

Primera parte



Experiencias en países seleccionados

La salud de los adultos mayores y el sistema médico en Estados Unidos: ¿modelo para seguir o evitar?*

Steven Wallace

Nivel de salud de los adultos mayores en Estados Unidos

Los adultos mayores tienen una esperanza de vida más larga que nunca. Entre los años 1900 y 1998 Estados Unidos aumentó la esperanza de vida al nacer desde 47.3 hasta 76.7 años; para quienes llegaron a tener 65 años, su esperanza de vida aumentó de 11.9 a 17.8 años. En los últimos 20 años ha habido una disminución severa (-30%) en la mortalidad por enfermedades coronarias, aunque se mantiene como la causa más frecuente de muerte para adultos mayores en este país. La mortalidad por tumores malignos ha aumentado levemente (+7.7%), posicionándose como la segunda causa principal de mortalidad; su incremento es causado principalmente por los cánceres de pulmón femeninos, los que están asociados con el aumento en el consumo de cigarrillos en mujeres. Por otro lado, la mortalidad por tumores malignos de mama ha disminuido por la utilización de la mamografía que identifica los tumores en etapas tempranas, cuando es posible extirparlos con buen pronóstico (U.S. NCHS 2000; U.S. Federal Interagency Forum 2000).

Debido a la reducción de la mortalidad global los adultos mayores viven más años, pero frecuentemente en condiciones de morbilidad crónica. Una de estas condiciones es la artritis que padece 58% de los adultos mayores que tienen más de 70 años y aunque no aparezca como una causa de muerte, es altamente significativa para ellos porque puede afectar la movilidad y la capacidad funcional, además del dolor que pueda infligir. La incontinencia tampoco es mortal, pero con una prevalencia de 27% entre mujeres que tienen más de 65 años, es la tercera condición crónica más común después de la hipertensión y de la artritis, pudiendo afectar profundamente la calidad de vida.

* Este capítulo se publicó originalmente en: Kornfeld R, Mardones F, ed. Reto a la independencia del adulto mayor. Santiago: Imprenta Salesianos, 2001: 122-138. Se reproduce con autorización expresa de los editores.

N.E. El sistema de citación de referencias bibliográficas que se utiliza en este libro es el de Vancouver; sin embargo, en este caso se respeta el de la versión original.

Existen otras condiciones crónicas que tienen riesgo de muerte o de problemas funcionales que además impiden la independencia. Entre ellas están las enfermedades coronarias y la diabetes, reportadas para los adultos mayores con 70 y más años con proporciones de 26 y 11%, respectivamente. (U.S. Federal Interagency Forum, 2000; U.S. HCFA 1996).

La importancia que tienen las condiciones crónicas en las discapacidades funcionales se traducen en cifras de enfermedades que los adultos mayores notifican como fuentes principales de tal discapacidad. Por ejemplo, alrededor de 10% de los adultos mayores de 70 años con limitaciones en sus actividades de la vida diaria, informan que la fuente de su limitación es la artritis. Otras enfermedades crónicas como enfermedades coronarias, ataque cerebral, infecciones respiratorias y diabetes también contribuyen como fuentes primarias de incapacidad (U.S. NCHS 1999).

Cuando un país “envejece”, es decir, está presentando un incremento sostenido de la proporción de personas de 60 y más años con respecto a la población total, el problema de las dificultades en actividades de la vida diaria básicas (AVD) aumenta, porque la tasa de dificultades aumenta con la edad. El cuadro I muestra el incremento de las dificultades en la realización de AVD-B (vestirse, bañarse, comer, subir de una cama o silla, andar, salir afuera y usar el baño) y actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-I: preparar comida, ir de compras, manejar dinero, usar el teléfono, quehaceres domésticos ligeros como lavado de platos, y quehaceres domésticos pesados, como limpieza de pisos). Asimismo, el cuadro da cuenta de que las mujeres, que constituyen la mayor parte de los adultos mayores, tienen cifras más altas que los hombres en incapacidades.

Las buenas noticias aquí son que casi la mitad de los adultos mayores en Estados Unidos con más de 85 años de edad, no tienen ninguna dificultad en AVD. Investigaciones recientes han detectado que el nivel de dificultades en AVD ha bajado levemente en los últimos 10 años en Estados Unidos (Manton y Gu, 2001), lo que sugiere que sí es posible aumentar los años sin discapacidad en la tercera edad.

Otro problema crónico de salud que muchas veces pasamos por alto es la dentición, cuestión muy importante para la habilidad de ingerir alimentos y nutrirse en forma adecuada, para evitar el dolor que una mala dentición puede causar, y por las consecuencias sociales que esto puede provocar. La falta total de dientes se incrementa desde 25% para adultos mayores entre 65 y 74 años de edad hasta 43% para adultos mayores con 85 y más años de edad, pero la tasa en cada edad está disminuyendo cada década. Entre los años 1983 y 1993 la tasa cayó casi 10%, posiblemente por las siguientes causas: el mejoramiento en la atención dental, la fluoración del agua potable y el nuevo énfasis puesto en salvar los dientes en vez de sacarlos cuando presenten problemas (U.S. NCHS 1999). Las investigaciones

Cuadro I
Porcentaje de adultos mayores con dificultades en AVD-B
y AVD-I, según edad y sexo. Estados Unidos, 1994

Edad	AVD-B		AVD-I	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
70-74	24.5	17.7	28.5	13.8
75-79	27.5	22.7	32.6	18.9
80-84	35.7	30.1	40.6	27.7
85 y más	55.5	41.9	56.9	34.1

Fuente: NCHS 1999.

AVD-B: actividades básicas de la vida diaria

AVD-I: actividades instrumentales de la vida diaria

muestran que la mayoría de los adultos mayores pueden mantener la mayoría de sus dientes durante toda su vida.

La calidad de vida en términos de salud puede ser mostrada en la autoevaluación de la misma. Frente a la pregunta global sobre el estado de salud, que pueden responder como excelente, muy buena, buena, regular o mala, los adultos mayores que responden regular o mala aumentan con la edad. Es decir, 25% de los adultos mayores entre 65 y 74 años informan que su salud es regular o mala, en comparación con 35% de aquellos con 85 años y más. Sin embargo, la cifra total ha disminuido un poco (2-4%) en los últimos 20 años (U.S. NCHS 1999).

La meta de una vejez saludable e independiente es complicada debido a diversas causas, como mortalidad prematura, enfermedades crónicas y discapacidades funcionales, representando todas un desafío a la calidad de vida. En este contexto, el sistema médico es la institución más importante en la vida de los adultos mayores. En la próxima sección se describe el sistema médico de Estados Unidos y la forma en que enfrenta actualmente tal desafío.

Medicare: Sistema Nacional de Seguro Médico para los Adultos Mayores

El sistema de seguro médico público en Estados Unidos no fue establecido sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando la importancia del acceso a médicos y hospitales se incrementó rápidamente. En las décadas de los 40 y 50, la

cobertura de seguro privado aumentó vertiginosamente en Estados Unidos cuando la mayoría de los empleadores grandes y medianos comenzaron a ofrecer seguros médicos gratis o subsidiados a sus trabajadores, hasta que la mayoría de la población de la clase media pudo acceder a uno. Sin embargo, la mayoría de los adultos mayores jubilados no tenía seguro médico, aunque lo necesitaran más que cualquier otro sector de la población.

En 1965 fue creado un sistema universal de seguro médico público para los adultos de 65 y más años de edad. Este programa, llamado Medicare, tenía como fin ofrecer a los adultos mayores el mismo acceso a servicios médicos privados que tenían las personas que trabajaban. De esta manera, el sistema de Estados Unidos es diferente del que existe en Chile, porque el seguro médico para los adultos mayores es de carácter público y solidario.

Medicare presta los mismos beneficios de seguro privado que tienen las personas que trabajan activamente, y por eso tiene amplios beneficios para las enfermedades agudas. Incluye el pago casi total por cualquier hospital, consultas médicas, instituciones de convalecencia después de hospitalización con un máximo de 100 días, ayuda terapéutica en el hogar (por un corto plazo), cuidado paliativo en casos terminales, laboratorio, equipo de tratamiento a domicilio como oxígeno y sillas de ruedas, etc. En los últimos 10 años se han añadido algunos servicios de prevención como inmunizaciones, mamografías y educación sobre la diabetes.

Por otro lado, en los últimos 35 años, algunos servicios han aumentado en importancia para los adultos mayores, pero todavía no están incluidos en el seguro de Medicare. Estos servicios, particularmente importantes en la vejez y para abordar enfermedades crónicas, se refieren a recetas médicas ambulatorias, servicios dentales, lentes y prótesis de oído, y cuidadoras para los discapacitados.

Medicare no es gratis para el adulto mayor. Ellos deben pagar deducibles por cada período de atención en el hospital, equivalente a US \$792 en el año 2001, y un deducible de US \$100 por año por la atención por médicos. Además de los deducibles, los usuarios tienen copagos equivalentes a 20% en las consultas médicas, aunque las tarifas que aplican los médicos adscritos a Medicare son fijadas por el gobierno. Asimismo, la cotización de Medicare es de US \$50 por mes para adultos mayores, cualquiera que sea su edad.

Como referencia, el ingreso medio de personas de edad de 65 años y más en 1999 era de US \$19 000 por persona por año. Por causa de las cotizaciones, deducibles, copagos, y servicios sin cobertura, los adultos mayores dedican un promedio de 13% de sus ingresos totales para servicios de salud (U.S. Federal Interagency Forum 2000). Se dispone de mayor información –en español– acerca de Medicare en el sitio: <http://www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp>.

Criterios para la evaluación de sistemas de salud

Los criterios más usados en Estados Unidos para evaluar a los sistemas de salud son los gastos (desde la perspectiva del Estado en el caso de Medicare o también para en la totalidad en la sociedad), la calidad y el acceso. La Organización Mundial de la Salud está incluyendo también criterios de equidad y solidaridad (WHO 2000). Los siguientes aspectos que se analizan constituyen ejemplos de los criterios recién señalados.

Criterio N° 1: Gastos

Es bien conocido que Estados Unidos tiene el sistema médico más caro del mundo, medido tanto en función de porcentaje del PIB, como en gastos por persona, considerándose a personas de todas las edades. En términos de porcentaje del tamaño de la economía medida por el producto interno bruto (PIB), en 1998 Estados Unidos gastó 13.6% del PIB para servicios y productos médicos, esto es, 50% más que su vecino Canadá, que gastó 9.5% del PIB, y dobla el porcentaje de Gran Bretaña que gastó 6.7% del PIB. A pesar del alto nivel de gasto en Estados Unidos, sus tasas de salud no son mejores que en Canadá o Gran Bretaña. (Anderson y Hussey, 2001). Medicare cuenta con 22% de este gasto total en Estados Unidos para todas las edades (NCHS 2000).

Con gastos tan altos y resultados promedios, ¿puede haber algunas lecciones buenas? En primer lugar, un éxito del sistema Medicare es el gasto mínimo en la administración del sistema que se reduce a sólo 2%. Esto es menos de lo que los seguros médicos privados más grandes gastan y que equivale a 12% (U.S. HCFA 2000), y mucho mejor que otros seguros médicos en Estados Unidos que gastan hasta 25% en administración.

Esto se debe al sistema unitario que tiene solamente una oficina en cada región para pagar a los médicos, pocos gastos para publicidad y reglas uniformes válidas para todo el país. Asimismo, Medicare ha sido un líder en innovaciones de sistemas para pagar hospitales y médicos, especialmente en la adopción temprana de gastos fijos prospectivos para cada admisión en el hospital, en vez del sistema antiguo de pagar cualquier gasto del hospital. Por eso, la inflación en gastos totales de Medicare está aumentando en la misma proporción que el sector privado. Es un buen ejemplo de una empresa pública con administración eficiente y eficaz, y donde su monopolio evita muchos gastos que son requeridos en un mercado de empresas privadas.

A pesar de la cantidad de dinero que percibe el sistema, existen varias limitaciones en el área de los gastos, especialmente debidas al énfasis puesto en cuidados hospitalarios con alta tecnología. Dicho énfasis hace que los gastos por

día-cama en hospitales en Estados Unidos dupliquen los gastos promedio en los países industrializados (Anderson y Hussey 2001). El cuadro II muestra el destino que tienen los recursos de Medicare, estableciendo que casi la mitad de todos éstos son dedicados a hospitalización, con un cuarto más para médicos. La falta de cobertura en ayuda con personal a domicilio por largo plazo obliga a muchos adultos mayores incapacitados, a institucionalizarse en lugares en donde no quieren permanecer, generando problemas en los costos.

Muchos de estos gastos vienen de una minoría de personas con enfermedades muy graves, que utilizan mucho equipo y personal especializado en hospitales. Únicamente 5% de los beneficiarios de Medicare reciben 45% de los gastos en un año, muchas veces su último año de vida.

A pesar de la importante cobertura de Medicare, el paciente todavía tiene que pagar mucho de su bolsillo por los copagos, deducibles, y servicios no incluidos en el sistema. Por lo mismo, la gran mayoría de adultos mayores compran un seguro médico privado extra para llenar las brechas de Medicare. Los más pobres obtienen un seguro extra por programas para indigentes existentes en cada estado y 18% de los adultos mayores tienen solamente Medicare. Estos últimos son en su gran mayoría las personas que llamamos los “casi pobres” porque no son indigentes, pero no tienen suficientes recursos para comprar lo que necesitan. Para ellos, el acceso es el factor más problemático porque no tienen un seguro auxiliar ni cuentan con recursos propios para pagar lo que no cubre Medicare.

Por la opción que hace Medicare en cuidados hospitalarios, no existen recursos para la asistencia con personal a domicilio. Cuando un adulto mayor llega incapacitado y necesita ayuda en su casa, tiene que pagar por tal ayuda hasta que se agotan sus recursos. Es importante destacar que el seguro privado auxiliar tampoco paga por esa ayuda. Sin embargo, cuando el adulto mayor se convierta en un indigente, los programas del estado para indigentes pagan. En muchos casos, los discapacitados, por la rigidez del sistema, no obtienen ayuda a domicilio pero al institucionalizarse se empobrecen y entonces sí tienen este derecho. Sin embargo, la tasa de adultos mayores en casas de reposo (5.1%) es similar en Gran Bretaña (4.9%) y Canadá (6.1%) (Jacobzone 1999).

Pese a que todos estos países tienen un sistema distinto de seguro médico para adultos mayores, pareciera ser que enfrentan el mismo desafío respecto de tener que darles apoyo suficiente a los que presentan una condición de discapacidad en sus propias casas.

En resumen, la eficiencia global del sistema medicare para los adultos mayores en Estados Unidos no parece muy alta. Ello se debe, por una parte, a los altos costos que deben enfrentar tanto el gobierno como el adulto mayor, y por otra, a medianos resultados.

Cuadro II
Distribución de gastos de Medicare, Estados Unidos, 1998

Destino	Porcentaje
Cuidado en hospitales	48.2
Médicos	27.2
Atención de hospital ambulatoria	9.8
Centros especializados de enfermería (no más de 100 días en instituciones de larga estancia)	7.3
Limitados servicios de salud en el hogar	6.2
Hospicio	1.2
Medicamentos ambulatorios	0.0
Servicios dentales	0.0

Fuente: HCFA 2000.

Criterio N° 2: Calidad

Los adultos mayores hablan de dos aspectos importantes cuando se refieren a calidad: uno interpersonal y otro técnico. En Estados Unidos, los adultos mayores quieren a sus médicos: 95% informan que están satisfechos por la preocupación que tienen los médicos por su salud. Además, 99.4% tienen mucha confianza en sus médicos y 99.2% responden que sus médicos son competentes y bien preparados (U.S. HCFA 1996).

Aunque la satisfacción en función de la relación interpersonal es un criterio muy importante, los resultados en términos de la salud constituyen el criterio final de calidad. Al respecto, Medicare depende en gran medida de los sistemas de legislación de cada estado y de las certificaciones de una organización independiente, bajo condiciones establecidas por el mismo Medicare.

Una situación que ha mejorado mucho por las regulaciones es la calidad que brindan las instituciones de convalecencia de largo plazo. Por ejemplo, es notable el cambio que ha operado el uso de contenciones físicas y químicas que se utilizaban frecuentemente para mantener a los pacientes más “manejables”, pero sin necesidad médica. A partir de una nueva ley, en 1987, se prohibieron estas prácticas sin mediar una necesidad médica y una orden escrita por un médico, logrando descender las cifras del uso de ellas rápidamente.

Un área que actualmente está recibiendo atención es la rapidez con la que se da de alta a los pacientes de los hospitales, a veces antes de que puedan tener ayuda suficiente en sus casas. Esto es el resultado de los pagos fijos prospectivos. Ellos cambiaron el sistema de los incentivos desde hacer tanto como sea posible, porque cada servicio tiene considerado el pago, a un sistema en que los incentivos son hacer lo mínimo, o incluso menos, porque se paga una cantidad fija por enfermedad o persona.

Un tercer tema de gran importancia hoy es el tema de la “competencia cultural”. La población de Estados Unidos es muy diversa debido a su mezcla de razas y culturas, lo que supera con creces la variedad presente entre los profesionales del sistema médico. Por esta razón, Medicare y otros tienen el propósito de investigar acerca de las distintas normas culturales que aseguran una atención en la que el paciente se sienta cómodo y respetando, o por lo menos, que haya miembros del personal en cada clínica que hablen los idiomas de origen de los pacientes.

Las preocupaciones por los problemas de calidad en Medicare hoy en día se refieren especialmente al uso apropiado de pruebas médicas e intervenciones. Además, están los problemas relativos a la falta de ciertos cuidados por parte de los médicos, basada en la reciente evidencia proporcionada por una agencia federal que ha publicado *Evidence based practice guidelines* (ver <http://www.ahrq.gov/clinic/epcix.htm>). En resumen, la calidad de la medicina en Estados Unidos es buena, aunque hay áreas en las cuales todavía existen problemas.

Criterio N° 3: Acceso

Acceso implica que un adulto pueda acceder a los servicios cuando lo requiera. Respecto de este criterio es posible señalar que todos los hospitales y casi todos los médicos y otros servicios aceptan Medicare, facilitando con ello el acceso de los adultos mayores a casi todo el sistema médico estadounidense, en su mayor parte privada.

La caída de barreras en la demanda de médicos y hospitales se muestra por una baja tasa (6%) de adultos mayores que notifican haber demorado en pedir atención médica por razones económicas. Antes de la existencia de Medicare, 44% de los adultos mayores no tenían seguro médico por gastos hospitalarios y por eso enfrentaban barreras financieras cuando necesitaban dicha atención.

La inclusión de servicios preventivos es un ejemplo de los efectos de cobertura y publicidad de los beneficios de los servicios. El uso de mamografías e inmunizaciones contra influenza y neumonía se dobló en pocos años desde que Medicare las incorporó en su cobertura desde comienzos de los 90. Si bien los niveles del uso de mamografía e inmunizaciones por parte de los adultos mayores no están en el nivel ideal, las barreras financieras son escasas ahora, gracias a Medicare.

Sin embargo, los problemas de acceso siguen para la población de los “casi pobres” mencionados antes, los cuales presentan problemas especialmente al tener que pagar por los servicios no incluidos en Medicare como medicamentos, servicios dentales y ayuda custodial. También existen problemas de acceso a los servicios en muchas áreas rurales donde el transporte es escaso y difícil, y en áreas urbanas pobres donde existe una carencia de recursos médicos.

Criterio N° 4: Equidad y solidaridad

La Organización Mundial de Salud (WHO, 2000) distingue entre la eficiencia, que implica el mejor nivel de salud, calidad y acceso por una cantidad de dinero, y la equidad que se refiere a una distribución justa de salud, calidad de servicios, acceso y gastos.

Una distribución justa significa que los servicios médicos llegan a las personas con mayor necesidad médica y los gastos se corresponden con los recursos disponibles de los pacientes, lo que equivale a decir que la salud es una necesidad universal y no una mercancía del mercado donde la distribución de bienes refleja la distribución de ingresos.

Actualmente, Medicare abarca a casi todos los adultos mayores (96%) con este seguro, siendo un programa universal y solidario –para los adultos mayores y discapacitados. Esto contrasta, sin embargo, con la población de Estados Unidos que no puede ingresar a Medicare por su juventud, es decir, aquella menor de 65 años, 18% de quienes no tienen seguro médico.

Asimismo, Medicare no es únicamente para los indigentes, puesto que al ser un derecho social, es utilizado también por las clases medias y alta. Por lo mismo, es uno de los programas más populares del gobierno y la opinión popular –y una prioridad de los políticos – es mantenerlo y mejorarlo.

Todavía existen problemas con la equidad en Medicare. En los últimos 10 años se han realizado muchas investigaciones que muestran que razas minoritarias –especialmente negros– tienen peor salud, pero reciben menos y peores servicios que sus equivalentes euroamericanos. Además existen inequidades por clase en el ámbito de la salud, atención médica y gastos.

El cuadro III, por ejemplo, muestra que los adultos mayores con menos recursos (23.2% de los adultos mayores) pagan 26.8% de sus ingresos por atención médica y, en contraste, los más ricos (4% de los adultos mayores) pagan menos de 5% de sus ingresos, cuando en promedio los adultos mayores pagan 18% de sus ingresos por atención médica. Este es el resultado de las brechas en la cobertura de Medicare, más los copagos y deducibles, a pesar de ser un seguro universal y solidario.

Cuadro III
Hogares encabezados por adultos mayores según ingresos
anuales, distribución de población y gastos médicos.
Estados Unidos, 1998

Ingresos de hogar anual (US\$)	Porcentaje de hogares con adultos mayores con este ingreso	Gastos médicos como porcentaje de ingresos
\$10 000	23.2	26.8
\$10 000-\$19 999	36.3	20.3
\$20 000-\$39 999	26.7	13.1
\$40 000-\$69 999	9.8	8.2
\$70 000 y más	4.0	4.6
Todos ingresos	100.0	18.1

Fuente: HCFA 2000.

Conclusiones

En resumen, ¿cuáles son las lecciones de Medicare en cuanto a costos, calidad, acceso, y equidad y solidaridad? Basándose en la experiencia mundial, no es necesario gastar tanto dinero como ocurre en Estados Unidos para asegurar una vejez saludable. El sistema estadounidense gasta demasiado por la tecnología más nueva y costosa, en vez de poner un énfasis adecuado en la prevención de enfermedades crónicas y tratamiento básico, como el control de incontinencia, así como el cuidado no técnico de otras condiciones crónicas y discapacidades.

El desafío que Estados Unidos enfrenta en el futuro, junto con todos los países del mundo, es mantener a los adultos mayores en sus propias casas por el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles. Asimismo, su experiencia muestra que los programas públicos pueden ser más eficientes en su administración, que los privados.

En calidad, la experiencia en Estados Unidos muestra que la regulación del gobierno es esencial para asegurar la calidad de los servicios, y que es importante medirla tanto en los aspectos relación médico-paciente como en los resultados técnicos.

Respecto del acceso, el seguro médico es tan importante para los servicios primarios y de prevención como para la hospitalización. Por ello, si queremos

asegurar que todos los adultos mayores reciban los servicios necesarios de prevención, deben ser incluidos en el seguro médico.

Finalmente, en cuanto a la equidad y solidaridad, los programas universales tienen el máximo apoyo público y, por lo tanto, el apoyo político que impulsa la calidad y el acceso de servicios. Pero si no se toman en cuenta las diferencias de ingresos y necesidades de las diferentes clases, etnias y géneros pueden permanecer las desigualdades en los sistemas universales.

La experiencia de Estados Unidos nos enseña que el país que gasta más en servicios de salud ofrece buen seguro a los adultos mayores para condiciones agudas, pero todavía tiene una tarea pendiente en relación con ofrecer servicios adecuados de prevención y cuidado de enfermedades crónicas y ayuda a los discapacitados. En estas áreas, países como Chile pueden construir sistemas mejores que los países más ricos que tienen sistemas basados en enfermedades del siglo pasado, y no en el siglo presente.

Referencias

1. Anderson G; Hussey PS. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs* 2001;20(3):219-232. Disponible en: <http://www.catchword.com/titles/phope/02782715/v20n3/>
2. Jacobzone S. Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives. Paris, France: OECD Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs; 1999 (Report N° DEELSA/ELSA/WD (99)1). Disponible en: <http://www.oecd.org/els/social/docs.htm>
3. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2001; 98(11):6354-6359. Disponible en: <http://intl.pnas.org/cgi/reprint/98/11/6354>
4. U.S. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010*. 2nd edition. With understanding and improving health and objectives for improving health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000. Disponible en: <http://www.hcfa.gov/healthypeople/>
5. U.S. Health Care Financing Administration. *Health and health care of the Medicare Population: Data from the 1996 Medicare current beneficiary survey*. Baltimore, MD: HCFA. Disponible en: <http://www.hcfa.gov/surveys/mcbs/PubHHC96.htm>
6. U.S. Health Care Financing Administration. *Medicare 2000: 35 years of improving Americans' health and security*. Baltimore, MD: HCFA, 2000. Disponible en: <http://www.hcfa.gov/stats/35chartbk.pdf>
7. U.S. National Center for Health Statistics. *Health United States, 1999. Health and aging chartbook*. Hyattsville, MD: NCHS, 1999. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus99cht.pdf>

8. U.S. National Center for Health Statistics. Health United States, 2000. Hyattsville, MD: NCHS, 2000. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hus/hus.htm>
9. U.S. Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000. Disponible en: <http://www.agingstats.gov/>
10. Organización Mundial de Salud. 2000. World Health Report 2000. Geneva: OMS, 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/report.htm>