. Casey Foundation. Ha publicado artículos en prensa en España y aparecido en medios como CNN y BBC como analista.

Tiene más de diez años de experiencia en think tanks en Estados Unidos como analista, experto en comunicaciones y lobista. Ha trabajado defendiendo y aprobando legislación en materias de educación, sanidad y políticas de bienestar social, incluyendo la aprobación de una de las primeras leyes de bajas pagadas por enfermedad en Estados Unidos.

Roger Senserrich

Editor del boletín Four Freedoms y miembro de Politikon. Director de Comunicaciones de Connecticut Working Families. Es licenciado en Ciencias Políticas por la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.



Twitter: @Egocrata

Sanidad en EE. UU.: REFORMAS Y COSTES

Roger Senserrich

Una de las cosas más difíciles de acostumbrarse en Estados Unidos es ir al médico y no tener ni la más remota idea de lo que te va a costar.

Para empezar, cada aseguradora (sea pública o privada –ahora hablaremos de ello–) ha llegado a un acuerdo distinto con ese médico en particular, que incluye una serie de condiciones sobre reembolsos, descuentos por formar parte de “la red” de proveedores incluidos en cada plan y una escala de servicios cubiertos dependiendo del grado de cobertura del paciente.

Cada póliza de seguro, además, puede tener términos distintos respecto a franquicias, copagos, límites familiares y servicios médicos cubiertos. Las condiciones de una póliza de seguros acostumbran a ser una larga lista de decenas de páginas detallando qué servicios se consideran medicina preventiva, de emergencia, justificada o electiva; a qué médicos se puede acudir sin tener que cubrir costes adicionales, cuánto dinero uno debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora corra con ningún gasto, qué medicamentos están en cada nivel de cobertura y copago, bizantinas regulaciones sobre qué debe hacer un médico para pedir autorización a la aseguradora para dar acceso a un determinado

tratamiento, y una miríada de detalles, condiciones y excepciones adicionales.

Esto significa que las salas de espera de los hospitales en Estados Unidos sean un poco como las puertas de embarque de un aeropuerto. Nunca hay dos pasajeros que han pagado exactamente lo mismo por el billete.

La burocracia alrededor de cada consulta es compleja. Cada visita genera lo que las aseguradoras llaman un *medical code*, un código estandarizado numérico con el diagnóstico, servicios prestados, tratamientos y cualquier circunstancia adicional del paciente. Este código (una cadena de cifras y letras ilegible para los legos) es lo que recibe la aseguradora, que decide en última instancia qué porcentaje del coste del servicio va a pagar. Las pólizas acostumbran a cambiar de un año a otro, según las aseguradoras negocian con médicos y los pacientes cambian de una empresa a otra o cambian su cobertura. Eso hace que, con algunas excepciones, uno va al médico solo con una vaga idea de lo que acabará pagando. Cada visita es un misterio.

La existencia de toda una categoría profesional de *medical coders*, un puesto de trabajo que exige una titulación

específica (equivalente a una diplomatura) y una industria asociada que factura cada año casi 10 000 millones de dólares¹ dice mucho de la enrevesada organización del sistema de salud americano. La fragmentación entre proveedores, pagadores, consultores y administrativos trae consigo, aparte de serios dolores de cabeza a los pacientes, unos elevadísimos costes administrativos que contribuyen a hacer de Estados Unidos el país que más gasta en sanidad del mundo desarrollado.

1

El coste de la sanidad

Estados Unidos destina un porcentaje del PIB a la sanidad mayor que el de cualquier otro país de la OCDE. Los americanos destinan casi un 17 % de su economía a su sistema de salud. Suiza, el único lugar que se le acerca, no alcanza el 12 %². Esta cifra sería ya de por sí considerable, pero Estados Unidos es además uno de los países más ricos del mundo. El gasto en sanidad por cápita e incluso ajustando por niveles de riqueza, duplica al de lugares como Francia o Suecia³.

Este gasto adicional sería justificable si los indicadores de salud de Estados Unidos fueran mucho mejores que los del resto de la OCDE. Lo que vemos, sin embargo, son resultados o comparables o peores; aunque el país tiene alguno de los mejores hospitales del mundo, en agregado el sistema tiene unos resultados comparables a los de casi cualquier país europeo.

En términos de salud pública, Estados Unidos es casi sin excepción netamente peor. No solo es uno de los lugares donde la esperanza de vida se ha estancado o incluso disminuido⁴ en años recientes (y es considerablemente inferior a la francesa, italiana, española o alemana) sino que además no ofrece cobertura médica a un porcentaje considerable de su población. Antes de la pandemia, aproximadamente uno de cada diez americanos no tenía seguro médico alguno. No tenemos cifras exactas sobre cuánta gente ha perdido su seguro médico durante el 2020, pero las estimaciones rondan los 14 millones de personas⁵.

El sistema de sanidad de Estados Unidos se enfrenta a dos problemas urgentes. Por un lado, su desmesurado coste; por otro, sus pobres resultados a todos los niveles

Podemos decir, entonces, que el sistema de sanidad de Estados Unidos se enfrenta a dos problemas urgentes. Por un lado, su desmesurado coste; por otro, sus pobres resultados a todos los niveles. Ambos problemas están íntimamente relacionados –y ambos requieren soluciones complejas–.

Empezaremos hablando del coste de la sanidad, dado que cumple un papel clave en excluir a millones de personas del sistema. La magnitud de las cifras da una pista bastante clara de que la enorme diferencia con el resto de la OCDE no se debe a una sola causa, sino que estamos ante un caso en el que múltiples factores contribuyen a inflar el resultado final.

¹ U.S. Medical Coding Market Size, Share & Trends Analysis Report by Classification System (ICD, CPT, HCPCS), By Component (In-house, Outsourced), And Segment Forecasts, 2021 - 2028. <https://bit.ly/3x6iu6b>

² “Current health expenditure (% of GDP)”. World Health Organization Global Health Expenditure database. <https://bit.ly/3y63VzS>

³ Kamal R., Ramirez G., and Cox C. “How does health spending in the U.S. compare to other countries? Peterson-KFF Health System Tracker. December 23, 2020. <https://bit.ly/3y21RsA>

⁴ Woodward, A. “Life expectancy in the US keeps going down, and a new study says America’s worsening inequality could be to blame”. INSIDER. Nov 30, 2019. <https://bit.ly/2UfcolK>

⁵ Kamal R., Ramirez G., and Cox C. “How does health spending in the U.S. compare to other countries? Peterson-KFF Health System Tracker. December 23, 2020. <https://bit.ly/3w7wYl0>



Manifestantes del Taxpayer March en Washington, en septiembre de 2009 contra la subida de impuestos asociados al Obama Care / Foto: Patriot Room

Si contrastamos los costes de Estados Unidos con una cesta de países comparables (Austria, Bélgica, Canadá, Francia, Alemania, Holanda, Suecia, Suiza y Reino Unido –nótese que los dos países con sistemas de salud más eficientes de la UE, España e Italia no están incluidos–)⁶, podemos analizar estas diferencias. Los americanos gastan cuatro veces más dinero en costes administrativos por cápita que sus homólogos de la OCDE (937 \$ al año, comparado con los 201 \$ del resto), algo que no debería sorprender a nadie viendo el número de intermediarios y la complejidad del sistema. Los americanos gastan casi el doble en medicamentos, en parte porque la fragmentación del sistema hace que no puedan negociar precios a la baja. También destinan más dinero a la medicina preventiva.

Estos tres factores, sin embargo, tienen un peso relativamente limitado en el gasto total. Donde vemos más diferencia es en el coste de los tratamientos médicos: Estados Unidos gasta 6624 \$ al año, comparado con los 2718 \$ del resto de países. Sí, la burocracia, el papeleo y las constantes interferencias de las aseguradoras es un problema, pero son los costes hospitalarios, el de las consultas, procedimientos, cirugías y demás los que definen las colosales diferencias de coste.

Este es un detalle crucial para hablar de las carencias del sistema sanitario de Estados Unidos, y de

las posibles vías de reforma para hacerlo más accesible y menos oneroso para los bolsillos de los americanos. El problema central del sistema no es uno de gasto público insuficiente, como veremos, sino de precios abusivos y beneficios descontrolados en el lado de los médicos y hospitales del sistema.

2

¿Quién paga los seguros médicos?

Empecemos por el lado del gasto: quién paga por servicios médicos. Casi la mitad de los americanos (49 %) reciben su cobertura médica a través de un seguro de empresa. Las compañías ofrecen esta prestación como parte de la remuneración de sus empleados. Cuando uno es contratado en un nuevo puesto de trabajo, el seguro médico recibe tanta o más atención que el salario al hablar de compensación.

La calidad y grado de cobertura del seguro varía mucho según la empresa y categoría profesional del empleado. Aunque la reforma de la sanidad del 2010

⁶ Kurani n. & Cox.C. "What Drives Health Spending in the U.S. Compared to Other Countries". Peterson-KFF Health System Tracker. September 25, 2020. <https://bit.ly/3drCqIZ>



Barack Obama firmando la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible en la Casa Blanca, el 23 de marzo de 2010. / Foto: Pete Souza, White House

(*Obamacare*, el apodo de la *Affordable Care Act*) simplificó y estandarizó la jerga de los contratos de seguros, creando “niveles” definidos y una lista de prestaciones mínimas, la variedad es gigantesca.

En general, cuanto mayor es la empresa y mayor el sueldo, más cara es la póliza y mejores prestaciones ofrece. Un cajero de un supermercado tendrá seguramente copagos para cualquier interacción con un médico, una lista de proveedores que aceptan el seguro muy reducida y una franquicia (la cantidad de dinero que debe pagar de su bolsillo antes de que la aseguradora pague nada) que puede rondar los 6000 dólares. Un director general de un banco no tendrá franquicia, tendrá copagos pequeños, y acceso a cualquier médico del país. Un empleado en un restaurante de comida rápida, mientras tanto, es muy probable que si quiere tener acceso al seguro de su empresa tenga que pagárselo él, ya que no estará incluido en su sueldo por defecto.

El segundo mayor grupo de asegurados del país están cubiertos por Medicaid, el programa mixto federal-estatal para personas con pocos ingresos, que da servicio a un 20 % de la población. Aunque es un sistema que cubre millones de personas, en realidad Medicaid está tremendamente fragmentado. Según el tipo de paciente y servicios ofrecidos, lo que paga el estado y el gobierno federal varía, y los requisitos para acceder a él son diferentes. Hay más de un centenar de categorías de pacientes (niños, invidentes, minusválidas, ancianos, pocos ingresos...) y la implementación varía de un estado a otro.

Lo servicios cubiertos y lo que paga el gobierno a médicos por ello, varían también. Esto hace que un paciente pueda tener derecho a Medicaid en un estado, pero no en otro, según las regulaciones de cada lugar.

Para los pacientes cubiertos por Medicaid, es un seguro fiable y generoso. No tiene copagos ni franquicias, y en algunas modalidades, cubre casi cualquier servicio. Medicaid, no obstante, suele pagar relativamente poco dinero a médicos y hospitales, así que muchos no aceptan pacientes con este seguro. Eso, sumado a los duros requisitos para acceder a él (casi siempre, estar por debajo del umbral de la pobreza) lo hacen no del todo deseable.

El tercer programa en número de asegurados es Medicare, el seguro médico para mayores de 65 años. Medicare se parece bastante a un seguro a la europea; aunque tiene primas y algunos copagos, es un seguro generoso que paga relativamente bien a los médicos. Aunque cubre al 14 % de la población, está mucho más integrado que Medicaid, ya que es programa federal puro, sin intervención de los estados. Los médicos tienden a ser más receptivos, en parte porque el congreso ha limitado mucho la capacidad del programa para negociar precios a la baja.

Los tres grupos restantes son el mercado individual (6 % de la población), la sanidad militar (1 %), y gente sin seguro médico. El primer grupo son aquellos que tienen seguro de empresa o acceso a programas públicos y deben contratar un seguro en solitario. La ACA reguló esta porción del sistema de forma estricta, así

que las aseguradoras ya no pueden ofrecer pólizas basura o denegar servicios de forma arbitraria. El gobierno federal, además, ofrece subvenciones a familias con pocos ingresos. Eso no hace que las pólizas sean baratas, ni mucho menos (una medio decente cuesta 436 \$ al mes de media⁷, sin contar franquicias, copagos y demás) pero permite evitar sustos.

La sanidad militar (*Veteran's Affairs*) cubre a aquellos que han servido en las fuerzas armadas. El modelo organizativo es algo que sería familiar en España; los hospitales son propiedad del gobierno federal y los médicos empleados públicos. Es, de muy lejos, el sistema de salud más eficiente de Estados Unidos⁸.

El diez por ciento de americanos restantes no tienen seguro médico. Si se ponen enfermos, deben pagar todo de su bolsillo. Los hospitales en Estados Unidos están bajo obligación legal de atender a cualquier paciente que requiera atención médica, así que no se van a quedar sin cuidado en caso de sufrir un percance. El problema es que los hospitales van a intentar cobrar la factura al paciente, y lo harán, aunque eso le cueste ir a la bancarrota.

3

Inflando costes

Como vemos, el sector público americano se ocupa de dar cobertura médica directa a más de un tercio del país, o cerca del 40 % si contamos subvenciones. Por añadido, los seguros médicos de empresa reciben un trato fiscal muy favorable, ya que no tributan como ingresos en el impuesto sobre la renta. La práctica totalidad del sistema de salud está respaldado con dinero público.

El problema es que, a pesar de estas inversiones, el sector público americano no quiere o no puede ejercer poder de mercado alguno para controlar los precios.

En el resto de la OCDE, el sector público controla los costes de dos formas distintas. En los países donde el estado es quien actúa como asegurador en última instancia, lo hace imponiendo precios y tarifas a los hospitales y médicos de forma unilateral. Si el ministerio o consejería de sanidad es quien paga las facturas del 90 % de pacientes, uno no puede rechazar la oferta. Estamos

El 10 % de americanos no tiene seguro médico. Si se ponen enfermos, deben pagar todo de su bolsillo. Los hospitales en EE. UU. están bajo obligación legal de atender a cualquier paciente, el problema es que después trarán de cobrar la factura al paciente, y lo harán, aunque eso le cueste ir a la bancarrota

ante un monopsonio, un mercado en el que hay un único comprador que puede imponer precios.

En los lugares donde el mercado de seguros está más fragmentado (como Alemania u Holanda), los gobiernos habitualmente utilizan una combinación de regulación para coordinar precios entre aseguradoras o establecen precios directamente⁹. Todo el mundo paga lo mismo, y los médicos cobran lo autorizado por el gobierno.

⁷ "Average Marketplace Premiums by Metal Tier, 2018-2021". KFF. <https://bit.ly/3A7Mkcx>

⁸ Price et al. "Comparing Quality of Care in Veterans Affairs and Non-Veterans Affairs Settings". *Journal of General Internal Medicine*. April, 2018. <https://bit.ly/3x5gLhH>

⁹ TSUNG-MEI CHENG. "Bending the Cost Growth Curve and Expanding Coverage: Lessons from Germany's All-Payer System. A Tribute to Uwe Reinhardt". The Milbank Memorial Fund. June, 2020. <https://bit.ly/3y65ZaU>



El ejército transformó el Centro de Convenciones Jacob K. Javits de Nueva York en un hospital únicamente dedicado al COVID19 en abril de 2020 / Foto: U.S. Air National Guard, Major Patrick Cordova

En Estados Unidos, sin embargo, el sistema va en dirección contraria. Lo que sucede, de forma cada vez más habitual es que tenemos concentración empresarial en el lado de la oferta, es decir, un número cada vez más pequeño de hospitales y consultas médicas en cada región. En muchos estados y regiones del país, uno o dos grupos hospitalarios se reparten los centros médicos entre ellos, haciendo que la oferta sea muy limitada. Cuando una aseguradora quiere negociar precios para sus pacientes, lo hace con uno monopolio de facto, y no tiene más remedio que aceptar las tarifas que le impongan.

A esto se le suma el hecho de que a pesar de que ser médico en Estados Unidos es extraordinariamente lucrativo, el país tiene muy pocos médicos y camas hospitalarias por cápita¹⁰—y ha visto una auténtica oleada de cierres de hospitales en años recientes—.

Esto se debe a una combinación de factores. Primero, Estados Unidos tiene muy pocas facultades de medicina y produce muy pocos médicos. La American Medical Association, la asociación profesional del sector, dedica gran parte de sus esfuerzos a asegurarse que esto siga así. Segundo, las empresas que controlan los hospitales (a menudo entidades “sin ánimo de lucro”) trabajan muy duro para comprar a sus competidores e impedir que abran hospitales nuevos. Tercero, los hospitales rurales no son rentables sin dinero público, y muchos estados no ofrecen Medicaid a personas con pocos ingresos.

*En muchos estados
y regiones del país,
uno o dos grupos
hospitalarios se reparten
los centros médicos
entre ellos, haciendo
que la oferta sea muy
limitada. Cuando una
aseguradora quiere
negociar precios para
sus pacientes, lo hace con
uno monopolio de facto*

¹⁰ Shanosky N., McDermott D., and Kurani N. “How do U.S. healthcare resources compare to other countries?” Peterson-KFF Health System Tracker. August 12, 2020. <https://bit.ly/3wZvFG9>



El presidente de los Estados Unidos Lyndon Johnson firmando la creación de Medicare el 30 de julio de 1965 junto al expresidente Harry S. Truman y su esposa, Bess, que aparecen en el extremo derecho.

4

Soluciones

Los desajustes del sistema de salud americano tienen varias soluciones obvias, pero políticamente muy complicadas.

La opción más sencilla es aprobar medidas que favorezcan un cierto papel de monopsonio al sector público, sea a nivel federal o estatal. Esto puede hacerse permitiendo que Medicare y Medicaid no solo negocien precios y coordinen sus pagos, por ejemplo, sino que además los hospitales estén obligados a ofrecer los mismos precios a las aseguradoras privadas. En su defecto, el gobierno federal puede ofrecer una *public option*, o un seguro público que esté disponible para empresas y particulares, que pueda imponer precios de forma similar.

Alternativamente, el gobierno federal o los estados podrían regular directamente los precios, sin más. Simplemente imponer una tarifa uniforme para cada servicio, regulada desde arriba con fuerza de ley.

El segundo método es más sencillo. Es el sistema que se utiliza en Alemania, y de hecho hay algunos estados (como Maryland) que lo están implementando. Funciona bien, reduce costes, y es fácil de administrar. En la práctica, sin embargo, médicos y hospitales son perfectamente conscientes que controlar costes implica que ellos ganarán menos dinero, así que se han opuesto frontalmente a cualquier intento de extender el sistema. Políticamente

es muy, muy difícil responder a enfermeras y cirujanos preocupados diciendo en TV que el gobernador quiere cerrar su hospital.

Eso hace que los políticos recurran al primer método, intentan aumentar el poder de compra de los gobiernos y aseguradoras. Su implementación, sin embargo, es también difícil y exige además una expansión de programas públicos que genera resistencia numantina entre los conservadores.

La alternativa de aumentar la competencia en el lado de la oferta también es difícil. En teoría, las autoridades podrían intentar romper monopolios hospitalarios regionales para evitar que todos los hospitales de una ciudad estén en manos de una o dos empresas. A la práctica, esta clase de pleitos no son fáciles de ganar en los tribunales. Aumentar el número de hospitales y la cantidad de médicos es también complicado sin una intervención decidida del sector público y no tiene efectos inmediatos en los costes de la sanidad.

La solución más previsible, como es habitual en Estados Unidos, es una combinación de experimentación y cambios a pequeña escala a nivel estatal, junto con cambios regulatorios en los márgenes por parte del gobierno federal.

La buena noticia (relativa) es que la sanidad es ahora mismo tan cara que no parece que haya demasiado margen para que los costes sigan creciendo. La mala es que es muy probable que sigan siendo altos durante bastante tiempo. Aunque los estados aprenden unos de otros y tienden a adoptar la legislación de estados vecinos cuando esta funciona bien, es algo que lleva tiempo, y desde luego, hace bien poco por reducir la fragmentación del sistema.

El problema persistirá, casi seguro. En EE. UU., los cambios se hacen poco a poco.

Miguel Ángel Casado

Ha cursado durante 5 años la residencia de medicina interna en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias con estrecha colaboración con la Universidad de Alcalá durante la misma como colaborador asociado para las prácticas de los estudiantes, así como colaborador asiduo con el Instituto Franklin-UAH como tutor de prácticas de varios estudiantes norteamericanos. Parte del comité organizador del primer congreso internacional de obstetricia y ginecología para estudiantes de medicina (ICIOGEM) celebrado en marzo de 2011 en la Universidad de Alcalá.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá. Facultativo especialista en Medicina Interna.



ESTADOS “DES-UNIDOS” en Educación y Sanidad

Miguel Ángel Casado

La manera de entender el desarrollo del individuo dentro de una sociedad condiciona la forma en la que ese estado enfoca aspectos tan importantes en la vida como pueden ser la educación y la salud. A lo largo de estos últimos años he tenido la oportunidad de colaborar con el Instituto Franklin-UAH a través de sus programas de intercambio. Este programa en colaboración con la Universidad de Alcalá y el Hospital Príncipe de Asturias donde me encontraba desarrollando mi labor asistencial como médico me ha permitido conocer a Sabrina, Ema, Spencer y Otto. Todos ellos estudiantes universitarios estadounidenses de materias relacionadas con las ciencias de la salud. Gracias a ellos, sus relatos y vivencias he podido conocer de primera mano las significativas diferencias que existen en el modelo educativo universitario español y estadounidense. En este artículo pretendo comparar una manera tan diametralmente opuesta de entender estos conceptos en países con una sociedad que tiene un concepto de sanidad distinto como es la estadounidense y la española.

1

Modelos universitarios opuestos

Como punto de partida hay que explicar que el modelo universitario estadounidense dista en su organización con respecto al sistema europeo y en concreto con el sistema español. Este se estructura de una forma distinta ya que el sistema norteamericano contempla la posibilidad de obtener 4 titulaciones distintas según sean estudios de grado o posgrado. En el caso de los estudios de grado (*undergraduate*, lo que en España equivaldría a una carrera universitaria tal y como lo entendemos) se subdividen a su vez en dos partes: una primera denominada *Associate's Degree* con una duración de 2 años y que sería el equivalente a una diplomatura o el primer ciclo de una licenciatura, seguida

de una segunda parte denominada *Bachelor's Degree* la cual tendría una duración de al menos 4 años y posibilitaría el acceso a los estudios de posgrado. Estos últimos a su vez comprenderían el *Master's Degree* con una duración de entre 1 y 3 años y que permitiría una especialización de forma similar a los Másteres Universitarios Europeos; y por último, el *Doctorate Degree*. Este último se diferencia de su equivalente europeo tanto en su duración (3-6 años) como en la concepción estadounidense del mismo que permite divergir dichos estudios hacia un destino de investigación (PhD) o en cambio una orientación hacia la práctica profesional.

Profundizando un poco más en los estudios *undergraduate* (de grado, comparándolos con el sistema español), en el sistema universitario estadounidense se comienza fundamentalmente a lo largo del primer año y parte del segundo estudiando materias que podríamos denominar como “cultura general” seguidos de unos años donde cada estudiante va escogiendo asignaturas con las que irse formando hacia donde quiere llegar. Una forma bastante más personalizada que el modelo español donde se tiende a estandarizar; no solo a nivel nacional sino incluso a nivel europeo, las materias o asignaturas que uno debe cursar para alcanzar el título universitario correspondiente.

Para que todo esto quede más claro y nos sirva de ejemplo para apreciar estas diferencias, en España (como fue mi caso) tras realizar dos años de estudios de bachillerato y las pruebas de acceso a la universidad, si obtienes la nota de corte adecuada puedes iniciar tu licenciatura (actualmente grado) en Medicina y Cirugía que tiene una duración de 6 años tras los cuales si has superado los créditos precisos obtendrías el título. En el caso estadounidense para llegar al mismo final deben ser aceptados en un primer lugar por la universidad que no mira únicamente las calificaciones previas (aunque se basa en gran medida de ellas) para comenzar un *Bachelor* de ciencias de la salud y posteriormente optar a poder entrar a una escuela de medicina.

En palabras textuales de uno de los estudiantes con los que he tenido la posibilidad de comentar esta experiencia; “el principal problema para entrar a la escuela de medicina es el desconocimiento de los requisitos necesarios para la aceptación en la misma” ya que algunas escuelas priorizan las calificaciones previas, otras escogen a sus estudiantes en función de una entrevista y otras le dan mucha importancia a todo aquello que han hecho durante su vida universitaria fuera del ámbito propiamente estudiantil. Entran en juego, por lo tanto, también los contactos sociales: “si uno conoce a doctores tiene más posibilidades de ser recomendado para acabar siendo aceptado en una escuela de medicina”.

Solo hay que echar un vistazo al ranking de Shanghai, que mide cuales son las mejores universidades del mundo, donde España solo cuenta con una universidad entre las 200 primeras mientras que la misma está encabezada por la Universidad de Harvard seguida de un puñado de instituciones americanas copando 15 de las 20 primeras posiciones de dicho ranking

Volviendo a centrarnos en las diferencias generales de ambos modelos universitarios estas deben entenderse dentro de un marco como es el español donde el Estado a través del Ministerio de Educación, o el recientemente creado Ministerio de Universidades, participa de una forma más activa en la creación de dichos planes de estudio frente a una educación donde ya ni siquiera los diferentes estados sino que las propias instituciones y sus benefactores diseñan planes específicos para convertirse en la universidad más prestigiosa posible. Solo hay que echar un pequeño vistazo al *ranking* de Shanghai (que mide cuales son las mejores universidades del mundo) y donde España solo cuenta con una universidad entre las 200 primeras mientras que la misma está encabezada por la Universidad de Harvard seguida de un puñado de instituciones americanas copando 15 de las 20 primeras posiciones de dicho *ranking*.



Estudiantes de medicina de la Harvard University Medical School, la primera institución del ranking de Shanghai que mide los centros de estudios más prestigiosos en cuestiones médicas. / Foto: Harvard University MS

2

La factura universitaria

Pero esta “personalización” tiene un precio que en algunos casos llega a superar —y me refiero únicamente a la matrícula (a lo que habría que sumar gastos de alojamiento, libros, transporte...)— los 50 000 \$ al año (aproximadamente 41 000 €) muy por encima de los 1000 € anuales de media que cuesta un grado en Humanidades en una universidad pública española o los 1500 € de media que cuesta la matrícula anual de un grado de estudios relacionados con Ciencias de la Salud. Y eso que precisamente la universidad pública española no se encuentra entre las más baratas de Europa —en 2016 ocupábamos el 9 lugar en el ranking de las más caras del continente— siendo el precio de matriculación 20 veces superior al de la misma en Alemania.

Estos desorbitados precios conllevan un titánico esfuerzo financiero a las familias estadounidenses convirtiendo la deuda estudiantil en la segunda causa de endeudamiento de las familias en Norteamérica solo por detrás de las hipotecas y, por ende, en una de las grandes preocupaciones de la sociedad. Los números que se esconden tras estos endeudamientos llegaron a superar los 1,6 billones de dólares en el año 2020, cifra que se encuentra

por encima del PIB de muchos países del mundo, incluida España (1,4 billones).

Para intentar paliar estos enormes gastos existen 4 tipos de ayudas que pueden gestionarse dentro del sistema educativo estadounidense y que se dividen en: becas (*Grants*), préstamos (*Loans*), beneficios fiscales en educación (*Education Max Benefits*) y las que se encuentran englobadas en el programa de trabajo-estudios (*Federal Work-Study*). Según los datos del National Center for Education Statistics recogidos en los últimos años se observa que más de un 75 % de los estudiantes que ingresan en la universidad reciben una ayuda para financiar sus estudios (independientemente si esta procede del ámbito público o privado). De estas, solo un porcentaje cercano al 25 % provenían de las denominadas *Grants*. Como contrapartida cabe destacar que de estas últimas, un 70 % se encuadran dentro de las denominadas *Federal Pell* (destinadas a aquellas familias con rentas más bajas) y con las cuales el gobierno federal procura igualar las condiciones de acceso a estudios superiores en los casos donde la renta es un obstáculo que impide sufragar el coste de los estudios universitarios. El 30 % restante de las becas proviene fundamentalmente de las propias ayudas que ofrece la universidad hacia estudiantes que pueden suponer un impulso para su prestigio como pueden ser las becas académicas o las becas deportivas y con las cuales se refuerza la anteriormente mencionada búsqueda del mayor prestigio posible que las permita escalar dentro del *ranking*.



Sanitaria en un hospital de Estados Unidos. / Foto: Pexels Gustavo Fring

Una vez más vuelvo a recurrir a la experiencia personal para clarificar esta realidad. Para Otto, con familia de origen guatemalteco y que cursó sus estudios en la Universidad de Oklahoma, el *Bachelor* que estudió hubiera supuesto más de 60 000 \$ (en total por los 4 años) solo en gastos de matriculación. Es necesario explicar en este punto que la Universidad de Oklahoma es una de las universidades más baratas del país como puede comprobarse en el hecho que haber realizado estos mismos estudios en la Universidad de Carolina del Norte (aquella donde Michael Jordan comenzó a mostrar al mundo sus habilidades baloncestísticas) le hubieran supuesto un total de 140 000 \$ (35 000 \$ al año). Él se considera además afortunado de haber podido recibir varias becas con las que pudo pagar la mayor parte de los gastos. A través de *Federal Pell* recibió únicamente 5000 \$ al año proviniendo la mayor parte de becas privadas para la cuales debió pasar entrevistas. Desgraciadamente ahí no termina todo el problema económico ya que como antes he explicado para llegar a completar los estudios de medicina deberá ingresar en la escuela de medicina que le supondrá unos gastos de matriculación de aproximadamente 200 000 \$ de los cuales carece y que le han obligado a renunciar por el momento a su sueño.

En la Constitución de EE. UU. no se hace mención alguna a la asistencia sanitaria de los ciudadanos

Todo ello enlaza con el último punto de mi disertación y es que en Estados Unidos, y afortunadamente al menos ahora no en España, la sanidad es un tema de “ricos” y está destinado a la población que tiene recursos suficientes para costárselo. Tanto aquellos que realizan la labor asistencial (sanitarios) como aquellos a los que va destinada deben tener una buena cantidad de papeles con tinte grisáceo-verdoso con el sello del \$ marcado. Consabida prueba de lo primero tenemos a lo largo de lo escrito previamente y ahora pasaré a desarrollar la segunda parte.

En Estados Unidos la sanidad es un tema de “ricos” y está destinado a la población que tiene recursos suficientes para costeárselo. Tanto para los sanitarios como aquellos a los que va destinada

3

La asistencia sanitaria es un bien “demasiado costoso”

En primer lugar, debemos destacar una diferencia importante entre España y EE. UU. Mientras que en la Constitución de EE. UU. no se hace mención alguna a la asistencia sanitaria de los ciudadanos —únicamente se nombran conceptos como bienestar, defensa de los ciudadanos (artículo I de la sección octava)—, en el caso de la Constitución Española se reconoce “el derecho a la protección de la salud”, al igual que se establece que “compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios”¹. Partiendo de este hecho, ya podemos establecer que ambos sistemas serán completamente diferentes en su estructura, financiación y funcionamiento. A continuación, explicaremos las principales características del sistema de salud estadounidense, destacando las diferencias más importantes respecto al sistema español.

Aunque destaca el carácter privado del sistema sanitario americano, el presupuesto en salud para el pasado año 2005 ascendió a 591 000 millones de dólares (aproximadamente cuatrocientos sesenta y siete mil millones de euros). Dicha cantidad; aunque parezca sorprendente; es superior a otros presupuestos del gobierno, como es el caso del de defensa (480 000 millones). Cantidad difícilmente comparable con el gasto sanitario español dada las diferentes dimensiones poblacionales.

Es una idea ampliamente extendida que el sistema de salud de EE. UU. es mayoritariamente privado. Sin embargo, también existen programas de sanidad públicos, dirigidos a determinados colectivos de la sociedad. Actualmente existen dos programas (Medicare y Medicaid) que introducen la sanidad pública en el sistema americano. Medicaid es un programa administrado por el Estado que provee a través de seguro de hospital (que cubre los gastos relacionados con ingresos hospitalarios); seguro médico y cobertura de recetas a las personas con bajos ingresos y que carecen de recursos. Por otra parte, Medicare provee de recursos relacionados con la asistencia sanitaria fundamentalmente a personas mayores de sesenta y cinco años, o personas con incapacidades. Medicare y Medicaid ofrecen cobertura sanitaria y servicios sanitarios a largo plazo aproximadamente a la tercera parte de los cincuenta y tres millones de personas con deficiencias cognitivas, físicas y mentales que actualmente hay en los Estados Unidos.

Actualmente existen 4 formas fundamentales de financiar los costes derivados de la atención sanitaria; a través los programas Medicare o Medicaid, por seguro privado previamente contratado por el paciente o mediante el pago directo por parte del mismo de los gastos que conlleve su atención. En relación con dicha financiación existen dos tipos de hospitales en territorio estadounidense; aquellos meramente privados que únicamente atienden pacientes con seguros privados o con pago directo y, por otra parte, aquellos hospitales que atienden también a pacientes que pueden acogerse a los programas de Medicare o Medicaid. En este sentido presentan cierta similitud con la gestión de los hospitales privados y públicos respectivamente del territorio español.

Uno de los principales puntos débiles del sistema de salud estadounidense radica en el acceso por parte de los ciudadanos a la asistencia sanitaria. Y es que según el estudio de KFF, el coste promedio de la prima anual del seguro médico en 2020 fue de 7470 dólares por la cobertura individual y de 21 324 dólares por la cobertura familiar. Existe una gran parte de la población; como ocurre con uno de los estudiantes que he tenido; que carece de cobertura. Según su experiencia “no vale la pena pagar 500 \$ mensuales por un seguro que no cubre

¹ Constitución Española. Capítulo Tercero, de los principios rectores de la política social y económica, Artículo 43.



Sanitario durante la crisis de la COVID-19 en un hospital norteamericano. / Foto: NYC Health + Hospitals

muchas de las posibles necesidades médicas que pueda llegar a tener”. En el sistema estadounidense existe un gran segmento de personas (cerca de 29 millones, según las últimas estimaciones) que, por una parte, no tiene un poder adquisitivo suficiente para costearse un seguro médico privado; y por otra parte no cumplen los requisitos en cuanto a renta para acceder a programas públicos como Medicaid y Medicare. Según las últimas estadísticas recogidas 1 de cada 12 estadounidenses no tenía seguro médico en 2018.

Tras la epidemia por COVID-19 son muchos los que pueden contar una historia parecida a la que me ha transmitido Otto: “conozco a mucha gente que cuando enferma no puede ir al médico porque no tiene para pagarlo; conozco al menos dos personas que cogieron el virus; no quisieron ir al médico para no tener que pagarlo porque carecían de seguro y cuando acudieron finalmente ya era demasiado tarde y fallecieron”.

Al no contar con un seguro, los estadounidenses pueden pagar hasta 6 mil dólares por una visita a la sala de urgencias o 20 mil dólares por un parto sin complicaciones, con un seguro básico, el gasto se reduce únicamente a la mitad.

Mientras muchos pasan dificultades para pagar algún tipo de cobertura médica, quienes la tienen no están protegidos ante la posibilidad de asumir grandes deudas por gastos sanitarios que no cubre el seguro como puede ser el diagnóstico o tratamiento de enfermedades oncológicas.

530 000 personas cada año se declaran insolventes debido a deudas relacionadas con enfermedades. Se estima que 1 de cada 6 estadounidenses tiene una factura médica sin pagar en su historial crediticio

Esto se ve reflejado en un estudio publicado en la revista *AJHF* (*American Journal of Public Health*) en febrero 2019 donde se ha observado que cada año alrededor de 530 000 personas se declaran insolventes debido a deudas relacionadas con enfermedades. Esto permite entender la razón por la cual se estima que 1 de cada 6 estadounidenses tiene una factura médica sin pagar en su historial crediticio. Esa deuda asciende a 81 000 millones de dólares en todo el país.

La solidaridad y equidad que definen el sistema sanitario español distan mucho de una realidad en la que prima lo individual y donde bajo mi punto de vista la posible excelencia de unos pocos no mejora el menos bien al que pueden acceder todos.



Sanitarios durante la crisis de la COVID-19 en un hospital norteamericano. / Foto: NYC Health + Hospitals

Referencias

- Catalá, M. *Análisis comparativo de la sanidad española y estadounidense a través del estudio del sistema de salud en la Comunidad Valenciana y en el estado de North Carolina*. Universidad Politécnica de Valencia. Octubre, 2010. <https://bit.ly/2UOeObc>
- National Center for Education Statistics. <https://bit.ly/35Zmp99>
- Salabur, P; Mees, L. Pérez, J.I. Pérez. “Sistemas universitarios en Europa y EEUU”. Academia Europea de Ciencias y Artes. Madrid. (2003):179
- “Trends in students Aid”. The College Board, New York, (2010): 10.
- “¿Cuánto cuesta un seguro médico en Estados Unidos?”. *ViveUSA*. <https://bit.ly/3dsmk1N>
- Himmelstein et al. “Medical Bankruptcy: Still Common Despite the Affordable Care Act”. *American Journal of Public Health (AJPH)*. February 06, 2019 <https://bit.ly/3hiL1Pf>
- Galewitz, P. “Breaking A 10-Year Streak, The Number Of Uninsured Americans Rises”. *KHN*. September 10, 2019. <https://bit.ly/3h5FCMS>
- Santhanam, L. “Millennials rack up the most medical debt, and more frequently Health” *PBS*. Jul 26, 2018. <https://to.pbs.org/2Tli90R>
- Ortegren, F. “How U.S. Health Policy Changes Have Affected Healthcare Costs Over Time”. *Clever*. October 25th, 2019. <https://bit.ly/3y9q7cr>

Tribuna Norteamericana

Tribuna Norteamericana está disponible para su descarga en PDF en la página web del Instituto Franklin:
www.institutofranklin.net

La revista *Tribuna Norteamericana* es una publicación de difusión con base científica que recoge artículos relacionados con la política, la economía, la sociedad y la cultura de Estados Unidos. Cada número está dedicado a una temática y cuenta con colaboradores del ámbito de la diplomacia, la empresa, los medios de comunicación y la academia. Se distribuye en papel entre instituciones españolas y estadounidenses fuera y dentro de España, así como entre medios de comunicación y empresas.

La Fundación Consejo España-Estados Unidos colabora con *Tribuna Norteamericana*. De esta forma, la revista incluye una sección que lleva por título “La historia de” y que narra la experiencia de una empresa española (patrona de la Fundación) en EE. UU.

NÚMEROS ANTERIORES



Nº1. Mayo 2009
»The 2008 Presidential Election in Historical Perspective.
Andrew Richards



Nº3. Marzo 2010
»Política Hispana: España y las Comunidades Hispanas de Estados Unidos.
Guillermo López Gallego



Nº2. Octubre 2009
»Crusader America: Democratic Imperialism under Wilson and Bush.
Omar G. Encarnación



Nº4. Mayo 2010
»Las relaciones entre EE.UU. y Pakistán. Continuidad y cambio con la Administración Obama. Alberto Priego



Nº5. Noviembre 2010
»The United States Supreme Court and the Political Process: The Contemporary Status of Voting Rights Law
 Mark Rush



Nº9. Julio 2012
»España y los hispanos en los EE.UU.: una llamada a la realidad.
 Javier Rupérez
» ¿Qué significa ser Hispano en los EE.UU.?
 Octavio Hinojosa
»Esterotipo en el momento del cambio.
 Emili J. Blasco



Nº6. Abril 2011
»Un republicano en la Moncloa: la visita de Ronald Reagan a la España de 1985
 Coral Morera Hernández



Nº10. Noviembre 2012
» La dura factura de la crisis sobre la imagen española en los EE.UU.
 Pablo Pardo
» Claves para una Política Hispana: cómo fortalecer el papel de España en EE.UU.
 Daniel Ureña
»España-Estados Unidos. Una relación de futuro
 Gustavo Palomares



Nº7. Julio 2011
»El servicio diplomático norteamericano: el Foreign Service (FS).
 Alberto Priego



Nº11. Enero 2013
» El difícil cambio de Obama hacia una histórica reelección
 Dori Toribio
» Obama, "Cuatro años más"
 Esteban López-Escobar
» Obama: del icono al poder de la imagen
 Antoni Gutiérrez Rubí
» Obama "Forward"



Nº8. Marzo 2012
»Running for President, la ambición política y la influencia de los medios.
 Vicente Vallés
»Barack Obama y su carrera política.
 Roberto Izurieta
»Los efectos de la "americanización" de las campañas electorales del mundo.
 Roberto Rodríguez Andrés



Nº12. Abril 2013
» Cómo los vemos y cómo nos ven
 Inocencio Arias
» Las fronteras difusas del mercado en EE.UU.
 David Fernández Vítóres
» El factor hispano: cantidades, cualidades y debates
 Francisco Moreno Fernández



Nº13. Junio 2013

» U.S. Immigration Policy Debate, an investment in the future, or more roadblocks ahead?
Clara del Villar
» Hacia un nuevo modelo migratorio en EE.UU.
Secundino Valladares
» El impacto de la reforma migratoria en la economía de los EE.UU.
Eva Pareja



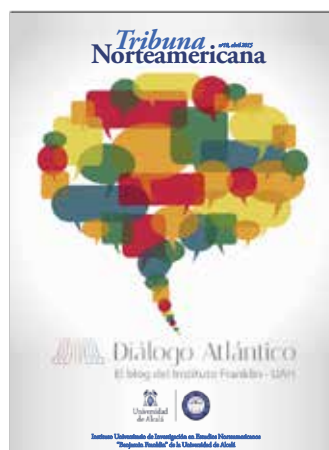
Nº17. Enero 2015

» La historia de... Grifols en EE.UU. Greg Rich
» El posicionamiento del Reino de España ante el fracking... ¿ofrece datos relevantes la experiencia norteamericana? Enrique Alonso
» Fracking, the Natural Gas Economy, and the Emerging US Industrial Renaissance James Levy
» "¿Perfora, Sarah, perfora!" Manuel Peinado Lorca



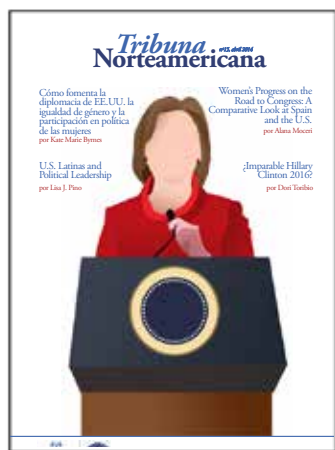
Nº14. Octubre 2013

» Los Foros España-EE.UU.
D. José Manuel García-Margallo
» Diplomacia pública y sociedad civil: la Fundación Consejo España-EE.UU.
Emilio Cassinello
» El Foro y el Consejo España-EE.UU.: los primeros años
Jaime Carvajal
» Dos décadas acercando sociedades
Juan Rodríguez Inciarte
» España-EE.UU.: medio milenio de historia común
Gonzalo de Benito
» España-EE.UU.: una relación de futuro
Antonio Fernández-Martos Montero
» Panorama interdisciplinario del español en los EE.UU.
Francisco Moreno Fernández



Nº18. Abril 2015

» Diálogo Atlántico Varios autores



Nº15. Abril 2014

» Cómo fomenta la diplomacia de EE.UU. la igualdad de género y la participación en política de las mujeres
Kate Marie Byrnes
» Women's Progress on the Road to Congress: A Comparative Look at Spain and the U.S.
Alana Mocerí
» U.S. Latinas and Political Leadership
Lisa J. Pino
» ¿Imparable Hillary Clinton 2016?
Dori Toribio



Nº19. Junio 2015

» La historia de... BBVA, un reto del siglo XXI: hacia la vanguardia digital Juan Urquiola
» Un buen debate electoral Dori Toribio
» American Political Campaigns: Costs, Techniques, & Technology John Hudak
» El arte de hacer campaña en España y EE.UU.: ventajas y similitudes Daniel Ureña



Nº16. Septiembre 2014

» Ferroviario en EE.UU.: diez años haciendo camino
Joaquín Ayuso
» EE.UU. vs Europa: Distintos lenguajes, similar semántica
Sinuhé Arroyo
» ¿Benta, el Google español?
Julio Prada



Nº20. Diciembre 2015

» La incipiente y aún borrosa Marca España en USA Inocencio Arias
» Trabajando para afianzar la imagen de las empresas españolas en EE.UU. Alicia Montalvo Santamaría
» Un año especialmente fructífero en las relaciones entre España y EE.UU. Fidel Sendagorta
» La Comisión Nacional para las Conmemoraciones de la Nueva España: la historia que nos une José Manuel Ramírez Arrazola



Nº21. Marzo 2016

» La historia de... Repsol en Estados Unidos
Arturo Gonzalo Aizpiri

» Los nuevos fenómenos del terrorismo transnacional y la cooperación antiterrorista
Emilio Sánchez de Rojas Díaz

» Una aproximación a los acuerdos entre España y EE.UU.
Federico Aznar Fernández-Montesinos

» Hacia una nueva cooperación entre servicios de inteligencia
Julia Pulido Grager



Nº25. Octubre 2017

» Trump, un OVNI inesperado
Inocencio Arias

» La OTAN y los EE.UU.: un futuro oscuro
Alberto Priego

» Trump y una América Latina en transformación: de la política de muro a la estrategia de sustitución
Gustavo Palomares Lerma

» Trump 2.0 y Rusia en un teatro multipolar con sombras chinas
Rubén Ruiz Ramas



Nº22. Junio 2016

» La historia de... El Instituto Cervantes en los EE.UU.
Ignacio Olmos

» El español en el sistema educativo de los Estados Unidos
Francisco Moreno Fernández

» El español en las redes sociales a través de la Embajada Española en Estados Unidos
Gregorio Laso

» El español en las campañas presidenciales de Estados Unidos
Daniel Ureña

» Entrevista a Jaime Ojeda
Manuel Iglesias Cavicchioli



Nº26. Enero 2018

» La historia de... Gestamp. Historia de 20 años de internacionalización y crecimiento
Miguel López-Quesada

» De cómo el bilingüismo esculpe el cerebro
Albert Costa

» La controversia de la educación bilingüe en España
Víctor Pavón Vázquez

» El profesor como clave fundamental para la implementación de programas bilíngües de éxito
Carmen Aguilera Lucio-Villegas

» Overview of Language Development & Bilingual Education in California K-12 Schools
Karen Cadiero-Kaplan



Nº23. Noviembre 2016

» La historia de... Cosentino Álvaro de la Haza

» Empresa y cultura, EE. UU. y España, una historia de éxito
Julia Sánchez Abeal

» Responsabilidad social corporativa, a uno y otro lado del Atlántico
Mercedes Temboury

» La sociedad, primera beneficiada del emprendimiento de alto impacto
Adrián García-Aranyos

» Un nuevo marketing para nuevas necesidades
Javier Iturralde de Bracamonte



Nº27. Julio 2018

» La historia de... Ebro en EE.U.
Antonio Hernández Callejas

» Lobbies: un acercamiento a la realidad de su influencia en la política norteamericana
Francisco Carrillo

» Los lobbies demócratas en la Era de Donald Trump
Elena Herrero-Beaumont

» El lobby americano del separatismo catalán
Francisco Javier Rupérez Rubio



Nº24. Junio 2017

» La historia de... Acciona en EE. UU.
Joaquín Mollinedo

» Donald J. Trump y el mundo: una relación conflictiva
Javier Rupérez

» El impeachment latente
Vicente Vallés

» El manguante círculo de confianza de Trump
Dori Toribio

» Todos los generales del presidente
Pedro Rodríguez

» Perspectivas de las relaciones EE.UU.-RUSIA en la Administración Trump
Javier Morales



Nº28. Diciembre 2018

» The United States and Spain: Using Bilateral Diplomacy to Spearhead Global Conversation Efforts
Frank Talluto

» El cambio que no cesa
Manuel Peinado Lorca

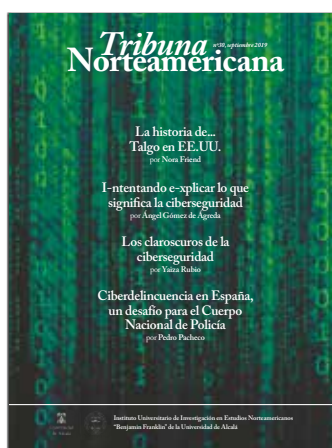
» Cambio climático y nuevo localismo. Una mirada optimista al potencial de las ciudades para contribuir a la transición ecológica de la humanidad
Bárbara Pons



Nº29. Abril 2019
» La historia de... Navantia
 Susana de Sarriá
» Las armas no son el camino hacia la paz y la seguridad
 Jesús A. Núñez Villaverde
» El poder político de la Asociación Nacional del Rifle
 Carlos Hernández-Echevarría
» A vueltas con el derecho a las armas en Estados Unidos
 Alonso Hernández-Pinzón García



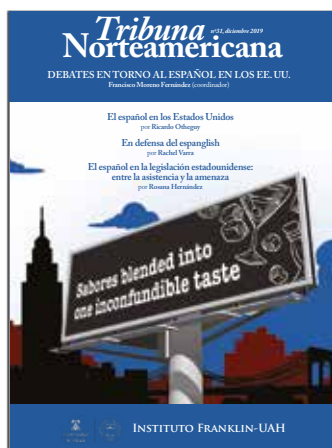
Nº33. Noviembre 2020
EE. UU. contra china en la batalla por la tecnología 5G
» La tecnología 5G ante el gran desafío de la seguridad
 Laura Hochla
» 5G: fundamentos de una tecnología que cambiará el mundo
 Antonio Portilla, Silvia Jiménez y Sancho Salcedo



Nº30. Septiembre 2019
» La historia de... Talgo en EE. UU.
 Nora Friend
» I-ntentando e-xplicar lo que significa la ciberseguridad
 Ángel Gómez de Ágreda
» Los claroscuros de la ciberseguridad
 Yaiza Rubio
» Cibercriminalidad en España, un desafío para el Cuerpo Nacional de Policía
 Pedro Pacheco



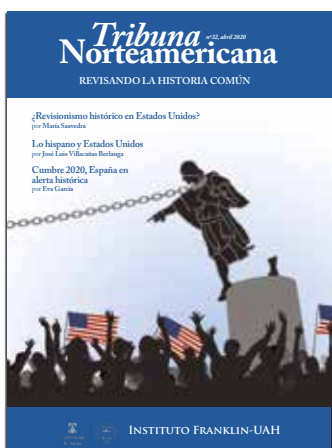
Nº34. Marzo 2021
El fin de la Administración Trump
» Las elecciones americanas: bajo el signo de la polarización
 Fernando Vallespín
» Trump: el presidente que no amaba a las mujeres
 Cristina Manzano
» La maquinaria de la falsedad: @realDonaldTrump
 Pedro Rodríguez



Nº31. Diciembre 2019
Debates en torno al español en los EE. UU.
 Coordinador:
 Francisco Moreno Fernández
» El español en los Estados Unidos
 Ricardo Otheguy
» En defensa del espanglish
 Rachel Varra
» El español en la legislación estadounidense: entre la asistencia y la amenaza
 Rosana Hernández



Nº35 Julio 2021
Sistema sanitario, Sanidad e Investigación en Estados Unidos
» La ciencia como prioridad
 Dr. Valentín Fuster
» Salud pública y sanidad pública: una mirada desde EE. UU.
 Manuel Franco MD, PhD
» Sanidad en EE. UU.: reformas y costes
 Roger Senserrich
» Estados "Des-unidos" en Educación y Sanidad
 Miguel Ángel Casado



Nº32. Abril 2020
Revisando la historia en común
» ¿Revisionismo histórico en Estados Unidos?
 María Saavedra
» Lo hispano y Estados Unidos
 José Luis Villacañas Berlanga
» Cumbre 2020, España en alerta histórica
 Eva García

Los Estudios Norteamericanos en España a un clic

Suscríbete a nuestro boletín semanal

Para estar informado de las publicaciones, eventos, noticias, programas de estudios y otras oportunidades para investigar sobre Norteamérica y visitar Estados Unidos a través de becas y ayudas.



[Pulse aquí para Ver en el navegador](#)

DÍALOGO ATLÁNTICO



Asaltar el skyline de Nueva York

En junio de 2018, una joven hispana de 28 años llamada Alexandria Ocasio-Cortez se merendó a Joe Crowley, un político profesional –americano-irlandés para más escarnio– elegido y reelegido diez veces consecutivas para un escaño en la Cámara de Representantes.

[SIGUE LEYENDO ►](#)

institutofranklin.net

Departamento de Comunicación

Responsable de Comunicación:

Ana Lariño / ana.larino@institutofranklin.net

91 885 52 53 / 637 56 73 56



Con la colaboración de:



Instituto Universitario de Investigación en
Estudios Norteamericanos “Benjamin Franklin” de
la Universidad de Alcalá

www.institutofranklin.net

Con la colaboración de Iberia,
transportista aéreo preferente

