

## **Claves para un programa cooperativo para proveer cobertura médica para adultos de bajos recursos sin seguro médico en el Condado de Durham**

---

Creemos que todos deben tener acceso total a servicios médicos más económicos. Creemos que necesitamos programas federales y estatales para las necesidades de las personas sin seguro médico. Sin embargo, hasta que esos programas sean creados, debemos responder a estas necesidades localmente. Hemos identificado que:

- El número y porcentaje de los residentes del Condado de Durham que no tienen seguro médico (incluso Medicaid y Medicare) sigue creciendo;
- El Centro de Salud Lincoln tiene muchos desafíos en satisfacer las necesidades de la gente sin seguro médico;
- Cuidado especializado\* es difícil encontrar para las personas sin seguro médico, y las personas sin seguro médico no tienen todos los servicios médicos necesarios;
- La demanda para “cuidado gratis” en los hospitales locales sigue creciendo.

Estas claves y observaciones no constituyen un plan para un programa, pero sirven como una guía para crear una iniciativa cooperativa local:

1. El cuidado médico de emergencia es requerido por la ley y la ética profesional. El cuidado no-urgente provisto en la sala de emergencias es muy caro, mal coordinado, muy ineficiente, y deja a las personas de Durham sin el cuidado médico que necesitan.
2. Ninguna entidad sola tiene la responsabilidad de pagar todo el costo de cuidado para la gente sin seguro médico. Esta responsabilidad es compartida por los proveedores de cuidado médico y sus instituciones, los gobiernos del condado, estado y país, empleadores locales; compañías de seguro; agencias de filantropía y los pacientes mismos.
3. Nuestro plan debe aumentar, no debilitar, el red de servicios que ya existe para la gente sin seguro médico, incluso el Centro de Salud Lincoln y sus clínicas afiliadas y satélites.
4. Nuestro plan debe enfocarse en servicios completos para adultos sin seguro médico de edades 19-64 en el Condado de Durham con ingresos limitados (ingresos de la familia hasta 200% del nivel federal de pobreza).
5. Nuestro plan incluiría un rol para negocios pequeños que no pueden pagar por seguro médico para sus empleados de salarios bajos. Sin embargo, una opción que está basada solamente en el empleador no es la mejor opción.
6. Nuestro plan debe incluir cuidado preventivo, primario, especializado, mental, laboratorio, patológico, radiológico, quirúrgico, urgente, hospitalización, y farmacia.

\* Cuidado especializado: servicios proveídos por médicos especialistas en cardiología o dermatología, quienes generalmente no tienen contacto primario con los pacientes.

7. Nuestro plan debe ser un modelo que puede controlar los costos y mejorar la salud a través de una red de proveedores locales, con un médico de cabecera para cada paciente, promoviendo los servicios preventivos y controlando las enfermedades crónicas.
8. El plan necesita incluir ayuda a pacientes para utilizar los servicios de los proveedores e instituciones participantes. Dependiendo de las necesidades de los pacientes, estos servicios pueden incluir asistencia con transportación, educación al paciente, y traducción para los que no hablan inglés.
9. No es sustentable, ni apropiada la idea de pedir a las instituciones y proveedores de cuidado médico que proporcionen más servicios gratis de los que ya están ofreciendo; esa no es la única solución. Sin embargo, los proveedores e instituciones deberían aceptar tarifas con descuentos y cuando sea posible ofrecer servicio gratuito a individuos que califiquen.
10. Una solución para incrementar cobertura médica a los no-asegurados debe incluir la participación de los residentes y negocios pequeños en el diseño para asegurar que va a satisfacer sus necesidades.
11. Una solución puede ser:
  - a. Eficiente (mejor utilización de los recursos)
  - b. Equitativa (proporciones justas de recursos y cargas basadas en la capacidad financiera)
  - c. Según las preferencias de las pacientes (respetar sus preferencias sobre satisfacción, libertad a escoger)
  - d. Factible a largo plazo

## **Opciones para Aumentar el Acceso a Cuidado Médico para Adultos de bajos ingresos en el Condado de Durham**

---

*Estamos revisando estos modelos para uso local, solos o en combinación. Además a las opciones descritas aquí, otras maneras de mejorar el cuidado médico para la gente sin seguro médico pueden incluir una expansión de servicios de farmacia, coordinación de cuidado, y la disponibilidad de registros médicos electrónicos.*

### **Opción 1: Expansión de la red de servicios de Lincoln Community Health Center**

Este quiere decir aumento y/o mejor coordinación de los servicios a la gente sin seguro médico para reforzar la red de programas para la gente sin seguro médico o de ingresos bajos (“health care safety net”). La clínica Lincoln puede proveer asistencia y medicinas con descuentos porque es un centro de salud que califica por un programa federal. Sin embargo, 82% de sus pacientes en este momento no tienen seguro médico (público o privado). Una expansión podría ser física o usando el edificio que ya existe en maneras diferentes. Esta expansión puede aumentar la disponibilidad de cuidado primario y/o especializado.

*Problemas: Algunas personas se sienten señaladas por usar esta red de servicios. Los empleadores locales podrían no apoyar y también puede ser más difícil para los proveedores de la comunidad ayudar. No ofrece ayuda con hospitalización.*

### **Opción 2: Clínica Gratis**

Este es un grupo organizado de servicios de salud ofrecido por unos proveedores de cuidado médico voluntarios. Una clínica gratis puede ser un lugar separado y permanente, operado por una organización sin fines de lucro, o puede usar una clínica que ya existe (como un hospital, clínica privada, o departamento de salud) durante las noches o los fines de semana. Las clínicas gratis proveen cuidado a corto plazo y cuidado primario. Las clínicas gratis pueden ofrecer servicios de farmacia, educación de salud, coordinación de cuidado, cuidado especializado, visión, y dental. El personal usualmente es voluntario y el personal administrativo pagado.

*Problemas: Requiere una contribución grande y continua de los profesionales de salud. Es difícil crear una relación entre los pacientes y los proveedores de salud cuando los proveedores son voluntarios y rotan. Se necesita mucho apoyo institucional para la administración y la logística. Los servicios clínicos están normalmente disponibles después del horario regular. Se necesita cobertura separada para medicamentos, cuidado especializado, y hospitalización.*

### **Opción 3: Proyecto Acceso**

En este modelo los proveedores de cuidado médico donan su apoyo, dentro de su propio horario y oficina, a la red de servicios para las personas sin seguro médico. Este modelo es eficiente porque el cuidado toma lugar en su lugar de trabajo. El Proyecto Acceso usualmente es organizado por la sociedad de médicos locales. Los proveedores que participan se comprometen a aceptar un cierto número de personas referidas/ pacientes cada año. Los hospitales locales hacen su propio compromiso para servicios gratis (hospitalización, laboratorio, radiología) para los pacientes del Proyecto Acceso.

*Problemas: Depende de la participación de los proveedores de salud, puede ser un problema crear una relación con un médico de cabecera y la continuidad de cuidado. Si esta es la única opción, puede ser demasiado para los proveedores que participan. En Durham, la red más grande de proveedores y la*

Nota: Estos documentos (y una explicación mas detallado de las seis opciones) y un glosario de vocabulario están disponibles en [www.healthydurham.org](http://www.healthydurham.org) o se puede llamar a la oficina del Partnership for a Healthy Durham al (919) 560-7833

*sociedad de médicos son entidades separadas, sin mucha historia en colaboración o miembros en común. No ofrece hospitalización ni medicamentos.*

#### **Opción 4: Clínicas “Express”**

Esta opción creará una red de mini-clínicas, algunas posiblemente ubicadas en los lugares menos tradicionales de la comunidad. Estas clínicas intentan aumentar la disponibilidad de servicio de salud ocasional; mientras que reduce los costos de cuidado. La mayoría del personal de las clínicas son enfermeras y asistentes médicos. Las clínicas “express” proveerían servicios limitados de cuidado preventivo y monitoreo de enfermedades crónicas. Para ser efectivas, estas clínicas necesitarían ser conectadas por un sistema de historias médicas electrónicas con una entidad como la clínica Lincoln.

*Problemas: Nuevo e interesante, pero no ha sido probado. Los sistemas electrónicos de información no existen todavía. Se necesita educación al público y a los profesionales sobre las limitaciones. No hay hospitalización, medicamentos, ni cuidado especializado.*

#### **Opción 5: Plan de Salud Comunitaria**

Los planes de salud comunitaria (PSC) proveen cobertura para una variedad de beneficios que son parecidos a seguro médico comercial. Las instituciones regionales (empleadores, el gobierno del condado, instituciones de salud, y las compañías de seguro médico) contribuyen a un plan centralizado (llamado “4-Share”). Los pacientes mismos también contribuyen. Los PSC coordinan el cuidado médico para controlar los costos. Sin embargo, un PSC no es un seguro médico – no es regulado por el estado. Por eso, no garantiza la cobertura de servicios para los pacientes, todo depende de sus presupuestos anuales.

*Problemas: Diferente de seguro con una garantía financiera, los PSC solamente pueden aceptar miembros y pagar por cuidado médico cuando los fondos específicos están disponibles. Antes de empezar, requiere acuerdos de todas las entidades que lo van a apoyar y cambios de las leyes.*

#### **Opción 6: Seguro Médico Privado Modificado**

Algunas compañías de seguro médico han desarrollado unos productos de seguro médico para personas que no disponen de uno. Para calificar, un individuo debe no haber tenido seguro médico por un tiempo fijado (6 a 12 meses), no tener acceso a seguro médico por su empleo, y tener ingresos familiares menor al límite fijado. Hay 4 tipos: cuidado coordinado, planes con deducibles altos y bajos, y cobertura catastrófica. El plan de cuidado coordinado puede tener restricciones, como límites de visitas a las clínicas. Los planes de deducibles altos pueden incluir unos servicios preventivos y venir con una cuenta de ahorros de salud sin impuestos. Los pacientes pagan primas, co-pagos, deducibles, y co-seguro como otros planes, pero las primas tienen descuentos. Los proveedores e instituciones que participan pueden aceptar tasas de reembolsos menos que el mercado. El modelo “4-comparten” puede ser aplicado a seguro médico privado.

##### **Algunas definiciones**

Prima: lo que un individuo paga (usualmente mensual) para participar en un plan  
Co-pago: costo fijado que un individuo paga por un servicio médico  
Co-seguro: el porcentaje del costo que un individuo paga por un servicio médico  
Deducible: costos que el individuo paga antes de que el cuidado médico es proporcionado (usualmente cada año)  
Planes de Baja- y Alta-Deducibles: cubren una gran variedad de servicios después de que el individuo pague su deducible  
Planes catastróficos: cubren hospitalización y cirugía después de una deducible grande anual  
Cuidado coordinado: controlan los costos por ofrecer una red de proveedores y revisar la necesidad médica del cuidado

*Problemas: Depende del diseño de los beneficios, pueden ser limitaciones a cuales servicios son incluidos. Las negociaciones con todas las entidades envueltas serán críticas.*

Nota: Estos documentos (y una explicación mas detallado de las seis opciones) y un glosario de vocabulario están disponibles en [www.healthydurham.org](http://www.healthydurham.org) o se puede llamar a la oficina del Partnership for a Healthy Durham al (919) 560-7833