

Ser el Buen Samaritano:

Acceso al cuidado de salud para
todos los californianos y californianas



Una guía de estudio para las congregaciones

Concilio de Iglesias de California

Segunda Edición, 2008

Ser el buen samaritano: Acceso al Cuidado Atención de salud para todos los californianos/as

Segunda Edición, 2008

Una guía de estudio para las congregaciones

Apoyo financiero provisto por The California Endowment
Segunda Edición financiada por The California Wellness Foundation

Concilio de Iglesias de California

4044 Pasadena Avenue, Sacramento CA 95821

(916) 488-7300

www.calchurches.org

Acerca de la autora

Nancy Nielsen es la subdirectora de los Servicios Sociales Luteranos del Norte de California. Ella fue la coordinadora para el Proyecto de Educación de Acceso Universal del Concilio de Iglesias de California. Nancy sirvió como directora ejecutiva interina del concilio en 2003. Ella es miembro del Capítulo de la Universidad Luterana in Berkeley y también fue miembro del equipo de trabajo de la Iglesia Evangélica Luterana en los Estados Unidos (ELCA en inglés), que hizo la versión preliminar de la nueva declaración social sobre salud, sanidad y atención de salud, “Atención de salud: Nuestro esfuerzo compartido”, que fue adoptado por ELCA en agosto de 2003.

Contribuyentes de esta guía de estudio:

Reverenda Kathy Cooper-Ledesma, pastora principal de la Iglesia Metodista Unida de Hollywood y ex-directora regional del Sur de California del Concilio de Iglesias de California. La Rev. Cooper-Ledesma ha trabajado ampliamente en temas de política pública relacionados con la comunidad de fe, que incluyen la reforma de ayuda social, el cuidado de la niñez, y el hambre y la gente sin vivienda.

Dr. John Orr es el director de Proyectos Especiales en el Centro de Religión y Cultura Cívica de la Universidad del Sur de California (USC). Él es profesor emérito de Ética Social en USC y ha trabajado por casi una década con el Concilio de Iglesias de California tratando temas relacionados con la defensa y los servicios humanos basados en la fe.

Sandy Perry es el ministro de Alcance en CHAM Ministerio de Liberación en San José y activista por años de la reforma de atención de salud. Él es el autor primario de esta segunda edición. Él está activo en el Cuidado Atención de salud para todos los californianos/as/as y en la Coalición del Contribuyente Único del condado de Santa Clara.

Las revisiones posteriores y la edición fueron hechas por el personal del Concilio de Iglesias de California: la directora del Cuidado de Atención de Salud del Sur de California, **Rev. Gail Benson**; la directora de Política Pública, **Elizabeth Sholes**; y el director ejecutivo, **Rev. Dr. Rick Schlosser**.

El diseño gráfico, del material e impresión fueron hechos por **Clif Edwards** en New Moon Graphics, www.newmoongraphics.com.

Muchas de las fotos en esta guía de estudio son obra de **Jerry Berndt** y fueron generosamente provistas por el Centro de Religión y Cultura Cívica de la USC.

Nota sobre la forma y el contenido. Ésta guía de estudio dirige al usuario a los recursos disponibles en Internet. Esto nos permite cumplir con dos objetivos primarios: 1) Mantener nuestros recursos de estudio actualizados y vigentes durante la duración del tema de estudio – usualmente varios años. 2) Nos ayuda a ser buenos administradores de nuestros recursos financieros al controlar los costos de impresión y de envío. Si su congregación no tiene acceso a Internet, favor de comunicarse con el Concilio de Iglesias de California al (916) 488-7300 y le asistiremos para que obtenga dichos recursos por fax o por correo.

Tabla de Contenidos

Reconocimientos	Portada Interior	
Introducción		
Carta del director ejecutivo	2	
Introducción	3	
Consejos para una discusión efectiva de liderazgo	4	
Normas de discusión	6	
Notas para los líderes que usan esta guía de estudio	7	
Sesión 1 – La atención de salud está en crisis		8
Preguntas sobre el acceso a la atención de salud	10	
Folleto: Síntomas de nuestra crisis actual de atención de salud	11	
Folleto: Material de lectura para la sesión dos	14	
Sesión 2 – Valores y política de salud		18
Folleto: Descubriendo tus valores	21	
Folleto: Atención de salud y valores	22	
Folleto: Compartiendo nuestras historias	24	
Sesión 3 – ¿Dónde estamos ahora?		26
Folleto: Casos de estudio – Personal	28	
Folleto: Caso de estudio – Propietaria de negocio pequeño	30	
Folleto: Desafíos para reformar la atención de salud en los EE UU	31	
Sesión 4 – De cara al futuro: Herramientas para el camino		34
Folleto: Algunos enfoques para expandir la cobertura de seguro de salud universal	36	
Folleto: Preguntas a hacer sobre cualquier propuesta de atención de salud	39	
Apéndice		
Respuestas a las preguntas sobre el acceso a la atención de salud	40	
Sitios web de las denominaciones	41	
Recursos de Internet	42	
La Biblia y la atención de salud	44	
Algunos principios y normas para evaluar la legislación y propuestas de la atención de salud	45	
Evaluación	47	

Carta del director ejecutivo



California Council of CHURCHES

Queridos amigos y amigas de la comunidad de fe de California:

4044 Pasadena Avenue
Sacramento CA 95821
(916) 488-7300
Fax: (916) 488-7310
info@calchurches.org
www.calchurches.org

The Rev. Dr. Rick Schlosser
Executive Director

Elizabeth Sholes
Director of Public Policy

The Rev. Gail Benson
*Southern California
Health Care Director*

African Methodist Episcopal Church
African Methodist Episcopal Zion Church
American Baptist Churches of the West
Armenian Church of America
Christian Methodist Episcopal Church
Churches of the Brethren
Christian Church (Disciples of Christ)
Community of Christ
The Episcopal Church
Ethiopian Orthodox Church
Evangelical Lutheran Church in America
Greek Orthodox Church
Independent Catholic Churches International
Metropolitan Community Church
Moravian Church in America
National Baptist Convention
Presbyterian Church (U.S.A.)
Reformed Church in America
Swedenborgian Church
United Church of Christ
United Methodist Church
Church Women United
Orthodox Clergy Council

Hoy en día, de una población aproximada de 37 millones, casi siete millones de californianos/as carecen de seguro de salud. Éstas son personas y familias que trabajan arduamente, cumplen las reglas y pagan sus impuestos, pero no tienen la cobertura de salud básica de atención de salud.

Sabemos que los que no tienen seguro enferman más y mueren más jóvenes. Sabemos que la mayoría de familias sin seguro, con solo una visita a emergencia médica, ya están en la ruina financiera. Y sabemos que todos los californianos/as están impactados por la crisis de atención de salud.

Como gente de fe comprometida con la justicia económica y social para todas las personas, especialmente hacia los más vulnerables de nuestra sociedad, tenemos la obligación de educar a nuestras comunidades de fe sobre los temas de atención de salud. Tenemos la oportunidad de influenciar en esta crisis si nos preparamos a remangamos las mangas para trabajar arduamente en abogar por los necesitados.

Mucho ha cambiado desde que la primera edición de esta guía de estudio fue publicada en 2005; pero también mucho permanece igual. Hemos actualizado la información, detalles, contenido y recursos. Sin embargo, la crisis es más seria ahora para millones de californianos/as que lo que fue incluso hace tres años. Evidentemente, nuestro trabajo es más importante que nunca.

En el Concilio de Iglesias de California, tenemos disponible, entrenamiento para dirigir este estudio en su congregación y a continuación, entrenamiento en cómo ser un defensor eficaz en el campo de política pública. En el Sur de California, contacte a la reverenda Gail Benson (gail@calchurches.org) y en el Norte de California, contacte a Elizabeth Sholes (sholes@calchurches.org).

Es mi oración que usted y su congregación se unan a nosotros usando esta guía de estudio y los recursos relacionados para involucrar a la comunidad de fe en la educación y en el trabajo continuo de defensa para proveer atención de salud para todos los californianos y californianas.

Sinceramente,

Rev. Dr. Rick Schlosser
Director Ejecutivo
www.calchurches.org/health



Introducción

En 1994, el Concilio de Iglesias de California, con el apoyo de la fundación James Irvine y numerosas fuentes denominacionales, desarrolló un proyecto de educación de atención de salud integral titulado Una visión integral: Respondiendo a la crisis de atención salud en los Estados Unidos. El proyecto emergió como una respuesta al debate de la reforma de atención de salud que se escuchaba en los pasillos del congreso durante esos años. Los resultados de ese debate fueron dolorosos para muchos y finalmente dejaron el sistema de atención de salud en desorden. En 1994, el número estimado de estadounidenses sin seguro de salud era 38,5 millones. Hoy día, es de 47 millones, número que sigue constantemente en aumento.

A fines de la primera década del siglo XXI, seguimos con las mismas preguntas y desafíos. ¿Hay nuevas respuestas o nuevas soluciones o incluso nuevas preguntas? ¿Por qué ha sido tan difícil que se legalice el acceso universal a la atención de salud? Las respuestas a estas preguntas son complejas pero no imposibles de entender. Con el apoyo de The California Endowment y The California Wellness Foundation, el Concilio de Iglesias de California invita a la comunidad de fe a involucrarse en el proceso de deliberación moral, mientras que los debates sobre políticas de acceso a la atención de salud alcanzan nuevos niveles de gran interés en nuestro estado y en nuestra nación.

Mientras empieza a estudiar proposiciones legislativas y diseño de sistemas, usted empezará donde la gente de fe siempre debe empezar – preguntando, “¿Qué me está llamando Dios a hacer? ¿Qué valores internos se mantienen cuando la gente se une para pensar seriamente sobre este tema? ¿Cómo sería el sistema de atención de salud justo y accesible que sirviera a **todos** los hijos e hijas de Dios?

Esta guía de estudio junto con el sitio web del proyecto en www.calchurches.org/health, han sido desarrollados para ayudar a formular respuestas personales y corporativas a estas preguntas, así como para ofrecer algunas de las herramientas necesarias para entender la historia de la cobertura de seguro de salud en los Estados Unidos y los nuevos modelos de atención de salud que están emergiendo de las conversaciones actuales.

¡Bienvenidos y bienvenidas al viaje!

Lucas 10:30-34

“Un hombre descendía de Jerusalén a Jericó, y cayó en manos de ladrones, los cuales le despojaron; e hiriéndole, se fueron, dejándole medio muerto. Aconteció que descendió un sacerdote por aquel camino, y viéndole, pasó de largo. Asimismo un levita, llegando cerca de aquel lugar, y viéndole, pasó de largo. Pero un samaritano, que iba de camino, vino cerca de él, y viéndole, fue movido a misericordia; y acercándose, vendó sus heridas, echándoles aceite y vino; y poniéndole en su cabalgadura, lo llevó al mesón, y cuidó de él”.

Consejos para una discusión efectiva de liderazgo

Cortesía del Centro de Recursos de los Círculos de Estudio

1. Estar preparado/a.

El líder no necesita ser un experto o experta (incluso ni ser la persona que más sabe del grupo) del tema que se discute, pero debe ser la mejor preparada para la discusión. Esto significa, que debe entender las metas del fórum de los adultos, estar familiarizado/a con el tema, pensar con anticipación hacia donde puede ir la discusión y preparar preguntas para ayudar al grupo a reflexionar sobre el tema. Contar con una sólida preparación le permitirá poner atención plena a la dinámica del grupo y a lo que dicen las personas.

2. Establecer un tono relajado y abierto

- Dar la bienvenida a todos y todas creando una atmósfera amistosa y relajada
- El buen humor es siempre bienvenido y ayuda a que la gente se enfoque en las ideas en lugar de enfocarse en las personalidades.

3. Establecer normas claras para la discusión

- Al empezar la reunión, el líder establece las normas y pregunta a los participantes si ellos y ellas están de acuerdo o quieren agregar algo.
- Anima a todos los miembros del grupo a reflexionar y expresar sus opiniones en forma honesta.
- Se deben respetar todos los puntos de vista.
- Aunque los desacuerdos y diferencias de ideas pueden ser útiles, los desacuerdos no se deben personalizar. No se tolerarán humillaciones, apodos, rótulos o ataques personales.
- Es importante escuchar a todos. La gente que tiende a hablar mucho en los grupos debe hacer esfuerzos especiales para que otros tengan la misma oportunidad.
- El rol del líder es permanecer neutral y guiar la conversación de acuerdo a las normas establecidas.

4. Mantenerse enterado/a de lo que suceda en el grupo y ayudar en el proceso.

- Use siempre su “tercer ojo”; usted no solo ayuda al grupo a mantenerse enfocado en el contenido de la discusión sino que tiene que supervisar cuán bien los participantes se comunican entre sí – quién ha hablado y quién no y qué puntos de vista no han tenido la oportunidad de ser escuchados todavía.
- Considere dividir al grupo en pequeños grupos para examinar una variedad de opiniones o dé a la gente una oportunidad para hablar con facilidad de su conexión personal con el tema.
- Cuando tenga dudas sobre intervenir prefiera no intervenir.

- No hable después de cada comentario o responda cada pregunta, permita que los participantes respondan directamente. Frecuentemente, los líderes más efectivos hablan poco pero piensan cuidadosamente en cómo dirigir a su grupo hacia sus metas.
- No tema el silencio. A veces toma tiempo para que una persona responda a una pregunta que usted hizo.
- No permita que nadie domine la discusión; trate que todos y todas participen.
- Recuerde: un fórum no es un debate sino un diálogo de grupo. Si los participantes lo olvidan, no dude en pedir ayuda al grupo para restablecer las normas.

5. Ayude al grupo a examinar el contenido

- Asegúrese de que el grupo considere un amplio rango de opiniones. Pida al grupo que piense sobre las ventajas y desventajas de las diferentes maneras de considerar un tema o resolver un problema. De esta manera, se manifiestan los pros y los contras al tomar decisiones difíciles.
- Pida a los participantes que piensen sobre los intereses y valores en que basan sus creencias.
- No permita que el grupo se enfoque o se deje influenciar excesivamente por una experiencia personal particular o anécdota.
- Ocasionalmente, Haga un resumen de la discusión o anime a los miembros del grupo a hacerlo.
- Permanezca neutral sobre el contenido y sea cauteloso/a de expresar sus propios valores.
- Ayude a los participantes a identificar “los puntos en común” pero no trate de forzar el consenso.

6. Haga preguntas que ayuden a que la discusión sea más productiva

Algunas preguntas útiles:

- ¿Cuál parece ser el tema más importante?
- ¿Cuál es el punto esencial de su desacuerdo?
- ¿Alguien desea añadir (o apoyar o desafiar) esta opinión?
- ¿Nos puede ayudar a entender las razones en que basa su opinión?
- ¿Qué experiencias o creencias pueden dirigir a la gente de fe a apoyar ese punto de vista?

7. Reserve un tiempo adecuado para terminar la discusión

- Solicite al grupo los últimos comentarios y pensamientos sobre el tema.
- Puede preguntar a los participantes que compartan algunas nuevas ideas o pensamientos que hayan surgido como resultado de la discusión.
- Si se van a reunir nuevamente, recuerde al grupo de las lecturas y el tema de la siguiente sesión.
- Agradezca a cada persona por sus contribuciones.
- Provea un tiempo al grupo para evaluar el proceso de grupo.



Normas de Discusión

Cortesía del Centro de Recursos de los Círculos de Estudio

- ✓ Comparta sus preocupaciones y creencias
- ✓ Escuche atentamente a otros
- ✓ Debe estar dispuesto/a a examinar sus propias creencias a la luz de los (lo) que otros dicen.
- ✓ Hable con libertad y procure mantener una mente abierta.
- ✓ Esfuércese por entender los valores e ideas de aquellos que ven las cosas diferentes a usted.
- ✓ Coopere con los líderes para que la discusión siga su curso normal.
- ✓ Asegúrese que cada persona tenga el mismo tiempo para compartir sus ideas.
- ✓ Dirija sus observaciones al grupo y no a los individuos.
- ✓ Comunique sus necesidades a los líderes.
- ✓ Valore su propia experiencia y opiniones.
- ✓ Es aceptable no estar de acuerdo.
- ✓ El humor y las buenas maneras pueden ser de mucha ayuda para enfatizar sus puntos de vista. Ellos servirán para que todos recuerden que los desacuerdos no son personales. Cuando no estamos de acuerdo con esta conversación, tenemos diferencias sobre valores e ideas y no sobre individuos o personalidades.

A menudo nuestra gente “parece por falta de conocimiento” sobre la salud. Con este enfoque estratégico, las congregaciones pueden adoptar comunidades locales y tratar asuntos de salud dando soluciones locales. [Nuestro] plan estratégico nos permite monitorear el progreso y determinar aquellas estrategias, programas o servicios que sirven para cerrar la brecha en las diferencias de salud de los africano-americanos.

La salud individual está inseparablemente conectada con la salud de la comunidad. La salud de cada comunidad donde hay una Iglesia Metodista Episcopal Africana (IME - AME en inglés) determina la salud integral de nuestra congregación. Una comunidad saludable y una iglesia saludable es aquella que puede identificar sus propios problemas, implementar sus propias soluciones y capitalizar las fortalezas de su gente. Trabajando juntos podemos mejorar la salud y bienestar de individuos, familias y comunidades. Con su liderazgo y compromiso, podemos hacer una diferencia y cerrar la brecha de diferencia con los africano-americanos de Carolina del Sur. Todos debemos trabajar juntos para hacer que este plan estratégico sea una realidad.



Obispo Henry A. Belin Jr., Prelado presidente (retirado)

Séptimo Distrito Episcopal de la Iglesia Metodista Episcopal Africana

www.health-e-ame.com/strat1.pdf

Notas para los líderes que usan esta guía de estudio

Copias de todos los materiales necesarios para los folletos de las sesiones de estudio están disponibles en el sitio web del proyecto www.calchurches.org/health. Usted puede ir a este sitio directamente o a través del enlace en el sitio web del Concilio de Iglesias de California www.calchurches.org.

Mientras esta guía se prepara para su publicación, es claro que el debate sobre el acceso a la atención o prestación de salud continuará por algún tiempo. Debido al uso de este sitio web para darles folletos, actualizaremos continuamente los materiales y le daremos la información más reciente en propuestas de soluciones legislativas.

En adición, la lista de recursos en la parte final de la guía de estudio contiene numerosas páginas web de recursos denominacionales y sugerencias de otras organizaciones, básicamente organizaciones de fe que trabajan para obtener acceso a la prestación de salud. Se le urge ir a la página web de su denominación para acceder a los recursos de estudio y a las declaraciones sociales relevantes y enseñanzas sobre la salud.



Photo: Jerry Berndt

- La guía de estudio contiene detalladas instrucciones para conducir cuatro sesiones de una hora para adultos.
 - Cada sesión contiene “tareas” asignadas a los participantes para que las hagan individualmente después de las sesiones de grupo.
 - Todas las sesiones usan folletos que deberán ser fotocopiados en preparación para cada sesión o los participantes pueden acceder a dichos folletos por medio de la página web.
 - Si se fotocopian los folletos y las asignaciones, sólo el líder(es) del grupo necesita(n) imprimir una copia de esta guía de estudio.
- Una versión PDF de esta guía de estudio está disponible en forma gratuita en la página de atención de salud de nuestro sitio web en www.calchurches.org.

Sesión uno – La atención de salud está en crisis

Objetivos :

- Obtener un entendimiento básico del estado actual del acceso a la atención de salud en California y en los Estados Unidos.
- Reflexionar sobre el hecho que la crisis de atención de salud es una crisis espiritual.



Preparación del líder:

- Leer todos los materiales de la sesión.
- Investigar la información actualizada de la sesión y los recursos adicionales en www.calchurches.org/health.
- Familiarizarse con los Consejos para una discusión efectiva de liderazgo (página 4) y las Normas de discusión (página 6).
- Pegue hojas grandes de papel en la habitación. El título de la primera hoja es “Sorpresas”. El segundo título es “Aprendizajes”. El tercero es, “Preguntas”.
- Verificar el lugar de reunión para comprobar que haya el ambiente y espacio adecuados. Usualmente la forma más efectiva para una discusión es poner las sillas en un círculo.
- Los folletos para la discusión deben ser fotocopiados de las normas de discusión o descargados del sitio web del proyecto en www.calchurches.org/health.



Photo: Jerry Berndt

Materiales Necesarios:

- Copias de las Normas de discusión (página 6).
- Copias de las Preguntas sobre el acceso a la atención de salud.
- Copias del folleto de los Síntomas de nuestra crisis actual de atención de salud.
- Biblias para cada participante o copias de los textos de Juan 15:12-17 y Lucas 10:30-34.
- Copias del folleto Materiales de lectura para la sesión dos.

Bosquejo de la sesión

Introducción

Los Estados Unidos es la única nación industrializada del mundo que no tiene un tipo de seguro universal de salud. Hace no mucho tiempo, compartíamos esta distinción no muy noble con Sudáfrica. Ahora estamos solos.

Extrañamente, los Estados Unidos gastan más en atención médica que ninguna otra nación (\$7.439 per cápita en 2007). Los sistemas universales únicos de atención de salud de Canadá y Europa cuestan aproximadamente la mitad de lo que pagamos aquí. Apoyamos intencionalmente, el seguro nacional de salud para los estadounidenses mayores de 65 años. Muchos de nuestros hospitales usan equipos sofisticados y caros para diagnosticar y tratar nuestras patologías. Individuos y familias que tienen buenos seguros reciben servicios que son tan buenos –y en muchos casos, mucho mejor– que en cualquier otro lugar del mundo.

En el 2000, la Organización Mundial de Salud (OMS) colocó a los Estados Unidos en el puesto 37 a nivel mundial, en su pronta respuesta para dar atención médica y en costos y en el lugar 72, en los resultados totales. El libro de Hechos mundiales de la CIA pone a los EEUU en el puesto 41 en mortalidad infantil y en el 45 en la esperanza de vida. Sin embargo, casi todos están de acuerdo que nuestro sistema de atención de salud, especialmente la manera en que se nos provee seguro de salud – necesita desesperadamente una reforma. El sistema se ha convertido en un enfermo que necesita una cirugía.

- 10 minutos Reunión y reflexión de apertura. Invite a los participantes a leer Lucas 10:30-34. Invítelos a presentarse a sí mismos y a responder a la pregunta: ¿Qué rol desempeñas o has desempeñado en nuestro sistema actual de atención de salud – usuario/a, enfermera/o, agente de seguros, empleado/a, médico, proveedor/a de atención médica para tu familia, etc.?”
- 5 minutos Distribuya copias de las Normas de discusión (página 6) y responda a cualquier pregunta que se presente. Comparta cualquier información necesaria referente al horario de estudio y a los materiales.
- 15 minutos Distribuya copias de las Preguntas sobre el acceso a la atención de salud. De a las personas de 3 a 5 minutos para responder las preguntas. Cuando todos hayan terminado, corrijan las preguntas. Lean las repuestas (página 40). Pregunte a los participantes si tuvieron algunas sorpresas, aprendizajes o preguntas en este ejercicio. Escriba los comentarios en la hoja adecuada.
- 20 minutos Distribuya copias del folleto Síntomas de nuestra crisis actual de atención de salud. Pida a los participantes que se reúnan en grupos de 2 a 3 personas y tomen algunos minutos para leer el folleto. Luego pida a los participantes que discutan las siguientes preguntas:
- Empezamos la sesión leyendo la parábola del Buen samaritano. ¿Cómo se relaciona esta historia con la experiencia de los que ahora no tienen seguro de salud?
 - ¿Cuáles son algunas de las consecuencias de no tener seguro?
 - ¿Cuál ha sido su experiencia con el actual sistema de atención médica? ¿Ha habido alguien en su familia o quizás usted mismo/a que ha estado sin seguro o ha tenido dificultad para tener atención médica?
- Pida a los participantes que vuelvan al grupo grande. Invíteles a compartir sus comentarios/aspectos importantes de sus discusiones. Añada estos comentarios a las hojas de papel apropiadas –en sorpresas, aprendizaje o preguntas.
- 5 minutos El líder resume los comentarios destacados de la conversación usando lo escrito en las hojas. Distribuya copias del Material de lectura para la sesión dos.

LOS PARTICIPANTES NECESITARÁN LEER ESTE MATERIAL ANTES DE LA SIGUIENTE SESIÓN

- 5 minutos Terminar. El líder debe leer Juan 15:12-17. Invite a los participantes a reflexionar en este texto durante la semana mientras leen los materiales para la siguiente sesión.

Concilio de Iglesias de California

PREGUNTAS SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD

1. ¿Aproximadamente cuántos estadounidenses no tienen ninguna cobertura de salud –ni siquiera auspiciada por el gobierno, para la gente pobre?
 27 millones 32 millones 37 millones 42 millones 47 millones
2. En California, ¿Qué porcentaje de la población no tiene seguro médico?
 12% 16% 20% 26% 32%
3. ¿Qué porcentaje de la gente sin seguro en los Estados Unidos, pertenece a las minorías (por ejemplo, hispanos, africano-americanos, asiático-del Pacífico)?
 25% 50% 75% 90%
4. ¿Qué menores probabilidades hay de que los niños y niñas sin seguro reciban atención médica por enfermedades comunes de la niñez (e.g. infecciones del oído), que los niños y niñas que tienen seguro?
 40% 50% 60% 70%
5. ¿Cuántos niños y niñas sin seguro en los Estados Unidos tienen padres y madres que trabajan en un negocio pequeño?
 350,000 450,000 550,000 650,000
6. ¿Qué porcentaje de estadounidenses sin seguro están en familias que trabajan?
 20% 40% 60% 80+%
7. ¿Qué porcentaje de estadounidenses asegurados reciben su cobertura médica por medio de su centro de trabajo?
 20% 30% 40% 50% 60%
8. ¿Qué porcentaje de empleadores estadounidenses no ofrece cobertura de salud a sus empleados/as?
 Un tercio 50% Dos tercios
9. ¿Qué porcentaje de empleadores estadounidenses no ofrece cobertura de salud a sus empleados/as?
 Un tercio 50% Dos tercios
10. Durante la última década, ¿En qué porcentaje se ha incrementado el promedio de pago de la prima de seguro de salud por empleado/a?
 10% 25% 50% 75% 90%
11. Aproximadamente, ¿Qué porcentaje de las compañías en bancarota en los Estados Unidos se relaciona directamente con las facturas médicas no pagadas?
 20% 30% 40% 50% 60%
12. Las salas de emergencia desempeñan un gran rol al atender las necesidades médicas de los que no tienen seguro. Durante la década pasada, ¿Qué porcentaje de las salas de emergencia han cerrado en California?
 5% 10% 15% 20% 25%



Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Síntomas de nuestra crisis actual de atención de salud¹

¿Quién está sin Seguro?

Cerca de 47 millones de personas en los Estados Unidos no tienen seguro de salud y cada año este número continúa creciendo. Además, otros 30 millones de estadounidenses menores de 65 años están sin seguro durante algún período del año. En California, casi 7 millones de personas –eso es casi uno de cada cinco californianos/as– están excluidas del sistema. Este es un grupo de igual tamaño que las poblaciones combinadas de nuestras tres ciudades más grandes (Los Ángeles, San Diego y San José) e incluye también a la mayoría de la población de San Francisco.

Contrariamente a la opinión popular, el número más grande de personas sin seguro está trabajando. De hecho, ocho de diez estadounidenses que no tienen seguro son parte de las familias que trabajan. Ellos y ellas trabajan generalmente en las industrias de servicio y en pequeñas firmas, que tienen menos probabilidad de brindar cobertura de salud a sus empleados y empleadas.

En comparación con la población en general, aquellos que no tienen seguro tienden a ser más jóvenes, a tener ingresos más bajos y menos años de educación. En el 2007, cerca del 30% de familias trabajadoras estadounidenses sin seguro recibieron ingresos por debajo del nivel federal de pobreza, que en el 2008 fue de \$ 21.200 para una familia de cuatro.

Cada año un gran número de estadounidenses pierde su seguro de salud o experimenta recortes en los servicios que sus planes cubren. Frente a los crecientes costos, los empleadores a menudo discontinúan los planes de salud, los que en algunos casos, habían ofrecido por años. Alternativamente, ellos transfieren los costos crecientes a los empleados/as elevando las contribuciones de las primas de seguro y/o elevando los copagos.



Photo: Jerry Berndt

1. La información estadística acerca de los estadounidenses asegurados/as, asegurados en forma ineficiente y sin seguro que se cita en esta sesión proviene, aunque no completamente, del reporte “Cobertura de Salud en los Estados Unidos”, publicado cada año por la Alianza para la Reforma de Salud. Este reporte incluye extensos pies de página. Se puede encontrar el reporte en www.allhealth.org.

¿Cuáles son las consecuencias de no tener seguro?

De acuerdo al reporte publicado por el Instituto de Medicina², los estadounidenses sin seguro médico tienen mayor probabilidad de:

- *Recibir poca atención médica y demasiado tarde.* Ellos y ellas reciben pocos servicios de diagnóstico. Por ejemplo, a menudo no se hacen exámenes para detectar el cáncer y la diabetes. Ellos y ellas no reciben los servicios recomendados para las enfermedades crónicas y carecen de acceso regular a las medicinas. El 43% de aquellos que no tienen seguro de salud están entre el rango de edades de 50 a 65 años. Si la falta de seguro de salud fuera una enfermedad, sería la tercera causa de muerte en este grupo. Un número estimado de 18.000 estadounidenses muere prematuramente como resultado de la falta de seguro de salud (Instituto de Medicina, 2008, www.iom.edu).
- *Enfermarse más y morir más rápido.* Los niños y niñas de las familias sin seguro, por ejemplo, tienen un 70% menos de probabilidad de tratarse por enfermedades infantiles comunes como asma, infecciones del oído y dolores de garganta. Más aún, muchas de estas enfermedades empeoran, generando a menudo consecuencias más severas. Los adultos sin seguro de salud experimentan mayor decaimiento en la calidad de su salud general. Los cambios, a menudo, incluyen fuertes alzas y bajas en su presión arterial que la descontrolan, menor habilidad para caminar o subir escaleras y disminución en la capacidad de hacer sus actividades diarias. Colectivamente, estas personas tienden a morir más rápido que los adultos con seguro. Por ejemplo, cuando sufren de ataques al corazón, cáncer, traumatismos e infecciones del VIH, los adultos sin seguro tienen un riesgo de morir 25% más alto.
- *Recibir una peor atención de salud cuando están en el hospital, incluso por situaciones graves como un choque vehicular.* Estas personas a menudo no reciben los servicios necesarios y regularmente reciben atención médica de más baja calidad. Tienen también un riesgo más grande de morir en el hospital o poco después de ser dados de alta.

Como es ampliamente reconocido, los que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, frecuentemente buscan atención médica en las salas de emergencia del hospital. Su única atención médica viene de las visitas a la sala de emergencia. El tratamiento en estos lugares es extraordinariamente caro y el presupuesto de atención de salud del estado es ajustado, mientras que los contribuyentes pagan finalmente el costo por los pacientes indigentes que no tienen otra alternativa que buscar atención médica allí. Las salas de emergencia están crónicamente recargadas. Dependiendo de las horas y lugares, las líneas de espera son largas. Enfermedades que pudieron haberse prevenido por visitas al médico cubiertas por el seguro, están en peligro de salir fuera de control antes que aquellos que no tienen seguro busquen ayuda en las salas de emergencia. Los pacientes están frecuentemente más enfermos cuando llegan a emergencia porque han esperado hasta que su condición se volvió muy crítica.

En California, las salas de emergencia en todo el estado están superpobladas, con poco personal y cerrando. Desde 1990, el 15% de las salas de emergencia han cerrado sus puertas, incapaces de equilibrar sus cuentas financieras. Incluso gente con seguro puede llegar a emergencia sólo para encontrar sus puertas cerradas

2. Puede leer este reporte en http://www.usc.edu/crcc/health/coverage/care_wo_coverage.pdf o www.iom.edu/CMS/3809/4660/4333.aspx



¿Qué significa esto para mí

Un sistema de salud funciona bien sólo cuando conecta a todas las personas, diseminando el riesgo entre la población más amplia posible. Este es un problema que puede ser resuelto sólo si todos trabajan juntos. Las investigaciones demuestran que la cobertura para todos los ciudadanos/as del estado –con cada uno pagando al menos algo mínimo por la atención médica– resultaría en primas más bajas para todos nosotros. ¿Cómo? Por ejemplo, si todos pudieran pagar una atención médica preventiva básica, el costo de los tratamientos de emergencia directamente relacionados con las enfermedades sin diagnóstico declinaría.



Photo: Jerry Berndt

Es mejor pensar en este problema en términos que todos podamos entender. El sistema de servicios públicos de la nación es una buena analogía. Puedo tener el circuito eléctrico más sofisticado y las luces más brillantes de toda la ciudad en la entrada de mi casa. Sin embargo, si el sistema de servicios públicos sólo alcanza una parte de mi ciudad, hay posibilidad que pague un precio más alto por la electricidad que si esta llegara a todas las personas. ¿Por qué? La infraestructura de los servicios públicos ha sido creada para el bienestar público, pero si no todos comparten el costo –y beneficio– entonces tendré que pagar una parte desproporcionada del costo de la electricidad. El sistema solo es verdaderamente funcional cuando todos participan.

Adicionalmente, incluso aquellos con seguro de salud están en condiciones precarias bajo nuestro actual sistema. Una pérdida de trabajo inesperada, divorcio o muerte del cónyuge pueden acabar con la cobertura que se creía segura. Los jóvenes que estaban cubiertos con la póliza de seguro de sus padres la pierden cuando llegan a los 18 años. Los padres y madres solteras con hijos e hijas jóvenes en el colegio enfrentan a menudo la alternativa de pagar el seguro para ellos o para sus hijos. No pueden pagar para todos.

Crecientemente, los empleadores están escogiendo no contratar gente adicional debido al incremento de los costos de seguro de salud, que han crecido a un ratio de 22% anual en algunas partes de los Estados Unidos. Como algunos empleadores han notado, los costos de salud se han elevado tres o cuatro veces el ratio de crecimiento de sus ingresos. Además, más compañías requieren que sus trabajadores paguen copagos y deducibles más altos por la misma o por una inferior atención médica y muchas ya no proveen cobertura de salud para los dependientes.

Las Asociaciones Beneficiarias Voluntarias de Empleados (ABVE – VEBA en inglés) recientemente negociadas por los Trabajadores Unidos de Autos indican una tendencia hacia el desmantelamiento del histórico sistema de salud basado en el empleador. Las corporaciones más grandes de los Estados Unidos se están apartando crecientemente de su compromiso de proveer seguro de salud para sus trabajadores, enfatizando la necesidad de que busquemos nuevas soluciones.

Finalmente, las tendencias recientes tanto a nivel federal como aquí en California, indican un compromiso reducido del gobierno a los programas de MediCal y Medicaid, que sirven a los pobres. Muchos de los que han dependido de estos programas en el pasado, están siendo ahora inelegibles, debido a requisitos más estrictos en la documentación o a que no encuentran un proveedor de salud por la disminución en los pagos de reembolso.

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Material de lectura de la sesión dos

¿Por qué las comunidades religiosas de California tienen que desempeñar un rol importante para enfrentar los problemas de salud de nuestro estado y de nuestra nación?

Cuando los encuestadores se aproximan a los estadounidenses para medir sus actitudes hacia los que no tienen seguro, ellos/as descubren una serie de razones por las que los estadounidenses están renuentes a tomar pasos firmes para reformar el sistema de seguro de salud. Por ejemplo:

- La mayoría de los estadounidenses cree que aquellos que no tienen seguro pueden encontrar los servicios médicos necesarios en las salas de emergencia de los hospitales. Ellos/as no se dan cuenta que los costos de atender a los no asegurados suben rápida y exponencialmente y que ellos mismos, como contribuyentes, están pagando muchos de estos costos. Adicionalmente, los pacientes que carecen de seguro reciben unas facturas equivalentes a dos a cuatro veces el precio pagado por las compañías de seguros para los pacientes asegurados. No es de extrañar que más del 50% de personas que se declaran en quiebra en los Estados Unidos ¡es por causa de las facturas médicas!
- Aunque los estadounidenses dicen que quieren encontrar ayuda para los que no tienen seguro, ellos/as no están seguros si deben incrementarse los impuestos para crear un sistema de seguro de salud universal (una encuesta del Instituto de Política Pública de California, 2008, descubrió que el público estaba igualmente dividido en este asunto). Ellos y ellas no se dan cuenta que el costo total de un sistema de seguro de salud universal sería menor que el que se paga actualmente por un sistema que deja fuera a muchos estadounidenses.

Bruce Vladeck, profesor de Política de Salud en la Universidad del Monte Sinaí de Nueva York tiene razón cuando sostiene que estos resultados de la encuesta se traducen en un problema espiritual.³Las comunidades religiosas de nuestra nación tienen la obligación de unirse al debate de la reforma del seguro de salud. Ellas ya están involucradas en el debate y principalmente debido a las actitudes religiosas –examinadas y no examinadas– han creado barreras para la reforma.

Por una serie de complicadas razones, Vladeck dice, “los grupos religiosos que quieren infundir valores religiosos en la política, frecuentemente se oponen a usar la legislación para expandir la cobertura de seguro de salud. Las comunidades religiosas cuyas teologías urgen la expansión de ‘la justicia de la atención médica’ a menudo se han rehusado a unirse a la lucha. Es por eso que las comunidades religiosas de los Estados Unidos deben examinar sus posiciones teológicas a la luz de la creciente crisis de cobertura de salud. El debate necesita aire fresco. Necesita ser hecho más visible en nuestra vida congregacional semanal”.

Las comunidades religiosas de California tienen una obligación especial. California tiene mayores problemas de cobertura de salud que el resto de la nación. Aproximadamente, una sexta parte de los que no tienen seguro médico en el país viven en California. En el condado de Los Ángeles, que es el epicentro de la crisis nacional de cobertura de seguro, más de dos millones de residentes (25% de la población no anciana) están sin seguro durante algún período de cada año. Y los hispanos y los africano-americanos están representados en forma desproporcionada en estos números.

3. Bruce Vladeck, “Seguro de salud universal en los Estados Unidos: Reflexiones del pasado, presente y futuro”, Revista Estadounidense de Salud Pública, Enero, 2003, Vol. 93, no. 1, pp. 16-19.



Una Respuesta basada en la Fe

Mientras que las tradiciones religiosas varían de algún modo en los valores que apoyan una respuesta a nuestra crisis de salud basada en la fe, cinco temas principales han surgido de nuestra comunidad de fe. Los valores expresados a continuación no constituyen una lista exhaustiva, pero representan las perspectivas con que las comunidades de fe han tratado los problemas de proveer acceso a la atención de salud para todos.

1. La prestación de salud es un ministerio.
2. Cada ser humano tiene una dignidad inherente
3. Las necesidades individuales deben equilibrarse por el bien común
4. La demanda por justicia social enfoca nuestra atención en los más vulnerables.
5. La administración responsable o mayordomía es un aspecto importante de la prestación de salud.

1. La prestación de salud es un ministerio

Nuestra motivación para proveer atención de salud se deriva de nuestro compromiso de fe. Ayudar a aquellos que están enfermos o a punto de morir expresa el amor a Dios y al prójimo.

Porque la prueba bíblica de una nación justa es como trata a sus miembros más débiles (Miqueas 6:8; Amós 5:24; Jeremías 5:26-29), apoyaremos clara y consistentemente a los legisladores en nombre de los asuntos de salud pública y del acceso de todos a la atención médica. Nos unimos a otras comunidades de fe para urgir a nuestro gobierno a establecer políticas para un sistema de atención de salud en el cual cada persona, en todas partes de los Estados Unidos, tiene acceso y puede pagar una prestación de salud básica donde los riesgos y gastos son compartidos por todos.

— Iglesia Menonita
EE UU, 2006

Si creemos que la prestación de salud es un ministerio, una consecuencia importante es que nunca puede ser simplemente un negocio. Porque un sistema de prestación de salud sirve necesidades impredecibles de individuos y comunidades, es un bien público, un servicio comunitario. Por mucho tiempo, el sistema de prestación de salud ha sido reducido a ser una mera mercancía producida e intercambiada para tener un beneficio.

Debido a su inherente complejidad, la atención de salud actual debe ser organizada y hecha como un negocio, pero siempre es algo más que la venta de técnicas motivadas por una ganancia potencial. La prestación de salud es un servicio para las personas necesitadas.

2. La prestación de salud y la dignidad humana

Cada persona, creada por Dios, tiene un valor trascendente que no puede ser reducido a un precio. A diferencia del valor relativo de las mercancías, cada ser humano tiene un valor espiritual que es absoluto e intrínseco. Debido a esta dignidad inherente, no se puede poner un precio a la prestación de salud ni algunos individuos pueden ser considerados más o menos importantes que otros.

Estas verdades crean una perspectiva crítica importante en el sistema actual. Millones de personas no tienen seguro de salud. Un sistema de atención a largo plazo que asegure la asistencia a aquellos que necesitan ayuda para la vida diaria no existe. El sistema de prestación es fragmentado y centrado en el proveedor. A menudo los pacientes no son vistos como personas de valor intrínseco y con necesidades de atención de salud, sino como oportunidades para recibir reembolsos o como amenazas de litigio por mala práctica médica.

“Desde los primeros pasajes de la Biblia (Génesis 15:26), los cristianos reconocieron que Dios es quien ultimadamente sana. En el Nuevo Testamento, el ministerio de sanidad de Jesús intentó demostrar la presencia de Dios. Reclamando la promesa de Dios, los Principios sociales de la Metodista Unida (162, T) reconocen, por lo tanto, que ‘la prestación de salud es un derecho básico’ y no una mercancía disponible sólo para aquellos que tienen medios, y reconoce que ‘el rol del gobierno es asegurar que cada individuo tenga acceso a los elementos necesarios para tener una buena salud’.

— El Consejo General de Iglesia y Sociedad, Iglesia Metodista Unida
“Atención de salud universal en los Estados Unidos de América”, adoptado en octubre 2001.

3. La prestación de salud y el bien común

La comunidad de fe pone la dignidad de cada persona en su apropiado contexto social. Mientras cada persona es divinamente creada, el ser humano es inherentemente social. Cada uno de nosotros/as descansa en el apoyo y cuidado de los que nos rodean y es capaz de trabajar y salir adelante sólo por los esfuerzos de los que nos rodean y de las generaciones anteriores. Ninguno de nosotros/as es una isla. Más bien, somos dependientes de toda la comunidad.

La salud es central a nuestro bienestar, vital para nuestras relaciones y nos ayuda a vivir nuestra vocación en la familia, el trabajo y la comunidad. Cuidar de nuestra propia salud es un asunto de necesidad humana y buena administración. Cuidar de la salud de otros, expresa tanto el amor hacia nuestro prójimo como la responsabilidad por una sociedad justa. Como una responsabilidad social y personal, la prestación de salud es un esfuerzo compartido”.

— “Prestación de salud: Nuestro esfuerzo compartido”, Iglesia Evangélica Luterana en los Estados Unidos de América, 2003

Nuestro actual sistema de salud pone poco valor en la comunidad. Los estados se resisten a compartir entre ellos las cargas de la prestación de salud. Los grupos e individuos asegurados rechazan las demandas de los foráneos por seguro de salud, señalando sus altos riesgos o en algunos casos, sus estilos de vida “irresponsables”. El contexto moral del seguro de salud –que los riesgos financieros de la enfermedad deben ser esparcidos lo más ampliamente posible entre la comunidad– ha sido destruido. Las aseguradoras han segmentado el mercado, proveyendo costos bajos de seguro a los saludables y precios fuera del alcance a los enfermos/as. Patrones de falta de seguro, barreras de acceso a la prestación de salud y costos diferentes son señales que reflejan un resquebrajamiento en el sentido de comunidad nacional y una muestra creciente de una discriminación *de facto* contra los que no tienen seguro –mayormente los trabajadores pobres.

4. La prestación de salud y la justicia social

Uno de los temas dominantes de las escrituras hebreas es la demanda de justicia social.

¿Por qué, pues, no se ha restablecido la salud de la hija de mi pueblo? Jeremías 8:22

Los profetas de las escrituras hebreas insistieron que las sociedades debían ser juzgadas en cómo cuidaban por los más desamparados tales como las viudas, los huérfanos y los marginados. En la tradición cristiana, el ministerio de Jesús muestra un compromiso similar de ver la justicia desde el lado de los pobres y de los que no tienen poder.

Estos son los de estatus socioeconómico bajo, miembros de grupos minoritarios raciales y étnicos, individuos que han tenido enfermedades catastróficas, aquellos que necesitan atención por enfermedades crónicas y millones de niños y niñas que no están siendo servidos por el presente sistema de prestación de salud.

“La salud de una sociedad se mide de manera importante por la calidad de su preocupación y atención de la salud de su gente. Cómo se provee a los niños y niñas en el amanecer de sus vidas, a los ancianos en el atardecer de sus vidas, y a los enfermos, necesitados y a aquellos discapacitados que viven a la sombra, son índices claros del carácter moral y dedicación de una nación ...Nos damos cuenta con dolor que (la) visión de la salud para todos no es una realidad en nuestras comunidades, en nuestra nación, o en el mundo al que fuimos llamados a servir en el nombre de Cristo.”

” Vida abundante: Valores, opciones, y atención médica: El rol y responsabilidad de la Iglesia Presbiteriana (EE UU)”, Asamblea General, 1988

5. La prestación de Salud y la mayordomía o administración responsable

La comunidad de fe sostiene que el mundo natural es creado por Dios y dado para todos como un regalo. Los seres humanos tienen dominio sobre la creación, no en el sentido de dominación sino en el sentido de administración responsable. Esto implica la obligación de usar los recursos naturales y sociales sabiamente y a nombre de todos. El desperdicio y el exceso, por lo tanto, no son simple defectos o fracasos económicos; ellos representan ofensas contra un comportamiento responsable y actos de ingratitud hacia el regalo de la creación. Los proveedores de atención de salud, privados y públicos, tienen la obligación de usar los recursos prudentemente. Las personas tienen también la responsabilidad de ser buenos administradores de su propia salud en gratitud por el don de la vida y para servir a Dios y a su prójimo.

La mayordomía es un valor desafiante en un condado donde los costos de atención de salud exceden el 15% del producto nacional bruto (PNB). Las expectativas públicas son a menudo irracionales. Se desarrolla una tecnología médica cara para curar la enfermedad pero se da poco énfasis en la prevención y en la toma de medidas de salud pública que podrían evitar la enfermedad. Con poco planeamiento de atención médica a nivel local, se duplican las tecnologías médicas caras y las instalaciones de prestación de salud se expanden en los lugares residenciales de los Estados Unidos mientras que disminuyen en las comunidades urbanas y rurales. Los costos administrativos duplicados continúan subiendo en espiral y fuera de control y actualmente llegan al 30% por cada dólar que se gasta en atención médica.

“Los Estados Unidos gastan mayor cantidad en atención de salud per cápita que cualquier nación industrializada y es la única nación industrializada que no tiene un sistema de atención de salud nacional. Las restricciones de la administración están crecientemente angustiendo a los profesionales de salud y al público en general. Incluso Medicare, el más importante y más exitoso programa de seguro de salud está siendo amenazado. Los costos de atención de salud en los Estados Unidos son muy costosos, cubren muy poco y excluyen a muchos”.

— Campaña de prestación de salud universal, Iglesia Unida de Cristo

Sesión dos – Valores y política de salud

Objetivos:

- Examinar las perspectivas bíblicas sobre salud y sanidad.
- Reflexionar en las relaciones entre los valores que tenemos como miembros de una comunidad de fe y la realidad actual de acceso a la atención de salud.



Photo: Jerry Berndt

Preparación del líder:

- Leer todos los materiales de la sesión.
- Investigar la información actualizada de la sesión y los recursos adicionales en www.calchurches.org/health.
- Familiarizarse con los Consejos para una discusión efectiva de liderazgo (página 4) y las Normas de discusión (página 6).
- Preparar una hoja grande de papel en un tablero de anuncios o pizarra con el título “Valores relativos a la prestación de salud”.
- Verificar el lugar de reunión para comprobar que haya el ambiente y espacio adecuados.



Photo: Jerry Berndt

Usualmente la forma más efectiva para una discusión es poner las sillas en un círculo.

Planeando por Adelantado para la Sesión Tres:

Preparar los folletos de los Médicos para el Programa de Salud Nacional (Physicians for a National Health Program) en http://www.pnhp.org/facts/single_payer_resources.php Y/O asegurar copias del DVD de Michael Moore “Sicko”, 2007, y hacer que todos lo vean antes de la sesión tres. Estos DVDs están usualmente disponibles en las tiendas de video o pueden ser ordenados en www.guaranteedhealthcare.org

Materiales Necesarios:

- Biblias para cada participante o copias de Lucas 10:30-34
- Copias del folleto **Descubriendo nuestros valores**
- Copias del folleto **Valores y prestación de salud**
- Copias del folleto **Compartiendo nuestras historias**

Bosquejo de la Sesión

- 15 minutos Oración de apertura y reflexión. El líder debe leer Lucas 10:30-34. Dividir la clase en grupos pequeños de 2 ó 3 para dialogar.
- Compartir las reflexiones de la lectura asignada la semana pasada. ¿Qué les sorprendió? ¿Encontraron nuevas perspectivas?
 - ¿Había relación entre la lectura y el texto de Juan 15:12-17?
 - ¿Cuál es la relación entre la lectura asignada y la parábola del buen samaritano? ¿Qué nos dice la parábola sobre nuestra responsabilidad en la atención de salud?
- Hacer que la clase se reúna en un solo grupo. Invitar a cada grupo a compartir uno o dos puntos importantes de su conversación
- 10 minutos Distribuya copias del folleto Descubriendo tus valores. Invite a los participantes a revisar sus afirmaciones y escribir sus respuestas, como está indicado en la hoja. Escoja dos o tres de las afirmaciones y pida a los participantes que digan si están de acuerdo o no y porqué. Invite a los miembros de la clase a compartir cuál de las tres prioridades consideraron que fue la más importante.
- 15 minutos Distribuya copias del folleto Valores y prestación de salud. Trabajando en pequeños grupos, pida a los participantes que lean, sección por sección y discutan si están de acuerdo o no en los tres “Dilemas éticos” presentados en el folleto. (Nota: no es importante tener consenso en el grupo sino identificar solamente los diferentes puntos de vista de cada grupo).
- 10 minutos Reporte al grupo total sobre las perspectivas presentadas en cada grupo pequeño. (Rote las respuestas de los grupos pequeños, e. g. escuche primero a una persona de cada grupo y luego empiece nuevamente para escuchar la segunda perspectiva)
- Escriba las ideas en una hoja grande de papel llamada “Valores relativos a la prestación de salud”.
- 10 minutos Distribuya copias del folleto Compartiendo nuestras historias. Pida que alguien lea la historia en voz alta mientras los demás siguen la lectura. Invite a los participantes a discutir:
- ¿Que nos dice esta historia sobre nuestros valores y el sistema de atención de salud? (Agregue las respuestas como comentario a la lista de “Valores relativos a la prestación de salud”).
 - ¿Que nos dice a nosotros como gente de fe? ¿Hay relación entre esta historia y la parábola?
- 5 minutos Terminar y dar las asignaciones para la siguiente sesión. Hay mucha información disponible en Internet sobre el tema de atención de salud. Esta semana vaya a la página web del proyecto, www.calchurches.org/health y descargue el documento “Cobertura de salud en los Estados Unidos: Entendiendo los temas y las soluciones propuestas”. Lea la sección titulada “¿Cómo los estadounidenses obtienen la cobertura de salud?” en las páginas 10 al 17 de este documento.

Notas



Concilio de las Iglesias de California

FOLLETO

Descubriendo tus Valores

Lea cada pregunta y responda poniendo el numero que se acerca con la declaración con la que usted concuerda más: 1=En desacuerdo firmemente, 2=En desacuerdo, 3=No Opina, 4=Estoy de acuerdo, 5=De acuerdo firmemente

1. _____ La prestación de salud es un derecho humano y todos deben tener la garantía de acceso a ella en los Estados Unidos sin importar sus ingresos.
2. _____ Debemos confiar más en el sistema de libre empresa y menos en el gobierno para resolver la crisis de atención de salud.
3. _____ El financiamiento de la prestación de salud debería ser progresivo, es decir, basado en la habilidad de pago de cada persona. La gente más adinerada debe pagar más; los de menores ingresos deben pagar menos por su cobertura y atención.
4. _____ Preferiría poder elegir a mis proveedores de salud y me gustaría tener deducciones para planes tales como las cuentas individuales de ahorro de salud (Health Savings Accounts)
5. _____ Estaría dispuesto/a a pagar precios más altos por bienes y servicios si el gobierno requiriese que los empleadores provean seguro de salud para todos sus empleados/as.
6. _____ Yo quiero el sistema que tenemos ahora. Explique: _____

7. _____ Temo que si todos tienen seguro de salud y la misma atención, el mío va a ser menos bueno y con menos beneficios.

Al considerar una propuesta para reformar el sistema de prestación de salud, el tema más importante que necesita ser tratado es (poner en orden de importancia – 1, 2 y 3)

- _____ Control de los costos, alineándolos con la inflación.
- _____ Preservar la alta calidad de atención de salud que todos los estadounidenses que tienen buen seguro esperan (incluyendo beneficios totales, acceso inmediato a un doctor/a y la mejor tecnología médica)
- _____ Proveer atención de salud a todas las personas que residen en los Estados Unidos.

Concilio de las Iglesias de California

FOLLETO

Valores y prestación de Salud

Dilemas éticos

Una de las razones por la que los estadounidenses no han sido capaces de llegar a un consenso para cambiar la manera de tener acceso a los servicios de salud es que no estamos de acuerdo en los valores básicos que deben dirigir nuestro sistema de prestación de salud. ¿La prestación de salud es un derecho humano básico o es un privilegio? ¿Cómo debe ser financiado y administrado un sistema universal de atención de salud? ¿Qué grado de calidad podemos proveer a cada persona en los Estados Unidos?

Lo complicado viene cuando nos damos cuenta que debido a que hay metas que entran en conflicto en cualquier sistema, es necesario hacer concesiones. Deben escogerse alternativas difíciles y dolorosas. Pero si la reforma deber ser genuina –si va a resultar en un sistema de atención de salud realmente preferible para todos los estadounidenses– debe ser moldeado por los valores éticos en riesgo. ¿Qué clase de sistema de prestación de salud queremos? ¿Qué valores básicos lo dirigirán?

TRES DILEMAS ETICOS

1. ¿Es la prestación de salud un derecho o un privilegio?

Un derecho es algo que la gente tiene derecho a recibir, valga la redundancia, simplemente porque son miembros de la sociedad. Decir que algo es un derecho crea una obligación para que los demás respeten ese derecho. ¿La sociedad tiene la obligación de dar atención médica a todos sus miembros?

Algunos estadounidenses podrían decir, “No, no hay derecho a la atención medica”. Una sociedad está obligada con sus miembros, pero solo para dar atención de emergencia y eso es algo que Estados Unidos ya está haciendo. Un programa de atención de salud nacional sería una carga irracional para la sociedad, dicen, y eso requeriría un gran rol del gobierno en un tiempo cuando todos los niveles de gobierno están con problemas financieros. La prestación de salud, sostienen, es como una mercancía: su habilidad de tener acceso a ella debe estar basada en su habilidad de pagar.

Por otro lado, aquellos que creen que la prestación de salud es un derecho sugieren que como una sociedad rica y bendecida, tenemos la obligación moral de proveer atención médica para todos. En algunos casos, dicen, la vida misma depende de tener acceso a la atención médica; en muchos casos, la calidad de vida depende de ese acceso. De acuerdo con este argumento, la habilidad de pagar no debe determinar el acceso a la prestación de salud. Más aun, la experiencia en Europa y Canadá indica que un sistema universal único de salud reduce el papeleo y los costos operativos trayendo como resultado no solo que brinda cobertura de salud para todos sino que es más rentable y eficiente que el servicio de atención medica que recibimos ahora en los Estados Unidos.

Aquellos que creen que la prestación de salud es un derecho deben responder otras preguntas. ¿Cuál es lo mínimo que la sociedad está obligada a proveer? ¿Cuánta atención médica tiene derecho a recibir cada persona? ¿Cuáles son los límites en la responsabilidad de la sociedad?

Those who believe health care is a right must answer other questions: What is the minimum that society is obligated to provide? How much health care is everyone entitled to? What are the limits of society's responsibility?

2. ¿La prestación de salud es un bien privado o un bien público?

¿Nuestro sistema de prestación de salud debe ser tratado como un bien privado y administrarse como un negocio lucrativo o como un bien público y administrarse como un programa de gobierno tal como el actual sistema de atención de salud de los empleados/as federales?

Una corriente de la tradición política estadounidense rehúye al gobierno federal. Históricamente, ha habido una noción fuerte de individualismo en los Estados Unidos. (Aunque los Estados Unidos pre-industrial tuvo fuertes principios de bienestar común, estos se perdieron –legal y prácticamente– en el siglo XIX). Algunos estadounidenses creen que es un error que el gobierno cree nuevos programas de bienestar social o que el gobierno no está calificado para desempeñar un rol gerencial en algo tan importante como la prestación de salud. Ellos creen que los negocios lucrativos que se enfocan en la eficiencia y el control de costos pueden administrar mejor nuestro sistema de prestación de salud.

Otra tradición en la política estadounidense es que se desconfía más de las grandes corporaciones que del gobierno. A muchos de los estadounidenses les disgustan las grandes corporaciones, especialmente los bancos y las compañías de seguros, pues las consideran impersonales, servidoras de sí mismas y no preocupadas por sus clientes. Un sistema que trata la prestación de salud como una gran corporación lucrativa no va a funcionar para un bien público como la atención médica. Dado que una sociedad saludable beneficia a todos, el público, a través de las estructuras gubernamentales, necesita tener control sobre nuestro sistema de prestación de salud.

3. ¿Debemos limitar el tratamiento para algunos con el fin de proveer tratamiento para todos?

El racionamiento existe en alguna forma en todo sistema de atención de salud, incluso el que tenemos ahora. Ninguna sociedad está deseosa de gastar suficiente dinero para proveer toda la atención médica que todos necesitan o para aquellos que quieran vivir lo más que puedan. Con los avances en la tecnología médica, ahora es posible gastar enormes sumas de dinero si los doctores realizan cada procedimiento que pueda funcionar, sin importar cuán poco pueda extender la vida o cuán mínima sea la probabilidad de éxito.

En otras naciones industrializadas del mundo, el racionamiento es directo y explícito; los oficiales del gobierno establecen normas para saber cuáles enfermedades deben tratarse y como deben ser tratadas (dando normas sobre cuales tratamientos deben ser pagados). Los doctores usan luego estas regulaciones para decidir qué tipo de tratamiento debe recibir un paciente.

El hecho que más del 15% de los estadounidenses no tengan seguro de salud es una forma de racionar el acceso al sistema de atención de salud. La mayoría de estadounidenses no piensan que esto es racionamiento pues no es resultado de un plan explícito. Debido a nuestra cultura política, el racionamiento explícito puede parecer menos aceptable que el racionamiento que ocurre como resultado de un sistema que es administrado principalmente en forma privada.

Los planes actuales de salud están racionando implícitamente debido a la política de limitación de dinero, los días de cobertura, los límites en los tipos de procedimientos cubiertos. ¿Debemos racionar explícitamente la prestación de salud bajo nuestro sistema actual, es decir explicar lo que pasa actualmente en nuestro sistema o estas decisiones deben ser hechas en forma pública? Si decidimos hacerlas públicamente, ¿Cuáles son entonces nuestras prioridades? ¿Queremos invertir más en investigación para continuar desarrollando nueva tecnología médica o medicamentos que puedan salvar vidas? ¿El cuidado maternal y de la niñez debe ser nuestra prioridad? ¿Debemos gastar más en campañas de salud pública que enfatizen la salud básica para todos?

Mientras proseguimos todas estas metas, no podemos cumplirlas todas. Tenemos que escoger alternativas.

¿Qué crees?

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Compartiendo nuestras historias

*Extracto de los materiales creados para Cover the Uninsured Week
Por la Fundación Robert Wood Johnson*

Syed M. Ahmed MD, DrPH

Los rostros de los que no tienen seguro

El Dr. Syed Ahmed es director de Alcance (Reach Out) en el condado de Montgomery, Ohio y Vicepresidente para Investigación, Departamento de Medicina Familiar y Director de la Alianza para la Investigación en Salud Comunitaria (Alliance for Research in Community Health), Escuela de Medicina de la Universidad Estatal Wright.



Una noche, hace 17 años, estuve en un accidente automovilístico no lejos de mi apartamento en Houston. Recuerdo que estaba tirado en la calle, con mi cabeza sangrando y escuchaba las sirenas de la ambulancia viniendo rápidamente hacia la escena del accidente. Y en lo único que podía pensar era, “¿Cómo voy a pagar la cuenta del hospital?”. Yo era nuevo en los Estados Unidos, había obtenido mi grado como médico en mi nativa Bangladesh y vine aquí para obtener un grado doctoral en salud pública. Como estudiante graduado, estaba sólo sobreviviendo y no había manera en que pudiese pagar el seguro médico. Así que cuando los hombres de rescate llegaron a los pocos minutos del accidente, literalmente les rogué que no me lleven al hospital. Estaba bien seguro que mis lesiones eran menores y pensaba que con mi entrenamiento médico yo podía curarme muy bien. Cualquier cosa sería mejor que recibir una gran cuenta por gastos de emergencia que no podría pagar.

Ellos, por supuesto, rehusaron mis peticiones y me llevaron rápidamente al hospital. Resultó que mis heridas fueron leves. Y ultimadamente los costos del hospital fueron cubiertos por el seguro de auto del hombre que causó el accidente. Pero eso lo supe más tarde. Nunca olvidaré el sentido total de impotencia y pánico que tuve, sabiendo que no tenía medios para pagar mi atención médica.

He pensado mucho en esa noche en los últimos cinco años, desde que fui voluntario como director de Reach Out en el condado de Montgomery, Ohio. Reach Out tiene una red de médicos, enfermeros/as y otras personas, todas voluntarias, para proveer atención médica gratuita a la gente que no tiene seguro de salud. Estamos en la clínica dos noches por semana atendiendo un total de 40 pacientes.

Compartiendo nuestras historias (continuación)

Casi todos nuestros pacientes son trabajadores pobres que no tienen seguro de salud por sus empleos. O si les ofrecen seguro, ellos/as no tienen suficiente dinero para pagar las primas. Estas son personas muy trabajadoras, como cualquier otro estadounidense. Muchos/as trabajan en las industrias de servicio o en negocios pequeños. Ellas/os son meseras, técnicos/as de laboratorio, maestros/as de escuela. Ellos y ellas trabajan para cuidar de sus familias, luchan con el dinero justo y no tienen cobertura de salud.

He escuchado a gente decir, 'bien, ellos y ellas siempre pueden ir a la sala de emergencia en el hospital público si tienen que hacerlo'. Bueno, si, supongo que técnicamente esto es cierto. Si alguien se rompe un hueso o tiene un ataque al corazón, éstas son emergencias y ellos/as irán a emergencia. Pero sé por mi propia experiencia de todos estos años y por haber hablado con mis pacientes: la mayoría de trabajadores sin seguro ve la sala de emergencia como el último recurso. Desde la perspectiva de los pacientes, ellos y ellas no irán hasta que no les quede otra alternativa.

Desde una perspectiva económica más amplia, al sistema de salud le cuesta millones de dólares cada año, pagar por la gente sin seguro que termina yendo a emergencia. Y desde la perspectiva del doctor, la sala de emergencia no es el lugar para atender enfermedades crónicas, las que de lejos, son las enfermedades más comunes en este país.

Cada día en las clínicas, veo pacientes que pospusieron su atención médica por mucho tiempo porque no podían pagarla. Diagnosticamos muchos, muchos casos de condiciones crónicas como la hipertensión y la diabetes. Muchos pacientes ni sabían que tenían esa condición pues no habían ido al doctor en mucho tiempo.

Luego hay pacientes como la mujer que vi recientemente. En su primera visita, le diagnosticué presión alta y le di una receta. Cuando ella regresó para ver como seguía, meses más tarde, su presión estaba incluso más alta. Resultó que ella no había tomado ni una pastilla. Ella no podía pagar por sus medicamentos así que no los tomó. Nosotros luchamos y nos apresuramos para ver la manera de conseguir su medicina porque si no la tratábamos de inmediato, estaba casi garantizado que la trataríamos en el futuro por complicaciones más serias.

Somos el país más rico del mundo y tenemos un brillante, técnicamente avanzado sistema de atención de salud. Pero si no alcanza a todos nuestros ciudadanos y ciudadanas, ¿Qué bien hace? Todos en este país deberían tener seguro de salud y acceso a una prestación de salud que puedan pagar.

Recuerdo el sentimiento de impotencia que tuve cuando necesitaba tratamiento médico y sabía que no podía pagarlo. Me parte el corazón ver a mis pacientes luchar con estos sentimientos cada semana en nuestra clínica.

Como doctor de familia, sé que ignorar una enfermedad nunca la va a curar. Y yo sé que ignorar el asunto de los que no tienen seguro nunca curará el problema.

Sesión tres – ¿Dónde estamos ahora?

Objetivos:

- Entender la historia de cobertura de salud en los Estados Unidos.
- Reflexionar en el impacto del sistema actual en las vidas de las personas
- Examinar los desafíos inherentes de cambiar el sistema actual.



Preparación del líder:

- Preparar folletos de Médicos para un Programa Nacional de Salud de http://www.pnhp.org/facts/single_payer_resources.php Y/O asegurar copias del DVD “Sicko” de Michael Moore, 2007, y hacer que todos lo vean antes de la sesión tres Estos DVDs están usualmente disponibles en las tiendas de video o pueden ser ordenados en www.guaranteedhealthcare.org
- Leer todos los materiales de la sesión y/o ver el video “Sicko” (si es una alternativa).
- Investigar la información actualizada de la sesión y los recursos adicionales en www.calchurches.org/health.



Photo: Jerry Berndt

- Verificar el lugar de reunión para comprobar que haya el ambiente y espacio adecuados. Usualmente la forma más efectiva para una discusión es poner las sillas en un círculo.

Materiales Necesarios:

- Copias del folleto Casos de estudio – Personal
- Copias del folleto Caso de estudio – Propietaria de negocio pequeño
- Copias del folleto Los desafíos de reformar la prestación de salud en los Estados Unidos.

Bosquejo de la Sesión

- 5 minutos Reunión y oración de apertura. Leer Lucas 10:30-34.
- 10 minutos Invite a los participantes a compartir sus reflexiones del video “Sicko”, si se le asignó, o de las lecturas asignadas del sitio web de Médicos para el Programa Nacional de Salud (Physicians for a National Health Program) en Recursos del sistema único (Single Payer Resources). ¿Qué le sorprendió? Invite a los participantes a compartir sus propias experiencias para obtener cobertura de salud. ¿Tienen cobertura de salud? ¿Ellos/as o los miembros de sus familias han estado alguna vez sin seguro de salud?
- 15 minutos Distribuya copias de los Casos de estudio – Personal. Invite a los participantes a reunirse en grupos pequeños de 2 ó 3 personas. Lean las historias y luego reflexionen en como estas historias se relacionan con las conversaciones anteriores sobre: (1) valores y prestación de salud y (2) lo que dicen nuestras tradiciones religiosas sobre la prestación de salud.
- 5 minutos Invite a cada grupo pequeño a compartir una o dos cosas que aprendió de su conversación.
- 10 minutos Distribuya copias del **Caso de estudio – Propietaria de pequeño negocio**. Invite a los participantes a leer la historia y a reflexionar en los desafíos para la comunidad de negocios por la crisis del sistema de atención de salud. Invite a los participantes a compartir cualquier idea o comentario sobre la historia.
- 5 minutos Distribuya copias del folleto Los desafíos de reformar la prestación de salud en los Estados Unidos. Invite a los participantes a leer el folleto. Como grupo total discutan brevemente cualquier reacción a la lectura.
- 10 minutos Tarea para la próxima semana: Usando la lectura **Los desafíos de reformar la prestación de salud en los Estados Unidos** como guía, recolecte ejemplos de debate público sobre varias reformas de atención de salud que están siendo propuestas ahora. Estos ejemplos pueden ser de los medios impresos –recortes de periódicos y revistas, Internet, noticias de televisión y comentarios, noticias de radio y comentarios o de experiencia personal como conversaciones con la familia, amigos, compañeros/as de trabajo, etc. Incluya en su investigación sitios web de denominaciones o publicaciones.
- En la sesión de la próxima semana, se pedirá a los participantes que compartan una copia de los artículos impresos o reportes escritos de comentarios/noticias oídas o conversaciones. Asegúrese de anotar las fuentes de información.

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Caso de estudios – Personal

Caso de Estudio #1: Maureen Adams – Pacoima, California (from www.covertheuninsuredweek.org)

La familia de Maureen tiene un largo historial de cáncer y como ella no tiene seguro, ella siempre está preocupada que no va a tener la atención y los exámenes que necesita. Maureen perdió su cobertura de salud en 1990, después de su divorcio. Ella está empleada como representante de servicio al cliente para un gimnasio por más de 12 años, pero su empleador no le provee beneficios de salud. Ella sabe también que con sus ingresos, ella no puede pagar el seguro de salud en el mercado privado.

Antes de que Maureen busque atención médica en Valley Community Clinic, ella no había visto a un doctor por más de 10 años. Cada vez que tenía alguna dolencia, ella temía que fuese cáncer pero tenía más miedo del costo de descubrirlo. Mientras ella está yendo a sus exámenes regulares en la clínica, Maureen aún está ansiosa de pensar que puede descubrir una enfermedad grave que le causaría una deuda médica seria.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Qué cambios en la política de prestación de salud beneficiarían a Maureen?
2. ¿Qué alternativas tiene Maureen para obtener atención médica? ¿Qué pasa si el financiamiento para la clínica Valley Community se reduce?
3. ¿Los trabajadores estadounidenses deberían ser obligados/as a confiar en las clínicas comunitarias para una atención básica de salud preventiva?



Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Caso de Estudio – Personal

Caso de Estudio #2: María (Relato de <http://itsourhealthcare.org/blog1/stories/>)

El esposo de María es empleado y tiene seguro de salud. Sin embargo, él tiene diabetes y muchos de sus costos no son cubiertos. Para cubrir su enfermedad, la familia paga \$ 400. por semana en copagos y gastos adicionales. Además, algunas de sus recetas tienen un costo adicional de \$ 200. mensuales.

Para empeorar las cosas, María no tiene cobertura ya que hay un período de espera para que pueda inscribirse en el plan de su esposo. Ella tiene que esperar tres meses antes de ser elegible.

Preguntas para reflexionar:

1. Bajo muchos planes, el alto pago de deducibles y copagos son parte de los costos que consumen cantidades significativas del ingreso familiar. Ante este sistema ¿Qué opciones tienen María y su esposo?
2. ¿Qué cambios de política beneficiarían a esta familia? ¿Cuál sería la mejor política para gente como María y su esposo?
3. Con deducibles y copagos altos, muchos no deducibles de impuestos, ¿el gobierno debería obligar que haya seguro de salud en el sector privado?



Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Caso de Estudio – Propietaria de Negocio Pequeño

Sarita Scarbrough – Houston, Texas (Relato de www.covertheuninsuredweek.com)

Después de trabajar como empleada en el condado y en la ciudad, Sarita, 35, empezó su propio negocio de imprenta en 1998. Ella tiene diez trabajadores. Ella sabe por experiencia propia cuán difícil es empezar una compañía y mantenerla a flote. Desafortunadamente, ella debe poner la sobrevivencia de su negocio antes que el pago de seguro de salud.

Sarita no puede pagar seguro de salud para ella ni para los empleados/as de su compañía, dadas las ganancias actuales de su compañía. Sarita se preocupa por no tener seguro de salud y ha usado medicinas de venta libre sin consultar a un médico. Ella también está muy preocupada por la salud y bienestar de sus empleados/as. Ella teme que alguno de ellos en el futuro pueda tener un problema de salud serio sin tener el beneficio de seguro. Ella se preocupa por ellos/as y su negocio.

Como propietaria de un negocio pequeño, Sarita debe ser competitiva manteniéndose al día con los últimos avances en tecnología de impresión y equipos. Como otros pequeños empresarios, Sarita hace publicidad y busca nuevas oportunidades para crecer. Sin embargo, ella no siempre tiene ganancias y ha determinado que proveer seguro de salud no es económicamente factible.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Qué opciones tienen actualmente los empleados de Sarita para tener seguro de salud?
2. Si su compañía estuviera en California, ¿Qué opciones tendría Sarita para proveer seguro de salud a sus empleados/as?
3. ¿Qué riesgos enfrenta Sarita al no ofrecer seguro de salud?

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Los desafíos de reformar la prestación de salud en los Estados Unidos

Extraído de "Quién se beneficia de la crisis de atención de salud", monografía de la Asociación de Enfermeros/as de California, Enero 2007.

- Ganancias del Hospital - \$28.9 billones (2005), un record. Ingresos del hospital, \$544.7 billones. (Atención Médica Moderna, Dic. 18, 2006).
- Gastos de investigación anual y desarrollo de la industria farmacéutica crecieron en 147% entre 1993 y 2004. En el mismo período, el número de aplicaciones de nuevas medicinas para la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA en inglés) creció sólo en 38% y ha declinado generalmente desde 1999, de acuerdo con un reporte GAO (Washington Post, Dic. 20, 2006).
- Las 20 Organizaciones de Mantenimiento de Salud (HMO en inglés) más grandes en los Estados Unidos tuvieron \$10.8 billones en ganancias en 2005. Las 7 primeras aseguradoras de salud de los EE UU tuvieron unas ganancias totales de \$ 10 billones, casi triplicaron sus ganancias de cinco años anteriores. Doce ejecutivos de HMO tuvieron \$ 222.6 millones de compensación directa en 2005 (Instituto de Política Socioeconómica y de Salud – IHSP en inglés).
- En 2004, las 13 compañías de medicamentos más grandes del mundo reportaron \$ 62 billones en ganancias; los ejecutivos de 12 de las primeras compañías recibieron \$ 192.7 millones en compensación (IHSP)
- La tecnología de imágenes de diagnóstico ha crecido casi \$ 100 billones por año (IHSP).

Extraído de "Buscando justicia en la prestación de salud: Yendo de Aquí para allá", Abril 2004, Red de Acción en la Atención de Salud Universal (UHCAN en inglés). Reporte disponible completo en: www.uhcan.org

Algunos retroceden 90 años de fallidos intentos de alcanzar un seguro de salud universal y dicen, "No puede pasar aquí". Otros, mirando desde el presente hacia un futuro de números mucho mayores de gente sin seguro, costos rápidos crecientes de atención de salud y recursos limitados para pagar, están convencidos que debe pasar. Después de todo, todas las democracias industrializadas se comprometieron a brindar atención médica para todos, antes o durante el siglo XX.

Sin embargo, algunos de los desafíos que enfrentan los reformadores estadounidenses son únicos en su complejidad. Los obstáculos incluyen reconciliar los costos dobles de la reforma de atención de salud, encarar los costos altos y mal gasto del dinero, trabajar con o contra la fragmentación de la atención de salud y el rol privilegiado de los intereses especiales y entender además los desacuerdos morales e ideológicos fundamentales.

Costos dobles de la reforma de salud

Las dos metas básicas de la reforma de atención de salud son: expandir el acceso y controlar los costos. A primera vista, estas metas parecen contradictorias: si más gente tuviera mejor acceso a más servicios, los costos totales de atención subirían. Pero esto es una gran simplificación.

Costos altos y mal gasto de dinero

Los altos costos y el mal gasto del dinero impiden la reforma por hacerla parecer que expanden el acceso a la atención de salud, la meta principal de muchos reformadores orientados a la justicia, es prohibitivamente costosa. Basado en el concepto erróneo que los costos totales pueden ser controlados solo reduciendo el uso de los servicios de salud, esta ilusión ha perjudicado los esfuerzos de reforma.

Los costos elevados son causados por algo más que simplemente demasiado uso. Las causas de los costos altos incluyen:

- Elevados precios de los bienes y servicios, demostrados más vívidamente en los precios de los medicamentos.
- Elevados costos administrativos debido a la enorme complejidad del financiamiento de la atención médica estadounidense (fragmentación): enorme número de compañías de seguros y de productos, brechas frecuentes en la cobertura y cambios en los planes.
- Incentivos económicos y expectativas culturales que promueven prácticas clínicas que usan tratamientos de costos altos en forma excesiva y recompensan inadecuadamente los tratamientos prometedores de salud, la administración de enfermedades y el uso de la información.

Fragmentación total de la prestación de salud y las finanzas

A diferencia de los sistemas de prestación de salud de otras democracias occidentales –que garantizan en mayor o menor grado un sistema de atención de salud integral a todos los residentes– la prestación de salud estadounidense carece de líneas claras de autoridad y responsabilidad. Es menos un “sistema” que una variedad de arreglos al azar, con miles de pequeños jugadores compitiendo por un buen lugar en el campo de juego.

Esto contribuye al alto costo de la prestación de salud estadounidense haciendo que la administración, comunicación y coordinación sean más difíciles y más caras. Las soluciones de política tienen que ser especialmente creativas e inclusivas. La prestación de salud en los Estados Unidos es tan compleja que arreglos rápidos y soluciones con un solo enfoque son probablemente inadecuados.

La función de los intereses creados

Muchos actores claves en el drama del sistema atención de salud tienen un interés creado en que la fragmentación que caracteriza el estatus quo continúe indefinidamente. En el sistema de atención de salud, debido a que los servicios que las clínicas, hospitales, industrias farmacéuticas y otras compañías proveen son vistos como esenciales, el balance de poder está inclinado a su favor.

Esto tiene consecuencias directas para las políticas de cambio. Muchos de los que ven el estatus quo como esencial para su mejor interés son capaces de gastar mucho dinero defendiendo estos intereses. Mientras que las actividades de los grupos de presión y donantes de campaña no siempre determinan el voto de los políticos, ellos ciertamente influyen la manera en que los políticos votan, incluso cual legislación se lleva a la mesa y como se presenta.

Desacuerdos ideológicos y morales

Percepciones ideológicas y morales básicas están implícitas en el entendimiento de mucha gente para escoger qué clase de reforma de prestación de salud, si hay, es deseable. A menudo el dialogo se acaba donde estas perspectivas divergen.

El debate ideológico se centra en los roles del gobierno y de la empresa privada en suplir las necesidades humanas básicas. Aquellos que ven el sistema de atención de salud como un bien público tienden a creer que no se puede confiar en la empresa privada para servir el interés público. Aquellos que creen que el sistema de atención de salud es un bien de consumo tienden a creer que no pueden confiar en el gobierno para gastar el dinero sabio o eficientemente y que el mercado responde mejor a las tendencias y tecnologías cambiantes.

El debate moral se centra en el nivel por el cual somos responsables por nuestros vecinos. Aquellos que creen que compartimos una responsabilidad común por el bienestar de todos tienen más probabilidad de ver la prestación de salud como un derecho y de creer que el gobierno tiene el rol de garantizar ese derecho. Aquellos que creen que somos más responsables por nosotros mismos y nuestras familias tienden a pensar que los adultos que quieren seguro de salud deben encontrar trabajos que ofrezcan beneficios de salud o comprar un seguro privado de salud.

Creemos que la salud total e integral es central para el bienestar de la sociedad. En la tradición cristiana, la “salud” es mucho más que el mero bienestar físico; es la armonía y el equilibrio de la vida, que abarca las dimensiones física, emocional y espiritual de la existencia humana.

— Principios Legislativos de California, Church IMPACT

Preguntas y actividades de reflexión e investigación:

1. Esfuerzos recientes de la legislatura de California han incluido un proyecto de ley patrocinado por la senadora Sheila Kuehl. Proponentes de este proyecto dicen que el elemento más caro de nuestro sistema es el manejo de reclamos de las compañías de seguros –casi 30 centavos por cada dólar gastado en salud. Lea la información contenida en “La ley de atención de salud para todos los californianos” en www.onecarenow.org. Puede encontrar particularmente útiles la sección de preguntas y respuestas.

2. Mientras examinamos nuestros valores con respecto a la salud y a su cuidado, algunas preguntas que debemos considerar son: “¿Cuál es nuestra responsabilidad personal por nuestra propia salud?” y “¿el uso excesivo de los tratamientos de costo alto para algunos, limitan el acceso básico de salud para otros?” Para algunas reflexiones sobre estas preguntas, use el sitio web www.calchurches.org/health y vaya al enlace de los recursos denominacionales y presione en “**Evangelical Lutheran Church in America.**” Este enlace le llevará a la declaración social sobre la salud. Vaya hacia abajo a la sección, “**A Vision of Health Care and Healing as a Shared Endeavor.**” Lea y reflexione en la sección titulada “Personal Responsibilities.”



3. En la segunda sección de este estudio discutimos algunos valores básicos relacionados con la toma de decisiones en la política de atención de salud. Redacte una declaración breve sobre por qué cree que la prestación de salud es un derecho o un privilegio. Use los recursos del sitio web de su denominación y/o imprima recursos para apoyar su posición.

Sesión Cuatro – Mirando hacia adelante: Herramientas para el camino

Objetivos:

- Desarrollar un contexto personal para evaluar propuestas legislativas emergentes para tener acceso a la atención médica.
- Crear un plan de acción para su congregación.

Preparación del líder:

- Leer todos los materiales de la sesión
- Visitar el sitio web del proyecto www.calchurches.org/health. Descargar y hacer copia del folleto de la legislación actual sobre prestación de salud y de “Sugerencias para la Acción” – “Suggestions for Action.”
- Preparar un tablero de anuncios o colgar hojas grandes para que los participantes adjunten los resultados de su investigación. Crear 5 áreas llamadas: (1) Metas duales, (2) Costos altos y mal gasto de dinero, (3) Fragmentación, (4) Intereses creados, (5) Desacuerdos Ideológicos.
- Verificar el lugar de reunión para comprobar que haya el ambiente y espacio adecuados. Usualmente la forma más efectiva para una discusión es poner las sillas en un círculo.

Materiales Necesarios:

- Copias del folleto **Algunos enfoques para expandir la cobertura del seguro de salud.**
- Copias del folleto **Preguntas a hacer sobre cualquier propuesta de atención de salud**
- Copias de “Sugerencias para la acción”
- Copias de la actual legislación de prestación de salud descargada del sitio web del proyecto www.calchurches.org/health.
- Tachuelas para el tablero de anuncios o cinta adhesiva para pegar los artículos/ recortes/reportes de la investigación.
- Hojas de papel y lápices/lapiceros.

Bosquejo de la Sesión

- 10 minutos Reunión, oración de apertura. Invite a los participantes a poner los resultados de su investigación en el tablero de anuncios provisto. Permita que los participantes revisen sus materiales por algunos minutos.
- 10 minutos Debate general sobre los desafíos de la investigación. Para cada categoría, invite a aquellos que pusieron material en dicha categoría a compartir sus experiencias de investigación. ¿Por qué escogieron el artículo/reporte? ¿Qué fue nuevo o sorprendente en la información que ellos/as encontraron? ¿Qué preguntas surgieron cuando hacían la investigación?
- 15 minutos Distribuya copias del folleto **Algunos enfoques para expandir la cobertura del seguro de salud**. Trabajando en grupos de 2 y 3 personas, pida a los participantes que lean el folleto y luego discutan sobre los potenciales “pros y contras” de cada modelo. Pida que una persona de cada grupo tome notas y haga una lista de los “pros y los contras” para cada enfoque/modelo
- 5 minutos Invite a los grupos a compartir los resultados de sus conversaciones sobre los diferentes modelos.
- 15 minutos Distribuya copias de la actual legislación de prestación de salud descargada del sitio web del proyecto y copias del folleto **Preguntas a hacer sobre cualquier propuesta de atención de salud**. Invite a los participantes a leer los folletos y luego a debatir la legislación como grupo.
- ¿Esta legislación encaja en alguno de los modelos discutidos antes?
 - Use el folleto Preguntas a hacer sobre cualquier propuesta de atención de salud para revisar la legislación.
- 10 minutos Revise el folleto “Sugerencias para la acción” descargado del sitio web del proyecto para los siguientes pasos que su congregación puede tomar para aumentar el acceso a la atención de salud. Reflexione en los artículos puestos en el tablero de anuncios. ¿Hay relación entre los artículos y los pasos de acción sugeridos? Determine un paso siguiente que su congregación pueda tomar para involucrarse en asegurar el acceso a la atención médica de TODOS los californianos.

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Algunos enfoques para expandir la cobertura del seguro de salud.

Los estadounidenses se preocupan por su cobertura de seguro de salud. Ellos y ellas se preocupan por el alza súbita y dramática de los costos de seguro de salud, el creciente número de empresas que ya no ofrecen planes de salud, los recortes de servicios que cubren y el incremento en el copago que se requiere.

Ciertamente, en 2004, en una encuesta conducida por la Fundación de la Familia Kaiser, la gente reportó que ellos y ellas estaban más preocupados por la atención de salud que por cualquier otro problema.

- 47% dijeron que estaban muy preocupados por los costos de seguro de salud y atención médica.
- 32% de aquellos que tenían seguro de salud reportaron que estaban muy preocupados de perderlo.
- Ellos y ellas estaban más preocupados por los costos de seguro de salud y atención médica que de perder sus trabajos (21%); no poder pagar su renta o pago de hipoteca (27%); perder sus ahorros en el mercado de acciones (23%); o ser víctimas de un ataque terrorista (20%).

La presente ansiedad entre los estadounidenses sobre la estabilidad de un seguro adecuado de salud no es nueva. Por décadas, los estadounidenses han dicho a los encuestadores que consideran las diferencias en cobertura de salud como una desgracia nacional.

Estas preocupaciones han presionado a los legisladores estatales y federales para que ellos/as creen planes para expandir la cobertura de salud. En 1965, el congreso estableció Medicare y Medicaid para cubrir los gastos de atención de salud de los retirados y los pobres. Desde mediados de los '80s, los legisladores han expandido la cobertura para niños y niñas de familias de bajos ingresos y para adultos de bajos ingresos, pero estos programas aún no ofrecen o subsidian una cobertura para gran número de los que carecen de seguro.

El congreso y las legislaturas del estado han sido incapaces de producir algo similar a un programa de cobertura universal de salud que vaya más allá de los esfuerzos de Medicare y Medicaid. La parálisis legislativa parece ser la regla del día mientras que los intereses poderosos de los médicos, las compañías de seguro de salud, abogados, corporaciones y grupos de consumo no se ponen de acuerdo entre sí al considerar soluciones potenciales.

A continuación tenemos un ejemplo de enfoques alternativos (o “modelos”) que actualmente están siendo considerados por los legisladores.⁴ Ellos difieren de muchas maneras, e. g. en sus costos, en los grupos que cubren, en las obligaciones del gobierno, individuos y empresas. En este punto, no hay consenso alguno entre los legisladores y/o sus distritos electorales sobre cuál de estas alternativas debería guiar a los Estados Unidos en sus esfuerzos para encontrar soluciones para la crisis que tiene, por muchos años, en la cobertura de salud.

4. En general, hemos escogido describir los modelos ofrecidos en “Cobertura de Salud en los Estados Unidos”, publicada por la Alianza para la Reforma de Salud, para el uso durante Cover the Uninsured Week de 2004– una “campana” en la cual muchas congregaciones religiosas participaron. El Instituto de Medicina y el Grupo Lewin ofrecen descripciones de otros modelos.



Sistema universal único de prestación de salud

Un sistema universal único de prestación de salud reemplazaría al actual sistema combinado de “proveedor mixto” en el cual los empleados/as, el gobierno, y/o los individuos pagan por el seguro de salud. Se llama único porque sólo una agencia de gobierno reemplazaría el rol de las compañías de seguro. Es universal porque cubriría a todos los residentes desde que nacen hasta que mueren, sin importar si tienen empleo, ingreso, su estatus social, o condiciones preexistentes.

Todos podrían participar en este programa de seguro de salud público pero tendrían la libertad de escoger sus doctores privados, hospitales y otros proveedores. Las primas de seguro estarían ligadas al ingreso, no a los precios de mercado de los seguros privados. El sistema sería financiado y administrado por el gobierno. En los Estados Unidos, Medicare es un sistema de este tipo y como Medicare, un plan universal podría permitir alguna cobertura de seguro privado. Los planes en Europa son similares, con amplia cobertura en el plan público y la cobertura privada cubriría por ejemplo, la elección de una cirugía. Algunos países como Gran Bretaña tienen planes públicos completos en los cuales los hospitales y el personal médico trabajan para el gobierno. En Canadá, sólo Columbia Británica tiene un seguro pagado por el gobierno sin dar lugar a políticas suplementarias para el sector privado. En todos los casos, sin embargo, la cobertura universal es genuina de modo que – hay atención de salud para cada residente.

En los Estados Unidos se ha propuesto el sistema universal único de prestación de salud en California y en el congreso.

Esta opción definitivamente alcanzaría una genuina cobertura universal de atención de salud como ha sido dada en Europa y Canadá. Sin embargo, mientras es importante estudiar estos otros modelos nacionales, podemos diseñar una versión estadounidense de sistema universal único de salud que satisfaga las necesidades de prestación de salud y preferencias de los/as estadounidenses.

Provee o Paga

Se requeriría que los empleadores (1) provean seguro de salud a sus empleados/as o (2) paguen un impuesto a la remuneración que cubriría todos o la mayoría de los costos para proveer a sus empleados de seguro por medio de un plan público.

El gobierno federal proveería un subsidio para los empleadores de trabajadores de bajos ingresos. Se dejaría que Medicare siga funcionando de la misma manera. Algunos proponentes sostienen que los dos programas actuales de salud pública, Medicaid y el Programa Estatal de Seguro de Salud de los Niños y Niñas, deberían unirse pero que deberían seguir funcionando.



Mandatos individuales

Se requeriría que los individuos tengan o compren un seguro de salud básico. Algunos continuarían recibiendo su seguro a través de los planes de sus empleadores. Otros continuarían participando en los planes de seguro público (e. g., Medicare, MediCal, programas de veteranos). Otros podrían escoger comprar seguros de compañías privadas en un mercado competitivo.

Este enfoque es muy similar al que actualmente tiene la estructura del seguro de automóviles, por sus requisitos. Esto es, que se requiere que los individuos deben tener al menos un nivel mínimo de seguro de autos pero pueden escoger excederse de los requisitos mínimos.

Expansión de programas públicos existentes

Muchos expertos en política de salud argumentan que el más realista, políticamente viable enfoque a la reforma de seguro de salud, es simplemente expandir los programas existentes como Medicare, Medicaid y el Programa Estatal de Seguro de Salud de los Niños y Niñas. Ellos sostienen que con cambios menores y financiamiento expandido, la combinación de programas puede ofrecer cobertura para todos o para la mayoría de los que no tienen seguro. El financiamiento vendría de los impuestos estatales, locales y federales (incluyendo incrementos de impuestos para las compañías privadas de seguros).

Créditos tributarios o cuentas de ahorro de salud

El seguro privado de salud puede ser más asequible si se permite que los individuos y/o los empleadores deduzcan los costos de las pólizas de seguro de salud de la cantidad que ellos/as deben como impuestos por sus ingresos. Dichos créditos pueden ser una cantidad fija de dinero o un porcentaje de las primas que los aseguradores cobran. Los individuos y las familias que no pagan impuestos a los ingresos recibirían “reembolsos” para subsidiar los pagos de las primas. Las cuentas de ahorro de salud representan el dinero que se separa antes de los impuestos para cubrir las primas u otros gastos médicos.

Soluciones a corto plazo: Programas individuales del estado

El camino hacia un sistema nacional de atención de salud ha sido largo y tedioso y aún no se ve el destino en el horizonte. Muchos estados, y California en particular, han empezado a introducir legislación que crearía un nuevo sistema para sus residentes. Muchas de estas propuestas incorporan algunos de los modelos descritos anteriormente. Para obtener información sobre el estado de la actual legislación en California, ir a www.calchurches.org/health.

Concilio de Iglesias de California

FOLLETO

Preguntas a hacer sobre cualquier propuesta de atención de salud.

- 1) ¿El sistema propuesto es verdaderamente universal? ¿Cubrirá a todos, sin importar el ingreso, empleo, estatus social o condiciones preexistentes?
- 2) ¿Se excluye a alguien? ¿Incluye a los inmigrantes como un todo y a los inmigrantes indocumentados en particular?
- 3) ¿Es un programa integral? ¿Incluye
 - La visitas del doctor
 - Hospitalización
 - Acceso a los especialistas
 - Tratamiento de salud mental
 - Servicios de salud ocupacional
 - Clínicas de reposo y de cuidado a largo plazo
 - Servicios preventivos y de rehabilitación
 - Medicinas recetadas
 - Atención dental y de la visión
 - Suministros y equipos médicos?
- 4) ¿Hay algún estándar único de atención de salud o habrá atención inferior para los pobres y atención superior para los ricos?
- 5) ¿Es rentable? ¿Costará para la persona promedio más o menos de lo ahora paga?
- 6) ¿Su financiamiento es justo, consistente con los principios de justicia social de nuestras iglesias?
- 7) ¿Considera la prestación de salud básicamente como un derecho humano o como una mercancía? ¿Mejora, restringe o elimina el rol de las compañías privadas y motivadas por los beneficios?
- 8) ¿Tiene un sistema efectivo de control de costos?
- 9) ¿Provee alivio para los trabajadores que han sido desplazados por la eliminación de las compañías privadas de seguro de salud?
- 10) ¿La cobertura de salud es asequible para toda la gente?
- 11) ¿Es accesible de modo que toda la gente, sin considerar restricciones geográficas, etnicidad o lenguaje, y que tenga diferencias culturales, pueda obtener atención médica?
- 12) ¿La cobertura es flexible de modo que si usted deja su trabajo o cambia sus condiciones de vida por cambiarse de casa, perder a su cónyuge, etc., aun tiene cobertura?



Concilio de Iglesias de California

Apéndice

Respuestas a las Preguntas del Cuidado de Salud

1. ¿Aproximadamente cuantos estadounidenses no tienen ninguna cobertura de salud –ni siquiera auspiciada por el gobierno, para la gente pobre?
 47 million
2. En California, ¿Qué porcentaje de la población no tiene seguro médico?
 20%
3. ¿Qué porcentaje de la gente sin seguro en los Estados Unidos, pertenece a las minorías (por ejemplo, hispanos, africano-americanos, asiático-del Pacífico)?
 25%
4. ¿Qué menores probabilidades hay de que los niños y niñas sin seguro reciban atención médica por enfermedades comunes de la niñez (e.g. infecciones del oído), que los niños y niñas que tienen seguro?
 70%
5. ¿Cuántos niños y niñas sin seguro en los Estados Unidos tienen padres y madres que trabajan en un negocio pequeño?
 550,000
6. ¿Qué porcentaje de estadounidenses sin seguro están en familias que trabajan?
 80+%
7. ¿Qué porcentaje de estadounidenses asegurados reciben su cobertura médica por medio de su centro de trabajo?
 60%
8. ¿Qué porcentaje de empleadores estadounidenses no ofrece cobertura de salud a sus empleados/as?
 Un tercio
9. ¿Qué porcentaje de trabajadores sin seguro están empleados en firmas que no ofrecen cobertura de salud?
 Dos tercios
10. Durante la última década, ¿En qué porcentaje se ha incrementado el promedio de pago de la prima de seguro de salud por empleado/a?
 75%
11. Aproximadamente, ¿Qué porcentaje de las compañías en bancarrota en los Estados Unidos se relaciona directamente con las factures médicas no pagadas?
 50%
12. Las salas de emergencia desempeñan un gran rol al atender las necesidades médicas de los que no tienen seguro. Durante la década pasada, ¿Qué porcentaje de las salas de emergencia han cerrado en California?
 15%



California Council of Churches Apéndice

Sitios Web de las Denominaciones

Iglesia Metodista Episcopal Africana	www.ame-church.com
Iglesias Bautistas Estadounidenses del Oeste.....	www.abcw.org
Diócesis de la Iglesia Armenia de los EE UU	www.armenianchurch.org
Iglesia Cristiana (Discípulos de Cristo).....	www.disciples.org
Iglesia Cristiana Metodista Episcopal	www.c-m-e.org
Iglesia de los Hermanos	www.brethren.org
Comunidad de Cristo	www.cofchrist.org
Iglesia Ortodoxa Etíope	www.eotc.faithweb.com
Iglesia Episcopal	www.ecusa.anglican.org
Iglesia Evangélica Luterana en los EE UU	www.elca.org
Arquidiócesis Griega Ortodoxa de los EE UU	www.goarch.org
Iglesia Católicas Independientes Internacionales	www.independentcatholics.org
Iglesia Morava en los EE UU	www.moravian.org
Convención Bautista Nacional.....	www.nationalbaptist.com
Iglesia Presbiteriana (EE UU).....	www.pcusa.org
Iglesia Reformada en los EE UU	www.rca.org
Iglesia Swedenborgian	www.swedenborg.org
Iglesia Unida de Cristo	www.ucc.org
Iglesia Metodista Unida	www.umc.org
Comunidad Universal de las Iglesias de las Comunidades Metropolitanas	www.mcccchurch.org



Concilio de Iglesias de California Apéndice

Recursos de Internet

Defensores de un sistema universal único de prestación de salud

Health Care – NOW – Movimiento nacional de cientos de organizaciones que abogan por un sistema universal único de prestación de salud y la Resolución de la Casa de Representantes 676 en particular. www.healthcare-now.org

Physicians for a National Health Plan – Un grupo nacional de doctores con 15.000 miembros que apoya un sistema único de atención de salud. www.pnhp.org

One Care NOW – Una coalición de California que busca promulgar un plan único. www.onecarenow.org

Asociación de Enfermeros/as de California – www.guaranteedhealthcare.org

Otros Recursos Nacionales

Alliance for Health Reform — existe para proveer una variedad de recursos y perspectivas, en varias formas, para los oficiales elegidos y su personal, periodistas, analistas políticos y defensores. www.allhealth.org

Center for Healthcare Reform — parte del ministerio de cuidado de salud de las hermanas de San José de Orange. El centro está dedicado a abogar y trabajar a nivel federal, estatal y regional, y a promover iniciativas que mejoren la atención de salud en las comunidades. www.stjhs.org

Cover the Uninsured Week — proyecto de la fundación Robert Wood Johnson, dedicada a revertir la tendencia preocupante de los crecientes costos de prestación de salud que limitan la habilidad de los individuos, empresas y gobiernos estatales de comprar una cobertura de atención de salud. www.covertheuninsured.org

Divided We Fail (AARP) — www.DividedWeFail.org

Faithful Reform in Health Care — organización nacional inter confesional y red de cleros y laicos que trabajan para desarrollar principios morales que deben sustentar todas las reformas nacionales y locales de atención de salud. Busca ser la “conciencia moral” para todas las alternativas de política federales y estatales. Al trabajar con líderes políticos seculares en la atención de salud, Faithful Reform trae discernimiento de valores a los debates sobre políticas de atención de salud. www.faithfulreform.org.

Families USA — una organización nacional no lucrativa y no partidista que se dedica a alcanzar una prestación de salud asequible y de alta calidad para todos los estadounidenses. www.familiesusa.org

National Council of Churches (USA) Health Task Force — apoya a congregaciones en sus ministerios de atención de salud, equipa a miembros de las Iglesias a participar plenamente en los actuales debates de política de atención de salud a nivel estatal y federal, equipa a las congregaciones para responder a las emergencias de salud tales como desastres naturales, epidemias de gripe y ataques terroristas, provee educación de salud a sus miembros con un múltiple enfoque a cuestiones de salud física, mental y espiritual. www.health-ministries.org

National Coalition on Health Care — es la alianza más grande y más ampliamente representada de la nación que trabaja para mejorar la atención de salud en los Estados Unidos. Reúne empresas grandes y pequeñas, trabajadores, consumidores, grupos religiosos y de proveedores de cuidado primario, y los fondos más grandes de salud y de pensiones. www.nhc.org

The Rand Corporation — una institución sin fines de lucro que ayuda a mejorar la política y la toma de decisiones por medio de la investigación y el análisis. www.rand.org

Concilio de Iglesias de California

Apéndice

Recursos de Internet

Universal Health Care Action Network — trabaja para tener una salud integral para todos en los EE UU por medio de la activación, fortalecimiento, involucramiento y coordinación de las coaliciones de Justicia en la atención de salud basadas en múltiples distritos locales y estatales. www.uhcan.org

Kaiser Family Foundation — fundación no lucrativa y privada que opera enfocándose en los principales temas de atención de salud que enfrenta la nación; es una fuente independiente de hechos y análisis para los responsables políticos, los medios de comunicación, la comunidad de atención de salud y el público general. www.kff.org

Otros Recursos del Estado

California Budget Project — por medio del análisis político y la independencia fiscal, la educación pública y colaboración con otras organizaciones, el Proyecto de Presupuesto de California (California Budget Project) trabaja para mejorar las políticas públicas que afectan el bienestar social y económico de los californianos de ingresos bajos y medios. www.cbp.org

California Catholic Conference — voz oficial de la comunidad católica de California en el ámbito de política pública. Tiene recursos para las parroquias en una variedad de temas. Incluye enlaces a recursos de la conferencia de Obispos católicos de los Estados Unidos y de las Caridades Católicas de California. www.cacatholic.org

California Council of Churches — oficina estatal de política pública que representa a 52 judicaturas en 21 denominaciones en toda California, con más de 5,000 congregaciones y más de 1.5 millones de miembros, el concilio trabaja con un amplio rango de temas de justicia en California. El sitio web para el proyecto de este estudio está localizado en www.calchurches.org/health

Health Access California — coalición estatal de defensa del consumidor en la atención de salud con más de 200 organizaciones que trabaja para alcanzar la meta de tener una atención de salud asequible y de calidad para todos los californianos. www.health-access.org

Jericho — A Voice for Justice — JERICHO involucra a la comunidad inter confesional de toda California para moldear la política pública del estado que afecta a individuos y familias que viven en pobreza. Jericho enfatiza la conexión entre la tradición religiosa y la justicia y moviliza a sus membresía no partidista a la acción. www.jerichoforjustice.org

Lutheran Office of Public Policy — ministerio de defensa de la justicia de los sínodos del Pacífico, del Sur Oeste de California y Sierra del Pacífico, y la División de la Iglesia en la Sociedad de la Iglesia Evangélica Luterana en los Estados Unidos. www.lutheranpublicpolicyca.org

QueensCare Health and Faith Partnerships — esta asociación es una coalición creciente pública y privada de más de 50 organizaciones comunitarias multiétnicas. Incluye iglesias, escuelas administradas por iglesias y especiales (charter), y agencias de servicio social. ¡Es un gran modelo de congregaciones que sirven a sus comunidades! www.queenscare.com

St. Joseph Health Systems — ministerio de salud del condado de Orange que provee un componente de discernimiento moral en las decisiones de política de atención de salud. St. Joseph tiene una lista actualizada en asuntos de salud y ofrece entrenamientos sobre como ser testigo fieles en ética y valores para la atención de salud. Como es una organización católica, ofrece un amplio contexto moral sobre temas claves de salud. www.stjhs.org/view/CFHR/aboutus

Sacramento Health Care Decisions — trabaja para asegurar que los valores de la comunidad sean incorporados en la política y práctica de atención de salud en la región de Sacramento. www.sachealthdecisions.org



Concilio de Iglesias de California Apéndice

La Biblia y la Atención de Salud

Dios de Sanidad

Bendice, alma mía, a Jehová, Y no olvides ninguno de sus beneficios. Él es quien perdona todas tus iniquidades, **El que sana todas tus dolencias**. Salmo 103:2-3

He visto sus caminos; pero le sanaré, y le pastorearé, y le daré consuelo a él y a sus enlutados; produciré fruto de labios: “Paz, paz al que está lejos y al cercano”, dijo Jehová; **“y lo sanaré”**. Isaías 57:18-19

Jehová Dios mío, A ti clamé, **y me sanaste**. Salmo 30:2

Yo buscaré la perdida, y haré volver al redil la descarriada; **vendaré la perniquebrada**, y fortaleceré la débil. Ezequiel 34:16

Jesús el Sanador

“Respondiendo Jesús, les dijo: Id, y haced saber a Juan las cosas que oís y veis. **Los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos son limpiados, los sordos oyen**, los muertos son resucitados, y a los pobres es anunciado el evangelio”. Mateo 11:4-5

Aconteció un día, que él estaba enseñando, y estaban sentados los fariseos y doctores de la ley, los cuales habían venido de todas las aldeas de Galilea, y de Judea y Jerusalén; y el poder del Señor estaba con él **para sanar**. Lucas 5:17

Porque **había sanado a muchos**; de manera que por tocarle, cuantos tenían plagas caían sobre él. Marcos 3:10

Jesús entonces, deteniéndose, mandó traerle a su presencia; y cuando llegó, le preguntó, diciendo: ¿Qué quieres que te haga? Y él dijo: Señor, que reciba la vista.

Jesús le dijo: **Recíbela**, tu fe te ha salvado. Lucas 18:40-42

Los Discípulos como Sanadores

Entonces llamando a sus doce discípulos, les dio autoridad sobre los espíritus inmundos, para que los echasen fuera, **y para sanar toda enfermedad y toda dolencia**. Mateo 10:1

Tanto que sacaban los enfermos a las calles, y los ponían en camas y lechos, para que al pasar Pedro, a lo menos su sombra cayese sobre alguno de ellos. Y aun de las ciudades vecinas muchos venían a Jerusalén, trayendo enfermos y atormentados de espíritus inmundos; **y todos eran sanados**. Hechos 5:15-16

5. <http://www.iom.edu>, Press Release, Enero 2004

6. *ibid.*

Concilio de Iglesias de California Apéndice

Algunos principios y normas para evaluar la legislación y propuestas de atención de salud

En enero de 2004, el Instituto de Medicina (IOM en inglés) publicó el último de seis reportes por su comité sobre las Consecuencias de no tener seguro. “El reporte es la culminación de una serie que ofrece la examinación más completa hasta la fecha, de las consecuencias de la falta de seguro de salud en los individuos, sus familias, comunidades y en toda la sociedad. El reporte también demuestra cómo se pueden usar los principios para evaluar las opciones de política. Este comité no recomienda una estrategia específica de cobertura. Mas bien, muestra como varios enfoques podrían extender la cobertura y alcanzar ciertos principios del comité”.

En ***Asegurando la salud en los Estados Unidos: Principios y recomendaciones***, el comité ofrece una serie de principios normativos, basados en la evidencia revisada en los anteriores cinco reportes del comité y en un nuevo análisis de los esfuerzos federales, estatales y locales, pasados y presentes, para reducir la falta de seguro, al analizar los pros y los contras de los diferentes enfoques para proveer cobertura. Los principios para dirigir el debate y evaluar las diferentes estrategias son:

- La cobertura de atención de salud debe ser universal.
- La cobertura de atención de salud debe ser continuada
- La cobertura de atención de salud debe ser asequible para los individuos y sus familias.
- La estrategia de seguro de salud debe ser asequible y sostenible para la sociedad.
- El seguro de salud debe mejorar la salud y el bienestar al promover el acceso a una atención de alta calidad que sea efectiva, eficiente, segura, a tiempo, igualitaria y centrada en el paciente.

A estos principios le agregaríamos:

- La cobertura de atención de salud debe ser accesible
- La cobertura de atención de salud debe recibirse en cualquier lugar del país.

Aunque todos los principios son necesarios, el primero es el más básico e importante. Los principios son intencionalmente generales, lo que les permite ser aplicados en procesos operativos y políticos más específicos.⁶

El texto completo del reporte está disponible en <http://www.iom.edu/report.asp?id=17632>





Cut along line and mail in.

Notas

Concilio de Iglesias de California

Evaluación

1. ¿Cuál fue la experiencia/aprendizaje más importante que tuvo de este curso?
2. ¿Qué quería o esperaba aprender pero no pudo? ¿Por qué?
3. Según haya encontrado que los materiales de estudio hayan sido útiles para usted, ordénelos según la escala del 1 al 10, donde 1 significa que no es útil y 10 que es extremadamente útil.
 - _____ Plan de las sesiones
 - _____ Discusiones en clase
 - _____ Folletos
 - _____ Recursos basados en la web
 - _____ Tareas de casa
4. ¿Cuáles son sus planes a seguir para los programas del futuro y/o acciones de apoyo?
5. ¿Qué más le gustaría decirnos?

Nombre de su Congregación/Organización _____

Ciudad _____

Fechas, días y horas de estudio _____

Número de promedio de participantes _____

Favor de faxear al (916) 488-7310, o envíelo por correo al Concilio de Iglesias de California, 4044 Pasadena Ave, Sacramento CA 95821 al final de su estudio. ¡Gracias!



Notas



Concilio de Iglesias de California 2008