

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA



Durante los años noventa y principios del decenio de 2000, Estados Unidos experimentó un crecimiento económico, pero también se ensancharon las desigualdades en los ingresos. Los indicadores descriptivos de salud mejoraron, pero persistieron las disparidades en materia de salud entre los grupos de población. Durante este período, siguió cambiando la estructura por edad de la población, lo cual implicó un desplazamiento de las necesidades de salud y la prestación de servicios de salud.

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En 2003, aproximadamente la mitad de la población de Estados Unidos vivía en grandes zonas metropolitanas y solo 20% residía en zonas *micropolitanas* (zonas urbanas más pequeñas con un núcleo urbano de por lo menos 10.000 y no más de 50.000 habitantes) o en zonas rurales. No obstante, la distribución dista mucho de ser estática. En el ejercicio económico 2003, unos 40 millones de personas (alrededor de 14% de la población total) se mudaron a otros sitios, aunque en la mayoría de los casos la distancia fue corta. Los blancos no hispanos se mudaron menos (12%) que los negros o hispanos (aproximadamente 18%). En la figura 1 se presenta la estructura de la población por edad y sexo en 2005.

El producto interno bruto (PIB) real del país creció 37,6% entre 1995 y 2005 (Figura 2), pese a los ocho meses de recesión en 2001. El porcentaje de personas que vivían en condiciones de pobreza descendió de 13,5% en 1990 a 11,3% en 2000, pero luego aumentó hasta llegar a 12,6% en 2005.

Las familias encabezadas por mujeres con hijos (un subgrupo de las familias encabezadas por mujeres) están entre los grupos más vulnerables a la pobreza. Durante este período, la tasa de pobreza en este subgrupo siguió una tendencia similar a la tasa general de pobreza, pero alcanzó un nivel mucho más alto: en 2005, 36,2% de estas familias estaban por debajo del límite oficial de pobreza. Esta “feminización” de la pobreza está en parte vinculada con las diferencias de ingresos entre los hombres y las mujeres. En 2005, las mujeres con un trabajo remunerado ganaban considerablemente menos que los hombres; los hombres de 15 o más años de edad ganaban en promedio US\$ 34.349 al año, en tanto que las mujeres ganaban solamente US\$ 23.074, 33% menos que los hombres, en parte debido a la concentración de mujeres en ocupaciones mal remuneradas. En 2005, 20% de las trabajadoras se desempeñaban en áreas de servicios, mientras que solo 13% de los hombres ocupaban estos puestos de menor

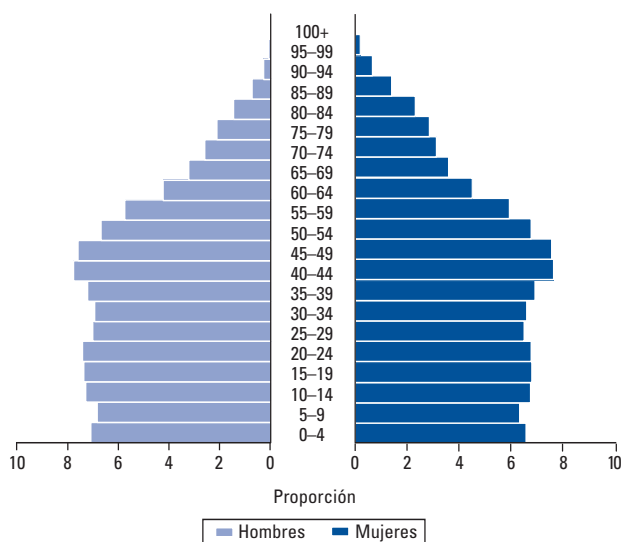
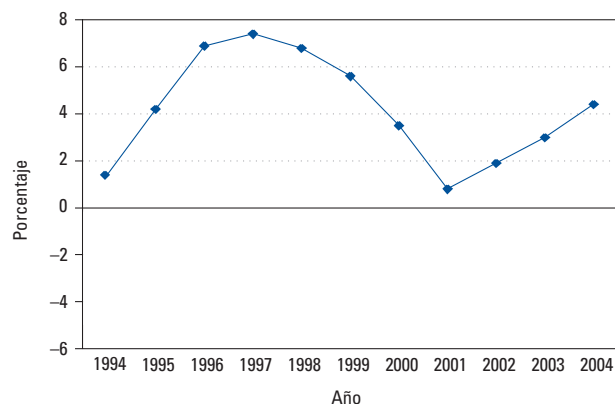
paga; en forma similar, 22% de las trabajadoras ocupaban puestos de apoyo administrativos y de oficina, en comparación con 6% de sus homólogos masculinos.

Los hispanos y los negros están también entre los grupos más vulnerables a la pobreza. Durante este período, las tasas de pobreza en estos grupos siguieron tendencias similares a las tasas de pobreza general, pero llegaron a un nivel mucho más alto; las tasas de pobreza en estos grupos en 2005 fueron de 21,8% y 24,9%, respectivamente.

Según el coeficiente de Gini, en los últimos decenios las desigualdades en la distribución del ingreso personal crecieron a la par del PIB. A pesar de los intervalos de estabilidad o descenso del coeficiente de Gini, como ocurrió en el período comprendido entre 1993 y 1998, la tendencia a largo plazo ha sido ascendente desde mediados de los años setenta. Durante los últimos 10 años, el coeficiente de Gini aumentó 4,2% y pasó de 0,45 a 0,469.

Esta ampliación de la brecha de los ingresos se ha vinculado con cambios estructurales en el mercado laboral de Estados Unidos, en virtud de los cuales las personas más altamente calificadas de los percentiles superiores de ingresos obtuvieron aumentos reales de sus salarios, mientras que los trabajadores menos calificados sufrieron pérdidas del salario real. Esto a su vez ha sido explicado por un cambio en la industria hacia los servicios técnicos y las ventas minoristas y por el uso más frecuente de trabajadores temporeros, una disminución proporcional en la afiliación a los sindicatos, una baja del valor real del salario mínimo y un aumento de la competencia mundial y la inmigración.

En 2005, 16% de la población, 46,6 millones de personas, no tenían cobertura de seguro médico, lo que representó un aumento con respecto al porcentaje de 14,2% en 2000. Entre las personas que vivían en situación de pobreza, 32% no tenían seguro médico, a pesar de la existencia de programas públicos de seguro médico destinados a los pobres, como Medicaid. Entre los negros, los hispanos, los asiáticos, los originarios de las islas del Pacífico y los extranjeros, era relativamente alto el riesgo de carecer de seguro médico. Estos grupos, excepto por los asiáticos y los originarios de las islas del Pacífico, también presentaban tasas altas de

FIGURA 1. Estructura de la población por edad y sexo, Estados Unidos de América, 2005.**FIGURA 2. Crecimiento anual del producto interno bruto, Estados Unidos de América, 1994–2004.**

pobreza. La cobertura de seguro médico más baja, aproximadamente de 18%, se registraba en el sur y en el oeste del país. Las regiones del medio oeste y el nordeste tenían una cobertura de entre 12% y 14%. No es sorprendente que las regiones con las tasas más altas de pobreza tuvieran también la cobertura más baja.

A principios del decenio de 2000, se produjo una disminución de la proporción de niños sin cobertura médica, que cayó de 11,9% en 2000 a 11,2%, que equivale a 8,3 millones de niños, en 2005. Un aumento de la cobertura de Medicaid compensó sobradamente la reducción de los seguros médicos del sector privado; 19% de los niños pobres no tenían seguro médico.

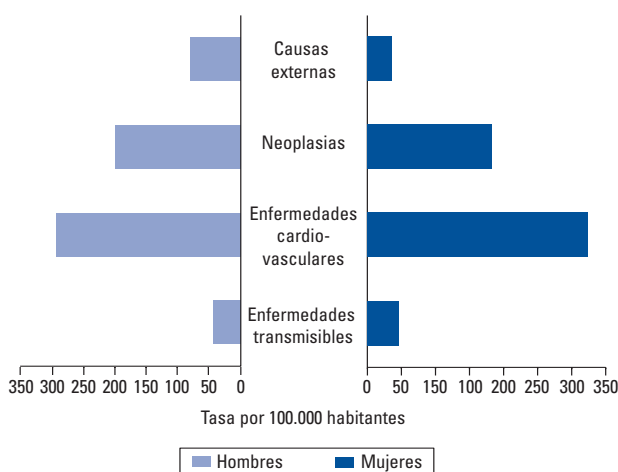
Demografía, mortalidad y morbilidad

En el decenio de 1990, la población del país creció 13% y pasó de 249 millones de habitantes en 1990 a 281 millones en 2000 y 296 millones en 2005. Una de las causas de este crecimiento fue la inmigración: en 2000, 11% de la población (aproximadamente 30 millones de personas) habían nacido en el extranjero, lo que representa un considerable aumento con respecto al 8% (casi 20 millones de personas) de 1990. Muchos de estos inmigrantes venían de América Latina. De hecho, durante los años noventa, la proporción de hispanos en el país creció y está cambiando la composición étnica poblacional. Por ejemplo, en el ejercicio económico 2004, Estados Unidos recibió 175.364 inmigrantes provenientes de México, que ocupaba el primer lugar entre los diez países que aportaron más inmigrantes a los Estados Unidos. La República Dominicana y El Salvador, con 30.492 y 29.795 inmigrantes respectivamente, también se encontraban entre esos países; otras naciones latinoamericanas incluidas en los 10 países fueron Colombia, Cuba y Guatemala. La elevada tasa de fecundidad de la población hispana también contribuyó al rápido crecimiento de este grupo en Estados Unidos. La tasa de fecundidad de las mujeres hispanas supera ampliamente la de cualquier otro grupo étnico en el país; en 2004, las mujeres hispanas en Estados Unidos tuvieron una tasa de fecundidad de 97,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres, en comparación con las mujeres blancas no hispanas, cuya tasa de fecundidad fue de 58,4. En 2004, los “latinos” representaban 14% de la población y ahora son el grupo minoritario más grande en el país. Entre los niños de 5 a 17 años, 18% hablaban otro idioma además de inglés con sus familias; aproximadamente 7 de cada 10 de estos niños hablaba español.

Desde 1998 a 2004, las tasas brutas de natalidad y las tasas de fecundidad permanecieron relativamente sin modificaciones. Las tasas brutas de natalidad variaron entre 14 y 14,8 nacidos vivos por 1.000 habitantes y las tasas de fecundidad fluctuaron entre 64 y 66 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad. En todos los grupos étnicos, las mujeres postergaron la maternidad hasta edades mayores. En el período de 1998 a 2004, las tasas de natalidad en las adolescentes descendieron constantemente y en general disminuyeron las tasas de natalidad en las mujeres de 20 a 25 años.

La esperanza de vida sigue aumentando; en 2003, 12% de la población eran personas de 65 o más años de edad y la esperanza de vida era de 77,5 años, en comparación con 75,8 años en 1995. En 2003, la esperanza de vida de las mujeres era 5,3 años superior a la de los hombres. A pesar de que durante el decenio anterior la esperanza de vida de los negros también mejoró, en 2003 estaban 5,3 años atrás de los blancos. Se prevé que la tasa de crecimiento de la población de adultos mayores continúe aumentando hasta 2030, cuando los últimos nacidos durante el período de gran crecimiento de la natalidad en la posguerra ingresen en la categoría de adultos mayores. La Oficina del Censo de los Estados Unidos proyecta que, para el año 2050, la población de adultos de edad avanzada, personas de 85 o más años, podría pasar de 4,2 millones en 2000 a casi 20 millones.

FIGURA 3. Mortalidad estimada, por grandes grupos de causas y sexo, Estados Unidos de América, 2003.



El crecimiento previsto de la población de adultos mayores durante los próximos 50 años tendrá un impacto extraordinario en el sistema de atención de salud de los Estados Unidos. La oferta de servicios de salud y la demanda de trabajadores de salud se verán particularmente afectadas. Por una parte, es posible que la prestación de servicios por los proveedores de atención de salud disminuya a medida que los trabajadores se jubilen o reduzcan su jornada laboral. Por otra parte, los adultos mayores absorberán un porcentaje desproporcionado de los servicios de atención de salud y, en consecuencia, la demanda crecerá. El envejecimiento de la población también afectará al tipo de servicios utilizados y a la preparación de la fuerza laboral necesaria para prestar esos servicios.

En 2003, la tasa bruta de mortalidad en Estados Unidos fue de 841,9 por 100.000 habitantes; esto implicó una disminución de 1,4% con respecto a la tasa de 854 observada en 2000 (Figura 3). La tasa de mortalidad ajustada según la edad (que tiene en cuenta el envejecimiento de la población estadounidense) disminuyó 4,2% y bajó de 869 en 2000 a 832,7 en 2003. Las tasas de mortalidad aumentaron en el grupo de 40 a 49 años de edad, mientras que disminuyeron 2,6% en las personas de 65 a 74 años, el mayor descenso observado en todos los grupos de edad. Las tasas de mortalidad también se redujeron en los grupos de 55 a 64, 75 a 84 y 85 o más años.

En 2003, las principales causas de defunción de hombres y mujeres fueron, en orden de importancia, las cardiopatías, las neoplasias malignas, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las lesiones no intencionales (los accidentes), la diabetes mellitus, la influenza y la neumonía, la enfermedad de Alzheimer, la nefritis, el síndrome nefrítico y la nefrosis y la septicemia. La tasa de defunción por cardiopatías de las mujeres ajustada según la edad fue 33,6% más baja que la correspondiente tasa de los hombres. La

tasa de defunción por cáncer fue 31% más baja en las mujeres que en los hombres, principalmente porque son más los hombres que fuman, una causa importante del cáncer de los pulmones y otros tipos de cáncer del aparato respiratorio. Asimismo, en los hombres fueron casi dos veces más altas las probabilidades de morir en accidentes, más de cuatro veces más altas las probabilidades de que cometieran suicidio y más de tres veces más altas las probabilidades de ser víctimas de homicidio, en comparación con las mujeres. En el decenio de 1990, la tasa bruta de mortalidad general de las mujeres fue considerablemente más baja que la de los hombres, pero, en 2003, fue aproximadamente la misma.

Las tasas de defunción variaron considerablemente entre las zonas urbanas y las rurales y también se observaron estas diferencias de una región geográfica a otra. Desde 1994–1996 a 2000–2002, las tasas generales de defunción ajustadas por edad disminuyeron en todas las regiones geográficas y en todas las categorías de urbanización. Las tasas generales de defunción ajustadas según la edad en los condados metropolitanos centrales más grandes y urbanizados descendieron sustancialmente, de 902,5 defunciones por 100.000 habitantes a 833,1. Las tasas de los condados no metropolitanos más rurales se redujeron menos, de 945,8 por 100.000 a 914,3. La región del sur, que tuvo las tasas de defunción ajustadas según la edad más altas en los condados más rurales, también experimentó el menor descenso en las tasas de esos condados entre 1994–1996 y 2000–2002. En 2000–2002, la tasa de defunción ajustada según la edad en los grandes condados metropolitanos centrales del sur se estabilizó por debajo de la tasa de los condados más rurales. En el medio oeste, en 2000–2002 las tasas de defunción ajustadas según la edad en los grandes condados metropolitanos centrales siguieron siendo más altas que en los condados más rurales.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

En los niños más pequeños, la pobreza afecta en gran medida la mortalidad, la morbilidad y el acceso a una atención de salud de calidad, lo que explica muchas de las diferencias entre los grupos clasificados por raza y origen. En 2005, una quinta parte de los niños menores de 6 años vivían en situación de pobreza. (En ese año, el umbral oficial de la pobreza para una familia integrada por cuatro personas era de menos de US\$ 20.000).

Durante los últimos años del decenio de 1990, la tasa de mortalidad infantil disminuyó, pero aumentó en 2002. En 1995, la mortalidad infantil fue de 7,57 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Más recientemente, la mortalidad infantil se mantuvo relativamente estable y fluctuó de 6,84 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 2001, a 6,95 en 2002 y a 6,84 en 2003. En 2003, las cinco principales causas de defunción infantil fueron las anomalías congénitas (20% de todas las defunciones infantiles), los trastornos relacionados con un período de gestación corto y bajo

peso al nacer no especificado (17%), el síndrome de muerte súbita del lactante (8%), las complicaciones maternas durante el embarazo (6%) y las complicaciones vinculadas con la placenta, el cordón y las membranas en los recién nacidos (4%). La población negra no hispana, que tuvo tasas de mortalidad infantil considerablemente más altas que las de cualquier otro grupo étnico o racial, experimentó una disminución en las tasas, que se redujeron de 14,65 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 13,6 en 2003. En 2003, como en años anteriores, la tasa de mortalidad infantil varió mucho según los distintos estados. En general, los estados del sudeste tuvieron tasas más altas, mientras que los estados del oeste y el nordeste tuvieron tasas más bajas.

La mortalidad neonatal siguió un patrón similar. De 1995 a 2001, la tasa de mortalidad neonatal se redujo de 4,92 a 4,54 defunciones por 1.000 nacidos vivos; esta tasa aumentó a 4,67 en 2002 y luego descendió a 4,63 en 2003. En los negros no hispanos, que nuevamente presentaron la tasa más alta de todos los grupos étnicos, la tasa bajó de 9,65 por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 9,22 en 1997, 9,4 en 1998 y 9,57 en 1999. En 2003, la tasa fue de 9,26 defunciones. En los niños de 28 días a 11 meses de edad, las tasas de mortalidad descendieron de 2,65 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995 a 2,27 en 2000. Entre 2000 y 2003, la tasa se mantuvo relativamente sin modificar. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska compartieron con los negros no hispanos las tasas de mortalidad posneonatal más altas, con 5 defunciones por 1.000 nacidos vivos en 1995; en 2003, la tasa descendió a 4,18 en los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska y a 4,34 en los negros.

En los años noventa y principios del decenio de 2000, las tasas de mortalidad de los niños de 1 a 4 años de edad experimentaron una disminución. En 2003, la tasa de mortalidad en este grupo de edad fue de 31,5 defunciones por 100.000 niños de esas edades; las tasas más altas correspondieron a los niños negros, con 46,8 defunciones por 100.000 niños. En 2003, la principal causa de defunción de estos niños fueron las lesiones no intencionales, con 10,9 defunciones por 100.000 niños de 1 a 4 años de edad, 34,6% del total de defunciones en este grupo de edad. Más de la mitad de estas defunciones estuvieron relacionadas con accidentes automovilísticos, muchos de los cuales podrían haberse evitado; la mayoría de los niños que murieron en este tipo de accidentes no estaban sentados en asientos de seguridad ni usaban el cinturón de seguridad. La segunda causa de defunción más importante en este grupo de edad fueron las malformaciones congénitas, con 3,4 defunciones por 100.000 niños, que representan 10,9% del total de defunciones. Estas dos tasas de mortalidad asociadas con una causa específica disminuyeron sustancialmente en el decenio de 1990. Las siguientes tres causas principales de defunción de estos niños fueron el cáncer (7,9% del total de defunciones en el grupo de niños menores de 5 años), el homicidio (7,6%) y las cardiopatías (3,7%). La sexta causa principal de defunción fueron la influenza y la neumonía, que provocaron 3,3% del total de defunciones en este grupo de edad.

Salud de los niños de 5 a 9 años

En 2000, los niños de 5 a 9 años constituían un poco más de 7% de la población del país. Esos niños tuvieron la tasa de mortalidad más baja de todos los grupos y la tasa descendió ligeramente de 16,4 defunciones por 100.000 niños en 2000 a 14,7 en 2003. La principal causa de defunción en este grupo fueron las lesiones no intencionales y la mayoría de las defunciones fueron provocadas por accidentes automovilísticos.

Dos enfermedades crónicas observadas en estos niños, el asma y la intoxicación por plomo, suelen afectar más a los niños que viven en situación de pobreza. En 2004, se diagnosticó asma en aproximadamente 12% de los niños de todas las edades y fue ligeramente mayor la probabilidad de que sufrieran la enfermedad los niños en situación de pobreza (14%). Se cree que el asma es la causa más frecuente de ausentismo escolar. En 2000, alrededor de un millón de niños estadounidenses menores de 6 años tuvieron concentraciones sanguíneas de plomo suficientemente altas para causar efectos adversos en su desarrollo, su comportamiento y su capacidad de aprendizaje; de esos niños, un número desproporcionado vivía en la pobreza. Los problemas provocados por la intoxicación por plomo comienzan a surgir cuando los niños ingresan en la escuela. La fuente más común de intoxicación fue la pintura que contenía plomo utilizada en las casas más antiguas.

Salud de los adolescentes (10–14 y 15–19 años)

Los adolescentes en situación de pobreza están expuestos a un riesgo mayor de morbilidad. En los adolescentes que no vivían en situación de pobreza era 15% mayor la probabilidad de que señalaran que gozaban de una salud buena o excelente, en comparación con los jóvenes que vivían en situación de pobreza. En 1998, 17% de los adolescentes provenían de familias en situación de pobreza y otro 20%, de familias que vivían en situación cercana a la pobreza. Además, vivían en la pobreza 40% de los adolescentes pertenecientes a familias encabezadas por mujeres.

La iniciación del hábito de fumar durante la adolescencia es un buen indicador de las futuras tasas de tabaquismo y de las tendencias de la morbilidad vinculada con ese hábito. Según una encuesta nacional realizada entre adolescentes, el porcentaje de niños de 13 y 14 años alumnos de octavo grado que había fumado en los 30 días anteriores cayó de un pico de 19% en 1997 a 9% en 2005. En el mismo período, la prevalencia del tabaquismo entre los alumnos de 17 y 18 años del último año de la escuela secundaria disminuyó de aproximadamente 37% a 23%. En 2005, 50% de los alumnos del décimo segundo grado habían probado el tabaco. Los estudiantes de las zonas rurales fumaban más que sus homólogos de las zonas urbanas.

El consumo de alcohol y de drogas ilícitas por adolescentes menores de edad tuvo una reducción moderada entre 1997 y 2005. En 2005, la marihuana fue la droga ilícita de uso más frecuente notificado por los adolescentes: 38% de los estudiantes

varones y 30% de las estudiantes de 17 y 18 años de las escuelas secundarias informaron que habían fumado marihuana. El consumo de drogas ilícitas en los 30 días anteriores a la encuesta notificado por los alumnos de octavo grado de 13 y 14 años descendió de 13% a 8,5% entre 1997 y 2005. En este mismo período, el uso de drogas ilícitas en los 30 días anteriores a la encuesta entre los adolescentes de 17 y 18 años del último año de la escuela secundaria descendió de 26% a 23%. Entre 1997 y 2001, el consumo de metilendioximetanfetamina (MDMA), llamada éxtasis en la calle, aumentó en ambos grupos y luego comenzó a disminuir. En 1997, 3% de los estudiantes de octavo grado habían consumido MDMA; el porcentaje aumentó a 5% en 2001 y volvió a descender a 3% en 2005. En los adolescentes del último año de la escuela secundaria se observó una tendencia similar, con tasas de uso de MDMA que ascendieron de 7% a 12% entre 1997 y 2001, y descendieron a 5% en 2005. El consumo de alcohol por los adolescentes reviste especial importancia por su relación con un mayor número de defunciones y lesiones en accidentes automovilísticos. El consumo de bebidas alcohólicas por adolescentes del último año de la escuela secundaria en los 30 días anteriores a la encuesta disminuyó de 53% a 47% entre 1997 y 2005. Asimismo, el consumo excesivo de alcohol, definido como la ingestión de cinco o más copas seguidas en una misma ocasión, en las dos semanas anteriores a la encuesta por adolescentes del último año de escuela secundaria cayó de 31% a 28% en el mismo período. Desde 1997 a 2005, el consumo de drogas y alcohol entre los alumnos de octavo grado en general siguió las mismas tendencias, con una prevalencia aproximadamente equivalente a la mitad de la observada en los estudiantes del último año de secundaria. La excepción fue el uso de sustancias inhalables, cuyo consumo por los alumnos de octavo grado fue casi el doble del consumo por los estudiantes del último año de la escuela secundaria. Las tasas de uso de sustancias inhalables en el año anterior a la encuesta descendieron en ambos grupos entre 1995 y 2003; sin embargo, en 2003 y 2004, el uso de esas sustancias aumentó en ambos grupos.

El consumo de bebidas alcohólicas por los alumnos de octavo grado en los 30 días anteriores a la encuesta se redujo de alrededor de 25% a 17% entre 1997 y 2005; el consumo excesivo de alcohol en este grupo descendió levemente, de 15% a 11% aproximadamente.

Desde fines de los años noventa y durante los primeros años del decenio de 2000, la prevalencia del consumo declarado de drogas y alcohol notificado por los varones fue sistemáticamente superior al observado en las mujeres. En años recientes, las alumnas de octavo grado y a veces las de décimo grado presentan tasas de consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas más altas que las correspondientes a los varones. Estos tienen tasas de uso de marihuana más altas que las mujeres en todos los grados. Entre los adolescentes blancos no hispanos la prevalencia del consumo declarado de drogas y alcohol es mayor que entre los adolescentes negros.

Los problemas de peso también asediaron a los adolescentes de Estados Unidos durante el período del estudio. Entre los adolescentes, como en el resto de la población del país, fue cada vez mayor la prevalencia del sobrepeso. En el período de 1976 a 1980, 5% del grupo de 12 a 19 años tenía sobrepeso. Para 1988–1994, casi 11% tenía sobrepeso y, en 2003–2004, el problema afectaba a más de 18% de los adolescentes de 12 a 19 años.

En 2005, casi la mitad (47%) de los estudiantes del último año de secundaria entrevistados señalaron que eran sexualmente activos: 14% habían tenido cuatro o más parejas sexuales y 37% no habían usado un condón en su último encuentro sexual. En todo el país, casi 8% de los estudiantes de secundaria declararon que habían tenido relaciones sexuales contra su voluntad al menos una vez. En lo que respecta a las infecciones de transmisión sexual entre los adolescentes, en 2004 la infección por *Chlamydia* y gonorrea fueron relativamente frecuentes y la sífilis, relativamente rara. Se estima que las niñas de 10 a 14 y de 15 a 19 años tenían tasas de infección por *Chlamydia* cercanas a 132 por 100.000 y a 2.762 por 100.000, respectivamente. Las tasas de gonorrea en ambos grupos fueron de 37 por 100.000 y de 611 por 100.000, respectivamente. Los varones de esos dos grupos de edad informaron tasas de infección por *Chlamydia* de 11 y 458, respectivamente, y tasas de gonorrea de casi 6 y 253, respectivamente. En 2004, las adolescentes de 15 a 19 años tuvieron tasas de infección por *Chlamydia* y de gonorrea más altas que las de los demás grupos de edad de ambos sexos en el país. Las diferencias en las tasas de ITS notificadas en niñas y varones se atribuyeron en gran medida al hecho de que las niñas se someten a análisis y exámenes con más frecuencia que los varones, de manera que la detección de las infecciones de transmisión sexual es más común en ellas. La escasez de fondos para la prestación de servicios, la falta de transporte y la preocupación por la confidencialidad hicieron que el acceso a los servicios de prevención de las ITS fuera más difícil para los adolescentes sexualmente activos que para los grupos de más edad.

Desde 1997 a 1998, disminuyó 17% la aparición de nuevos casos de sida en niñas de 13 a 19 años, mientras que en los varones del mismo grupo de edad se redujo en 22%. En 1999, si bien los casos de sida en adolescentes varones habían disminuido nuevamente, en las adolescentes aumentaron 17%. Sin embargo, a principios de 2000, el número de casos nuevos en varones de 13 a 19 años comenzó a aumentar con más rapidez que los casos nuevos en las niñas. Para 2002, el número de casos nuevos en varones y niñas adolescentes era similar y en 2003 se informaron muchos más casos en los varones que en las niñas: 249 y 209 casos nuevos de sida, respectivamente.

En 1991, más de la cuarta parte de los estudiantes de escuela secundaria declararon que portaban algún tipo de arma. En 2005, casi 19% de los estudiantes de escuela secundaria de 14 a 18 años informaron que habían portado un arma de fuego, una navaja o una cachiporra en el mes anterior a la encuesta y casi 7% admitieron que habían llevado un arma a la escuela. En cada

encuesta nacional realizada entre 1991 y 1999, cada vez menos estudiantes de escuela secundaria declararon que portaban armas, pero las tasas no variaron entre 1999 y 2005. En el período de 1993 a 2003, los porcentajes de estudiantes de escuela secundaria que informaron haber portado un arma en los últimos 30 días fueron menores, pero no hubo diferencia en estos porcentajes entre 2003 y 2005. Además, en 2005, 43% de los estudiantes varones y 28% de las niñas de las escuelas secundarias habían tenido una pelea física en los 12 meses anteriores a la encuesta. Entre 1993 y 2003, los adolescentes también fueron víctimas de delitos violentos con más frecuencia que los adultos. En comparación con los adultos, los adolescentes fueron víctimas de delitos con tasas tres veces más altas de agresión simple, dos veces más altas de agresión con agravante, dos veces más altas de robo, y dos veces y media más altas de violación y agresión sexual. El número de adolescentes varones víctimas de delitos violentos fue mayor que el número de niñas víctimas de esos delitos.

Las tasas de victimización de adolescentes aumentaron con la edad en el caso de las niñas, pero disminuyeron en el de los varones. En 2003, se informaron 32 casos de niñas víctimas de delitos violentos por cada 1.000 niñas de 12 a 15 años y 70 casos de víctimas masculinas por cada 1.000 varones del mismo grupo de edad. En 2003, la tasa anual fue de 38 víctimas por 1.000 niñas de 16 a 19 años y de 68 víctimas por 1.000 varones del mismo grupo de edad. Entre 1993 y 2003, la tasa general de víctimas no mortales de la violencia en los jóvenes de 12 a 17 años disminuyó a la mitad. Las niñas de 12 a 19 años tuvieron más de dos veces más probabilidades de ser víctimas de casos notificados de violación y agresión sexual que las de los otros grupos de edad. Numerosos adolescentes sufrieron depresión y muchos mostraron tendencias suicidas. En 2005, 17% de los estudiantes de las escuelas secundarias entrevistados declararon que habían pensado seriamente en suicidarse. Se informó que 8% de los estudiantes de escuela secundaria de 14 a 18 años habían intentado suicidarse en los 12 meses anteriores a la encuesta. La probabilidad de pensar seriamente en suicidarse fue mayor en las estudiantes de escuela secundaria que en sus homólogos varones.

Salud de los adultos (20–59 años)

Este grupo de edad constituye la mayor parte de la población del país. Los patrones de la mortalidad cambian radicalmente de un extremo a otro de la escala de edad: por ejemplo, en 2003 hubo 3.250 defunciones por enfermedades cardiovasculares entre las personas de 25 a 34 años de edad, pero en el grupo de 45 a 54 años las defunciones por esta causa ascendieron a 37.732. En ese mismo año, las defunciones por cáncer sumaron solamente 3.741 en los adultos de 25 a 34 años, pero en las personas de 45 a 54 años llegaron a 49.843. Las defunciones por otras causas específicas, como la enfermedad de Alzheimer y la diabetes, siguieron patrones similares.

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

El rápido crecimiento de la proporción de adultos mayores presenta un desafío para los sistemas de salud y los servicios de asistencia a largo plazo porque estas personas requieren una atención más frecuente y costosa. Además de los muchos problemas característicos de salud que enfrentan los adultos mayores, el acceso a la atención de salud también complica la prestación de servicios para muchos de ellos. Un número desproporcionado de adultos mayores viven en zonas rurales donde hay que recorrer grandes distancias para llegar a establecimientos de atención de salud y es menor la cantidad de médicos por habitantes.

Los adultos mayores tienen más problemas crónicos de salud que el resto de los grupos de edad, como cardiopatías, hipertensión, síntomas de artritis, diabetes y osteoporosis. Las mujeres presentan tasas más altas de hipertensión, asma, bronquitis crónica y síntomas de artritis, mientras que en los hombres son más elevadas las tasas de cardiopatías, cáncer, diabetes y enfisema. La prevalencia de algunas afecciones está aumentando con el tiempo. En 1997–1998, 47% de los adultos de más de 65 años informaron que sufrían hipertensión; en 2003–2004, el porcentaje se elevó a aproximadamente 52%. En el mismo período, el porcentaje de adultos mayores que padecían diabetes subió de 13% a 16%. Entre 1988 y 1994, alrededor de la mitad de los adultos mayores presentaron una menor densidad ósea en la cadera.

Los problemas de salud mental también revistieron especial importancia en las personas mayores; con el envejecimiento, aumenta la incidencia del deterioro de la memoria causado por la enfermedad de Alzheimer y otros tipos de demencias. La prevalencia de un deterioro de la memoria moderado o grave es seis veces más alta en las personas de 85 o más años que en las personas de 65 a 69 años. En 2002, la proporción de personas de 85 o más años con un deterioro de la memoria moderado o grave fue de 32%, comparado con 5% en las personas del grupo de 65 a 69 años.

En comparación con la mayoría de los otros grupos de edad, un porcentaje desproporcionadamente alto de adultos mayores padece depresión y el suicidio también es relativamente más frecuente en este grupo de población. En 2002, 16% de las mujeres y 10% de los hombres de 65 a 69 años informaron que sufrían síntomas depresivos; en los adultos de 85 o más años de edad, 22% de las mujeres y 15% de los hombres informaron que tenían esos síntomas.

En 1999, aproximadamente 6,6 millones de estadounidenses de 65 o más años utilizaban dispositivos de ayuda o recibían atención personal debido a una discapacidad crónica. Algo más de la mitad de estas personas (3,4 millones) dependía de la asistencia proporcionada por cuidadores no remunerados, por lo general familiares y amigos. La otra mitad recibía exclusivamente atención pagada y continuaba viviendo en su hogar (314.600), utilizaba dispositivos de ayuda solamente para mantener su independencia (1,3 millones) o vivía en un hogar de ancianos o algún otro tipo de institución de cuidados a largo plazo (1,6 millones).

Los principales factores de riesgo que contribuyen al mal estado de la salud y al deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores del país son el peso excesivo (en 2003–2004, casi 30% de las personas de 65 o más años eran obesas y aproximadamente tres cuartas partes de esas personas tenían sobrepeso), la alimentación carente de frutas, verduras y productos lácteos, la escasa actividad física (en 2002, solo 21% de las personas de 65 o más años informaron que realizaban habitualmente alguna actividad física en su tiempo libre) y el hábito de fumar. El porcentaje de adultos mayores estadounidenses que fuma disminuyó drásticamente en los últimos 37 años.

En los años 2002 y 2003, las principales causas de defunción de los adultos mayores fueron las cardiopatías (1.632 defunciones por 100.000 adultos mayores) y el cáncer (1.100 defunciones por 100.000 adultos mayores), con cifras que representan más de la mitad del total de defunciones en este grupo. Otras causas principales de muerte en este grupo de edad fueron las enfermedades cerebrovasculares (accidentes cerebrovasculares, con 404 defunciones por 100.000 adultos mayores), las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (301 por 100.000), la influenza y la neumonía (155 por 100.000) y la diabetes (151 por 100.000). La importancia de la influenza y la neumonía como causas de mortalidad indica la función crucial que desempeñan las vacunas en la prevención de estas enfermedades en este grupo de la población.

Salud de la familia

Según la encuesta de la población actual efectuada por la Oficina del Censo en 2000, las familias con hijos encabezadas por mujeres representaban casi una cuarta parte del total de familias en los Estados Unidos. Más de dos millones de estas mujeres eran abuelas que actuaban como responsables del cuidado de los niños en sus hogares y cerca de la quinta parte de estas familias encabezadas por abuelas estuvieron en situación de pobreza en algún momento de los 12 meses anteriores a la encuesta.

La pobreza fue el más importante factor determinante de la salud familiar. Pese a los esfuerzos de los gobiernos federal, estatales y locales y de las organizaciones sin fines de lucro por proporcionar una red de seguridad para proteger la salud de las familias más vulnerables, persistieron las condiciones deficientes de salud. Si bien mejoraron las tasas de mortalidad infantil, empeoraron otros indicadores de salud frecuentemente relacionados con la pobreza. Por ejemplo, la proporción de niños con bajo peso al nacer (inferior a 2.500 g) aumentó de 7,4% en 1996 a 8,1% en 2004. De manera similar, el porcentaje de recién nacidos con muy bajo peso (inferior a 1.500 g) aumentó de 1,37% a 1,47%. En el caso de las madres de 20 o más años de edad, las tasas de hijos con bajo peso al nacer fueron más altas en las madres que no habían terminado la escuela secundaria y más bajas en las que tenían una educación superior a la secundaria. Las madres de raza negra no hispanas, que afrontaban los índices de

pobreza más elevados, fueron especialmente vulnerables y, en 2004, 13,7% de todos los niños nacidos vivos de este grupo de mujeres tuvieron bajo peso al nacer.

Los niños de las familias que abandonaron las listas de beneficiarios de la asistencia social después de las reformas de 1996, tuvieron menos acceso a la atención de salud. La creación del Programa Estatal de Seguro de Salud para los Niños (SCHIP, por sus siglas en inglés) en 1997 ayudó a reducir la cantidad de niños sin cobertura médica. Los niños pobres (clasificados por debajo de 100% en las pautas federales para definir la pobreza) son en gran medida elegibles para recibir las prestaciones de Medicaid y, entre 1997 y 2005, el porcentaje de niños pobres sin seguro médico disminuyó de 24% a 19%. En el caso de los niños en situación cercana a la pobreza (clasificados entre 100% y 200% en las pautas federales para definir la pobreza), que en su mayoría son elegibles para participar en el programa SCHIP, la disminución fue más considerable. El porcentaje de niños casi pobres sin seguro médico descendió de 24% en 1997 a 16% en 2005.

Salud de los trabajadores

Los riesgos ocupacionales de defunción variaron según el sexo y la edad: los hombres tuvieron 10 veces más probabilidades de morir durante la jornada de trabajo que las mujeres, hecho que quizás refleja en parte las diferencias de ocupación. Los trabajadores de 35 a 64 años de edad presentaron la tasa más alta de letalidad por causas ocupacionales.

Desde 1980 y hasta fines de 2005, en los Estados Unidos se produjeron 150.799 defunciones por causas ocupacionales. El número de defunciones por lesiones en el trabajo varió de 5.430 en 2000 a 5.702 en 2005. Desde 1992, las tasas han reflejado cambios, de un elevado número de 5,3 defunciones por lesiones laborales por 100.000 trabajadores a la actual tasa de 4 defunciones por 100.000 trabajadores. Las principales causas de defunción relacionadas con el trabajo durante este período fueron los accidentes de transporte terrestre, los homicidios, los accidentes relacionados con máquinas, las caídas, la electrocución y los golpes resultantes de la caída de objetos. Los riesgos de defunción variaron según el sexo y la edad; las probabilidades de los hombres de morir durante la realización de tareas laborales fueron doce veces mayores que las de las mujeres, lo que pone de manifiesto las diferencias de ocupación. Los trabajadores de 65 o más años de edad tuvieron una tasa de letalidad por causas ocupacionales más alta que las de los demás grupos de edad (11,8 defunciones por causas ocupacionales por 100.000 trabajadores de 65 o más años, tasa que es 2,9 veces mayor que la tasa general de letalidad por causas ocupacionales para todos los trabajadores).

En 2005, 60% de las mujeres de 18 años o más estaban empleadas o buscaban trabajo y 3,5 millones de mujeres tenían más de un empleo a la vez. En 2005, los ingresos semanales medios eran de US\$ 713 para los hombres de 16 o más años de edad y de US\$ 580 para las mujeres; este último ingreso equivale a approxi-

madamente 81,3% del salario semanal de los hombres. En comparación con los hombres, las trabajadoras sufrían más trastornos osteomusculares, como esguinces, distensión muscular, síndrome del túnel del carpio y tendinitis. En 2004, los trastornos osteomusculares representaron 34% del total de lesiones y enfermedades por causas ocupacionales que sufrieron las mujeres, en comparación con 30% en el caso de los hombres. Las mujeres también fueron víctimas de 64% de las lesiones no mortales causadas por agresiones; la mayoría de las agresiones ocurrieron en ocupaciones en el sector de servicios.

Salud de las personas con discapacidad

Las discapacidades afectaron a cada sector de la población, pero las personas que viven en situación de pobreza sufrieron desproporcionadamente. Según una encuesta de la Oficina del Censo, 51,2 millones de personas, 18% de los estadounidenses, señalaron en 2002 que tenían algún tipo de discapacidad y 32,5 millones (12%) declararon que sufrían una discapacidad grave. En la población adulta, 20% de las mujeres y 17% de los hombres informaron que tenían una discapacidad. En el grupo de niños menores de 15 años, la probabilidad de sufrir una discapacidad era mayor en los varones que en las niñas (11% y 6%, respectivamente).

Entre 12% y 23% de los niños menores de 18 años necesitan una asistencia especial: sufren una afección crónica con una limitación funcional u otras consecuencias negativas. Entre las afecciones con mayor prevalencia en 2002 figuraban el asma (12% de los niños menores de 17 años), las alergias respiratorias (12% de los niños menores de 17 años), las deficiencias en el aprendizaje (8% de los niños de 3 a 7 años) y el trastorno de déficit de la atención con hiperactividad (7% de los niños de 3 a 17 años). En 2003–2004, aproximadamente 12,2% de los niños y jóvenes de 3 a 21 años usaban servicios de educación especial, un aumento con respecto al 11,7% en 1999–2000. Los departamentos de educación de los gobiernos federal y estatales invirtieron US\$ 50.000 millones al año en programas de educación especial para el grupo de 3 a 21 años, en comparación con US\$ 27.300 millones invertidos en la educación ordinaria.

En 2002, era muy probable que las personas con discapacidades graves tuvieran la cobertura proporcionada por Medicare o Medicaid, vivieran en situación de pobreza, declararan que su salud era regular o mala, recibieran asistencia pública y tuvieran un ingreso del grupo familiar inferior a US\$ 20.000. La tasa de pobreza para las personas de 25 a 64 años de edad sin discapacidades fue de 8%, en comparación con la tasa de 11% en las personas con una discapacidad leve o moderada y de 26% en las que padecían una discapacidad grave.

Entre los adultos de 21 a 64 años con una discapacidad, alrededor de 56% habían tenido un empleo durante el año anterior a la encuesta. Las personas con una discapacidad grave presentaron la tasa de empleo más baja (42%), en comparación con la tasa

de las personas con una discapacidad leve o moderada (82%) y la tasa de las personas sin discapacidades (88%).

Las discapacidades afectaron a todos los sectores de la población, pero los adultos de 65 o más años sufrieron desproporcionadamente discapacidades y deficiencias. Según una encuesta realizada en 2004, 19,7% informaron que padecían una discapacidad crónica. Alrededor de 19% de las mujeres de 65 o más años y 14% de los hombres de este mismo grupo de edad informaron que tenían dificultades para ver, aun usando lentes de contacto o anteojos. Treinta y cuatro por ciento de las mujeres del mismo grupo de edad informaron que sufrían alteraciones auditivas, en tanto que el porcentaje de los hombres fue de 48%. En este grupo de edad avanzada, 13,7% de los hombres y 23,6% de las mujeres informaron que tenían dificultad para caminar dos o tres cuadras.

Grupos étnicos y otros grupos

En los Estados Unidos, los negros, los hispanos, los indígenas estadounidenses, los asiáticos y las personas originarias de las islas del Pacífico tienen una tasa desproporcionadamente elevada de mortalidad, morbilidad, discapacidad y condiciones de salud adversas en comparación con los blancos no hispanos. La esperanza de vida y la mortalidad infantil muestran una tendencia al ensanchamiento de la brecha de salud entre los grupos étnicos y raciales, mayoritarios y minoritarios, aun cuando en el decenio de 1990 estos indicadores de salud mejoraron en la mayoría de los grupos. Estas enormes diferencias de salud entre los diversos grupos étnicos y raciales estuvieron estrechamente relacionadas con las disparidades socioeconómicas y las diferencias en la prevalencia de la pobreza en cada grupo.

En 2000, la población hispana, la minoría más grande y de crecimiento más rápido en los Estados Unidos, representaba 12,5% de la población e incluía a personas originarias de México, Puerto Rico, Cuba, y varios otros países de la Región. Las disparidades de salud dentro de la población hispana del país —las tasas de defunción ajustadas según la edad fueron mucho más bajas en los hispanos de origen cubano que en los de origen mexicano o puertorriqueño— reflejaron principalmente diferencias socioeconómicas. En general, los indicadores de salud de los hispanos mejoraron en los años noventa y principios del decenio de 2000.

Los afroestadounidenses, que en 2000 representaban 12% de la población, tienen una proporción de personas en situación de pobreza tres veces mayor que la observada en la población blanca no hispana: una tercera parte de la población de raza negra vive en la pobreza. La mitad de la población negra total vive en zonas urbanas que se caracterizan por viviendas inadecuadas, escuelas carentes de financiamiento, falta de oportunidades de empleo con salarios dignos y violencia. Las tasas de defunción de los afroestadounidenses por casi todas las causas fueron más altas que las de los blancos. En el grupo de afroestadounidenses de 15 a 24 años, el homicidio fue la primera causa de muerte de los

hombres y la segunda de las mujeres. No obstante, las tasas ajustadas según la edad de suicidio, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, enfermedad de Alzheimer, enfermedad hepática crónica, cirrosis y enfermedad de Parkinson en la población negra fueron más bajas que las de los blancos. En general, durante los años noventa y principios del decenio de 2000, mejoraron muchos de los indicadores de salud de las comunidades de raza negra. Las tasas de defunción por cáncer colorrectal, de mama y de las vías respiratorias disminuyeron y mejoraron los principales indicadores de salud, como la mortalidad infantil y las tasas generales de defunción.

En 2000, los asiáticos y las personas originarias de las islas del Pacífico, que hablan más de 30 idiomas diferentes y proceden de culturas muy distintas, representaban casi 4% de la población del país. En general, tenían aproximadamente el mismo nivel socioeconómico y de salud que la población blanca mayoritaria. Algunas personas de este grupo habían estado en Estados Unidos por varias generaciones, pero otras habían llegado más recientemente. Dada esta diversidad, los problemas de salud de esta población varían considerablemente de un grupo a otro. Los hombres originarios de Asia Sudoriental presentaron más casos de cáncer de pulmón que la población masculina mayoritaria y los hombres de edad avanzada provenientes de Filipinas que vivían en California tuvieron mayores tasa de hipertensión arterial que los demás hombres californianos de la misma edad. La probabilidad de que los inmigrantes provenientes de Asia Sudoriental sufran tuberculosis y hepatitis B es 40 veces mayor que la de la población en general.

En 2000, quienes se declararon solamente indígenas estadounidenses o naturales de Alaska constituían 0,9% de la población, es decir, 2,5 millones de personas, y quienes se declararon descendientes de indígenas estadounidenses o naturales de Alaska y de por lo menos otra raza más representaban 0,6% de la población, es decir, 1,6 millones de personas. Esta minoría vive principalmente en zonas urbanas o en reservas y muchos de sus miembros reciben atención médica en dispensarios y hospitales establecidos por el Servicio de Salud de las Poblaciones Indígenas del Gobierno Federal. La población es muy joven, en parte porque muchos de sus integrantes mueren antes de llegar a la edad madura. En esta población indígena, las probabilidades de morir a causa de la diabetes mellitus relacionada con la obesidad y por una enfermedad hepática causada por el abuso de alcohol era mucho mayor que en la población en general. Los accidentes y la violencia (homicidios y suicidios) son las principales causas de defunción de los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska. El alcoholismo, que contribuyó a muchas de las principales causas de defunción, es un grave problema social y de salud. La prevalencia de tabaquismo también es más elevada en estos grupos y aumenta el riesgo de sufrir las enfermedades relacionadas con el tabaco.

En 2004, casi 54.000 refugiados fueron admitidos en los Estados Unidos, lo que representó un aumento considerable con res-

pecto a los dos años anteriores, cuando las admisiones fueron relativamente bajas debido a los ataques terroristas de 2001 (27.000 en 2002 y 28.000 en 2003). Los principales grupos de refugiados que se admitieron en 2004 fueron dos: los bantú somalíes procedentes de Kenia (12.000 personas aproximadamente) y los hmong provenientes de Tailandia (unas 14.000 personas). Además de estos refugiados, en 2004 también ingresaron al país alrededor de 23.000 cubanos. Con frecuencia, los refugiados y las personas que ingresan al país tienen problemas de salud que deben ser atendidos como parte de su reasentamiento inicial. Los gobiernos federal y estatales proporcionan cobertura médica a estos recién llegados por medio de Medicaid (si satisfacen los criterios de elegibilidad del programa) o de una cobertura médica especial para refugiados durante los primeros ocho meses en el país (cuando no satisfacen los criterios de elegibilidad de Medicaid).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La mayoría de los casos de **malaria** notificados en los Estados Unidos fueron de personas que contrajeron la enfermedad fuera del país. Son contados los casos de pacientes que contrajeron la malaria en el país por transfusiones de sangre, transmisión congénita u otro modo de transmisión no determinado. De los 1.337 casos de malaria notificados en 2002, solo cinco se originaron en el país: una persona contrajo malaria por una transfusión de sangre, otra por transmisión congénita y tres mediante un modo de transmisión no determinado.

En 2004, se notificaron 1.324 casos de malaria, cantidad que representa un aumento de 3,6% con respecto a 2003 (1.278 casos informados). Aproximadamente 50% de los casos notificados en Estados Unidos en 2004 se atribuyeron a *Plasmodium falciparum* y 24%, a *Plasmodium vivax*.

En 2005, se comunicaron 3.000 casos de enfermedad por el **virus del Nilo Occidental**, lo que representó un aumento de 15,4% en relación con 2004. De estos casos, 1.294 fueron casos de encefalitis o meningitis del Nilo Occidental, 1.607 fueron casos de fiebre del Nilo Occidental y 99 no se especificaron.

En 2004, se informaron 19.804 casos de la enfermedad de Lyme, con un promedio nacional de 6,7 casos por 100.000 personas. En los 12 estados donde la **enfermedad de Lyme** es más frecuente, el promedio fue de 27,4 casos por 100.000 personas.

Casi todas las demás enfermedades transmitidas por vectores fueron contraídas fuera del país, con excepción de la **tularemia** y la **encefalitis arboviral**, que en Estados Unidos son endémicas. La **peste** es muy poco frecuente en los Estados Unidos, con un promedio de solamente 10 a 15 casos notificados al año.

Enfermedades inmunoprevenibles

Diversas enfermedades debilitantes o en potencia mortales, antes muy frecuentes en los Estados Unidos, ahora se mantienen en niveles bajos gracias al uso generalizado de vacunas, en especial en los niños. En 2004, no se presentaron casos de **difteria**, **poliomielitis paralítica** por el poliovirus salvaje o **síndrome congénito de la rubéola** y hubo menos de 12 casos notificados de **sarampión** y **tétanos** en el país. En marzo de 2005, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos anunciaron un hecho trascendente en el ámbito de la salud pública: la eliminación del virus de la rubéola en el país.

En 1983, se recomendó el uso ordinario de las vacunas disponibles contra siete enfermedades. Para el verano de 2006, se disponía de vacunas contra 16 enfermedades, cuya aplicación se recomienda en niños y adolescentes. Desde 2000, en las recomendaciones sobre la inmunización ordinaria en los Estados Unidos se agregaron la vacuna conjugada antineumocócica, la vacuna conjugada antimeningocócica, una dosis integral de refuerzo contra el tétanos, la difteria y la tos ferina, el uso universal de la vacuna contra la hepatitis A, la vacuna contra los rotavirus, la vacuna contra el virus del papiloma humano y una recomendación sobre la vacunación ordinaria contra la influenza de los niños de 6 a 59 meses de edad. Estas vacunas nuevas tienen grandes posibilidades de reducir la carga de enfermedades prevenibles mediante la inmunización, pero su aplicación requiere una gran inversión de recursos, el desarrollo de infraestructura y la educación de los prestadores de atención médica y el público en general.

Mediante una evaluación económica del impacto de siete vacunas —antidiftérica, antitetánica y antitosferínica acelular (DtaP), antitetánica, contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), antipoliomielítica, contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola, contra la hepatitis B y contra la varicela, administradas como parte de un calendario de vacunación infantil— se determinó que son muy eficaces. La inmunización ordinaria de los niños con estas vacunas, que previenen casi 14 millones de casos de enfermedad y más de 33.000 defunciones a lo largo de la vida de los niños nacidos en un año dado, generó un ahorro de US\$ 9.900 millones en costos médicos directos y un ahorro adicional de US\$ 33.400 millones en costos indirectos.

Las tasas de cobertura de la inmunización infantil registran niveles más altos que nunca con cada vacuna y con todas las mediciones de la serie de vacunación y, en general, han mejorado desde 2000. En 2000, 73% de los niños de 19 a 35 meses de edad habían recibido cuatro dosis de la vacuna DTP, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica, una dosis de la vacuna contra el sarampión y tres dosis de la vacuna contra Hib y contra la hepatitis B. En 2004, esta cobertura combinada aumentó y llegó a 81%. La cobertura de la inmunización también ha mejorado mucho en el caso de algunas vacunas nuevas. Durante los años noventa, hubo aproximadamente 11.000 hospitalizaciones y 100 defunciones por año provocadas por la **varicela**. Se ha logrado un gran pro-

greso en la educación de los prestadores de atención médica y el público acerca de los beneficios de la vacuna contra la varicela. En 2004 la cobertura llegó a 88%.

Por desgracia, la carga de enfermedades inmunoprevenibles en los adultos de los Estados Unidos sigue siendo elevada. Según los datos sobre la mortalidad nacional en 2000, la **influenza** y la **neumonía** siguen siendo la quinta causa principal de muerte en todas las personas de 65 o más años. A pesar de que se cuenta con vacunas para los adultos contra esas dos enfermedades, en 2004 solamente 65% de las personas de 65 o más años informaron que se habían aplicado la vacuna contra la influenza y 57% de las personas en el mismo grupo de edad señalaron que se habían aplicado la vacuna antineumocócica. Lograr en los adultos el mismo éxito alcanzado con la inmunización infantil es un desafío crítico para los Estados Unidos.

Enfermedades prevenibles mediante el tamizaje de la sangre

En los Estados Unidos, antes de ser asignada a la transfusión en pacientes, la sangre de donantes es sometida a un tamizaje para detectar virus de la hepatitis B y C, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y 2), el virus linfotrópico de los tipos I y II para linfocitos T humanos y la bacteria que causa la sífilis.

Enfermedades infecciosas intestinales

Se calcula que en los Estados Unidos cada año las enfermedades transmitidas por los alimentos causan 76 millones de casos, 325.000 hospitalizaciones y 5.000 defunciones. Los agentes patógenos conocidos provocan aproximadamente 14 millones de casos de enfermedad, 60.000 hospitalizaciones y 1.800 defunciones. Tres agentes patógenos, *Salmonella*, *Listeria* y *Toxoplasma*, son responsables de 1.500 defunciones al año, que representan más de 75% de las defunciones causadas por agentes patógenos conocidos. Agentes desconocidos originan los restantes 62 millones de casos, 265.000 hospitalizaciones y 3.200 defunciones.

Se estima que *Escherichia coli* O157:H7 causa 73.000 casos de enfermedad al año en los Estados Unidos. Entre 1982 y 2002, 49 estados informaron 350 brotes, que representaron 8.598 casos, 1.493 hospitalizaciones, 354 casos del síndrome urémico hemolítico y 40 defunciones. La vía de transmisión fueron los alimentos en 183 casos, desconocida en 74, de persona a persona en 50, el agua en 31, por contacto animal en 11 y, en un caso, la transmisión relacionada con el laboratorio. La carne molida fue el vehículo alimentario en el caso de 75 brotes de enfermedades transmitidas por los alimentos; los productos agrícolas generaron 38 brotes.

En los Estados Unidos, el consumo de agua potable contaminada en hogares y empresas generalmente es el resultado de la rotura de las tuberías principales de agua o de otras situaciones de emergencia. Los parásitos causan la mayoría de los problemas. En 1999–2000, 25 estados informaron 39 brotes asociados con el agua potable. Estos brotes provocaron enfermedades en aproximadamente 2.068 personas y dos defunciones. De los 39 brotes,

El peso de la epidemia de obesidad

Estados Unidos ha quedado sumergido en una epidemia de obesidad y sobrepeso. Entre las dos encuestas realizadas, la primera en el período 1976–1980 y la segunda entre 2003 y 2004, la prevalencia de obesidad en los adultos y los niños de 2 a 5 años aumentó más de dos veces; entre los niños de 6 a 11 años y los adolescentes de 12 a 19 años el aumento fue más del triple. Uno de los objetivos de salud propuestos en la iniciativa gubernamental “Gente Sana 2010”, es reducir a menos de 15% la prevalencia de obesidad entre los adultos. El Programa Pasos (Steps) es una de las iniciativas más esperanzadoras en el camino para conseguir este objetivo. Este programa otorgará subsidios a las comunidades, destinados a implementar actividades de prevención de las enfermedades crónicas y de la promoción de la salud pensadas para hacer frente a condiciones como la obesidad y la diabetes, la inactividad física y la mala alimentación.

28 (71,8%) estuvieron relacionados con fuentes de agua subterránea y 18 (64,3%) se vincularon con pozos privados o no comunitarios que no eran fiscalizados por el Organismo de Protección Ambiental de los Estados Unidos.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2000, se notificaron 16.309 casos nuevos de **tuberculosis** (TB), equivalentes a una tasa de 5,8 casos nuevos por 100.000 habitantes. Para 2004, los casos nuevos de tuberculosis habían disminuido a 14.517, equivalentes a una tasa de 4,9 por 100.000 personas. A pesar de que las tasas de tuberculosis continuaron su descenso entre 2000 y 2004, la tuberculosis sigue siendo una importante enfermedad endémica en los Estados Unidos. La mayoría de los casos se presentaron en jóvenes y adultos de mediana edad. En 2004, 34% de los casos se produjeron en el grupo de 25 a 44 años y 29%, en el grupo de 45 a 64 años; solo 11% correspondieron a niños menores de 15 años. Además, entre 2000 y 2004, el porcentaje de casos en personas nacidas en Estados Unidos descendió de 53% del total a 46%, mientras que entre los extranjeros el porcentaje aumentó de 47% del total a 54%. Como ambos grupos de población crecieron, en 2000–2004 se registró en ambos grupos una disminución neta de los casos nuevos de tuberculosis de 3,5 a 2,6 casos nuevos por 100.000 habitantes nacidos en Estados Unidos y de 25,3 a 22,8 por 100.000 extranjeros residentes en el país. En 2004, California, Nueva York y Texas tuvieron 42% del total de casos del país en ese año. El Distrito de Columbia, Hawái, California, Texas, Nueva York y Alaska presentaron las tasas más elevadas, seguidos de los estados del sur. Como en el caso de la incidencia de la tuberculosis, las tasas de defunción por tuberculosis también disminuyeron a principios del decenio de 2000. En 2000, la tasa específica de defunción por tuberculosis fue de 0,3 por 100.000 habitantes; según datos preliminares, para 2003 esta tasa había descendido a 0,2 por 100.000 habitantes.

La reducción de las tasas de tuberculosis ha sido atribuida a un mayor esfuerzo por identificar y tratar los casos sin demora y asegurar la observancia del tratamiento, mejorar el control de la

infección en el medio institucional, reducir la incidencia del sida y disminuir la frecuencia cada vez menor de casos de resistencia a múltiples medicamentos.

La **lepra** continúa siendo relativamente poco frecuente en los Estados Unidos. En 2002, se informaron 96 casos en el país.

Infecciones respiratorias agudas

La **influenza** y la **neumonía** fueron las dos principales causas de defunción en los Estados Unidos a principios del decenio de 2000. En 2003, la tasa ajustada según la edad de defunción por influenza y neumonía fue de 21,8 por 100.000 habitantes. Pese a que durante la temporada de gripe se suministra ampliamente al público la vacuna contra la influenza, las demoras en la producción causaron un déficit de vacunas en tres de las últimas cinco temporadas de incidencia de la influenza (de 2000–2001 a 2004–2005).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

A fines de 2004, se habían acumulado más de 944.305 casos notificados de sida y 529.113 defunciones por esa enfermedad en el país y aproximadamente 415.193 personas vivían con el sida.

Las tasas de incidencia del sida y de mortalidad por esta causa fueron altas en los hombres; en 2004, los hombres representaron 73% del total de casos de infección por el VIH/sida en adolescentes y adultos. Entre 2001 y 2004, el número calculado de casos de infección por el VIH/sida disminuyó 2% en los hombres y 15% en las mujeres. En este período, el número calculado de casos de infección aumentó en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y disminuyó entre los usuarios de drogas inyectables, los adultos heterosexuales, los adolescentes y los niños. Las mujeres estaban particularmente expuestas al riesgo de contraer la infección por el VIH por medio de relaciones heterosexuales y de tener sida posteriormente, ya que es más fácil para ellas contagiarse de sus parejas masculinas que para los hombres contagiarse de sus parejas femeninas. En 2004, se estimó que 10.410 mujeres fueron infectadas por el VIH; aproximadamente 68% de ellas eran afroestadounidenses, 16% eran blancas y 15%,

hispanas. Alrededor de tres cuartas partes del total de mujeres infectadas por el VIH se contagiaron por medio de un contacto heterosexual y la mayoría de las mujeres restantes se infectaron por medio del uso de drogas inyectables. En los hombres y las mujeres que se inyectan heroína y cocaína, el uso compartido de agujas infectadas por el VIH es la principal vía de transmisión. En las mujeres que usan drogas inyectables y están infectadas por el VIH, es más probable que se manifieste el sida a partir de esa infección que en sus homólogos masculinos con la misma concentración de VIH en la sangre.

Los casos pediátricos nuevos de sida han disminuido constantemente desde 1994, cuando el gobierno difundió una serie de pautas para las pruebas y el tratamiento de las embarazadas y los recién nacidos con el propósito de reducir la transmisión perinatal del VIH. La gran mayoría de los casos pediátricos de sida se producen durante la exposición perinatal. En 2003, se notificaron unos 150 casos nuevos de sida en niños menores de 13 años, en comparación con los más de 700 casos comunicados en 1990.

El sida no tiene una distribución geográfica uniforme: las tasas siguieron siendo altas en las zonas metropolitanas del noreste del país, que tuvo la segunda tasa más alta entre todas las regiones de Estados Unidos. Este hecho refleja la distribución diferencial entre las zonas urbanas y rurales; las ciudades del noreste están dentro del importante corredor de narcotráfico que sigue el curso de la carretera interestatal 95 y tiene porcentajes en extremo altos de usuarios de drogas. En 2000–2004, el sur tuvo las tasas de sida más altas del país, hecho que se atribuye principalmente a la presencia de zonas con mayor concentración de pobreza, como los barrios pobres del corazón de las ciudades y las zonas rurales del sur.

Las infecciones de transmisión sexual son una carga particularmente pesada para la salud de las mujeres. Cada año, en los Estados Unidos cerca de un millón de mujeres sufren un episodio sintomático de **enfermedad inflamatoria de la pelvis**.

Cada 7 a 10 años, la disminución de la **sífilis** en el país ha estado seguida de una epidemia. La tasa de casos notificados de sífilis primaria y secundaria en los Estados Unidos descendió durante los años noventa y, en 2000, fue la más baja desde que se inició la notificación de casos en 1941. Sin embargo, la tasa de casos comunicados de sífilis primaria y secundaria ha aumentado cada año desde 2001, principalmente en los hombres. En 2004, los casos notificados de sífilis primaria y secundaria aumentaron de 7.177 comunicados en 2003 a 7.980, lo que representó un incremento de 11,2%. El número de casos en mujeres notificados aumentó por primera vez en más de 10 años, aunque solo levemente. Los casos de sífilis congénita siguieron disminuyendo; en 2004, se informaron 353 casos, lo que implicó una disminución con respecto a los 432 casos comunicados en 2003.

Desde 2000 a 2004, siguieron aumentando las tasas de casos notificados de infección por *Chlamydia*. En 2004, se registraron 929.462 casos de infección genital por *Chlamydia trachomatis*, que implicaron un aumento de 5,9% en comparación con la tasa de

2003. Estas tendencias probablemente se deben a la expansión continua de los programas de detección de clamidiasis, el empleo de pruebas de diagnóstico con más sensibilidad y mejores sistemas de vigilancia de esta enfermedad. En 2004, se notificaron 330.132 casos de gonorrea en los Estados Unidos. Desde 2000, la tasa de casos informados de **gonorrea** ha disminuido 15,2%, después de un período sin cambios en 1998 y 1999. La infección por *Chlamydia* fue la más frecuente de las tres infecciones de transmisión sexual, con una tasa de 319,6 casos notificados por 100.000 habitantes en 2004; la gonorrea ocupó el segundo lugar, con una tasa de 113 casos por 100.000, y la sífilis se ubicó en un tercer puesto bastante distante, con una tasa de 2,7 casos por 100.000.

Unos 6,2 millones de estadounidenses contraen una infección genital nueva por el **virus del papiloma humano (VPH)** cada año. Aproximadamente 10 de los 30 tipos de VPH genital identificados pueden llegar ocasionalmente a causar cáncer cervicouterino. Las investigaciones demostraron que, en la mayoría de las mujeres (90%), la infección cervical por VPH se torna indetectable en un lapso de dos años. A pesar de que solo una pequeña proporción de mujeres tienen infecciones persistentes, estas infecciones, combinadas con tipos de VPH de “alto riesgo”, son el principal factor de riesgo de cáncer cervicouterino.

Las tasas de infecciones de transmisión sexual son desproporcionadamente altas en las minorías étnicas, una disparidad que se relaciona con el más elevado índice de pobreza de estos grupos y su falta de acceso a los servicios de salud.

Zoonosis

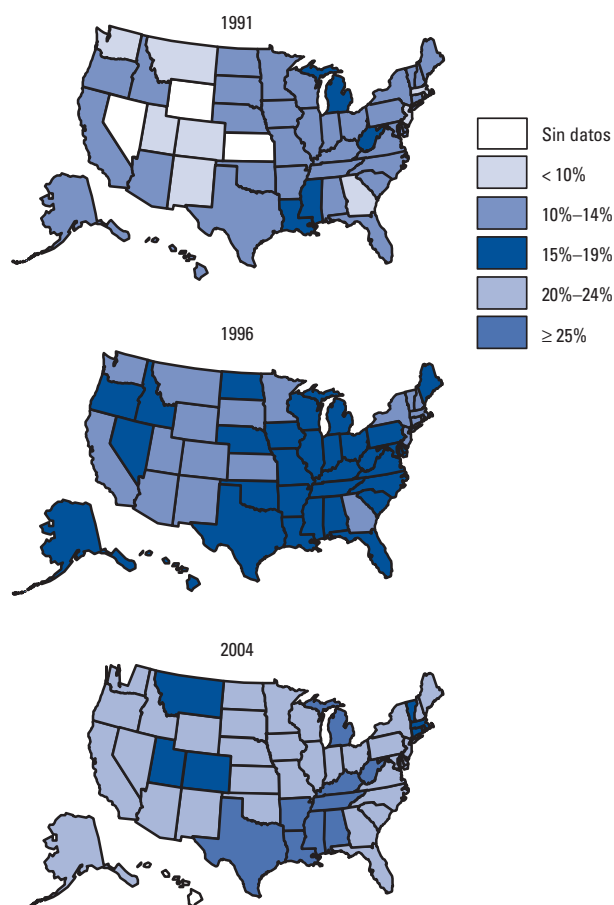
En 2001, 49 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico notificaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 7.437 casos de **rabia** en animales, pero no hubo ningún caso en seres humanos (Hawai es el único estado que nunca informó un caso autóctono de rabia en seres humanos o animales). El número total de casos informados aumentó 0,92% con respecto a los notificados en 2000 (7.369 casos). Los animales silvestres representaron 93% de los casos de rabia notificados en 2001. Los mapaches siguieron siendo la especie silvestre que más casos de rabia registró (37,2% del total de casos en animales durante 2001), seguidos de las mofetas (30,7%), los murciélagos (17,2%), los zorros (5,9%) y otros animales silvestres, incluidos roedores y lagomorfos (0,7%). Los casos informados en mapaches y zorros disminuyeron 0,4% y 3,5%, respectivamente, en relación con los totales informados en 2000. Los casos notificados en mofetas y murciélagos aumentaron respectivamente 2,6% y 3,3% en comparación con los totales informados en 2000.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

En el decenio de 2000, el país siguió enfrentando una epidemia de **obesidad**. En el período entre 1988 y 1994, el porcentaje

FIGURA 4. Tendencias a la obesidad^a en adultos, Estados Unidos de América, 1991, 1996, y 2004.



^a IMC ≥ 30 o aproximadamente 30 libras de sobrepeso para personas que miden 5'4".

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Behavioral Risk Factor Surveillance System.

de adultos obesos fue de 22,3%; para 2003–2004, el porcentaje había aumentado a 32,2%. En estos dos últimos años, un 34,1% adicional de adultos tenía exceso de peso. La proporción de adultos obesos varía mucho según los estados (Figura 4). En 2003–2004, 34,8% de los niños y adolescentes de 2 a 19 años estaban en riesgo de tener sobrepeso. Veintisiete por ciento de los adultos informaron que no realizaban actividades físicas y solamente una cuarta parte consumía las cinco o más porciones diarias de frutas y verduras recomendadas. Las personas con un peso excesivo tienen tasas de mortalidad más altas que las personas con un peso normal y están expuestas a un mayor riesgo de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer. Cada año, alrededor de 300.000 adultos estadounidenses mueren prematuramente por causas relacionadas con la obesidad. En los Estados Unidos, el costo total de las enferme-

dades asociadas con la obesidad es de aproximadamente US\$ 100.000 millones al año.

La proporción de personas adultas con **diabetes** aumentó de 8,4% en el período de 1988 a 1994 a 9,4% en 1999–2002. Contribuyó mucho a este aumento el rápido incremento de la obesidad, un importante factor de riesgo de padecer diabetes del tipo 2. Las tasas de diabetes infantil también están aumentando con rapidez, en parte debido a los porcentajes cada vez más altos de obesidad infantil. Los costos directos e indirectos asociados con la diabetes se calculan en US\$ 132.000 millones al año.

Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares, principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares, son la principal causa de defunción en el país y provocaron 36,9% del total de defunciones en 2003. Se calcula que más de 24 millones de personas en Estados Unidos tienen alguna forma de enfermedad cardiovascular. En 2003, en Estados Unidos se realizaron alrededor de 6,8 millones de procedimientos y operaciones cardiovasculares en pacientes hospitalizados. En 2006, se estimaron en US\$ 403.100 millones los costos directos e indirectos de las enfermedades cardiovasculares.

En Estados Unidos, las tasas de enfermedades cardiovasculares no tienen una distribución uniforme. En 2003, ajustadas según la edad, las tasas de enfermedades cardiovasculares fueron más altas en el sur. Dado que esas tasas aumentan con la edad y proporcionalmente hay más ancianas que ancianos, la tasa de mortalidad por esta enfermedad es mayor en las mujeres.

Neoplasias malignas

Aproximadamente una cuarta parte del total de defunciones en el país se deben al cáncer. En 2003, se calcularon en US\$ 192.000 millones los costos anuales de atención de salud y pérdida de productividad por morbilidad y mortalidad causadas por el cáncer.

En 2006, en Estados Unidos se estimó que se diagnosticaron 1,4 millones de casos nuevos de cáncer invasivo, excluidos el cáncer de la piel y el carcinoma in situ. En ese mismo año, se calculó que hubo más de 100.000 casos de carcinoma in situ, principalmente cánceres de mama y melanomas. En los hombres, los tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en 2006 fueron el **cáncer de próstata**, de los **pulmones** y los **bronquios**, y de **colon y recto**. El cáncer de próstata representó una tercera parte de todos los casos nuevos de cáncer en los hombres. En las mujeres, las neoplasias malignas diagnosticadas con mayor frecuencia fueron el **cáncer de mama**, de los **pulmones** y **bronquios**, y de **colon y recto**; estas neoplasias en conjunto consituyeron más de la mitad del total de casos de cáncer diagnosticados en las mujeres. En promedio, uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tenían probabilidades de sufrir un cáncer invasivo en el transcurso de su vida.

Entre 1992 y 2003, las tasas generales de incidencia del cáncer se mantuvieron relativamente estables, si bien en las mujeres las tendencias han mostrado un pequeño aumento anual de 0,3% desde 1987. Durante los años noventa, las tasas de incidencia del cáncer de mama aumentaron lentamente, pero permanecieron iguales en el período de 2001 a 2003. A mediados de los años ochenta, las tasas de incidencia del cáncer colorrectal comenzaron a disminuir tanto en los hombres como en las mujeres, con reducciones comunicadas en los últimos diez años en la mayoría de los grupos étnicos y raciales. En los hombres, las tasas de incidencia del cáncer de los pulmones y los bronquios han disminuido durante más de 20 años, pero en las mujeres continúan en aumento, si bien con más lentitud en los últimos 10 años. La incidencia del cáncer de próstata ha aumentado desde mediados de los años noventa.

El cáncer de los pulmones fue la principal causa de defunción por cáncer en hombres y mujeres y guarda una estrecha relación con el tabaquismo. En 2006, se estimó que 90.330 hombres y 72.130 mujeres murieron de cáncer de los pulmones. Las defunciones por cáncer de mama (40.970) ocuparon el segundo lugar en el caso de las mujeres y, en los hombres, el segundo lugar correspondió al cáncer de próstata (27.350 defunciones). En 2006, se estima que se produjeron aproximadamente 564.830 defunciones por cáncer en los Estados Unidos, 291.270 de hombres y 273.560 de mujeres.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

Durante el período estudiado, Estados Unidos experimentó una serie de desastres naturales. Varios huracanes en el Golfo de México y en las costas del Atlántico y del Pacífico, terremotos cerca de la falla de San Andrés y otras fallas, especialmente en la costa del Pacífico, tornados en los estados de las grandes llanuras e inundaciones en diversas partes del país han dejado a su paso víctimas mortales, lesiones, alteraciones de la vida cotidiana y grandes daños en las propiedades. Como muchos otros sectores, los servicios públicos y privados de atención de salud tuvieron que responder a esas catástrofes.

En 2005, se declararon 48 situaciones graves de desastre. Las tormentas invernales obligaron a siete estados a declararse en situación de desastre de grandes proporciones. En Puerto Rico y en 20 estados se desataron tormentas estacionales, incluidas tormentas tropicales e inundaciones, que llevaron a la declaración de situación de desastre. Tres estados fueron azotados por tornados y en 11 estados los incendios forestales causaron una extensa destrucción. En Samoa Norteamericana se declaró situación de desastre a causa de un ciclón y las Islas Marianas del Norte fueron asoladas por un tifón. Los huracanes condujeron a la declaración de situación de desastre en seis estados. El huracán Katrina, un poderoso huracán de categoría 3 en la escala de Saffir-Simpson, fue una de las tormentas más devastadoras que arrasara las cos-

tas estadounidenses en los últimos 100 años y figura entre los peores desastres naturales en la historia del país. El huracán obligó a evacuar la ciudad de Nueva Orleans y esta fue la primera vez que se realizó la evacuación completa de una ciudad estadounidense importante. Los efectos tierra adentro incluyeron fuertes vientos e inundaciones en varios estados y una extensa destrucción en los estados de Alabama, Florida, Louisiana y Mississippi. El daño infligido por el huracán a individuos y familias desmembradas fue inmenso y se estima que hubo más de 1.800 defunciones directa o indirectamente causadas por Katrina, un total de defunciones que es el más alto causado por un desastre natural en el país desde el huracán que en 1928 azotó el sur de Florida. El daño provocado por Katrina se agravó cuando poco después el huracán Rita tocó tierra cerca de la frontera entre Texas y Louisiana. El impacto de estos huracanes puso de manifiesto el sinnúmero de desafíos que plantean los desastres naturales y la respuesta a este desastre ayudará a orientar futuras actividades de respuesta y preparativos para situaciones de emergencia médica y de salud pública. La importancia de este suceso no debe ser subestimada, dado que se pronostica una fase activa de huracanes en la cuenca del Atlántico para los próximos 10 a 20 años.

Violencia y otras causas externas

En los Estados Unidos, el hogar ocupa el segundo lugar como sitio donde con más frecuencia se producen lesiones mortales no intencionales; los accidentes de tránsito terrestre están en primer lugar. Más de 18.000 personas mueren cada año en los Estados Unidos a causa de lesiones no intencionales producidas en el hogar. Las caídas son la causa de una tercera parte de las defunciones por lesiones no intencionales en el hogar. Los hombres sufren más lesiones mortales no intencionales en el hogar que las mujeres, pero estas sufren un número ligeramente mayor de lesiones no mortales en el hogar que los hombres. Las tasas más altas de defunción por lesiones no intencionales en el hogar corresponden a los adultos mayores y en las personas de por lo menos 80 años de edad las tasas son más de 20 veces más altas que en sus homólogos más jóvenes.

Las víctimas de los traumatismos más graves son asistidas en los servicios de urgencias de los hospitales. En 2004, hubo más de 41 millones de consultas relacionadas con traumatismos en los servicios de urgencias de los Estados Unidos. En ese mismo año, casi 21% del total de traumatismos tratados en los servicios de urgencias fueron el resultado de caídas. Los accidentes de transporte terrestre representaron casi 11% de los casos de traumatismos tratados en los servicios de urgencias. Además, en esos servicios hubo 2,3 millones de consultas relacionadas con traumatismos por incidentes de violencia, de los cuales más de 75% se vincularon con una agresión y cerca de 23% fueron lesiones autoinfligidas.

La violencia es un problema importante en Estados Unidos. Afecta a las personas en todas las etapas de la vida, desde los lactantes a las personas de edad avanzada. En 2003, 17.732 personas murieron víctimas de un homicidio y 31.484 se suicidaron. El nú-

mero de defunciones violentas refleja solo parte de la historia. Muchas más personas sobreviven a estos hechos de violencia, pero con cicatrices físicas y emocionales permanentes. La violencia también socava las comunidades al reducir la productividad, disminuir el valor de las propiedades y desorganizar los servicios sociales.

Se estima que, en 2004, los residentes estadounidenses de 12 o más años de edad fueron víctimas de 5,2 millones de delitos violentos (agresión sexual y violación, robo, agresión simple y agresión con agravante). En general, las tasas agregadas de delitos violentos disminuyeron en 9% entre 2001–2002 y 2003–2004. En conjunto, las estimaciones de los cambios en un año (2003 a 2004) y dos años (2001 a 2002 y 2003 a 2004) indican que las tasas de delitos permanecieron estables en los niveles más bajos registrados desde 1973. De todos los delitos violentos que informaron las víctimas en 2004, aproximadamente 4,6 millones fueron agresiones simples o con agravantes, 600.000 fueron casos de robo y 200.000, casos de agresión sexual y violación. En 2004, los hombres y los jóvenes, que históricamente han sido el sector más vulnerable a la victimización violenta, continuaron presentando tasas más elevadas de victimización que el resto de la población. En 2004, en 22% del total de delitos violentos estuvieron involucrados delincuentes armados. La presencia de un arma se relacionó con el tipo de delito. Por ejemplo, era menos probable que fueran cometidos por un delincuente armado los incidentes de violación y agresión sexual (8%), en comparación con los robos (46%). El tipo de arma también varió según el tipo de violencia: en 19% de los incidentes de robo estuvo presente un arma de fuego, en comparación con 5% de los incidentes de agresión. La tasa de violencia con un arma de fuego disminuyó considerablemente entre 1993 y 2004 (de 5,9 a 1,4 victimizaciones por 1.000 personas de 12 o más años de edad).

En 2003, el año para el que se cuenta con datos más completos, el FBI informó un total de 16.500 asesinatos u homicidios dolosos, cifra que implicó un aumento de 1,7% con respecto a 2002. A pesar de que la tasa de homicidios cambia de un año a otro, la relación entre las características de la víctima y el homicidio tiende a mantenerse constante. En ese mismo año, 78% de las víctimas de homicidio fueron hombres. Cuando se determinó la raza de las víctimas, un poco menos de 49% eran blancos, un porcentaje similar eran negros y menos de 3% eran de otras razas. Por lo general, los homicidios son cometidos entre personas de la misma raza. Con mayor frecuencia, los delincuentes fueron hombres (90%) y adultos (92%). Cuando se dispuso de información sobre la relación entre la víctima y el delincuente, se determinó que 78% de los delincuentes eran conocidos por las víctimas; 29% de los homicidios se originaron en una disputa. En 71% de los homicidios se utilizaron armas de fuego.

El promedio anual de víctimas de violación en 2003–2004 fue de 65.510, una disminución de 27,9% en relación con 2001–2002. En todo el país, casi 63 mujeres por 100.000 informaron que habían sido violadas en 2000. Las zonas metropolitanas tuvieron

tasas de 65 violaciones forzadas por 100.000 mujeres y los condados más rurales tuvieron tasas de 43 por 100.000. Entre 1999 y 2000, en las ciudades se observó un incremento de 1,5% en las violaciones informadas, mientras que en las zonas suburbanas se produjo una disminución de casi 1%. Las tasas en los condados rurales permanecieron prácticamente sin modificaciones. De todas las violaciones forzadas, 12% fueron cometidas por jóvenes.

En 2004, hubo una disminución de la frecuencia de agresiones con agravantes notificadas a las autoridades locales. Los condados no metropolitanos tuvieron la tasa de agresiones con agravantes más baja, con 171 delitos por 100.000 habitantes; las ciudades tuvieron la más alta, con 344 delitos, y los suburbios se ubicaron en una posición intermedia, con 234 delitos.

Salud oral

La salud oral del país está mejor que nunca, pero, aun así, en Estados Unidos las enfermedades orales son frecuentes. El país invierte alrededor de US\$ 60.000 millones anuales en servicios odontológicos, que incluyen aproximadamente 500 millones de visitas a consultorios dentales. Las personas que más padecen problemas de salud oral son los estadounidenses pobres, en especial los niños y los adultos mayores. Los integrantes de grupos étnicos y raciales también sufren una cantidad desproporcionada de problemas de salud oral. Asimismo, las personas con discapacidades y afecciones médicas complejas están expuestas a un riesgo mayor de padecer enfermedades bucodentales, que posteriormente pueden agravar su salud.

La mayoría de los adultos muestran algún signo de enfermedad de las encías. Las formas graves de esta enfermedad afectan a aproximadamente 14% de los adultos de 45 a 54 años. Más de una tercera parte de los adultos (de 18 o más años de edad) que viven en situación de pobreza tienen por lo menos un diente cariado sin tratar, en comparación con 16% de los adultos que no están en esa situación. Los adultos mayores estadounidenses con dificultades económicas o que sufren una discapacidad, están confinados en su hogar o internados en una institución y no cuentan con seguro médico, están expuestos a un riesgo mayor de tener mala salud oral.

La caries dental es una de las enfermedades infecciosas crónicas más frecuentes en la población infantil estadounidense. En los niños de familias de bajos ingresos, casi 30% de las caries no son tratadas. El porcentaje de niños y adolescentes de familias de bajos ingresos con caries sin tratar (20%) es más de dos veces superior al de sus homólogos de familias con ingresos más altos (8%).

Cada año se diagnostican más de 30.000 casos de cáncer de la cavidad bucal y la faringe y aproximadamente 7.400 personas mueren a causa de estas enfermedades.

Enfermedades emergentes y reemergentes

Las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes representan una amenaza permanente en los Estados Unidos. A

pesar de que los avances modernos han permitido controlar ciertas enfermedades, los brotes del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y la viruela del mono en 2003 y el aumento de la resistencia a los medicamentos antimicrobianos, en especial de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (MRSA, por su sigla en inglés), son recordatorios recientes de la extraordinaria capacidad de los microbios de adaptarse y evolucionar.

Durante el brote de SARS en 2003, en los exámenes de laboratorio de ocho personas en Estados Unidos se encontraron pruebas de que el SARS había sido causado por un coronavirus nuevo (SARS-CoV). Estas personas habían viajado a Estados Unidos desde otras partes del mundo. En ese mismo año, hubo 37 casos confirmados y 10 casos probables de viruela del mono en seres humanos. La mayoría de estas personas se enfermaron después de tener contacto con marmotas de las praderas mantenidas como mascotas, que estaban infectadas con la viruela del mono. Esta fue la primera vez que se registró un brote de viruela del mono en los Estados Unidos.

Según estudios recientes, casi 60% de las infecciones de la piel en pacientes adultos asistidos en servicios de urgencias de 11 ciudades estadounidenses fueron causadas por MRSA y las infecciones invasivas por MRSA (tanto las vinculadas con centros de atención de salud como las resultantes de la propagación en la comunidad) están aumentando en las comunidades donde se efectúa el seguimiento de las cifras. Los datos indican que entre 8% y 20% de los aislados clínicos de MRSA están vinculados con la comunidad.

También surgieron amenazas mundiales, incluida la posibilidad de una epidemia de influenza aviaria capaz de infectar a seres humanos mediante el contacto directo con aves infectadas. Esta forma de influenza, la influenza A (causada por el virus subtipo H5N1), apareció por primera vez en el hombre en Hong Kong en 1997 y, desde entonces, ha infectado a más de 200 personas en Asia, con una tasa de mortalidad de más de 50%. La amenaza de la influenza A (por el H5N1) o de otro virus nuevo de la influenza que pudiera ocasionar una pandemia ha llevado a los Estados Unidos a realizar numerosas actividades de preparación, orientadas a prevenir o retrasar una posible pandemia.

La morbilidad y la mortalidad causadas por agentes químicos, biológicos, radiológicos y nucleares también surgieron como amenazas para la salud. En octubre de 2001, se presentó el primer caso de inhalación de ántrax en Estados Unidos desde 1976, en un trabajador de una empresa de medios de comunicación de Florida. A raíz de esto, se inició una investigación nacional con el objeto de identificar otros casos y determinar posibles casos de exposición a *Bacillus anthracis*. Se intensificó la vigilancia para identificar casos nuevos, definidos como una enfermedad clínicamente compatible con la infección por *B. anthracis* confirmada en el laboratorio. Desde el 4 de octubre al 20 de noviembre de 2001, se identificaron 22 casos de ántrax (11 por inhalación y 11 por transmisión cutánea); 5 de los casos por inhalación fueron mortales. Veinte pacientes (91%) estuvieron en contacto con

correspondencia contaminada o estuvieron expuestos en lugares de trabajo donde se procesó o recibió correspondencia contaminada. Se aisló *B. anthracis* en cuatro sobres que contenían el polvo y en 17 muestras de pacientes; no fue posible determinar mediante la subtipificación molecular la presencia del bacilo en 106 muestras ambientales. Los casos de enfermedad y defunción no se produjeron solamente en lugares de trabajo específicos sino también a lo largo del trayecto de la correspondencia y en otros entornos. Desde que ocurrió este incidente, los Estados Unidos han realizado considerables esfuerzos por intensificar la vigilancia y organizar y establecer medidas preventivas contra las amenazas químicas, biológicas, radiológicas y nucleares.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

Si bien a fines de los años noventa no hubo reformas fundamentales del sistema de salud, se realizaron algunos ajustes importantes y se asumieron nuevos compromisos para satisfacer las necesidades cambiantes.

A partir de 2006, a los beneficiarios de Medicare se les brindó una cobertura para los medicamentos recetados; para mayo de ese año, 90% de los afiliados a Medicare recibían la cobertura. La mayoría de las personas pagan una prima mensual por esta cobertura, que reduce los costos de los medicamentos con recetas y protege contra aumentos futuros. La cobertura para medicamentos recetados de Medicare es un plan de seguro: las compañías privadas proporcionan la cobertura y los beneficiarios eligen el plan de medicamentos y pagan la prima mensual.

En 2005, el Congreso y el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos tomaron medidas para abordar el problema del costo creciente de la atención a largo plazo para las personas con discapacidades (incluidos los adultos mayores). Si bien la mayoría de las personas que necesitan asistencia a largo plazo dependen de los cuidados no remunerados prestados por familiares y amigos, el costo medio de una habitación privada en un hogar de ancianos es de US\$ 70.000 al año. El más grande prestador público de cuidados a largo plazo en los Estados Unidos es el programa Medicaid, un organismo federal y estatal que cubre la atención en instituciones y en la comunidad de las personas con discapacidades y los adultos mayores con bajos ingresos. En 2004, los gastos de Medicaid en cuidados a largo plazo fueron de US\$ 47.300 millones. Medicare, el programa de seguro de salud para las personas adultas mayores y con discapacidades, generalmente no cubre los cuidados a largo plazo, excepto durante un período reducido de estadía posterior a una enfermedad aguda. Una fuente relativamente nueva de financiamiento para la asistencia a largo plazo es el seguro de cuidados a largo plazo. Desde 1987 hasta 2002, se vendieron aproximadamente 9,2 millones de pólizas para cuidados a largo plazo y, en 2004, se pagaron prácticamente US\$ 5.600 millones por beneficios. Como el Congreso promulgó

varias reformas claves con el fin de alentar a los estadounidenses a planificar por adelantado para una posible necesidad de asistencia a largo plazo (por ejemplo, mediante la adquisición de un seguro de cuidados a largo plazo), el número de tenedores de pólizas privadas está aumentando con un ritmo acelerado.

Después de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 y de los huracanes de 2005, los preparativos para emergencias se han convertido en un área de fundamental interés a nivel federal, estatal y comunitario y se ha logrado un gran progreso en ese sentido. En 2004 y 2005, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos suministró más de US\$ 2.000 millones a los estados, territorios y localidades para fortalecer su capacidad de respuesta al terrorismo y otras situaciones de emergencia de salud pública. Los fondos se utilizarán para apoyar el Plan Nacional de Respuesta con el fin de intensificar la vigilancia de las enfermedades infecciosas, mejorar la preparación de los hospitales y los sistemas de atención de la salud para atender a grandes cantidades de víctimas, ampliar la capacidad de los servicios de comunicación y de laboratorio de salud pública y optimizar la conexión entre los hospitales y los departamentos de salud estatales y locales para aumentar la notificación de datos sobre las enfermedades.

En 2003, entraron en vigencia las primeras normas federales que protegen la privacidad de las historias clínicas de los pacientes y otra información de salud proporcionada a los planes de salud, los médicos, los hospitales y otros prestadores. Las normas fueron elaboradas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales y brindan a los pacientes acceso a sus registros médicos y un mayor control sobre el empleo y la divulgación de la información personal de salud. Constituyen medidas federales y uniformes de protección de la privacidad de los usuarios de todo el país y limitan las formas en que los planes de salud, las farmacias, los hospitales y otras entidades incluidas pueden utilizar la información médica personal del paciente. Las disposiciones protegen las historias clínicas y otra información de salud de carácter personal conservada por escrito, en medios informáticos o comunicada verbalmente. La ley que establece estas medidas de protección de la privacidad también promueve las transacciones electrónicas.

Finalmente, en los sectores público y privado es cada vez mayor el reconocimiento de que se pueden realizar mejoras significativas en la calidad de la atención de salud y la continuidad y eficiencia de la asistencia mediante el empleo de tecnología de la información. Se han iniciado varias actividades para respaldar la adopción de esta tecnología. En abril de 2004, el Presidente firmó un decreto donde se reconoce la necesidad de desarrollar y aplicar en todo el país una infraestructura de tecnología interoperable de información sanitaria y se crea el cargo de Coordinador Nacional de Tecnología de la Información Sanitaria en el Departamento de Salud y Servicios Sociales. Se prevé que la nueva infraestructura se establecerá como una entidad pública y privada conjunta, descentralizada y vinculada mediante normas.

Organización del sistema de salud

El sistema de salud de los Estados Unidos es en realidad un conjunto de sistemas de diversa complejidad. Los gobiernos federal, estatales y locales han definido, a menudo de común acuerdo, sus funciones para proteger la salud pública. Los departamentos estatales de salud pública no están bajo la jurisdicción de instituciones y administraciones de salud del Gobierno Federal y, en muchos estados, los departamentos locales de salud pública de las ciudades y los condados no están bajo la jurisdicción de los departamentos estatales de salud pública. Por lo general, los servicios directos de atención de salud son prestados por el sector privado. Muchos de los servicios gubernamentales y no gubernamentales comparten los fondos públicos, el asesoramiento técnico, las normas de reglamentación y la investigación en salud proporcionados por los gobiernos federal, estatales y locales.

El Gobierno Federal administra varios programas, supervisa la investigación y ofrece orientación y asesoramiento técnicos, capacitación, financiamiento y otros recursos de salud pública, principalmente por medio del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos. El Departamento con frecuencia trabaja por medio de programas gubernamentales locales y estatales y con otros asociados. Muchas otras organizaciones del Gobierno Federal que están fuera de la jurisdicción del Departamento, como el Organismo de Protección Ambiental, la Administración del Seguro Social, el Departamento de Agricultura, el Departamento de Transporte y el Departamento de Seguridad Interna, también trabajan activamente para procurar la salud y la seguridad de la población.

La responsabilidad de los problemas individuales de atención de la salud está mucho más descentralizada. El gobierno proporciona un seguro médico a los grupos muy vulnerables, como algunas familias en situación de pobreza, personas con discapacidades y adultos mayores. No obstante, la mayoría de las personas adquieren cobertura privada de seguro médico por medio de sus empleadores o por cuenta propia y queda a discreción del empleador o del interesado buscar un seguro en el mercado.

Los servicios directos de atención de salud, incluida la atención primaria, secundaria y terciaria, son prestados principalmente por medio de miles de hospitales y consultorios médicos del sector privado en todo el país. El Gobierno Federal financia directamente otros hospitales y dispensarios que brindan servicios de atención de salud al personal militar, los veteranos de guerra, los indígenas estadounidenses y los naturales de Alaska.

Servicios de salud pública

En general, los gobiernos locales y estatales administran o fiscalizan los servicios de disponibilidad universal, como el abastecimiento de agua potable y la evacuación municipal de desechos sólidos. Los asuntos de salud que trascienden las fronteras locales y estatales —como la contaminación del aire, la inocuidad de los alimentos y los suplementos alimentarios para las poblacio-

nes vulnerables— normalmente son reglamentados por los gobiernos federal y estatales. La calidad de la atención de salud y la acreditación de los profesionales de la salud suelen ser responsabilidad de organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro y de los gobiernos estatales.

Entre muchas otras funciones normativas, administrativas y de asesoramiento, los gobiernos locales y estatales han asumido la responsabilidad de la vigilancia epidemiológica, la reglamentación para el control de los medicamentos, la seguridad de los dispositivos, la seguridad en el lugar de trabajo, las normas sobre la contaminación del agua y el aire y los comportamientos que garantizan la seguridad, como el uso del cinturón de seguridad y los límites de velocidad. Los gobiernos federal, estatales y locales también responden a los brotes de enfermedades y otras situaciones sanitarias de emergencia, como los desastres naturales y las catástrofes causadas por el hombre.

Promoción de la salud

El Gobierno Federal continúa su ambiciosa campaña de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. La iniciativa “Gente sana 2010” establece un amplio programa a escala nacional encaminado a mejorar la salud de toda la población de los Estados Unidos en el primer decenio del siglo XXI. La campaña se dedica a promover la salud y prevenir las enfermedades, las discapacidades y las muertes prematuras. La iniciativa tiene dos metas generales: ayudar a las personas de todas las edades a mejorar la calidad de vida y aumentar el número de años de vida saludable, y eliminar las disparidades en materia de salud, ya sean en razón del sexo, la raza o el origen étnico, la educación o el ingreso, la discapacidad, la ubicación geográfica o la orientación sexual.

“Gente sana 2010” abarca casi 500 objetivos agrupados en 28 áreas de interés. Muchos objetivos se concentran en intervenciones para reducir o eliminar la morbilidad, la discapacidad o la muerte prematura; otros se refieren a cuestiones más amplias como un mejor acceso a atención de salud de calidad, el fortalecimiento de los servicios de salud pública y una mayor disponibilidad de información relacionada con la salud. Esta campaña busca la cooperación de las comunidades, los sectores privados filantrópicos y con fines de lucro y las dependencias gubernamentales con el fin de reducir los factores de riesgo identificados y mejorar los factores de protección para minimizar la incidencia de las condiciones insalubres y las enfermedades.

Recursos humanos

En 2004, había más de 17 millones de empleos en el sector salud o en actividades fuera del sector vinculadas con la salud, que representaban casi 12% del total de la fuerza laboral de los Estados Unidos. En esos empleos se desempeñaban aproximadamente 2,4 millones de enfermeras tituladas, 1,45 millones de auxiliares de enfermería, 1,3 millones de ayudantes de salud para

asistencia personal o domiciliaria, 567.000 médicos, 230.000 farmacéuticos y 150.000 dentistas.

Teniendo en cuenta que la atención de la salud es el sector de empleo de mayor crecimiento en el país, la Oficina de Estadísticas Laborales de los Estados Unidos estimó que, entre 2004 y 1994, el sector de atención de salud crecería más de 27%, en comparación con un crecimiento inferior a 12% en todos los demás sectores de empleo. Dentro de la atención de la salud, se prevé que el crecimiento más rápido corresponderá a empleos en la atención domiciliaria y en consultorios de profesionales de la salud, en particular en los consultorios de los médicos. Se espera que las ocupaciones en el campo de la salud en las que se agregarán más puestos de trabajo nuevos serán las de las enfermeras tituladas (703.000 puestos nuevos), los ayudantes de salud para asistencia domiciliaria (350.000 puestos nuevos) y los auxiliares de enfermería (325.000 puestos nuevos). También se necesitarán más de 200.000 médicos y 100.000 farmacéuticos para ocupar los puestos nuevos y para reemplazar a quienes se jubilan.

La mayoría de las fuentes reconocen que existe una grave escasez de personal de enfermería, que posiblemente se acentúe con el envejecimiento de la población. Se mencionan como factores agravantes los problemas vinculados con el reembolso, las condiciones de trabajo y los requisitos normativos.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

El gobierno y el sector privado dedican cuantiosos recursos humanos y económicos a la investigación directa e indirecta en salud, incluidos temas como la biomedicina, los productos farmacéuticos, las políticas y los sistemas de salud, la inocuidad de los alimentos y los productos y la salud agrícola y ambiental. Este trabajo está vinculado con el de numerosas instituciones gubernamentales y organismos del sector empresarial y entidades sin fines de lucro.

En 2005, el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos invirtió más de US\$ 30.000 millones en investigación, experimentación y evaluación, incluidas las inversiones en investigaciones médicas, de salud pública y sobre inocuidad de los alimentos y seguridad de los fármacos. Los Institutos Nacionales de Salud invierten más de US\$ 27.000 millones anuales en investigaciones médicas; 80% de esa cantidad se distribuyen por medio de casi 50.000 subvenciones otorgadas mediante concursos a más de 212.000 investigadores de más de 2.800 universidades, escuelas de medicina y otras instituciones de investigación de los estados y de todo el mundo. Otro 10% del presupuesto de los Institutos financia proyectos que llevan a cabo aproximadamente 6.000 científicos en los laboratorios de los Institutos.

Dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) invierten más de US\$ 650 millones en investigaciones encaminadas a abordar los problemas de salud y seguridad, incluida la investigación de salud pública sobre enfer-

medades infecciosas emergentes, las amenazas ambientales, el envejecimiento de la población y las opciones de modos de vida. Otra dependencia del Departamento es la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), que realiza investigaciones y actividades de normatividad para asegurar la inocuidad de los alimentos, los medicamentos, los dispositivos y los cosméticos. La FDA invierte más de US\$ 140 millones en investigación. Otras importantes áreas de investigación dentro del Departamento de Salud y Servicios Sociales son la calidad de la atención de salud, el envejecimiento y los servicios de salud mental.

Si bien la investigación básica es realizada por el gobierno, la mayoría de las investigaciones sobre equipo médico y farmacéutico son financiadas por las compañías que fabrican estos productos. Una organización privada que representa a las compañías de biotecnología y de investigación farmacéutica más importantes del país estimó que, considerando la industria en su totalidad, se destinaron a la investigación US\$ 51.300 millones en 2005.

Gasto y financiamiento sectorial

En 2004, Estados Unidos gastó US\$ 1.900 millones en atención de salud. En ese mismo año, la proporción del PIB destinada a gastos de salud creció 0,1% y llegó a 16%. Este porcentaje reflejó un aumento inferior al experimentado en los últimos años, debido a que el crecimiento económico en 2004 avanzó con el ritmo más rápido registrado desde 1989. Los gastos de salud per cápita se incrementaron de US\$ 4.539 anuales en 2000 a US\$ 6.280 anuales en 2004. En este último año, el gasto en salud aumentó 7,9%, porcentaje inferior al 8,2% de 2003 y al 9,1% de 2002.

Si bien en 2004 el gasto privado siguió representando la porción más grande del gasto en salud (US\$ 1,03 billones, en comparación con el gasto federal y estatal total de US\$ 847.000 millones), el gasto federal y estatal en atención de salud aumentó 8,2%. La cobertura de Medicare encabezó la lista del gasto público con US\$ 309.000 millones, seguida de cerca por Medicaid, con US\$ 291.000 millones.

El gobierno ofrece cobertura de seguro de salud a la población elegible que vive en situación de pobreza (principalmente por medio de Medicaid), a las personas de 65 o más años de edad (principalmente por medio de Medicare) y a los miembros de las fuerzas armadas. En 2004, el Gobierno Federal aportó US\$ 600.000 millones para gastos de salud y los gobiernos locales y estatales invirtieron otros US\$ 247.000 millones. En el año

2004, cerca de 88% de las personas con un seguro de salud privado estaban en algún plan relacionado con el empleo.

La proporción de la población con cobertura de seguro gubernamental aumentó de 24,7% en 2000 a 27,3% en 2005. Esta modificación de la cobertura gubernamental obedeció fundamentalmente al aumento del porcentaje de la población con cobertura de Medicaid, que ascendió de 10,6% en 2000 a 13%, equivalentes a 38,1 millones de personas, en 2005. La cobertura de Medicare para los adultos mayores se mantuvo relativamente estable durante el decenio, con 42,5 millones de beneficiarios en 2005. Aproximadamente nueve millones de miembros de las fuerzas armadas de los Estados Unidos reciben atención de salud por medio del programa de atención médica para militares, TRICARE.

En 2004, los prestadores privados desempeñaron un papel más importante en la reducción del gasto que los prestadores públicos. El crecimiento del gasto privado disminuyó a 7,6% en 2004, en comparación con 8,6% en 2003. En 2004, los pagos directos crecieron 5,5% menos que el crecimiento del gasto agregado en salud y menos que las primas de los seguros privados, tanto en conjunto como por asegurado. En ese mismo año, la prima de seguro médico privado por asegurado creció 8,4%, en comparación con el crecimiento de 11,5% en 2002 y de 10,4% en 2003.

Desde el año 2000 y en coincidencia con una mayor proporción del aumento del gasto en servicios hospitalarios, ha disminuido la proporción del crecimiento del gasto personal en salud vinculado con los medicamentos recetados. Entre 1997 y 2000, los medicamentos recetados representaron 23% del gasto personal en salud, pero en 2002–2004, solo representaron 14% del gasto. Desde 1997 a 2000, el gasto en servicios de hospital constituyó 28% del crecimiento del gasto personal en salud, pero, en 2002–2004, aumentó a 38%.

El desembolso por servicios hospitalarios representó casi una tercera parte de los gastos nacionales en salud; el crecimiento de estos gastos en 2004 equivalió a 33% del aumento general del gasto de salud. En 2004, el gasto en medicamentos recetados se incrementó en 8,2%, en comparación con el crecimiento de 10,2% en 2003 y de 14,3% en 2000–2002. En 2004, el gasto en medicamentos recetados constituyó casi 11% del gasto en salud. El pago por servicios prestados por los médicos representó 21% del gasto en salud en 2004. En este último año, los costos totales de los cuidados a largo plazo prestados a los adultos mayores fueron de US\$ 211.400 millones.