



**The Latino Coalition Foundation**

725 Massachusetts Avenue, NE

Washington, DC 20002

Phone: (202) 546-0008

Fax: (202) 546-0807

# ¿Se Avecina Una Tormenta en el Sector de la Salud en el Estado de California?



TENDENCIAS RESPECTO DE LOS COSTOS,  
RENDICIÓN DE CUENTAS Y CALIDAD DEL  
SISTEMA DE MANAGED CARE



por Naomi Lopez Bauman

THE *L*ATINO  
COALITION  
FOUNDATION

# ¿Se Avecina Una Tormenta en el Sector de la Salud en el Estado de California?

## TENDENCIAS RESPECTO DE LOS COSTOS, RENDICIÓN DE CUENTAS Y CALIDAD DEL SISTEMA DE MANAGED CARE

### T A B L E O F C O N T E N T S

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	1
<b>Introducción</b> .....	2
<b>El Auge del Sistema de Managed Care</b> .....	3
Beneficios Impositivos Para las Coberturas Médicas Provistas por los Empleadores .....	4
Exigencia y Costos de las Coberturas Médicas .....	4-5
<b>Gastos y Costos del Sistema de Salud</b> .....	6
¿Cómo Se Gasta el Dinero en Salud? .....	6
Cuotas en Aumento .....	7
Pago de la Cuota a Cargo del Empleado .....	7-8
Participación del Empleado .....	8
<b>Rendimiento de Cuentas del Sistema de Managed Care: ¿Qué es lo que Determina los Costos?</b> .....	9
Aumentos en las Cuotas .....	9
¿Cómo se Utiliza la Cuota de la Cobertura Médica del Estado de California? .....	10
¿Los Pacientes Aceptarán Pagar Más por Menos Servicios? .....	11
<b>Calidad del Sistema de Managed Care</b> .....	12
¿Se Abandona a Los Pacientes? .....	12
Necesidades Particulares de la Población de Origen Hispano en Materia de Salud .....	12
Asma .....	12-13
Diabetes .....	13
¿Atención Médica de Calidad? .....	13
<b>Los Pacientes Primero</b> .....	14
<b>Conclusión</b> .....	15

# ¿Se Avecina Una Tormenta en el Sector de la Salud en el Estado de California?

## TENDENCIAS RESPECTO DE LOS COSTOS, RENDICIÓN DE CUENTAS Y CALIDAD DEL SISTEMA DE MANAGED CARE

### GRÁFICOS, TABLAS Y APÉNDICES

#### Gráficos

Gráfico 1. Mercado de la salud en el Estado de California, 2001 .....	3
Gráfico 2. Inscripción en Planes de Salud de Empleados, por tipo de plan, 1999-2001 .....	3
Gráfico 3. Porcentaje de empleadores en el Estado de California que ofrecen sólo un Plan, 1999 vs. 2001 .....	4
Gráfico 4. Planes HMO del Estado de California que permiten visitas o derivaciones a especialistas sin autorización previa, 1996-1998 .....	6
Gráfico 5. Gastos en salud del Estado de California, 1998 .....	7
Gráfico 6. Gastos en salud del Estado de California, 1980-1998 .....	7
Gráfico 7. Porcentaje de las cuotas abonadas directamente por el empleado en el Estado de California, 1999-2001 .....	8
Gráfico 8. Empresas en el Estado de California que manifestaron posibilidades de que los empleados deban abonar una porción mayor de la cobertura médica, 2001 .....	8
Gráfico 9. Porcentaje de empresas que brindan beneficios de salud, 1999-2001, California vs. Estados Unidos .....	9
Gráfico 10. Componentes del crecimiento del gasto general en salud a nivel nacional, 1999-2001 .....	10
Gráfico 11. Aplicación de ganancias adicionales de 1999-2001, Blue Cross/Wellpoint & Blue Shield/California Physicians' Service .....	11
Gráfico 12. Empleadores del país que declaran nuevos sistemas de costos compartidos para 2002 .....	12

#### Tablas

Tabla 1. Beneficios en materia de salud provistos por el empleador en comparación con aquellos no provistos por el empleador .....	6
Tabla 2. Aumentos en las cuotas de HMO en el Estado de California, 2000 y 2001, por planes superiores y promedio estatal .....	8
Tabla 3. Aumentos en las cuotas de HMO en el Estado de California, 2000 y 2001, por tipo de grupo .....	8
Tabla 4. Los factores que determinan la suba en los costos de las prestaciones a nivel nacional en las cuotas de las coberturas médicas, 2001-2002 .....	10
Tabla 5. Sistemas de gastos compartidos en HMO introducidos entre el verano de 2001 y la primavera de 2002 .....	12

#### Apéndices

Apéndice A. Resumen de las finanzas y los socios de los planes de salud, 2001 .....	17
Apéndice B. Detalle de las finanzas y los socios de los planes de salud, 1999-2001 .....	18-23

# ¿Se Avecina Una Tormenta en el Sector de la Salud en el Estado de California?

## TENDENCIAS RESPECTO DE LOS COSTOS, RENDICIÓN DE CUENTAS Y CALIDAD DEL SISTEMA DE MANAGED CARE

por Naomi Lopez Bauman

Los empleadores y beneficiarios particulares del Estado de California se están viendo obligados a pagar cada vez más por sus coberturas médicas, debido a los incrementos vertiginosos de las cuotas mensuales y a las constantes subas de los montos de copago. Sin embargo, no recibirán a cambio mejoras comparables en los beneficios ni en la calidad de la atención. Algunas instituciones de salud intentan explicar esta suba vertiginosa de las cuotas de las coberturas en el Estado de California, aduciendo como principales motivos el incremento en los costos y utilización de los medicamentos recetados. Sin embargo, al analizar la cuestión más detenidamente, encontramos motivos que difieren de dicha explicación. El presente estudio analiza los factores subyacentes a los incrementos de las cuotas mensuales y los motivos por los cuales estos incrementos muy probablemente continúen situándose siempre por encima de los aumentos en los costos de los servicios de salud. Asimismo, analiza de qué forma la suba en las cuotas podrá tener una incidencia en la provisión de coberturas médicas a cargo de los empleadores y la cuestión relativa a dónde se destinan los fondos correspondientes a la atención médica.

Si bien recientemente se han llevado a cabo y dado a conocer numerosos estudios en materia de prestación asistencial a nivel nacional, el presente análisis aborda la cuestión desde una perspectiva más centralizada, analizando de qué forma las modificaciones y nuevos desafíos a enfrentar afectan a la comunidad minoritaria más importante del país: la población de origen hispano. Tanto en California como en el resto del país, las estrategias actuales de reducción de costos están poniendo en riesgo el acceso y la calidad de las prestaciones médicas para la población de origen hispano.

Pese a las importantes ganancias que registra la industria, se estima que continuará la tendencia a un aumento de dos dígitos en las cuotas mensuales de la cobertura médica. Muy probablemente, esto contribuirá a incrementar las filas de personas sin cobertura médica, lo cual afectará, sin lugar a dudas, a muchos trabajadores de origen hispano.

De acuerdo con las estadísticas más recientes de la Oficina de Censos de los Estados Unidos, la suba que se dio en los últimos tiempos en la cantidad de personas sin cobertura médica en el Estado de California se debió, principalmente,

a la disminución de las coberturas provistas por los empleadores. Ante el incremento abrupto, que tuvo lugar en los últimos años, en los costos de las cuotas a pagar por las coberturas médicas, gran cantidad de empleadores en el Estado de California se ven enfrentados a la difícil decisión de reducir los beneficios de las coberturas, incrementar el costo para los empleados o directamente renunciar a todo beneficio en materia de salud.

Dado que estos incrementos de costos golpean primero y con mayor fuerza a las pequeñas empresas, los trabajadores empleados por estas empresas corren un riesgo serio de perder su cobertura. Entre aquellas pequeñas empresas que no ofrecen cobertura médica, un 77 por ciento de las que emplean entre 3 y 9 personas y un 80 por ciento de aquellas que tienen una dotación de entre 10 y 50 empleados, mencionaron los elevados costos de las cuotas mensuales entre los factores de cierta o suma importancia que determinaron sus decisiones.

Esto es fundamental para comprender la razón por la cual las personas de origen hispano, quienes se concentran mayormente en la industria de los servicios y en pequeñas empresas, corren en este momento un riesgo cada vez mayor de caer en desigualdad en cuanto a su cobertura médica y tener un acceso más restringido a la cobertura provista por el empleador. Según las cifras globales del Estado de California, la población de origen hispano tiene los porcentajes más bajos de cobertura médica provista por el empleador. Sólo el 42,3 por ciento de ellos tiene acceso a este beneficio brindado por el empleador, en comparación con más del 60 por ciento de la población de color y la de origen asiático, y el 75 por ciento de la población de raza blanca. Sin embargo, aquellas personas de origen hispano a quienes su empleador les ofrece cobertura médica participan en planes de cobertura en forma similar a los blancos de origen no hispano. Sin embargo, la población hispana en California continúa registrando índices mucho más altos de falta de cobertura médica en comparación con sus pares de raza blanca (28,3 por ciento contra 8,6 por ciento respectivamente), aun luego de tomar en cuenta ciertos factores como los ingresos, la cantidad de miembros que componen la familia, el nivel de educación y la situación laboral.

Hoy en día, el mercado de la salud en el Estado de California se encuentra dominado por instituciones pertenecientes al sistema denominado "Managed Care" (Gestión de la Asistencia Médica). El sistema de managed care fue ideado, en parte, sobre la base del concepto de que los cuidados primarios y los servicios de prevención podrían mejorar la salud de los pacientes y, así, ahorrar sumas de dinero. En California, el sistema de managed care está fallando en ambos supuestos. Al principio, parecía que el sistema estaba ahorrando dinero a través de los descuentos. Años más tarde, casi todos los descuentos han sido eliminados del sistema y una de las pocas opciones que quedan para reducir costos es restringir el acceso a las prestaciones.

Los intentos ocultos del sistema de managed care por controlar aún más los costos, restringiendo el acceso a los tratamientos médicos de última generación o bien dilatando los mismos, muchas veces sin siquiera involucrar al profesional médico o notificar al paciente, van en desmedro de la salud del paciente y no necesariamente han resultado efectivos en materia de reducción de costos. Los esfuerzos por continuar racionalizando las prestaciones generan dificultades, especialmente para los residentes de origen hispano del estado, los cuales como grupo presentan una mayor tendencia a sufrir enfermedades crónicas, como por ejemplo asma y

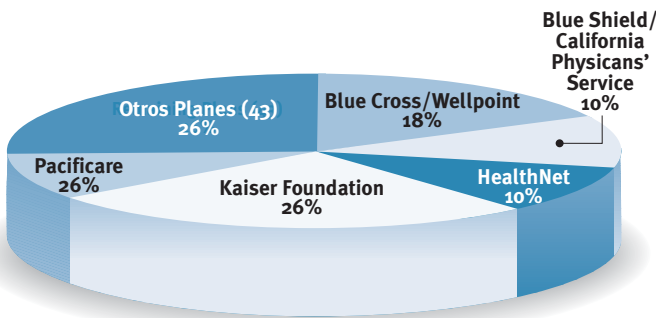
diabetes. De hecho, uno de cada siete niños de origen hispano sufre de asma y la población hispana en su conjunto presenta el doble de casos de diabetes que otros grupos étnicos. Por otro lado, el acceso a la cobertura médica de la población hispana es otro factor que deber también tomarse en cuenta al estudiar esta alta incidencia de enfermedades crónicas y su manejo. Las investigaciones han demostrado que casi la mitad de las personas que padecen enfermedades crónicas han dilatado la atención o ni siquiera han accedido a los cuidados necesarios. Prácticamente la totalidad de estas personas han mencionado la cuestión del costo como la razón por la cual habían desistido del cuidado que necesitaban. Teniendo en cuenta esto, el "costo" de restringir el acceso a las prestaciones médicas para estas dolencias ha conducido, en última instancia, a costos mucho más elevados en tratamientos de mayor envergadura.

El acceso a las prestaciones médicas, su calidad y la posibilidad de elección y de acceso a ellas a costos razonables se están tornando una cuestión cada vez más dificultosa en el Estado de California. Éste es uno de los motivos por los cuales los empleadores, beneficiarios y, en particular, la población de origen hispano, necesitan tomar conciencia de sus opciones en materia de prestaciones médicas, de cuánto están invirtiendo en el cuidado de la salud y de qué obtienen a cambio.

En los últimos años, el sector de managed care ha debido enfrentar cada vez más rigurosos exámenes debido a la suba constante de las cuotas de las coberturas, el aumento de la participación en el mercado de una pequeña cantidad de planes, cifras de ganancia cada vez mayores, cada vez más trabas al acceso a la salud y descontento generalizado entre los pacientes. Según la división antimonopolio del Departamento de Justicia de los Estados Unidos, las empresas que brindan cobertura médica se han convertido en un “área de principal preocupación.”<sup>1</sup> Las empresas que brindan cobertura médica, en especial aquellas que lo hacen dentro del sistema de managed care, tienen una gran influencia en el mercado de la salud. Las 10 empresas más grandes de cobertura médica a nivel nacional cubren actualmente a más de la mitad del total de americanos con cobertura médica.<sup>2</sup>

En el Estado de California, el sistema de managed care domina el mercado del cuidado de la salud. Sólo cinco planes de salud de servicio completo cubren casi tres cuartos del número total de personas con cobertura médica (ver Gráfico 1).<sup>3</sup> Con la continua desaparición de planes más pequeños, muy probablemente aumente cada vez más la influencia en el mercado de los planes más grandes. Desde noviembre de 2001 a la fecha, dos planes de salud de California se han presentado a concurso preventivo de acreedores, otro ha sido puesto bajo la supervisión de un síndico y un cuarto va dejar de operar próximamente.<sup>4</sup>

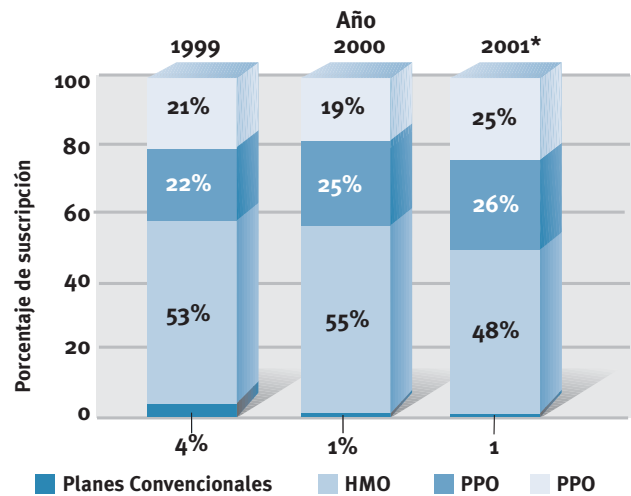
**Gráfico 1. Mercado de la Salud en el Estado de California, 2001**



Fuente: Oficina de Managed Health Care del Estado de California, Información financiera sobre planes de salud para Planes de Servicio Completo al 30 de diciembre de 2001.

Las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization - HMO) no sólo son el tipo de cobertura más restrictiva, sino que además son la forma más común de managed care en el Estado de California. Desde 1999, la cobertura médica convencional casi ha desaparecido en California. Noventa y nueve por ciento de los empleados de California que participan en planes de salud provistos por sus empleadores se encuentra inscripto en el sistema de managed care.<sup>5</sup> En el año 2001, el 48 por ciento de los empleados que gozaban de planes provistos por sus empleadores se encontraba inscripto en una HMO, el 26 por ciento en un plan de tipo PPO y el 25 por ciento en un plan POS.<sup>6</sup> Menos del 1 por ciento estaba inscripto en planes de cobertura médica convencionales.<sup>7</sup> Ver Gráfico 2.

**Gráfico 2. Inscripción en Planes de Salud de Empleados, por tipo de plan, 1999-2001**



\* La cobertura convencional representó menos del 1 por ciento en 2001  
Fuente: Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, “California Employer Health Benefits Survey 2001,” febrero de 2002.

Pese a las importantes ganancias que registra la industria (ver Apéndice A), se estima que continuará la tendencia a un aumento de dos dígitos en las cuotas mensuales de la cobertura médica.<sup>8</sup> Los planes de salud apuntan a algunos costos de administración de la salud, tales como los medicamentos recetados, como la causa principal de estos aumentos.<sup>9</sup> Sin embargo, al analizar la cuestión más detenidamente, encontramos motivos que difieren de dicha explicación.

Además de analizar la forma en la que se invierten los ingresos provenientes de las cuotas de las coberturas médicas en el Estado de California, este estudio examinará los factores que generan los constantes aumentos en los costos de las prestaciones médicas y la relación entre dichos costos y los beneficios de los planes de salud, el gasto, los ingresos y las ganancias. Asimismo, se analizará el impacto de estos incrementos de costos en el acceso por parte de la población de origen hispano y la calidad de la cobertura médica en el Estado de California.

<sup>1</sup> Cita de Deborah Majoras, subasistente del Fiscal General, incluida por Peter Kaplan en, “U.S. Steps Up Scrutiny of Health Insurers,” Reuters.com, 9 de septiembre de 2002.  
<sup>2</sup> Según Donald J. Palmisano, MD, JD, nuevo residente electo de la Asociación Americana de Medicina (American Medical Association) citado en Reuters.com. Ver además: “American Medical Association, Competition in Health Insurance: A Comprehensive Study of U.S. Markets,” Noviembre de 2001.  
<sup>3</sup> Oficina de Managed Health Care del Estado de California, Información financiera sobre planes de salud para Planes de Servicio Completo al 30 de diciembre de 2001 y Oficina de Censos de los Estados Unidos, Última Encuesta Poblacional (P60), marzo de 2001.  
<sup>4</sup> Oficina de Managed Health Care del Estado de California. De acuerdo con información de dicha Oficina, KPC Medical Management se presentó a concurso preventivo en noviembre de 2001; Maxicare lo hizo en mayo de 2002; el 13 de septiembre de 2002 se designó un síndico para administrar las operaciones de Lifeguard; y Plan of the Redwoods va a dejar de operar el 31 de octubre de 2002.  
<sup>5</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, “California Employer Health Benefits Survey 2001,” febrero de 2002.  
<sup>6</sup> Los planes de las Organizaciones de Prestadores Preferidos (Preferred Provider Organization - PPO) y Puntos de Servicio (Points of Service - POS) son un poco menos restrictivos, pero también están basados en el modelo de servicio médico pre-pago.  
<sup>7</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust.  
<sup>8</sup> Hewitt Associates, “2002 Health Care Expectations: Future Strategy and Direction: Survey Highlights.”  
<sup>9</sup> Frank Diamond, “Premium Hikes: No Cause for Celebration,” Managed Care, julio de 2002.



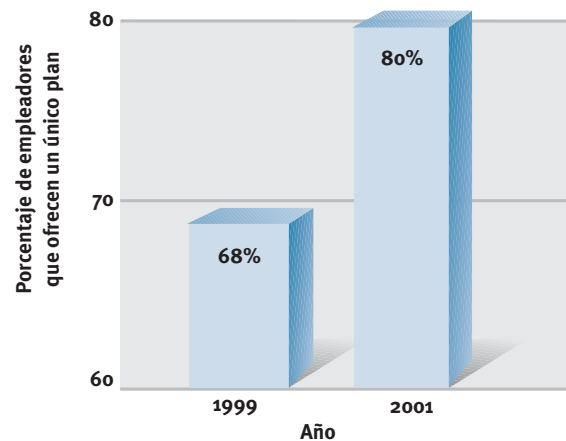
En respuesta a los aumentos en los costos, causados principalmente por las coberturas médicas sin deducibles, aquellas con deducibles bajos o con reembolsos por encima de los costos, se sancionó a nivel nacional la Ley de Organizaciones de Mantenimiento de la Salud de 1973 (Health Maintenance Organization Act of 1973). Esta ley no sólo eliminó los obstáculos existentes para crear instituciones HMO, sino que incluso proveyó subsidios y préstamos federales para su creación. Además, la ley establecía que los empleadores con 25 o más trabajadores, que brindaban cobertura médica, debían ofrecer como opción cobertura a través de una HMO.<sup>11</sup> Esta ley federal revocó diversas leyes en la mayoría de los estados que prohibían las HMO o establecían restricciones a su funcionamiento que les hacía imposible operar en forma rentable.<sup>12</sup>

El sistema de managed care fue ideado, en parte, sobre la base del concepto de que los cuidados primarios y los servicios de prevención podrían mejorar la salud de los pacientes y, así, ahorrar sumas de dinero.<sup>13</sup> Al inspeccionar activamente los servicios, limitar la posibilidad de los pacientes de elegir médicos y prestaciones, y pagar un salario a los médicos, se pensaba que las HMO revolucionarían la industria de la salud, tanto en términos de calidad de las prestaciones como en costo. Desgraciadamente, el sistema de managed care falló en ambos supuestos. Más recientemente, la respuesta de la industria de managed care al incremento constante de costos ha sido establecer barreras adicionales al acceso a las prestaciones, en especial en lo que se refiere a las últimas innovaciones en medicina.

Hoy en día, tanto los empleadores como los pacientes están experimentando una frustración cada vez mayor con esta política. Aquellas personas que reciben cobertura a través de sus empleadores no pueden optar por el plan que mejor se adapta a sus necesidades en cuanto a precio, calidad y reputación, como podrían hacerlo si estuvieran analizando el mercado para comprar un auto o una casa. De hecho, dado que su empleador realiza la contratación para ellos, los empleados se encuentran completamente al margen de la contratación de sus beneficios. Esto trae gran cantidad de inconvenientes, especialmente cuando la persona toma conocimiento de que determinada práctica o tratamiento no están cubiertos por su póliza. Si ella misma hubiese contratado la cobertura médica, podría haber optado por incluir o dejar afuera esa prestación determinada en función de sus necesidades, preferencias o sensibilidad al precio.

En consecuencia, los empleados cuentan con cada vez menos opciones de cobertura. Hoy en día en California, el 80 por ciento de los empleadores que brindan cobertura médica, ofrece únicamente un tipo de plan, que generalmente consiste en uno del sistema de managed care. Esta cifra ha subido desde 1999, cuando sólo el 68 por ciento de las empresas ofrecían un único plan (ver Gráfico 3). Las empresas más grandes, tanto antes como ahora, en general son las que pueden llegar a ofrecer diversas opciones de plan.<sup>14</sup>

**Gráfico 3. Porcentaje de empleadores\* en el Estado de California que ofrecen sólo un Plan, 1999 vs. 2001**



\* Se refiere al conjunto de empleadores que brindan planes de salud.

Fuente: Kaiser Family Foundation and Health Research & Educational Trust, "California Employer Health Benefits Survey 2001," febrero de 2002.

Mientras se profundiza la situación de estancamiento de la economía de California, muchos empleadores se ven enfrentados a la difícil decisión de pagar más por la cobertura médica de los empleados, reducir sus beneficios o directamente renunciar a cualquier tipo de cobertura. De acuerdo con la información más reciente sobre coberturas médicas de la Oficina de Censos de los Estados Unidos, la suba que se dio en los últimos tiempos en la cantidad de personas sin cobertura médica se debió a la disminución de las coberturas brindadas por los empleadores. Esto deja a muchos trabajadores que obtienen cobertura médica de sus empleadores en una situación de tener que valérselas por sí mismos en el mercado de las coberturas de la salud, sin gozar de los beneficios impositivos que el gobierno otorga a los planes de salud provistos por los empleadores.

<sup>10</sup> El término "managed care" (gestión de la asistencia médica) se utiliza frecuentemente en los medios, en discursos políticos y por parte del público en general. Es el método de cobertura médica pre-paga en el cual la financiación y la prestación se realiza a cambio de una suma fija, a través de intermediarios, principalmente médicos o asistentes sociales, quienes coordinan la utilización de los servicios de salud por parte del paciente.

Los planes de salud pre-pagos comenzaron a funcionar a fines de los años '20. Pero tuvo que pasar un tiempo antes de que el sistema de managed care adquiriera peso en el mercado. El sistema de managed care tuvo que enfrentar gran oposición, dado que el método utilizado esencialmente implicaba la supresión de los intereses del paciente en beneficio de los intereses de los planes de salud. De hecho, por esta razón los planes del sistema de *managed care* fueron ilegales o no se les permitió operar en la mayoría de los estados a comienzos de los años '70.

<sup>11</sup> Esta ley estuvo vigente hasta 1995.

<sup>12</sup> John C. Goodman y Gerald L. Musgrave, *Patient Power: Solving America's Health Care Crisis*, (Washington, D.C.: Cato Institute, 1992), p. 154.

<sup>13</sup> *Ibid.*, p. 524.

<sup>14</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust.



## Beneficios Impositivos para las Coberturas Médicas Provistas por los Empleadores<sup>15</sup>

Durante décadas, se ha brindado cobertura médica en una forma distinta de cualquier otro producto de consumo. En lugar de contratar una cobertura médica de la misma forma en la que contratamos el seguro del auto, de la casa o de los bienes personales, la mayor parte de los americanos obtienen su cobertura médica a través de sus empleadores. La Segunda Guerra Mundial generó escasez de trabajadores y, a fin de restringir la inflación de los salarios, el gobierno federal prohibió los aumentos salariales en los años que duró la guerra. En cambio, el gobierno permitió a los empleadores brindar beneficios adicionales e incentivos que no se computarían como parte del salario.

Como consecuencia de esto, los empleadores comenzaron a ofrecer cobertura médica como una forma de atraer y retener a sus empleados. Esta es la razón principal por la cual hoy en día la cobertura médica brindada como beneficio por los empleadores no se computa como parte del salario del empleado sujeto a impuestos y retenciones. La cobertura médica provista por el empleador se encuentra, básicamente, exenta de impuestos.

En pocas palabras, la gran escasez de mano de obra que generó la Segunda Guerra Mundial dio lugar a lo que hoy en día diversos expertos consideran como la mayor intervención estatal que haya tenido lugar en la industria de la asistencia médica, consistente en la exención impositiva aplicable a todo tipo de cobertura médica brindada por el empleador.<sup>16</sup> Los empleadores comenzaron a ofrecer cobertura médica como una manera de atraer potenciales empleados.

La autoridad impositiva de los Estados Unidos, Internal Revenue Service (IRS) dictó dos resoluciones que afectaron estos beneficios. En 1943, la IRS resolvió que las contribuciones de los empleadores para pólizas de cobertura médica grupal estarían exentas de impuestos. La segunda resolución, en 1953, establecía que las contribuciones de los empleadores para pólizas de cobertura médica individual estarían sujetas a cargas impositivas. En 1954, el Congreso revocó esta segunda resolución al promulgar el artículo 106 del Código Impositivo de los Estados Unidos (Internal Revenue Code) de 1954, el cual establecía que estas contribuciones debían estar exentas de impuestos. Por su parte, el artículo 3121 del código impositivo establece que las contribuciones del empleador para pólizas de cobertura médica o seguro contra accidentes estarán exentas de retenciones salariales. Como consecuencias de estas resoluciones, la cobertura médica brindada por el empleador no se computa como parte del salario del empleado sujeto a impuestos y retenciones.

Básicamente, la cobertura médica provista por el empleador estaría exenta de impuestos. En otras palabras, el empleador podría optar por brindar al empleado un aumento de \$3.000 en su salario, que representaría para el empleado \$3.000 menos impuestos, o podría ofrecerle el equivalente a \$3.000 en beneficios, que no estarían sujetos a impuestos. Esta situación dio lugar a la difusión generalizada de las coberturas médicas provistas por el empleador e incrementó la popularidad del sistema de pago por tercero, en el cual una persona distinta del beneficiario se hace cargo en forma directa de los costos médicos. En realidad, los beneficios de salud son una función del salario y los costos de la cobertura médica se pasan al empleado en tanto implican percibir una suma salarial más baja o menores beneficios en otras áreas. Aquellas personas que contratan su cobertura médica en forma independiente, con sus ingresos que

ya han sido sujetos a impuestos, tienden en general a optar por las pólizas de cobertura para catástrofes, caracterizadas por montos deducibles altos y cuotas mensuales bajas. Estas pólizas suelen tener cuotas mensuales más reducidas debido a que el beneficiario se está haciendo cargo de una parte importante, si no del total, de la carga financiera que implican los costos de la cobertura básica (incluida en el monto deducible). En el caso de coberturas provistas por el empleador, es más posible que opten por un plan con bajos montos deducibles o planes que brinden cobertura sin deducibles.

Si bien es lógico que un beneficiario prefiera un bajo monto deducible o cobertura total sin deducibles, este tipo de plan es más costoso y va más allá de lo necesario para estar cubierto contra los costos de salud derivados de hechos inesperados o catastróficos. La cobertura provista por el empleador cubre también los costos menores de prácticas médicas de rutina. Cuando sólo se hacen cargo de una pequeña parte del costo de las prestaciones, los beneficiarios no adquieren conciencia de los verdaderos costos médicos.

## Exigencia y Costos de las Coberturas Médicas

El alto costo de la cobertura médica de la que se hace cargo el empleador se pasa al empleado, en tanto implica percibir una suma salarial más baja o menores beneficios en otras áreas. Al brindar a sus empleados estacionamiento gratuito, aportes al seguro de retiro individual del empleado, o almuerzos sin cargo, siempre existe para el empleador un costo asociado a cada uno de estos beneficios. Las coberturas médicas no son la excepción. Por cada dólar que el empleador gasta en la cobertura médica del empleado, termina en última instancia traspasándose a este último el costo de un dólar, que a menudo se refleja en un aumento anual de salario menor.

Aquellas personas que contratan cobertura médica en forma independiente pueden llegar a pagar hasta el doble que lo que cuestan los planes provistos por los empleadores, ya que están haciendo frente a los costos de la cobertura médica con sus ingresos previamente sujetos a deducciones impositivas. Por ejemplo, supongamos que el Sr. Smith, quien gana \$60.000 al año, recibe una póliza de cobertura médica para su familia de \$5.500 provista por su empresa (costo promedio anual de la cuota familiar en California en 1999). Si tuviese otro empleo que no le proporciona este beneficio y quisiera contratar el mismo nivel de cobertura para su familia en forma independiente, debería ganar mucho más que \$60.000. Debería primero pagar impuestos a las ganancias federales y estatales, como así también retenciones salariales, pudiendo contratar la póliza con sus ingresos después de impuestos. En ese caso, debería ganar \$70.000 para poder contratar el mismo tipo de cobertura en forma independiente, manteniendo el mismo estándar de vida (ver Tabla 1).<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Para obtener una excelente cronología histórica y análisis del tema, consulte Grace-Marie Arnett, ed., *Empowering Health Care Consumers through Tax Reform*, (Ann Arbor, MI: The University of Michigan Press, 1999).

<sup>16</sup> El *Health Policy Consensus Group*, organizado a través del *Galen Institute*, es un grupo de trabajo conformado por los más destacados investigadores en el área de la salud, economistas y analistas de políticas de salud pertenecientes a los principales comités asesores de la Nación. El grupo busca que se tome conciencia generalizada acerca del hecho de que el tratamiento en materia impositiva que se aplica a las coberturas médicas brindadas por los empleadores es la base de muchos de los problemas que enfrenta el sector de la salud pública en los Estados Unidos. Para mayor información, visite [www.galen.org](http://www.galen.org).

<sup>17</sup> El cálculo se basa en una categoría de cabeza de familia, cuatro exenciones federales y ninguna otra retención adicional.

**Tabla 1. Beneficios en materia de salud provistos por el empleador en comparación con aquellos no provistos por el empleador**

Salario bruto anual (con beneficios de salud) \$60,000.00		Salario bruto anual (sin beneficios de salud) \$70,000.00	
Retenciones federales	\$8,710.00	Retenciones federales	\$11,410.00
Seguridad social	\$3,720.00	Seguridad social	\$4,340.00
Medicare	\$870.00	Medicare	\$1,015.00
California	\$1,813.91	California	\$2,743.91
CA SDI	\$416.94	CA SDI	\$416.94
Salario neto	\$44,469.15	Salario neto	\$50,074.15
		Cobertura médica	\$5,500.00
		Salario neto luego de gastos por cobertura médica	\$44,574.15

Fuente: Estimación del cálculo del salario de Automatic Data Processing, Inc. El cálculo se basa en una categoría de cabeza de familia, cuatro exenciones federales y ninguna otra retención adicional.

Además de generar incentivos equivocados en el mercado de las prestaciones médicas, las coberturas médicas provistas por los empleadores implican que los beneficiarios tienen escaso conocimiento o control de sus planes de salud. Aun en los casos en los que tienen la posibilidad de optar entre más de un plan, siguen recibiendo planes estándar diseñados para todo el conjunto de empleados, planes que muchas veces resultan inadecuados para las necesidades específicas o preferencias de determinado empleado.

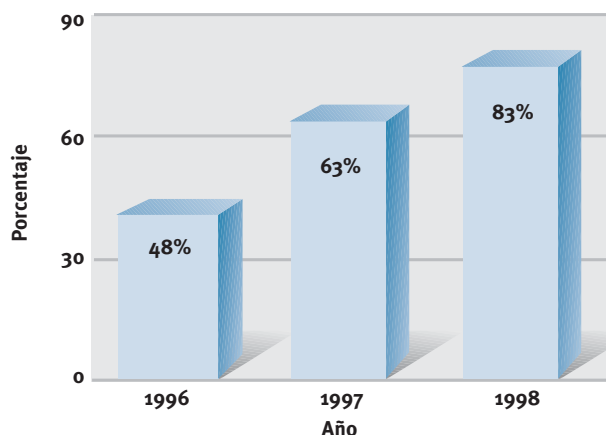
Con tantos americanos que reciben coberturas médicas a través de sus empleadores, muchos beneficiarios tienen una sensibilidad mucho menor al costo de las prestaciones médicas que la que tendrían si se vieran obligados a contratarlas en forma independiente. Esto lleva a la excesiva utilización de los servicios, generando costos más altos para todos. Por ejemplo, si la Sra. Jones debe pagar \$10 por consultar a su médico, posiblemente tienda a consultarlo por un simple dolor de garganta, lo cual no sucedería si primeramente se dirigiera a la farmacia para comprar algún medicamento de venta libre. Si pagara el costo real de la consulta (por ejemplo, \$75) de su propio bolsillo, muy probablemente tendería a consultar a su médico solamente cuando tuviera una dolencia que realmente requiriese la atención de un médico.

En consecuencia, los beneficiarios tienden a utilizar excesivamente los servicios. En el caso de una cobertura médica, las cuotas mensuales de salud se incrementarán a fin de cubrir los costos asociados con una mayor utilización de los servicios de salud. El sistema de coberturas médicas provistas por el empleador ha dejado al beneficiario al margen de los costos reales de los servicios. Si los beneficiarios estuvieran involucrados más directamente en la negociación y la contratación en forma directa de sus planes de salud, posiblemente cambiarían sus hábitos de utilización de sus coberturas médicas y optarían por menos prestaciones de rutina y una cobertura integral aplicable a casos de mayor trascendencia.

En respuesta a la presión por parte de los beneficiarios, algunos planes están ofreciendo mayor flexibilidad en relación con los prestadores y centros hospitalarios. Por ejemplo, en 1996 sólo el 48 por ciento de los planes HMO en California permitían visitas o derivaciones a especialistas sin autorización previa. Sin embargo, para 1998, el 83 por ciento de dichos planes lo permitían (ver Gráfico 4).<sup>18</sup>

Existe una opinión generalizada en la industria de las prestaciones para la salud acerca de que el sistema de managed care gasta en promedio menos en servicios de salud en relación con lo abonado en concepto de cuota, que lo que gastan los planes tradicionales de reembolso (que implican un monto por servicio). Esto explica por qué el sistema de managed care representa, en la mayor parte de los casos, una opción más económica para los empleadores. En los últimos años, sin embargo, las empresas prestadoras de servicios a través del sistema de managed care han debido enfrentar rigurosos exámenes debido a su práctica habitual de racionalizar los servicios brindados, y muchas veces se las ha acusado de poner en riesgo la salud de los pacientes en busca de reducir costos. Como consecuencia de esta presión política y por parte de los beneficiarios, los planes de managed care han dejado de lado restricciones que antes existían en el acceso a especialistas y otros servicios. Esta situación ha contribuido, en parte, a incrementar los costos de las prestaciones de managed care en el Estado de California.

**Gráfico 4. Planes HMO de California que permiten visitas o derivaciones a especialistas sin autorización previa, 1996-1998**



Fuente: Encuestas sobre planes de salud del Estado de California, 1997-1999, UC Berkeley Center for Health and Public Policy Studies.

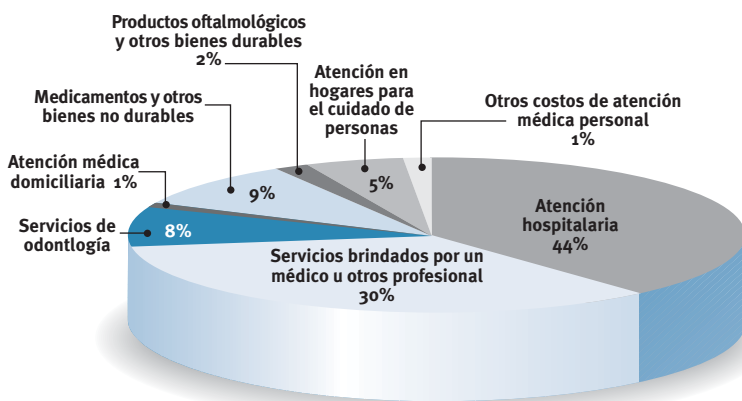
<sup>18</sup> Encuestas sobre planes de salud del Estado de California, 1997-1999, UC Berkeley Center for Health and Public Policy Studies.

Resulta de utilidad analizar de qué modo se invierte el dinero en la industria del cuidado de la salud a fin de comprender la evolución de los costos. Sin embargo, ello ofrece una visión parcial de por qué las cuotas de las coberturas médicas aumentan. Por ejemplo, la mayoría de los planes de salud cubren una parte importante de los costos hospitalarios. Los beneficios en salud varían notoriamente según el plan, con lo cual se hace difícil saber cuánto es lo que el beneficiario abona directamente y qué monto se abona como beneficios de salud por otros conceptos, tal como productos oftalmológicos. Por otro lado, ciertos costos, como ser los derivados de hogares para el cuidado de personas, son mucho más elevados entre las personas mayores y constituyen una porción menor de los gastos de salud en el caso de los trabajadores con relación al resto de la población. Por último, los planes de salud son operados por empresas que deben afrontar gastos administrativos.

## ¿Cómo se Gasta el Dinero en Salud?

El gasto en salud en el Estado de California, según las estimaciones del gobierno federal, incluye los derivados de internación, servicios de médicos u otros profesionales, odontología, atención a domicilio, medicamentos recetados, productos oftalmológicos, hogares para el cuidado de personas y otros gastos de cuidado personal. En 1998 la mayor parte de los gastos en salud del estado (alrededor de 74 centavos por persona) se aplicaron a servicios de profesionales de la salud u otros e internaciones. Los gastos odontológicos y por medicamentos recetados, considerados en forma conjunta, representaron 17 centavos (ver Gráfico 5).<sup>19</sup>

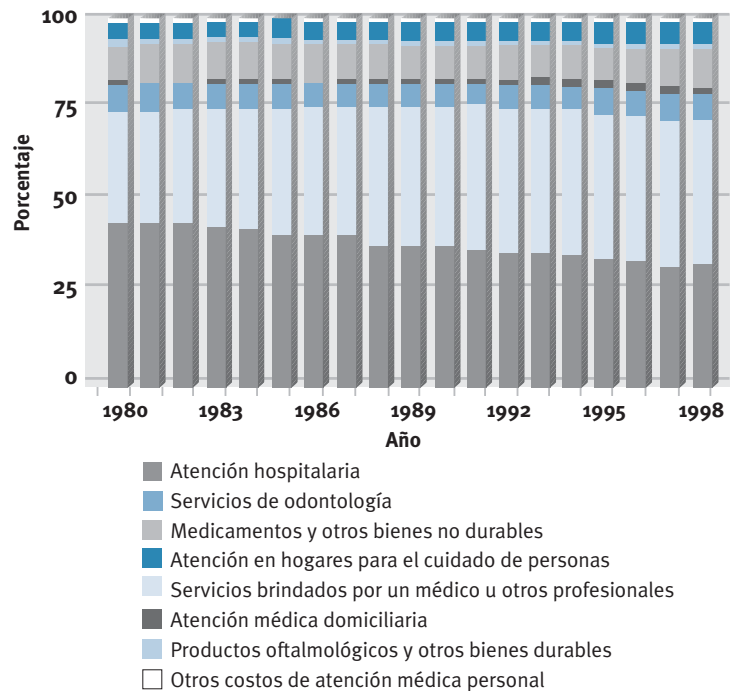
**Gráfico 5. Gastos en salud del Estado de California, 1998**



Fuente: Centros para Servicios Medicare y Medicaid, Gastos y Financiamiento de la Salud del Estado: 1980-1998 basado en información del Gasto Nacional en Salud (National Health Expenditure - NHE).

Entre 1980 y 1998, el gasto en salud del Estado de California invertido en internaciones cayó de manera notoria en un 24 por ciento. Este cambio radical refleja tanto la política de descuentos a través del sistema de managed care, como así también el modelo de prestaciones médicas que se centra en prácticas y servicios en pacientes ambulatorios. Los servicios de profesionales médicos y de otro tipo se incrementaron en un 30 por ciento. Los medicamentos recetados crecieron un 8 por ciento (ver Gráfico 6).<sup>20</sup>

**Gráfico 6. Gastos en salud del Estado de California, 1980-1998**



Fuente: Centros para Servicios Medicare y Medicaid, Gastos y Financiamiento de la Salud del Estado: 1980-1998 basado en información del Gasto Nacional en Salud (National Health Expenditure - NHE).

Los representantes del gobierno en los Centros para Servicios Medicare y Medicaid (CMS, antes denominados Administración Financiera de Salud [Health Care Finance Administration, HCFA]) proyectan que los costos de salud disminuirán lentamente hasta alcanzar un promedio de 7,3 por ciento en los próximos diez años.<sup>21</sup> Si bien esto todavía representa un incremento marcado, es mucho menor que los incrementos en las cuotas que se habían anticipado para el Estado de California.

## Cuotas en Aumento

En California se espera que continúe la tendencia a la suba de dos dígitos en las cuotas de salud. Los aumentos en las cuotas de los planes de HMO fueron de un 19 por ciento promedio en 2001 y de 14,9 por ciento en 2000. Los planes correspondientes a grupos reducidos fueron los que sufrieron los mayores incrementos en 2001 (ver Tablas 2 y 3).<sup>22</sup> Ello se suma a los aumentos marcados y constantes de años anteriores. De acuerdo con una encuesta reciente entre gerentes de beneficios llevada a cabo por Credit Suisse/First Boston, se espera que las cuotas de HMO de California se eleven un 17,3 por ciento promedio y que las cuotas de PPO aumenten un 20,5 por ciento en 2002, lo cual supera holgadamente las tendencias de los costos de salud de este Estado.<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Centros de Servicios Medicare y Medicaid, Gastos y Financiamiento de la Salud del Estado: 1980-1998 – basado en información del Gasto Nacional en Salud (National Health Expenditure - NHE).

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> Centros para Servicios Medicare y Medicaid, Proyecciones del Gasto Nacional en Salud: 2000-2010 basado en información histórica del Gasto Nacional en Salud (NHE) hasta 1999.

<sup>22</sup> MCOL, CA HMO Rate 2001 Executive Report, (Modesto, CA: MCOL, 2001).

<sup>23</sup> Credit Suisse / First Boston, "2002 Benefit Manager Survey," Análisis del Sector de Managed Care. 15 de enero de 2002.

Los funcionarios del Estado hace poco aceptaron un aumento del 25 por ciento en las cuotas de HMO correspondientes al Sistema de Retiro de Empleados Públicos (California Public Employees Retirement System - CalPERS) para el año 2003.<sup>24</sup> Los aumentos del sistema CalPERS se consideran el inicio de lo que serán los aumentos en el resto del Estado y del país. Debido a que los empleadores del Estado de California se preparan para otro año de aumentos marcados en las cuotas, no debería sorprender que trasladen a sus empleados una mayor porción de los costos.

**Tabla 2. Aumentos en las cuotas de HMO en el Estado de California, 2000 y 2001, por planes superiores y promedio estatal**

Plan	2001	2000
Blue Cross/Wellpoint	4.37	20.12
Blue Shield/Physicians' Services	17.99	21.81
Health Net	7.34	7.03
Kaiser	12.35	5.37
Pacificare	3.52	7.78
Promedio estatal	19,02	14,89

Nota: Los promedios estatales no están ponderados por inscripción.

Fuente: MCOL, CA HMO Rate 2001 Executive Report, (Modesto, CA: MCOL, 2001).

**Tabla 3. Aumentos promedio en las cuotas de HMO en el Estado de California, 2000 y 2001, por tipo del grupo**

Tipo del Grupo	2001	2000
Individual	8,95	18,25
Grupo Reducido	19,99	17,12
Grupo Mediano	4,54	13,13
Grupo Grande	7,27	8,23

Fuente: MCOL, CA HMO Rate 2001 Executive Report, (Modesto, CA: MCOL, 2001).

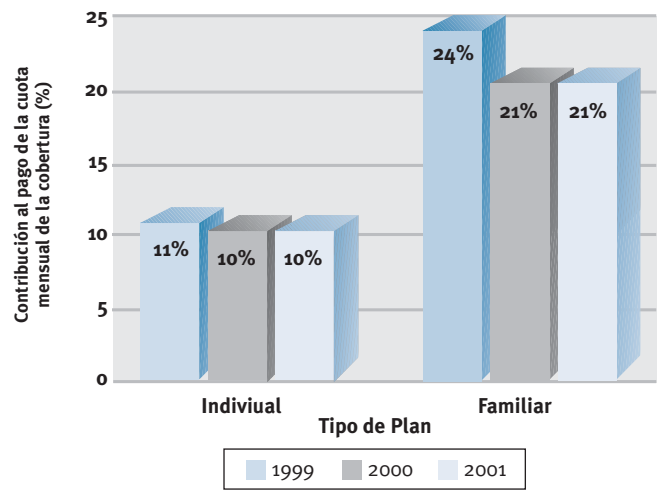
## Pago de La Cuota a Cargo del Empleado

En los últimos veinte años se ha producido un cambio radical en cuanto al pago de la cuota por parte del empleador. En 1982, alrededor del 80 por ciento de los empleados a nivel nacional gozaban de beneficios de salud totalmente a cargo del empleador. Hacia 1998, sólo cerca de un 28 por ciento de los empleados recibían tal beneficio.<sup>25</sup> Los aportes a las cuotas en el Estado de California han seguido una tendencia similar en el mismo período, pero han caído levemente en los últimos tres años (ver Gráfico 7).<sup>26</sup> A medida que las cuotas aumentan, sin embargo, resulta más probable que los empleadores esperen que sus empleados se hagan cargo de una mayor porción de las cuotas.

De acuerdo con un estudio reciente de Kaiser Family Foundation entre empleadores del Estado de California, un 35 por ciento de todas las empresas, 66 por ciento de las grandes y 35 por ciento de las pequeñas, indicaron que existía cierto grado de probabilidad de que la organización trasladara a cargo del empleado una mayor porción de los gastos por cobertura médica en el año siguiente (ver Gráfico 8).<sup>27</sup>

California, sin duda alguna, se hizo partícipe de esta tendencia a nivel nacional un poco tarde. El estado tiene suerte que las cuotas de sus HMO sean más bajas que el promedio nacional.<sup>28</sup> Es por

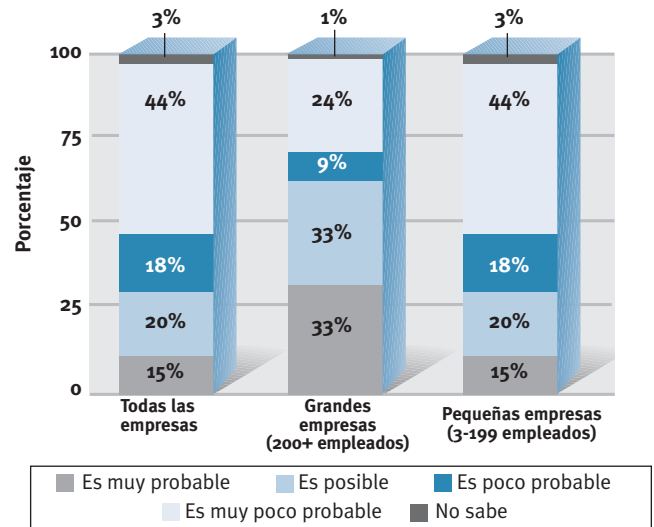
**Gráfico 7. Porcentaje de la cuota abonada directamente por el empleado en el Estado de California, 1999-2001**



Fuente: Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, "California Employer Health Benefits Survey 2001," febrero de 2002.

este motivo que resulta útil observar los costos a nivel nacional y de qué modo los empleadores manejan la cuestión de los costos. El incremento en los montos a cargo del empleado constituye la opción más utilizada por los empleadores a fin de controlar los costos. Según un estudio de costos de salud realizado por Towers Perrin, el 59 por ciento de los empleadores a nivel nacional modificaron el diseño de sus planes y sistemas de aportes en los últimos dos años. Alrededor de uno de cada cinco está evaluando la posibilidad de hacerlo en el futuro.<sup>29</sup>

**Gráfico 8. Empresas en el Estado de California que manifestaron posibilidades de que los empleados deban abonar una porción mayor de la cobertura médica – Por tamaño de empresa, 2001**



Fuente: Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, "California Employer Health Benefits Survey 2001," febrero de 2002.

<sup>24</sup> Sistema de Retiro de Empleados Públicos, Circular N°: 600-027-02, 26 de abril de 2002.

<sup>25</sup> Jonathan Gruber y Robin McKnight, "Why Did Employee Health Insurance Contributions Rise?" Dirección Nacional de Estudios Económicos. Análisis N°: 8878, 20 de abril de 2002. Los autores sólo descubrieron un impacto leve de las subas en *managed care* y costos de la salud crecientes en el traslado del pago de las cuotas a cargo del trabajador. De los seis factores analizados, sólo alrededor de un 25 por ciento explicarían la suba en las cuotas de la cobertura médica del empleado entre 1982 y 1996.

<sup>26</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust.

<sup>27</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust.

<sup>28</sup> Hewitt Associates.

<sup>29</sup> Towers Perrin, "2002 Health Care Cost Survey: Report of Key Findings."



Otra tendencia importante tiene que ver con de qué modo los costos de las cuotas influyen sobre la decisión del empleador de brindar o no cobertura. Existe abundante evidencia que demuestra que los costos constituyen el motivo principal por el cual los empleadores optan por no ofrecer tal cobertura. De las pequeñas empresas que no ofrecen cobertura, el 77 por ciento que tiene entre tres y nueve empleados, y el 80 por ciento con entre 10 y 50 empleados, hacen referencia a los altos costos de las cuotas indicando que los consideran un factor con cierta o gran importancia al momento de tomar las decisiones.<sup>30</sup> Debido a que las empresas pequeñas son las primeras en verse afectadas por dichos costos, y las que más los sufren, son los empleados de estas empresas los que tienen más probabilidades de perder la cobertura.

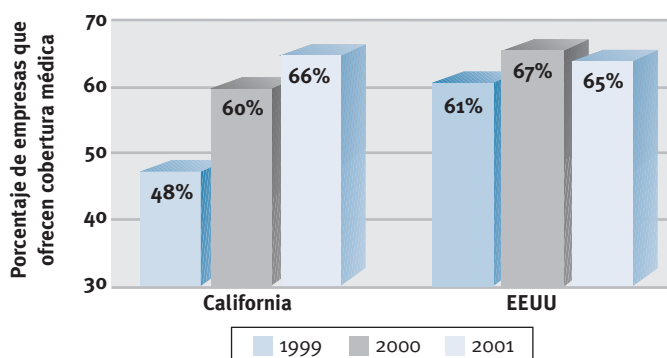
De acuerdo con las estadísticas más recientes de la Oficina de Censo de los Estados Unidos, el ascenso que se dio en los últimos tiempos en la cantidad de personas sin cobertura médica en el Estado de California se debió, principalmente, a la disminución de las coberturas provistas por los empleadores. Ante el incremento abrupto, que tuvo lugar en los últimos años, en los costos de las cuotas a pagar por las coberturas médicas, gran cantidad de empleadores en el Estado de California se ven enfrentados a la difícil decisión de reducir los beneficios de las coberturas, incrementar el costo para los empleados o directamente renunciar a todo beneficio en materia de salud.

Esto es fundamental para comprender la razón por la cual las personas de origen hispano, quienes se concentran mayormente en la industria de los servicios y en pequeñas empresas, corren en este momento un riesgo cada vez mayor de caer en desigualdad en cuanto a la posibilidad de obtener cobertura médica y de estar protegidos con un seguro médico obtenido a través de su empleo. En todo el estado de California los trabajadores hispanos poseen el menor índice de seguro de salud sobre la base de su empleo. Tan sólo el 42.3 por ciento tiene acceso a este beneficio de parte de su empleador, en comparación con más del 60 por ciento de la población afro-americana y de origen asiático y 75 por ciento de la población de raza blanca.<sup>31</sup> Aquellas personas de origen hispano a quienes su empleador les ofrece cobertura médica, participan en planes de cobertura en forma similar a los blancos de origen no hispano. Sin embargo, la población hispana en California continúa registrando índices mucho más altos de falta de cobertura médica en comparación con sus pares de raza blanca (28.3 por ciento y 8.6) por ciento respectivamente, aun luego de tomar en cuenta ciertos factores como los ingresos, la cantidad de miembros que componen la familia, el nivel de educación y la situación laboral.<sup>32</sup>

## Participación del Empleado

Es probable que la favorable situación económica de los noventa haya tentado a más empresas, incluso a las más pequeñas, a ofrecer cobertura médica como una forma de ganar competitividad a la hora de atraer personal calificado. En verdad, el porcentaje de empresas californianas que ofrecen tales beneficios aumentó de un 48 por ciento en 1999 a un 66 por ciento en 2001.<sup>33</sup> Esta tendencia resulta de especial interés dado que dicho Estado comenzó a ofrecer beneficios de salud a cargo del empleador hace sólo unos pocos años y se encuentra en este momento en situación similar a la del resto del país (ver Gráfico 9). Si bien las dificultades económicas actuales podrían alterar esta tendencia, no es éste el factor con mayor incidencia sobre la cobertura médica global.

**Gráfico 9. Porcentaje de empresas que brindan beneficios de salud, 1999-2001, California vs. U.S.**



Fuente: Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust, "California Employer Health Benefits Survey 2001," febrero de 2002.

Según un estudio reciente, las tasas de suscripción habrán de disminuir a medida que aumenten las cuotas de los empleados. El economista de la Universidad de Harvard, David M. Cutler, descubrió que, en el ámbito nacional, el nivel de cobertura bajó durante la década del noventa, principalmente a raíz de que fueron menos los empleados que aceptaron la cobertura en el momento en que ésta se les ofreció. Esta situación no se dio porque fueran menos los empleados a los que se les ofreció la cobertura o los que cumplían los requisitos para hacerse acreedores a ella. De acuerdo con el estudio:

*...la cantidad de empleados a los que se les ofreció cobertura médica se mantuvo constante entre fines de los ochenta y comienzos de 2000. Sin embargo, la cantidad de empleados que rechazó la cobertura subió del 12 al 15 por ciento... La suscripción bajó porque se incrementó notoriamente el costo que ello representa para los empleados... Por otra parte, la magnitud del efecto es tal que el aumento en los costos para el empleado podría explicar la reducción total en las tasas de suscripción de la última década.<sup>34</sup>*

En California, las ofertas de planes de salud por parte de los empleadores y las tasas de suscripción a cargo de los empleados se han mantenido constantes. En 1993, el 68 por ciento de los trabajadores de empresas que ofrecen cobertura médica gozaban de tal beneficio, comparado con el 67 por ciento en 2001.<sup>35</sup>

No cabe duda de que California se ha beneficiado con cuotas por debajo del promedio nacional. Sin embargo, a medida que las cuotas aumentan, es posible que este Estado siga el camino de mayores aportes a cargo del empleado y, en consecuencia, de menores tasas de suscripción y mayor cantidad de trabajadores sin cobertura.

<sup>30</sup> Kaiser Family Foundation, "Employee Health Benefit Survey 1999."

<sup>31</sup> E. Richard Brown, Ninez Ponce, Thomas Rice y Shana Alex Lavarreda, "The State of Health Insurance in California: Findings from the 2001 California Health Interview Survey," Centro de Investigaciones de Políticas de Salud de la Universidad de California, Los Angeles (UCLA), Junio 20, 2002.

<sup>32</sup> Refiérase a la cita anterior, página 21.

<sup>33</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust.

<sup>34</sup> David M. Cutler, "Employee Costs and the Decline in Health Insurance Coverage," Dirección Nacional de Estudios Económicos. Análisis N°: 9036, Julio de 2002.

<sup>35</sup> Kaiser Family Foundation y Health Research & Educational Trust y Oficina de Censos de los Estados Unidos, Última Encuesta Poblacional (P60).

# RENDIMIENTO DE CUENTAS EN EL SISTEMA DE MANAGED CARE: ¿QUÉ ES LO QUE DETERMINA LOS COSTOS?

Los planes de salud del Estado de California intentan explicar el aumento de las cuotas de las coberturas médicas, aduciendo como principal motivo el costo de los medicamentos recetados. Muchos empleadores, los medios y los allegados a la política también se refieren a esto. Sin embargo, si se observa con mayor detenimiento, el gasto real por paciente en realidad no se condice con esta idea. Si a los empleadores y a los beneficiarios se les pide que abonen más, deben saber qué es lo que reciben a cambio de precios más altos.

## Aumentos en las Cuotas

Diversos factores de orden médico o de otro tipo tienen injerencia sobre el costo de las cuotas de las coberturas médicas. No obstante ello, un estudio reciente a cargo de PriceWaterhouseCoopers (PWC) analizó muchos más de ese tipo que otros estudios previos. Más allá de los costos por cobertura médica, los investigadores cuantificaron el impacto de las decisiones de gobierno y la responsabilidad sobre las cuotas de las coberturas. El estudio determinó que el aumento de las cuotas a nivel nacional entre 2001 y 2002 fue de 13,7 por ciento en promedio. Los medicamentos, equipos y avances en materia de salud (que no incluyeron posibles ahorros, tales como internaciones más breves) representaron el 3 por ciento, o 22 por ciento del aumento total. La inflación general y los crecientes gastos de prestadores representaron el 2,5 por ciento cada uno, o el 18 por ciento del aumento total cada uno (ver Tabla 4).<sup>36</sup> El informe de PWC indica que dicho cálculo no incluye gastos administrativos y no necesariamente refleja costos médicos, que crecen con menor rapidez que los importes de las cuotas.

**Tabla 4. Los factores que determinan la suba de los costos de las prestaciones a nivel nacional en las cuotas de las coberturas médicas, 2001-2002**

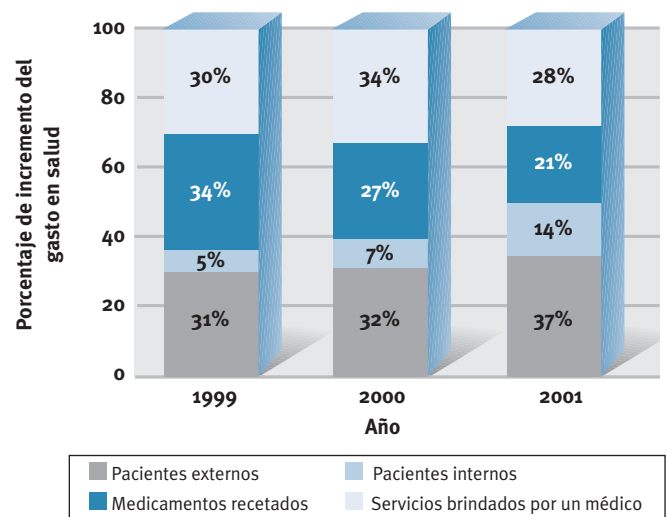
Factores que impulsan la tendencia	Puntos porcentuales	Porcentaje total de aumento
Inflación general (IPC)	2.5	18
Medicamentos, equipos y avances en medicina*	3.0	22
Aumento del costo de los prestadores	2.5	18
Decisiones y regulaciones gubernamentales	2.0	15
Mayor demanda del beneficiario	2.0	15
Litigios y manejo de riesgos	1.0	7
Otras categorías	0.7	5
<b>Tendencia en salud</b>	<b>13.7</b>	<b>100</b>

\* Este porcentaje no refleja los posibles ahorros futuros en concepto de medicamentos, equipos y avances médicos. Por ejemplo, los ahorros en años futuros pueden derivar de internaciones más breves y consumo de otros servicios de salud.

Fuente: PriceWaterhouseCoopers. Preparado para la Asociación Americana de Planes de Salud, "The Factors Fueling Rising Healthcare Costs," Abril de 2002.

Un estudio más reciente publicado en Health Affairs determinó que "el aumento en los gastos por servicios hospitalarios fue el factor más importante que contribuyó en la suba global de los costos, superando ampliamente a los demás factores."<sup>37</sup> Ver Gráfico 10. Los autores se refieren a diversos factores de tal aumento, tales como salarios del personal de hospitales y la consolidación de la industria hospitalaria, lo cual puede ser de especial importancia para el mercado de la salud del Estado de California. Asimismo, los autores demuestran que, por segundo año consecutivo, se redujo el gasto en medicamentos recetados. Sobre la base de lo registrado en los primeros seis meses de 2002, los autores también proyectan una baja en el gasto correspondiente a: servicios de profesionales médicos, medicamentos recetados, pacientes internos y ambulatorios.

**Gráfico 10. Componentes del crecimiento del gasto general en salud a nivel nacional, 1999-2001**



Fuente: Bradley C. Strunk, Paul B. Ginsburg, y Jon R. Gabel, "Tracking Health Care Costs: Growth Accelerated Again in 2001," Health Affairs Web Exclusive, 25 de septiembre de 2002.

California no ha sido inmune al incremento en los gastos nacionales en salud. En dos de los cinco planes superiores del estado, los costos por profesionales médicos fueron el principal factor del aumento. Sólo en uno de los planes, otros costos médicos (que incluyen prescripción de medicamentos para pacientes ambulatorios) fueron el factor principal (ver Apéndice B).<sup>38</sup> No cabe duda de que el gasto en salud está en aumento, pero quizás en ciertos casos se cree que el efecto de los costos médicos en el incremento de las cuotas correspondiente al Estado de California es mayor al real.

<sup>36</sup> Por PriceWaterhouseCoopers, preparado para la Asociación Americana de Planes de Salud, "The Factors Fueling Rising Healthcare Costs," abril de 2002.

<sup>37</sup> Bradley C. Strunk, Paul B. Ginsburg, y Jon R. Gabel, "Tracking Health Care Costs: Growth Accelerated Again in 2001," Health Affairs Web Exclusive, 25 de septiembre de 2002.

<sup>38</sup> Extraído de la información financiera por producto de la base de datos de InterStudy Publications.



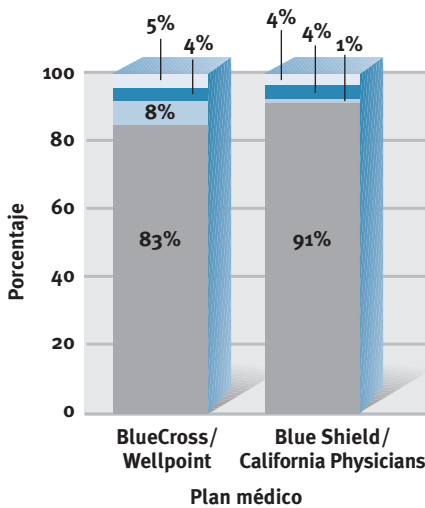
## ¿Cómo se Utiliza la Cuota de la Cobertura Médica del Estado de California?

Las empresas de salud están obligadas por ley del estado a brindar información sobre sus gastos médicos y administrativos. Sin embargo, tal información no es suficiente a fin de brindar un panorama completo de qué es lo que los empleadores y beneficiarios reciben a cambio de precios más elevados. Si bien los planes de managed care aplican mayores ganancias a administración, publicidad y otras áreas sin vinculación con el ámbito médico, también disponen reservas financieras y concentran ganancias. Por desgracia, esta información no resulta de fácil acceso al empleador o beneficiario promedio.

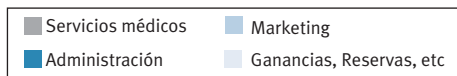
Las cinco empresas más importantes de California declararon gastos administrativos que varían entre un máximo del 16 por ciento a un mínimo del 4 por ciento de los gastos totales correspondientes al año 2001. Los gastos médicos oscilaron entre un máximo del 96 por ciento del gasto total y un mínimo del 84 por ciento (ver Apéndice B).<sup>39</sup>

A pesar de un promedio del 20,12 por ciento de aumento en las cuotas de HMO en el año 2000<sup>40</sup>, Blue Cross/Wellpoint tuvo el incremento menor promedio por asociado entre los proveedores más importantes entre 1999 y 2001. El Gráfico 11 muestra de qué modo se gastó cada dólar adicional de la ganancia total del plan de Blue Cross/Wellpoint durante ese tiempo. Alrededor de 83 centavos de cada dólar adicional se aplicó a atención médica, 8 centavos a administración, 4 centavos a marketing y publicidad y 5 centavos a ganancias y reservas. Asimismo, vale la pena hacer notar que en el año 2000 el plan gastó más en publicidad que en medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.<sup>41</sup>

**Gráfico 11. Aplicación de ganancias adicionales de 1999-2001, Blue Cross/Wellpoint & Blue Shield/California Physicians' Services**



Fuente: Cálculos del autor e información financiera por producto de la base de datos de InterStudy Publications.



Para Blue Shield/ California Physicians' Service, que tuvo un aumento promedio en la cuota por asociado de 35 centavos durante el mismo período, 91 centavos de cada dólar adicional de ganancia se aplicaron a atención médica, 1 centavo a administración, 4 centavos a marketing y publicidad y 4 centavos a ganancias y reservas.<sup>42</sup>

Existe la creencia de que las HMO de California generan algunos de los resultados financieros más importantes del país, a pesar de la debilidad de la economía. Según el Presidente de Blue Cross, David Helwig:

*California posee un mercado de salud muy sofisticado y operado con amplia experiencia. Existe una amplia capacidad operativa en el estado. Ello implica que se conocen los costos, las redes de los proveedores con los que se trabaja, se sabe cuál es el mejor precio para los productos que se ofrecen y existe capacidad para identificar las nuevas tendencias con absoluta rapidez.*<sup>43</sup>

Las cinco mayores empresas del Estado de California que ofrecen cobertura médica experimentaron importantes ganancias en 2001. (ver Apéndice A).<sup>44</sup> Según Weiss Ratings, las HMO y las prestadoras de cobertura médica del estado obtuvieron las segundas ganancias más importantes del país, lo que representa el 15 por ciento de las ganancias totales de la industria a nivel nacional.<sup>45</sup> Las cinco empresas de cobertura médica más importantes del estado atraviesan un muy buen período con relación a ganancias y reservas.

El sistema de managed care enfrenta desafíos nuevos y diversos: lograr la mayor flexibilidad que exige el beneficiario, obtener contratos menos controvertidos con los prestadores de servicios de salud y proteger la participación en el mercado y las ganancias.<sup>46</sup> En consecuencia, los planes de salud atraviesan un proceso de cambio trascendente con relación a las estrategias comerciales.

## ¿Los Pacientes Aceptarán pagar Más por Menos Servicios?

Este cambio se hace más evidente a medida que las HMO adoptan más de las características típicas de las PPO. Por ejemplo, en este momento muchos pacientes tienen un mayor acceso directo a los especialistas. Si bien ésta puede ser la buena noticia tan esperada por los beneficiarios, es factible que aumente la presión para controlar los gastos en las áreas de la medicina con altos costos y de este modo impacte sobre los grupos más vulnerables del estado.

<sup>39</sup> *Ibid.*

<sup>40</sup> MCOL.

<sup>41</sup> Allan Baumgarten, *California Managed Care Review 2002*, (Oakland: Fundación de la Salud del Estado de California, 2002), p. 43 e información financiera de InterStudy Publications.

<sup>42</sup> Cálculos realizados por el autor e información financiera de InterStudy Publications. Blue Shield no brindó información sobre los gastos en fármacos prescritos a pacientes ambulatorios en 2000.

<sup>43</sup> Citado en Sara Selis, "Variations on a Theme," *Revista HealthLeaders*, 13 de enero de 2002.

<sup>44</sup> Extraído de información financiera de InterStudy Publications.

<sup>45</sup> Weiss Ratings, Inc., "Las ganancias de las HMO y Empresas de cobertura médica crecieron del 25 por ciento a \$4.100 millones en 2001," 3 de septiembre de 2002.

<sup>46</sup> Debra A. Draper, Robert E. Hurley, Cara S. Lesser, y Bradley C. Strunk, "Las distintas Facetas del Managed Care," *Health Affairs*, Vol. 21, N°. 1, enero/febrero de 2002.

**Tabla 5. Sistemas de gastos compartidos en HMO introducidos entre el verano de 2001 y la primavera de 2002**

Sistema de gastos compartidos de HMO	Ejemplo
Se dividen a los hospitales por categorías con distintos niveles de costos compartidos	\$0 compartido en la 1ra categoría de hospitales; se comparten \$100 por día en la 2da categoría
Deducible anual por servicios hospitalarios y centros de cirugía ambulatoria	\$240-\$1,500 por socio
Gastos hospitalarios compartidos en sistema de red	\$50-\$50 por día (con 3-7 días máximo)
Deducible para medicamentos de marca recetados	\$150-\$250 por socio

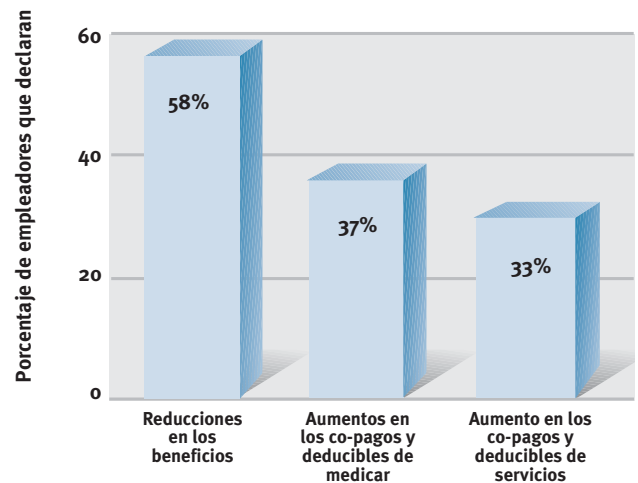
Fuente: Fundación de Salud de California, Mercados de Cobertura Médica, Trends & Analysis, abril de 2002.

Los planes de salud más importantes de California en este momento están imponiendo aumentos en las cuotas que superan ampliamente a los incrementos esperados con relación a los costos médicos. El predominio del sistema de managed care sobre el mercado de salud del estado coloca a los empleadores y beneficiarios en una difícil situación durante esta transición. Tal como se dijo anteriormente, las opciones en salud del Estado de California son muy limitadas, en especial en el mercado de los grupos reducidos. Las HMO están imponiendo mecanismos adicionales de costos compartidos en los planes que ofrecen (ver Tabla 5). Ello se suma a los aumentos constantes en las cuotas. De hecho, una gran cantidad de los empleadores del país ha informado de aumentos en los sistemas de costos compartidos en este año y se prevé un mayor incremento en estos mecanismos próximamente (ver Gráfico 12).<sup>47</sup>

Con el fin de controlar los costos crecientes, los planes de salud han intentado limitar el uso de los servicios. Los sistemas de costos compartidos, pagos conjuntos y demás estrategias constituyen una herramienta útil destinada a desalentar el uso excesivo de los servicios. En consecuencia, en California, los empleadores y beneficiarios tienen muy pocas opciones de planes y es muy probable que sigan abonando más por las alternativas que se ofrecen. El aumento en los costos, ya sea de manera directa mediante subas en las cuotas o en forma indirecta a través de gastos eventuales no comprendidos puede tender a desalentar la decisión de los empleadores de brindar cobertura médica o la de los empleados de aceptarla.

Otro tema importante que genera preocupación es el modo en el que la industria del managed care habrá de responder a los costos más elevados. Además de las estrategias tales como mayores sistemas de costos compartidos y montos deducibles, los planes poseen un incentivo mayor por controlar los costos entre pacientes crónicos o aquellos que requieran de tratamientos médicos onerosos.

**Gráfico 12. Empleadores del país que declaran nuevos sistemas de costos compartidos para 2002**



Fuente: Credit Suisse / First Boston, "2002 Benefit Manager Survey," Análisis del sector de managed care. 15 de enero de 2002.

<sup>47</sup> Credit Suisse / First Boston.

Los esfuerzos por mejorar los servicios de salud encuentran dificultades, particularmente en el caso de muchos de los pacientes crónicos y graves del estado, debido a que tales estrategias de control de costos por lo general hacen que los tratamientos más eficaces queden fuera del alcance de las manos. La consecuencia podría ser el sufrimiento innecesario y prolongado de dichos pacientes. Irónicamente, muchos de los tratamientos más caros, y por lo general denegados y las frecuentes fallas en la calidad en realidad ahorran dinero a largo plazo, alivian el sufrimiento del paciente y evitan la utilización de tratamientos más invasivos.

A raíz del modo en que el sistema de salud se encuentra organizado en la actualidad, por lo general no cuenta con el incentivo o con la capacidad para evaluar los costos globales. En consecuencia, el método más usual para la evaluación de los costos es concentrarse en el costo de los tratamientos individuales o “costos componentes”. Por desgracia, si no se evalúan los costos globales –tales como la incidencia de la recidiva, visitas médicas totales, uso de salas de emergencia, etc. – los esfuerzos por lograr efectividad de costos por lo general fracasan.

Por ejemplo, algunos planes de salud generalmente retrasan los tratamientos más caros, como ser las intervenciones quirúrgicas. Un estudio reciente de MetLife Disability de más de 15.000 consultas por incapacidad temporaria demostró que retrasar el tratamiento, posponer la intervención quirúrgica y otras medidas de control de costos resultan más onerosas para el empleador en el largo plazo. Si bien el estudio se centró en consultas músculo esqueléticas, brinda una perspectiva útil con relación a los costos globales de los servicios de salud. Por ejemplo, los pacientes que se sometieron a intervenciones de manguito rotador perdieron 5,3 semanas de trabajo, comparado con los pacientes sin intervención quirúrgica que perdieron 12,2 semanas. Es decir, limitar el acceso a un servicio de salud puede derivar en consecuencias que van más allá de la simple contabilidad.

Limitar el acceso a ciertos medicamentos, ya sea de manera directa o indirecta, es bastante común. Restricciones formularias, autorizaciones previas y mayores gastos compartidos son algunos ejemplos de ello. En un estudio de 1996 para el Consejo Farmacéutico Nacional [National Pharmaceutical Council], los investigadores realizaron un análisis exhaustivo de 30 estudios desde 1972 a 1996. En su conjunto, dichos estudios demostraron que las limitaciones formularias pueden disminuir el costo de los fármacos pero incrementa los costos globales y disminuye la calidad del servicio.<sup>48</sup> Al implementarse las restricciones, los costos se trasladaron de los fármacos restringidos a una mayor utilización de medicamentos no restringidos y otros servicios de salud. Mientras tanto, los medicamentos más nuevos y efectivos, si bien son más caros, pueden, en caso de no limitarse su uso, disminuir los costos globales en gran medida, más de lo que lo han hecho hasta ahora.

## ¿Se Abandona a los Pacientes?

En lo que puede constituir uno de los ejemplos más claros de tales restricciones, Blue Cross/Wellpoint ha estado trabajando desde 1998 con el fin de modificar la calificación del fármaco Claritina a fin de que sea de venta libre, ya que los pacientes alérgicos pueden, según Blue Cross/Wellpoint, auto diagnosticarse y tratar los síntomas comunes sin necesidad de consultar al médico. De acuerdo con el directivo de la farmacia principal del plan, “siempre creemos que nuestros socios deben tener libre y fácil acceso a los medicamentos seguros y efectivos.”<sup>49</sup> Además de Claritina, Blue Cross/Wellpoint también solicitó a la Food and Drug Administration (FDA) que Allegra y Zyrtec, ambos antihistamínicos, se conviertan en fármacos de venta libre.<sup>50</sup> Uno debería preguntarse si dichos planes de salud se encuentran realmente comprometidos con ofrecer mejores opciones a los pacientes o si intentan, de manera muy mal encubierta, evitar tener que brindar atención a los pacientes.<sup>51</sup>

La forma de operar del sistema de managed care con relación al tratamiento siempre ha sido la de establecer obstáculos al acceso creyendo que la misma solución se aplica a todos los casos, en especial cuando se trata de las innovaciones médicas más recientes. En lugar de prestar atención a las necesidades de cada paciente, el managed care por lo general ignora la importancia que reviste brindar un servicio de salud personalizado.

## Necesidades Particulares de la Población de Origen Hispano en Materia de Salud

Por supuesto que tales decisiones por parte de los planes de salud pueden tener un gran impacto en la salud de prácticamente cualquier grupo de pacientes. Por ejemplo, en diversas áreas, restricciones al acceso en los planes de salud de California tienen graves consecuencias para los hispanos. De hecho, uno de cada siete niños de origen hispano sufre de asma y la población hispana presenta el doble de casos de diabetes que en otros grupos étnicos. Asimismo, el acceso de los hispanos al seguro de salud deberá ser tomado en cuenta al estudiar esta alta incidencia de enfermedades crónicas y cómo tratarlas. Las investigaciones han demostrado que casi la mitad de las personas que padecen de enfermedades crónicas han demorado o ni siquiera han accedido a los cuidados necesarios. Prácticamente todas estas personas han citado el tema de los costos como la razón por la cual habían desistido del cuidado que necesitaban. Teniendo esto en mente, los “costos” de restricción al cuidado de la salud para estas patologías han conducido en última instancia a mayores costos en materia de salud.

<sup>48</sup> Richard A. Levy y Douglas Cocks, *Component Management Fails to Save Health Care System Costs: The Case of Restrictive Formularies*, (Reston, Valmont: Consejo Nacional Farmacéutico, 1996).

<sup>49</sup> *Managed Care Week*, “Health Plans Relieved at Shortcut Blockbuster Drugs Take to OTC,” 1 de julio de 2002.

<sup>50</sup> *Bureau of National Affairs Pharmaceutical Law & Policy Report*, “Claritin Would Become OTC Drug If FDA Approves Schering-Plough Request,” Vol. 2, N°. 11, 14 de marzo de 2002. En 2001, la empresa fabricante de Claritina, Schering-Plough, solicitó a la FDA que dicho fármaco se convirtiera en FVL.

<sup>51</sup> Aetna, que comprendía a casi 800.000 californianos en el año 2001, también ha excluido a Claritina y Clarinex de su formulario para el 2003.

## Asma

De acuerdo con el Foro de Cuestiones Latinas con base en San Francisco, más de medio millón de hispanos en California sufren de asma. Se calcula que la gran mayoría –80 por ciento- de los costos por tratamientos para el asma están a cargo de sólo el 20 por ciento de los pacientes –aquellos cuya enfermedad no fue controlada. La mitad de los costos totales por tratamiento derivaron de la internación.<sup>52</sup> Asimismo, los estudios demuestran que los pacientes asmáticos que se tratan con especialistas, tales como alergistas o especialistas en asma, requieren de cuidados más simples y logran mejores resultados, incluyendo menos internaciones, menores plazos de internación y menos visitas a las salas de emergencias.<sup>53</sup> A raíz de los cuidados inadecuados, la tasa de internación de muchos hispanos como consecuencia de esta afección es mucho mayor que en el caso de pacientes de raza blanca.<sup>54</sup>

Dada la extensa cantidad de pruebas, tanto con relación a los costos de salud como a los resultados positivos de los pacientes, que demuestra la importancia de llevar adelante un tratamiento contra el asma apropiado y continuo, no debe existir duda alguna de que los empleadores y los pacientes tienen un interés particular en que exista la posibilidad de acceso a la atención especializada.<sup>55</sup> Sin embargo, los intentos de Blue Cross/Wellpoint de restringir la cobertura médica de los pacientes alérgicos y asmáticos no sólo atentan contra las opciones de tratamiento recomendadas por los especialistas médicos, sino que potencialmente amenazan el bienestar de los pacientes.

## Diabetes

Los hispanos también constituyen un grupo de mayor riesgo con relación a la diabetes que el resto de la población. De hecho, un sorprendente 10,2 por ciento de los hispanos americanos sufren de diabetes.<sup>56</sup> Sin embargo, menos de la mitad de los planes de salud del Estado de California considerados por HealthScope recibieron la calificación de “bueno” en la asistencia a los pacientes a fin de controlar el nivel de azúcar en sangre. Lo que es más sorprendente, ninguno de los planes recibió una calificación superior a “aceptable” en lo que respecta al control del colesterol de tales pacientes, cuando esto se considera una práctica usual en materia de atención médica.<sup>57</sup>

Es posible encontrar una explicación parcial en los esfuerzos que realizan muchos planes de salud a fin de restringir el uso de algunos de los tratamientos farmacológicos más efectivos contra estas afecciones. Por ejemplo, el Lipitor (calcio de atorvastatina) es un fármaco que por lo general se utiliza con el fin de bloquear la producción de colesterol en el organismo. Por desgracia, muchos planes de salud de California restringen el acceso a este fármaco mediante la exigencia de autorizaciones previas, regulaciones en cuanto al desarrollo de la terapia, límites en la cantidad de días durante los que se cubre la medicación o, simplemente, sin ofrecer cobertura alguna para el uso del medicamento.<sup>58</sup>

De acuerdo con un estudio reciente realizado en el New England Journal of Medicine, la metformina (denominaciones comerciales: Glucophage y Glucophage XR), que se utiliza para regular los niveles de azúcar en sangre, probó ser efectiva para la reducción en un 31 por ciento del riesgo de adquirir diabetes de tipo dos. Cuando los participantes en el estudio sumaron el ejercicio físico a su tratamiento, el riesgo se redujo aún más.<sup>59</sup> No obstante ello, este fármaco también

está restringido en muchos planes de salud de California.<sup>60</sup> Según el Comité Nacional para Garantía de la Calidad ([National Committee for Quality Assurance - NCQA]) una gran parte de los costos para el tratamiento de la diabetes derivan de complicaciones asociadas a la enfermedad, tal como afecciones cardíacas, ceguera, afecciones renales, ataque cerebrovascular e, incluso, muerte.<sup>61</sup> Los empleadores y beneficiarios de servicios de salud deben ser concientes de que el costo de restringir el acceso a la salud generalmente conduce a otros costos derivados del tratamiento de afecciones más serias, por no hacer referencia al sufrimiento que atraviesa el paciente. Asimismo, deben tener en cuenta que los servicios del managed care deben someterse a un control constante.

## ¿Atención Médica de Calidad?

No cabe duda de que el sistema de managed care, en respuesta a las exigencias del beneficiario, está poco a poco ampliando el acceso a los servicios y las opciones existentes en algunas áreas. El Comité Nacional para Garantía de la Calidad (NCQA), grupo nacional de acreditación de HMO, informa que, por quinto año consecutivo, la calidad de tales servicios ha mejorado.<sup>62</sup> Pero un estudio reciente publicado en el Journal of the American Medical Association contradice la validez de las conclusiones del NCQA. Los autores del estudio revelan que, entre 1997 y 1999, los planes de salud con las calificaciones más bajas tendieron a eliminar los datos relativos a calidad de los medios de público acceso. Por ejemplo, un 49 por ciento de los planes se retiraron de los medios de acceso público en 1998. Los autores llegan a la conclusión de que, “En comparación con los servicios de las HMO que recibieron una alta calificación en materia de calidad, los planes con calificaciones bajas presentan una mayor tendencia a dejar de publicar la información sobre su situación en este sentido. La presentación voluntaria de información sobre calidad es ineficaz; la falta de publicidad selectiva atenta contra la posibilidad del beneficiario de tomar una decisión informada y contra la obligación de rendir cuentas públicamente.”<sup>63</sup> Otros estudios siguen encontrando diversos niveles de calidad en el ámbito del managed care.

<sup>52</sup> D. H. Smith, y colaboradores, “A national estimate of the economic costs of asthma,” *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, Vol. 156, 1997.

<sup>53</sup> D. Bukstein y A. Luskin, “Specialty influence on acute care resource utilization by asthma patients,” *Anales de la Inmunología Alérgica y Asmática*, Vol. 80, 1998 y Health Outcomes Institute, *Update newsletter*, Otoño de 1997.

<sup>54</sup> Foro de Cuestiones Latinas, “Confronting Asthma in California’s Latino Communities,” abril de 1999.

<sup>55</sup> Ver, por ejemplo, C.R. Westley, y colaboradores, “Cost effectiveness of an allergy consultation in the management of asthma,” *Allergy Asthma Proc*, Vol. 18, 1997; K. Sperber, y colab., “Effectiveness of a specialized asthma clinic in reducing asthma morbidity in an inner-city minority population,” *J Asthma*, Vol. 32, 1995; y A. G. Weinstein, L. McKee, J. Stapleford, D. Faust, “An economic evaluation of short-term inpatient rehabilitation for children with severe asthma,” *J Allergy Clin Immunol*, vol. 98, 1996.

<sup>56</sup> Oficina Nacional de Información sobre Diabetes, Institutos Nacionales de Salud en [www.niddk.nih.gov](http://www.niddk.nih.gov).

<sup>57</sup> HealthScope: evaluaciones de la calidad de los servicios de salud en [www.healthscope.org/Interface/health\\_plans/default.asp](http://www.healthscope.org/Interface/health_plans/default.asp). HealthScope es una fuente pública de información provista por el Grupo Comercial Pacífico de Salud con base en San Francisco.

<sup>58</sup> Referencia formularia de California disponible en Internet: [ca.mcdrugs.com](http://ca.mcdrugs.com). Sitio promovido por Ciudadanos por el Derecho a Saber. Información de MediMedia.

<sup>59</sup> Grupo de Investigación para el Programa de Prevención de la Diabetes, “Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin,” *New England Journal of Medicine*, Vol. 346, Nº 6, 7 de febrero de 2002.

<sup>60</sup> Referencia Formularia de California disponible en Internet.

<sup>61</sup> Comité Nacional para Garantía de la Calidad, *La Situación de la Calidad en Materia de Salud – Año 2002: Tendencias y Análisis de la Industria*, (Washington, D.C.: Comité Nacional para Garantía de la Calidad, 2002).

<sup>62</sup> Comité Nacional para Garantía de la Calidad.

<sup>63</sup> Danny McCormick, MD, MPH; y colab., “Relationship Between Low Quality-of-Care Scores and HMOs’ Subsequent Public Disclosure of Quality-of-Care Scores,” *Journal of the American Medical Association*, Vol. 288, Nº 12, 25 de septiembre de 2002. Desde hace poco, una nueva disposición prohíbe a los planes de salud que se oponen a la publicación conservar su acreditación. Los autores también señalan que en 1998 se rechazaron tan sólo el 4 por ciento de las solicitudes de acreditación de las HMO.



En un análisis de 79 estudios publicados entre 1997 y mediados de 2001, los investigadores determinaron que las HMO tienden a utilizar menor cantidad de recursos hospitalarios, tal como períodos de internación más breves y menos servicios en las unidades de cuidado intensivo, así como otros tratamientos onerosos, especialmente los destinados a los ancianos y pacientes con enfermedades crónicas. Por otra parte, según los autores, “los socios de las HMO manifiestan la existencia de resultados más negativos con relación a diversas medidas de acceso a la salud y menores niveles de satisfacción, en comparación con los socios de otro tipo de entidades.”<sup>64</sup> Esto podría explicar por qué los beneficiarios en California siguen presionando a fin de lograr mayores reformas legislativas.

A pesar de las numerosas reformas estatales aprobadas en 1999, la industria del managed care sigue enfrentando un fuerte descontento por parte de los pacientes, tal como lo demuestran las continuas medidas legislativas tendiente a profundizar la regulación del sector. El Gobernador de California, Gray Davis, hace poco aprobó un nuevo paquete de reformas relativas a los servicios del managed care. Los pacientes con ciertas enfermedades con riesgo de vida ahora ven garantizada la posibilidad de acceder a los medicamentos recetados, si se encuentran cubiertos por su HMO. El Department of Managed Care ahora está autorizado para regular la calidad de estos servicios. Las empresas que brindan cobertura médica, incluyendo a las HMO, probablemente no modificarán sus cuotas ni sus costos por gastos variables no cubiertos con posterioridad al comienzo de un período de aceptación de suscripciones, o luego de percibir el pago de una cuota correspondiente al primer mes de la cobertura.<sup>65</sup> Se aprobaron once proyectos de ley.

Si bien es posible que el managed care se encuentre en lenta evolución hacia la satisfacción de las necesidades de los beneficiarios, existen aún muchos interrogantes: ¿qué alternativas tienen los beneficiarios? ¿los altos costos llevarán a más personas a engrosar las listas de quienes se encuentran sin cobertura? ¿qué costos – en términos de dinero y bienestar de los pacientes- existen mientras tanto?

## Los Pacientes Primero

El sistema de managed care se desarrolló con la idea de que habría de revolucionar la industria de la salud al mejorar la calidad y controlar los costos. Ha fracasado en ambos sentidos. En los últimos años, el managed care ha erigido nuevas barreras al acceso, especialmente con relación a las últimas innovaciones médicas.

Una perspectiva más conveniente –tanto para empleadores como empleados- es permitir que los trabajadores tengan un mayor control sobre sus propias decisiones en cuestiones de servicios de salud. Más opciones de planes de salud constituirían un buen comienzo. Arkansas y North Dakota hace poco aprobaron leyes que permiten a las empresas de cobertura médica ofrecer coberturas más simples a más bajo costo.<sup>66</sup> Ello podría posibilitar el regreso de coberturas médicas importantes (que se caracterizan por ofrecer mayores deducibles y menores cuotas mensuales) a California.

Una disposición reciente del IRS (Internal Revenue Service) que permite a los empleados establecer Acuerdos de Reembolso de Gastos de Salud (Health Reimbursement Arrangements - HRAs) también podría brindar a los empleadores californianos la tan necesaria asistencia relativa a los beneficios de salud.<sup>67</sup> De aquí en más, el dinero que los empleadores provean para cubrir los gastos médicos variables no cubiertos del empleado no serán gravables y los fondos no utilizados podrán trasladarse de un año al siguiente. Cuando el empleado se jubila o cambia de empleo, también podrá recibir los fondos remanentes en la forma de un pago único. Básicamente, esto elimina la regla del “úselo o piérdalo” para los aportes patronales en material de salud.

En lugar de adquirir coberturas médicas sin deducibles para sus empleados, los empleadores ahora pueden contratar coberturas con altos deducibles y aplicar la diferencia en costos al financiamiento de cuentas de gastos médicos, algo similar a lo que ocurre con las cuentas médicas de ahorro. De conformidad con los Acuerdos de Reembolso de Gastos de Salud, los pacientes pueden elegir los médicos por sí mismos y determinar sus prioridades en materia de necesidades y preferencias. Según el Wall Street Journal, Humana observó que el 19 por ciento de aumento que se había proyectado en los costos de salud cayó por debajo del 4 por ciento al ofrecer estos planes a sus empleados.<sup>68</sup> A partir del 2003, el Programa Federal de Beneficios de Salud comenzará a ofrecer la opción de los Acuerdos de Reembolso.<sup>69</sup> Dicha opción habrá de incluir amplia cobertura médica, con una cuenta personal de U\$S1.000 para socios individuales y de U\$S2.000 para grupos familiares.

El aspecto más importante de esta perspectiva es que genera transparencia dentro del sistema de salud. Imposibilitaría que el sector privado de la salud intente, de manera encubierta, controlar sus costos – restringiendo el acceso a los tratamientos médicos más modernos, por lo general, sin la participación del profesional médico y sin el conocimiento del paciente – lo cual obra en contra del cuidado del paciente y no necesariamente es eficaz en materia de control de costos.

<sup>64</sup> Robert H. Miller, Harold S. Luft, “HMO Plan Performance Update: An Analysis of The Literature, 1997-2001,” *Health Affairs*, vol. 21, N° 4, julio/agosto de 2002. Los resultados obtenidos por los autores demuestran una tendencia más favorable en el caso de la calidad de los servicios de las HMO que en otros casos. En términos generales, los autores establecieron que la calidad del servicio de las HMO es similar a la de otras instituciones.

<sup>65</sup> Despacho del gobernador Gray Davis, “Governor Davis Expands California's Landmark Patient's Bill of Rights,” Comunicado de Prensa, 22 de septiembre de 2002.

<sup>66</sup> Betsy McCaughey, “States Look to Cut Red Tape to Ease Crisis of Uninsured,” *Investors' Business Daily*, 15 de marzo de 2002.

<sup>67</sup> Internal Revenue Service, Acuerdos de Reembolso de Gastos de Salud, *Internal Revenue Bulletin*, Aviso 2002-45.

<sup>68</sup> *Wall Street Journal*, “Three Cheers for the IRS,” 2 de Julio de 2002.

<sup>69</sup> Galen Institute, *Health Policy Matters*, 20 de septiembre de 2002.

California es el estado que ofrece los mejores tratamientos médicos existentes. Allí se encuentran algunas de las mejores instituciones de investigación académica, los principales centros hospitalarios y las empresas médicas más innovadoras. Por desgracia, el acceso a los servicios de salud, la calidad, las opciones y las posibilidades económicas de acceder al servicio cada vez son más escasas en este estado.

El mercado actual de la salud se encuentra dominado por un grupo de empresas recelosas que toman decisiones importantes en material de salud, las que deberían estar a cargo de los pacientes y de sus médicos. Los intentos encubiertos de tales empresas por controlar aún más sus costos - restringiendo el acceso a los tratamientos médicos más modernos o postergando los tratamientos, por lo general, sin la participación del profesional médico y sin el conocimiento del paciente- atentan contra del cuidado del paciente y no necesariamente son eficaces en materia de control de costos.

Los intentos de limitar aún más los servicios de salud son particularmente preocupantes para la población hispana que, como grupo, presenta mayor tendencia a sufrir afecciones crónicas, tales como asma o diabetes. La restricción del acceso a la medicina para el tratamiento de dichas afecciones generalmente deriva en la necesidad de tratamientos para cuadros más severos y en el sufrimiento del paciente.

Ese es sólo uno de los motivos por los que los empleadores y beneficiarios del Estado de California deben estar al tanto de sus opciones en material de salud, de cuánto abonan por su cobertura médica y de qué es lo que se les brinda por tal concepto. A medida que las cuotas aumentan, es posible que este estado norteamericano siga el rumbo de los mayores aportes a cargo del empleado y, en consecuencia, menores tasas de suscripción, así como una mayor cantidad de trabajadores sin cobertura médica – especialmente los de origen hispano.

Debido a que son las pequeñas empresas las primeras que sufren (y las que más sufren) a consecuencia de estos costos, sus trabajadores corren mayor riesgo de perder la cobertura. Los trabajadores hispanos, altamente concentrados en la industria de servicios y en pequeñas empresas, experimentan una desproporcionada falta de cobertura y son vulnerables a aumentos adicionales en las cuotas.

Un sistema más eficaz –tanto para empleadores como para empleados- sería aquel en que se les permitiera a los trabajadores ejercer un mayor control sobre las decisiones en material de salud. Se requiere mayor transparencia y posibilidad de optar en el mercado de la salud a fin de reducir los costos de las cuotas y permitir que sean los pacientes quienes fijen las prioridades con relación a sus necesidades y preferencias. Si tales decisiones vuelven a depender de los beneficiarios y sus médicos, los empleadores californianos, los legisladores, las empresas que brindan cobertura médica y los prestadores de servicios médicos podrían lograr que el sistema de salud vuelva a rendir debidas cuentas y se coloque a los pacientes en primer lugar.



### Resumen de las finanzas y los socios de los planes de salud, 2001

	Kaiser	Blue Cross/ Wellpoint	Cal. Physician Services/ Blue Shield	Health Net	PacifiCare
Socios	6,433,296	4,389,159	2,001,299	2,471,553	2,065,998
Ingreso neto antes de impuesto	\$120,257,000	\$535,420,000	\$61,189,000	\$172,262,606	\$67,116,845
<b>Ingreso Total</b>	<b>\$14,887,411,000</b>	<b>\$7,273,347,000</b>	<b>\$4,311,646,000</b>	<b>\$4,870,894,640</b>	<b>\$6,499,640,425</b>
- Cuotas mensuales	\$9,755,489,000	\$6,111,530,000	\$3,584,660,000	\$3,197,346,630	\$2,657,512,725
<b>Gasto Total</b>	<b>\$14,767,154,000</b>	<b>\$6,737,927,000</b>	<b>\$4,250,457,000</b>	<b>\$4,698,632,034</b>	<b>\$6,432,523,580</b>
- Marketing	\$160,753,000	\$375,901,000	\$256,078,000	\$25,387,876	\$140,181,933
- Admin*	\$399,713,000	\$976,759,000	\$527,862,000	\$408,198,333	\$535,549,722
- Servicios brindado por los médicos	\$6,257,576,000	\$2,246,717,000	\$1,451,739,000	\$1,882,955,584	\$2,397,517,248
- Pacientes internos	\$4,128,755,000	\$2,387,056,000	\$1,403,287,000	\$1,616,808,190	\$2,174,707,616

\* Gastos -Admin incluye Remuneraciones, Otros ítems consolidados y los relacionados con Marketing incluido más arriba. No incluye Gastos financieros o de Ocupación, Depreciación ni Amortización.

Fuente: Extraído de la información financiera por producto de la base de datos de InterStudy Publications.

**Detalle de las finanzas y los socios de los planes de salud, 1999-2001**

**Blue Cross of California/Wellpoint**

Gastos de los Planes de Salud, 2001

Gastos de los Planes de Salud, 1999-2001

**Blue Shield/California Physicians' Service**

Gastos de los Planes de Salud, 2001

Gastos de los Planes de Salud, 1999-2001

**Health Net**

Gastos de los Planes de Salud, 2001

Gastos de los Planes de Salud, 1999-2001

**Kaiser Foundation Health Plan, Inc.**

Gastos de los Planes de Salud, 2001

Gastos de los Planes de Salud, 1999-2001

**PacifiCare of California**

Gastos de los Planes de Salud, 2001

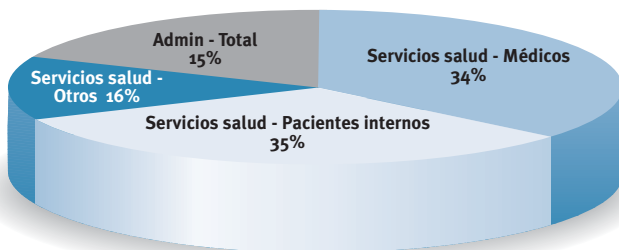
Gastos de los Planes de Salud, 1999-2001

## Blue Cross of California/Wellpoint

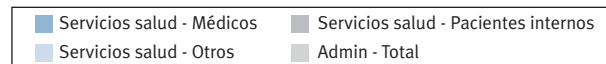
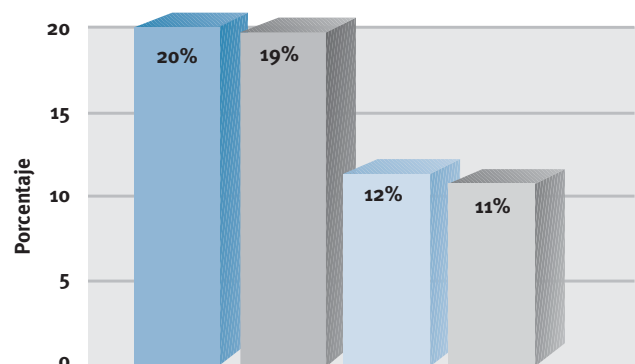
	2001	2000	1999
Patrimonio Neto Total	\$886,880,000	\$875,430,000	\$761,276,000
Ingreso – Cuotas mensuales	\$6,111,530,000	\$5,395,745,000	\$4,581,020,000
Cuotas mensuales /Socios	\$1,392	\$1,300	\$1,197
Ingreso total	\$7,273,347,000	\$6,374,868,000	\$5,332,869,000
Servicios salud - Médicos	\$2,246,717,000	\$1,872,735,000	\$1,692,928,000
Servicios salud – Pacientes internos	\$2,387,056,000	\$2,004,447,000	\$1,623,333,000
Servicios salud - Otros	\$1,060,732,000	\$946,830,000	\$788,029,000
Servicios salud - Total	\$5,727,956,000	\$4,868,784,000	\$4,125,597,000
Admin - Remuneraciones	\$333,803,000	\$353,846,000	\$315,063,000
Admin - Marketing	\$375,901,000	\$348,164,000	\$291,823,000
Admin - Otros ítems consolidados	\$267,055,000	\$174,571,000	\$129,673,000
Admin – Total	\$1,009,971,000	\$911,544,000	\$772,702,000
Gasto Total	\$6,737,927,000	\$5,780,328,000	\$4,898,299,000
Ingreso neto antes de impuesto	\$535,420,000	\$594,540,000	\$434,570,000
Ingreso neto antes de impuesto/ Socios	\$122	\$143	\$114
Total de Socios	4,389,159	4,149,950	3,827,766
Total de Consultas con Médicos			
Total de Consultas			
Días de cama cada 1,000 Socios	266	262	272
Duración promedio de la estadía	4.32	4.31	4.18

*Fuente: Extraído de la información financiera de InterStudy Publications*

### Gastos de los planes de salud, 2001



### Incrementos en los gastos de los planes de salud, 1999-2001

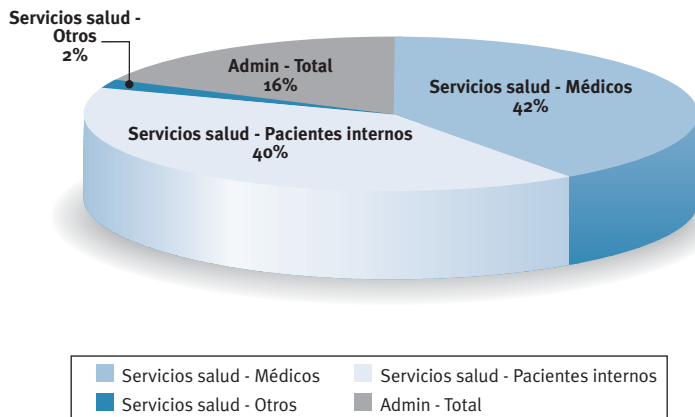


## Blue Shield/California Physicians' Service

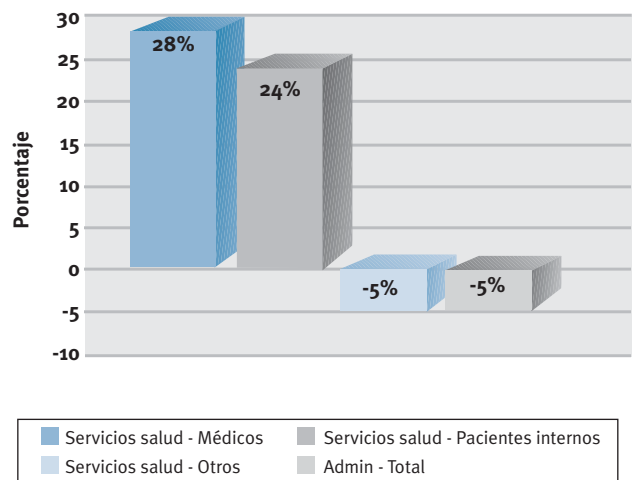
	2001	2000	1999
Patrimonio Neto Total	\$605,344,000	\$546,892,000	\$546,650,000
Ingreso – Cuotas mensuales	\$3,584,660,000	\$2,914,052,000	\$2,446,083,000
Cuotas mensuales/Socios	\$1,791	\$1,443	\$1,326
Ingreso total	\$4,311,646,000	\$3,526,563,000	\$2,975,553,000
Servicios salud - Médicos	\$1,451,739,000	\$1,131,937,000	\$974,653,000
Servicios salud – Pacientes internos	\$1,403,287,000	\$1,136,174,000	\$898,515,000
Servicios salud - Otros	\$56,024,000	\$59,041,000	\$46,100,000
Servicios salud - Total	\$3,680,783,000	\$2,947,606,000	\$2,459,060,000
Admin - Remuneraciones	\$164,416,000	\$131,869,000	\$149,389,000
Admin - Marketing	\$256,078,000	\$223,512,000	\$203,371,000
Admin - Otros ítems consolidados	\$107,368,000	\$191,557,000	\$99,004,000
Admin - Total	\$569,674,000	\$597,738,000	\$500,286,000
Gasto Total	\$4,250,457,000	\$3,545,344,000	\$2,959,346,000
Ingreso neto antes de impuestos	\$61,189,000	(\$18,781,000)	\$16,207,000
Ingreso neto antes de impuestos/ Socios	\$31	(\$9)	\$9
Total de Socios	2,001,299	2,019,419	1,844,465
Total de Consultas con Médicos	12,469,495	11,353,651	9,637,354
Total de Consultas	21,101,805	18,774,930	16,271,776
Días de cama cada 1,000 Socios	246.5	241.1	250.2
Duración promedio de la estadía	3.8	3.8	4

*Fuente: Extraído de la información financiera de InterStudy Publications.*

**Gastos de los planes de salud, 2001**



**Incrementos en los gastos de los planes de salud, 1999-2001**

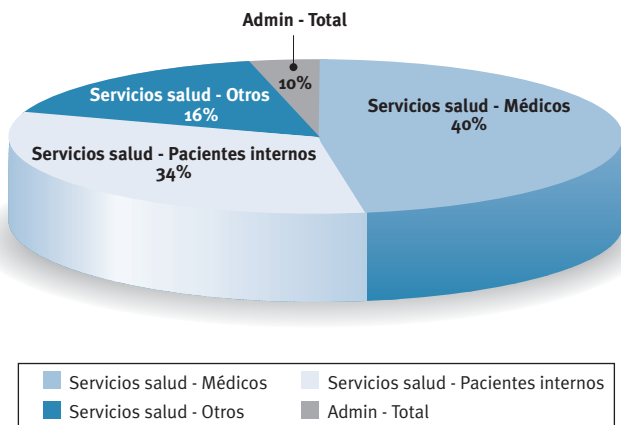


## Health Net

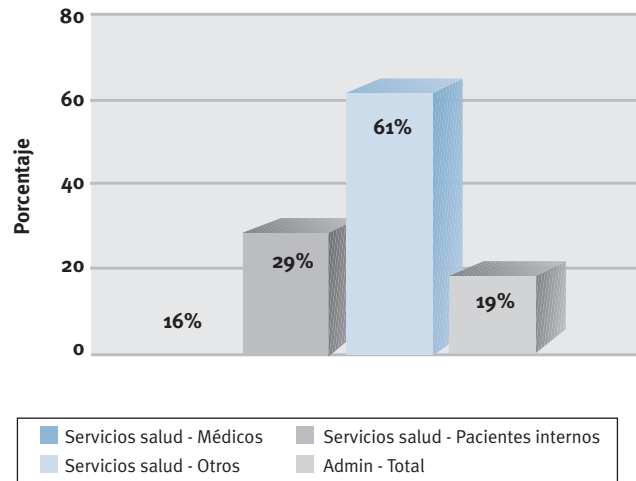
	2001	2000	1999
Patrimonio Neto Total	\$500,585,310	\$467,790,147	\$414,250,140
Ingreso – Cuotas mensuales	\$3,197,346,630	\$2,518,116,341	\$2,343,110,921
Cuotas mensuales/Socios	\$1,294	\$1,105	\$1,075
Ingreso total	\$4,870,894,640	\$3,981,586,652	\$3,678,223,909
Servicios salud - Médicos	\$1,882,955,584	\$1,617,120,321	\$1,591,455,181
Servicios salud – Pacientes internos	\$1,616,808,190	\$1,254,128,139	\$1,167,592,688
Servicios salud - Otros	\$739,506,828	\$459,518,127	\$419,354,171
Servicios salud - Total	\$4,239,270,602	\$3,330,766,587	\$3,178,402,040
Admin - Remuneraciones	\$142,410,674	\$156,824,280	\$157,008,168
Admin - Marketing	\$25,387,876	\$16,557,347	\$16,543,529
Admin - Otros ítems consolidados	\$240,399,783	\$162,419,283	\$130,429,063
Admin - Total	\$459,361,432	\$384,480,330	\$334,474,673
Gasto Total	\$4,698,632,034	\$3,715,246,917	\$3,512,876,713
Ingreso neto antes de impuestos	\$172,262,606	\$266,339,735	\$165,347,196
Ingreso neto antes de impuestos/ Socios	\$70	\$117	\$76
Total de Socios	2,471,553	2,279,319	2,180,305
Total de Consultas con Médicos	4,952,216	5,508,238	9,862,177
Total de Consultas	6,568,235	6,030,657	12,327,721
Días de cama cada 1,000 Socios	274.1	279.7	321.8
Duración promedio de la estadía	5	5	5

*Fuente: Extraído de la información financiera de InterStudy Publications.*

**Gastos de los planes de salud, 2001**



**Incrementos en los gastos de los planes de salud, 1999-2001**

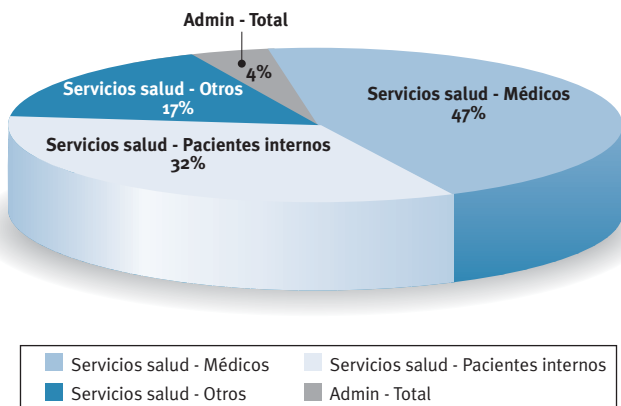


## Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

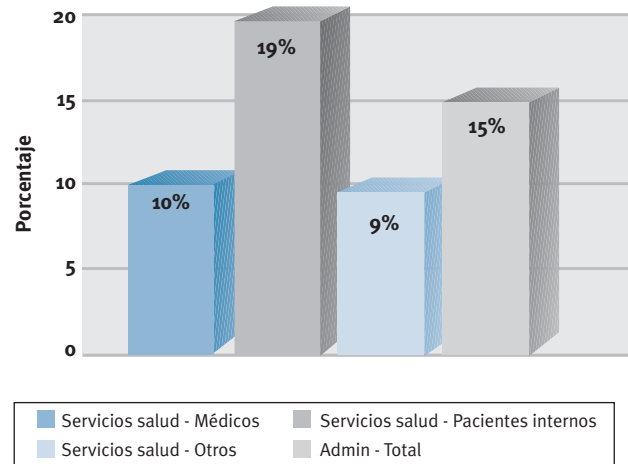
	2001	2000	1999
Patrimonio Neto Total	\$1,336,058,000	\$1,306,585,000	\$1,176,994,000
Ingreso – Cuotas mensuales	\$9,755,489,000	\$8,514,947,000	\$7,608,844,000
Cuotas mensuales/Socios	\$1,516	\$1,360	\$1,238
Ingreso total	\$14,887,411,000	\$13,331,861,000	\$11,945,443,000
Servicios salud - Médicos	\$6,257,576,000	\$5,707,322,000	\$5,285,123,000
Servicios salud – Pacientes internos	\$4,128,755,000	\$3,469,660,000	\$2,998,694,000
Servicios salud - Otros	\$2,166,190,000	\$1,979,290,000	\$1,660,672,000
Servicios salud - Total	\$14,284,318,000	\$12,750,822,000	\$11,394,981,000
Admin - Remuneraciones	\$140,828,000	\$135,169,000	\$136,983,000
Admin - Marketing	\$160,753,000	\$154,053,000	\$134,981,000
Admin - Otros ítems consolidados	\$98,132,000	\$38,063,000	\$135,765,000
Admin - Total	\$482,836,000	\$418,406,000	\$524,743,000
Gasto Total	\$14,767,154,000	\$13,169,228,000	\$11,919,724,000
Ingreso neto antes de impuestos	\$120,257,000	\$162,633,000	\$25,719,000
Ingreso neto antes de impuestos/ Socios	\$19	\$26	\$4
Total de Socios	6,433,296	6,260,026	6,145,836
Total de Consultas con Médicos	21,548,907	21,128,028	20,089,375
Total de Consultas	33,801,437	33,648,023	33,374,900
Días de cama cada 1,000 Socios	262	262	229
Duración promedio de la estadía	4	3.9	3.8

*Fuente: Extraído de la información financiera de InterStudy Publications.*

**Gastos de los planes de salud, 2001**



**Incrementos en los gastos de los planes de salud, 1999-2001**



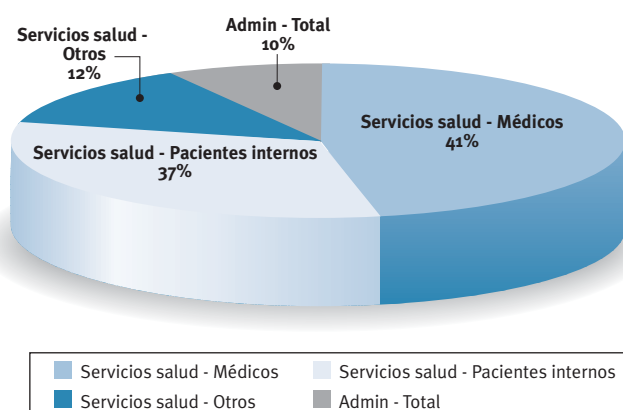


## PacifiCare of California

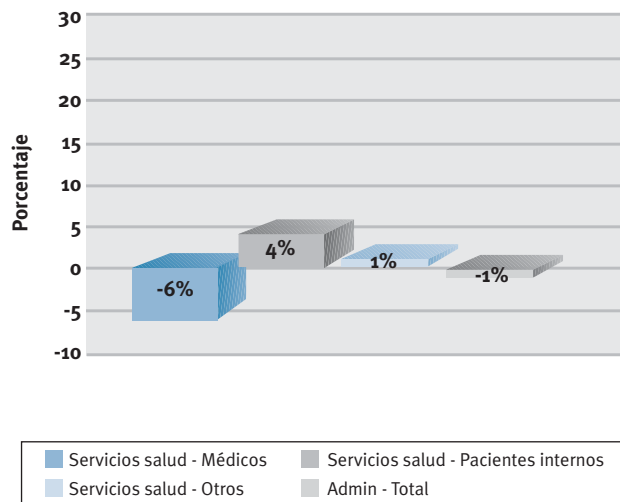
	2001	2000	1999
Patrimonio Neto Total	\$293,507,453	\$239,753,607	\$243,430,709
Ingreso – Cuotas mensuales	\$2,657,512,725	\$2,696,040,759	\$2,357,397,718
Cuotas mensuales/Socios	\$1,286	\$1,134	\$1,013
Ingreso total	\$6,499,640,425	\$6,614,591,420	\$6,244,245,678
Servicios salud - Médicos	\$2,397,517,248	\$2,555,121,575	\$2,345,806,638
Servicios salud – Pacientes internos	\$2,174,707,616	\$2,081,444,869	\$2,105,860,136
Servicios salud - Otros	\$716,321,061	\$711,553,280	\$521,755,353
Servicios salud - Total	\$5,872,924,283	\$5,794,445,376	\$5,263,515,777
Admin - Remuneraciones	\$165,488,508	\$164,654,084	\$144,605,058
Admin - Marketing	\$140,181,933	\$184,782,553	\$187,290,213
Admin - Otros ítems consolidados	\$229,879,281	\$193,540,632	\$192,836,158
Admin - Total	\$559,599,297	\$564,506,901	\$550,314,006
Gasto Total	\$6,432,523,580	\$6,358,952,277	\$5,813,829,783
Ingreso neto antes de impuestos	\$67,116,845	\$255,639,143	\$430,415,895
Ingreso neto antes de impuestos/ Socios	\$32	\$108	\$185
Total de Socios	2,065,998	2,376,801	2,328,082
Total de Consultas con Médicos	11,159,487	12,217,735	12,013,591
Total de Consultas	11,159,487	12,217,735	12,013,591
Días de cama cada 1,000 Socios	525	510	514
Duración promedio de la estadía	4.24	4.34	4.38

Fuente: Extraído de la información financiera de InterStudy Publications.

### Gastos de los planes de salud, 2001



### Incrementos en los gastos de los planes de salud, 1999-2001



## Acerca de la Autora

**Naomi Lopez Bauman** es consultora en políticas públicas. Ha llevado a cabo investigaciones en materia de programas federales y estatales de salud y bienestar, asuntos relativos a la infancia, a la mujer, a las trabas a los emprendimientos profesionales, a la privatización de la seguridad social y a programas de gasto tributario.

Lopez Bauman se ha desempeñado como Directora tanto del Center for Enterprise and Opportunity (Centro de Emprendimientos y Oportunidades) como del Project on Children (Proyecto sobre la Infancia) del Pacific Research Institute, habiendo sido además miembro del Grupo de Trabajo Bipartidario del Senado en el Estado de California sobre el problema de la escasez de vivienda. Asimismo, Lopez-Bauman se ha desempeñado como investigadora adjunta sobre temas de salud y bienestar en el Institute for SocioEconomic Studies y como analista en políticas de ayuda social en el Cato Institute. Desempeño el cargo de asesora en políticas especiales

para la Comisión Secchia del Estado de Michigan, la cual tenía a su cargo formular recomendaciones tendientes a la reforma del gobierno del estado.

Lopez-Bauman aparece a menudo como invitada en diversos medios de comunicación, habiendo participado en el programa Politically Incorrect de la ABC, así como también en PBS, CNN, CNBC, FOX News Channel y MSNBC. Es autora de más de 80 estudios y comentarios. Sus artículos de opinión han sido publicados en medios tales como Investor's Business Daily, Los Angeles Daily Journal, Washington Times, San Diego Union-Tribune, Chicago Tribune, Houston Chronicle e Insight. Lopez Bauman es Licenciada en Economía de la Trinity University del Estado de Texas y posee una Maestría en Asuntos de Gobierno de la Johns Hopkins University.

## Acerca de la Fundación de la Coalición Latina

### Objetivo

La Fundación de la Coalición Latina es una organización tipo 501(c)(3), independiente, sin afiliación política, sin ánimo de lucro y con sede en Washington D.C. La organización fue establecida en 1995 con el fin de analizar e investigar temas y programas que afectan de forma directa el bienestar de los hispanos en Estados Unidos. Nuestra meta es promover iniciativas que estimulen el desarrollo social, empresarial, y económico de los latinos.

La Fundación de la Coalición Latina estudia y promueve políticas relevantes para el desarrollo integral de los hispanos al nivel económico, cultural y social, al tiempo que busca facultar al individuo a través de la promoción de la confianza en sí mismo y de la responsabilidad personal. La Fundación de la Coalición Latina también analiza e informa a la opinión pública acerca del impacto de legislación al nivel federal, estatal y local, y acerca de regulaciones gubernamentales que afecten a la comunidad latina.

Como entidad de análisis de políticas públicas, la Fundación de la Coalición Latina observa con detenimiento estas políticas al nivel federal, estatal y local, con el propósito de establecer su impacto en las comunidades hispanas de todo el país, y de ser necesario, participar en campañas de educación de la ciudadanía.

### Dentro de la comunidad latina, la diversidad es clave

El censo 2000 sacudió a todo el país. Líderes corporativos, funcionarios públicos electos y nombrados a sus cargos, y miembros de los medios de comunicación, enfrentan el reto de adaptarse a la nueva cara de Estados Unidos. Sin embargo, antes de poder hacerlo necesitarán entender que la cultura latina es en extremo diversa, con múltiples y muy diferentes necesidades y prioridades.

Durante mucho tiempo los latinos han sido vistos como una comunidad monolítica, pero nada podría estar más lejos de la verdad. Los hispanos que viven en Estados Unidos comparten muchas características comunes. La mayoría de ellos comparten el idioma, la fe religiosa y el gran tamaño y cohesión de sus familias.

No obstante, se diferencian de gran manera por las variaciones culturales y coloquiales de su idioma, por el diverso sabor de sus comidas, por su estatus económico y educativo, y por las experiencias individuales que los llevaron a emigrar a ellos o a sus ancestros hacia Estados Unidos.

Estas diferencias son con frecuencia determinadas por las condiciones de vida, por el lugar de origen o por el estatus económico. Por ejemplo, una familia México-americana residente de una zona rural de Fresno, en California, puede tener necesidades y prioridades muy diferentes a las que tiene una familia México-americana de la zona urbana de Chicago, Illinois.

### La Fundación de la Coalición Latina promueve un mejor entendimiento de las comunidades latinas

La Fundación de la Coalición Latina se esfuerza por promover un mejor entendimiento de las múltiples comunidades latinas del país. A través de investigaciones étnicas, foros públicos y publicaciones, la Fundación educa a los líderes de la nación acerca del delicado balance y las diferencias que existen entre las comunidades latinas.

La Fundación sirve además como referencia y como depositaria de investigaciones sobre los comportamientos y actitudes de los latinos en Estados Unidos. Además, estudia, analiza e informa sobre las tendencias de los hispanos basándose en investigaciones hechas por su personal, y en un cuidadoso análisis de investigaciones realizadas por otras fuentes.

Como parte de su labor investigativa, la Fundación lleva a cabo sondeos periódicos de opinión pública que incluyen estudios cualitativos y cuantitativos que promueven un mejor entendimiento de las comunidades latinas de todo el país. La Fundación de la Coalición Latina incluye también una serie de proyectos diseñados con el objeto de solucionar las necesidades individuales de los diversos grupos que conforman la comunidad hispana.