

Aunque varios millones de estadounidenses carecen de un seguro de salud, el problema no es nuevo. De hecho, conseguir un seguro de salud y conservarlo siempre ha sido un asunto incierto.

En la mayoría de los demás países con un buen desarrollo económico, los gobiernos suelen garantizar la cobertura médica o exigir que todos los ciudadanos tengan un seguro de salud. En los Estados Unidos, sin embargo, la cobertura médica no es algo estable. Puede ir y venir, y ello puede acarrear consecuencias clínicas y económicas devastadoras para quienes carecen de un seguro de salud, aunque sea por plazos breves.

Debido a la movilidad del empleo y a los requisitos para tener derecho a los programas públicos de prestaciones médicas, las personas que están aseguradas hoy en día bien podrían no estarlo el día de mañana. De hecho, el número de estadounidenses sin seguro aumentó progresivamente en el decenio que llegó a su fin en 1998. La situación mejoró temporalmente a fines de la década de 1990 cuando se produjo el auge de la economía, pero desde entonces el número de personas sin seguro médico ha empezado a aumentar nuevamente. Según datos proporcionados por la Oficina del Censo de los Estados Unidos, 41,2 millones de personas carecieron de seguro médico durante todo 2000, pero en 2003 esta cifra había aumentado a 45 millones, según las estimaciones más recientes.¹

Un crecimiento económico más lento tuvo que ver con ese aumento, pues las empresas despidieron empleados y añadieron a sus nóminas un menor número de personas. Los programas públicos, como Medicaid, que recibe fondos tanto del gobierno federal como de los gobiernos estatales, vieron aumentar las inscripciones a medida que los trabajadores perdieron ingresos y adquirieron el derecho a recibir sus prestaciones. Pero los déficit presupuestarios obligaron a la mayoría de los estados a poner coto a este aumento mediante una imposición de requisitos más estrictos o una reducción de las prestaciones, entre otras medidas.

DATOS FUNDAMENTALES

- Se calcula que durante 2003 unos 45 millones de personas, es decir, 15,6 por ciento de la población estadounidense, carecieron de seguro, según la Oficina del Censo.^a
- En 2003, carecieron de seguro todo el año 33 por ciento de los hispanos, 20 por ciento de los negros, 19 por ciento de los de origen asiático y de las islas del Pacífico y 11 por ciento de los blancos no hispanos.^b
- Más de ocho de cada diez personas que carecen de seguro forman parte de familias trabajadoras.^d
- En 2003, 67,1 por ciento de las personas que carecieron de seguro todo el año tenían un ingreso familiar por debajo de \$50.000, según la Oficina del Censo.^d
- Las probabilidades de tener seguro médico en 2003 fueron menores para los adultos jóvenes (entre los 18 y los 24 años de edad) que para otros grupos etarios. Más de 30 por ciento de los adultos jóvenes carecían de seguro, por comparación con 18 por ciento de las personas de 35 a 44 años de edad, y menos de uno por ciento de los de 64 años de edad o mayores, quienes presentaban la menor proporción de carencia de seguro gracias al acceso generalizado a Medicare.^e
- Las víctimas de traumatismos que carecen de seguro médico tienen menores probabilidades de ser admitidos en un hospital, reciben menos servicios cuando son admitidos y tienen más probabilidades de morir que las víctimas de traumatismos que tienen seguro privado.^f
- Las probabilidades de que los adultos sin seguro no tengan un médico o proveedor de asistencia sanitaria de cabecera son casi cuatro veces mayores que las de los adultos con seguro (56 por ciento frente a 16 por ciento). Casi uno de cada cinco adultos sin seguro (19 por ciento) declara no haber podido obtener atención médica en los últimos 12 meses, por comparación con uno de cada veinte adultos que tienen seguro médico (5 por ciento).^g
- Aun cuando presentaron síntomas que en su opinión necesitaban atención, 32 por ciento de las personas sin seguro declaran haber obtenido asistencia médica, por comparación con 14 por ciento de las que tienen seguro.^h

¿DÓNDE SE CONSIGUE UN SEGURO DE SALUD?

La mayoría de las personas que no han llegado a la vejez en los Estados Unidos-que en 2003 constituían 161,8 millones de trabajadores y sus dependientes-reciben cobertura médica por medio del trabajo. Esto representa un descenso de 1,9 millones de personas desde 2002 y de 4,7 millones desde 2000.² Como muchas prestaciones laborales, las empresas más grandes tienden a ofrecer cobertura médica más a menudo y la cobertura que ofrecen suele ser mejor. (Solamente alrededor de la mitad de las compañías con 3 a 9 empleados ofrecieron algún tipo de cobertura médica en 2003.)³ Los empleados de fábricas y del gobierno tienen mayores posibilidades de recibir cobertura médica en el trabajo. Curiosamente, aun cuando una empresa ofrece un seguro médico, no todos los empleados están asegurados; algunos trabajan media jornada o no han sido empleados de la compañía el tiempo suficiente para tener derecho al seguro. Otros trabajadores no tienen el dinero necesario para costear su porción de la prima.

Los cambios de empleo frecuentes a menudo llevan a los trabajadores a perder su cobertura médica durante un período de tiempo. Esto se aplica especialmente a los trabajadores que son despedidos o pierden el trabajo y que pasan semanas, meses o incluso años enteros buscando uno nuevo. Aunque algunos trabajadores pueden seguir recibiendo la cobertura del trabajo si pagan todo el costo de su propio bolsillo, la mayoría elige no llevar esa carga o no está en condiciones de hacerlo. (Hay más información al respecto en la sección titulada "La cobertura con COBRA".)

LOS CRITERIOS DE POBREZA DEL GOBIERNO FEDERAL, 2004*

Tamaño de la familia	Umbral de pobreza
1	\$ 9.310
2	\$ 12.490
3	\$ 15.670
4	\$ 18.850

*Ingreso anual por familia. Las cantidades son mayores en Alaska y Hawai.

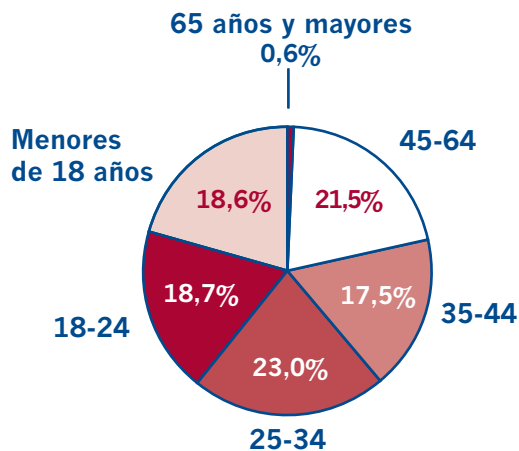
Una persona también puede perder su cobertura de salud cuando se jubila, se divorcia, o cambia a un trabajo de media jornada. Si bien es cierto que muchas tienen acceso a un seguro médico privado, este tipo de cobertura suele ser más cara y ofrece menos prestaciones que la cobertura colectiva. (Consulte el capítulo 3, "La cobertura individual", si desea obtener más información.) Si una persona tiene un problema de salud preexistente, un seguro médico individual le resultará demasiado caro y a veces hasta imposible de conseguir.⁴

Varios millones de niños y adultos cumplen los requisitos para recibir aseguramiento público por conducto de Medicaid o del Programa Estatal de Seguro para los Niños (SCHIP, por State Children's Health Insurance Program), que son subsidiados por los estados y por el gobierno federal y son para personas de bajos ingresos. (Hay más información acerca de Medicaid en el capítulo 7 y acerca del programa SCHIP, en el capítulo 4, "La cobertura médica de los niños".) El derecho a la mayoría de los programas de aseguramiento públicos está ligado al umbral de pobreza definido por el gobierno federal (UPF). (Véase el recuadro titulado "Los criterios de pobreza del gobierno federal, 2004".) Cualquier persona que haya cumplido 65 años o más y muchas personas con discapacidades pueden inscribirse en Medicare, programa cuya cobertura es bastante completa, gracias a la adición reciente de prestaciones farmacéuticas. Muchos otros millones de personas pueden recibir atención médica, aunque no un seguro de salud, en centros de atención comunitarios subsidiados por el gobierno federal.

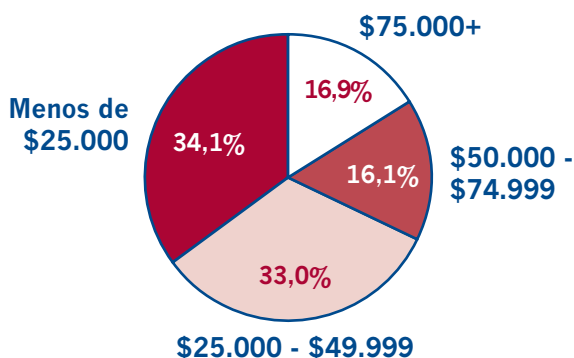
Pese a lo antedicho, el sistema dista de ser perfecto. Muchas personas de clase media baja devengan ingresos demasiado altos para tener derecho a Medicaid y muchas de las que sí tienen derecho no están inscritas en el programa porque las iniciativas de extensión comunitaria han sido pobres. Por ejemplo, solamente 35 por ciento de los padres cuyos hijos carecen de seguro médico saben que pueden conseguirles aseguramiento gratis o a un costo muy bajo.⁵ Otras personas sin seguro médico trabajan en pequeñas empresas que no ofrecen cobertura o que pagan solamente una pequeña fracción de su costo.

LAS PERSONAS SIN SEGURO, 2003*

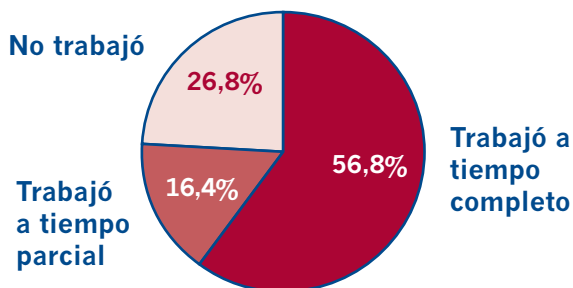
... POR EDAD



... POR INGRESO FAMILIAR



... POR EXPERIENCIA LABORAL (DE 18 A 64 AÑOS DE EDAD)



Los porcentajes en cada gráfico representan la proporción de la población total sin seguro. Los totales pueden no sumar 100% a causa del redondeo.

* Carecieron de seguro durante todo el año 2003.

Fuente: U.S. Census Bureau (2004) (www.census.gov/hhes/www/hlthins.html)

¿QUIÉNES CARECEN DE SEGURO DE SALUD?

El lugar donde se trabaja y el ser quien se es influye sobre las posibilidades de tener o no un seguro médico. Por ejemplo, en 2003, alrededor de una de cada cuatro personas en el estado de Texas carecía de un seguro de salud, por comparación con solamente 9 por ciento de los habitantes de Minnesota.⁶

Comparadas con la población general de los Estados Unidos, las personas que carecen de un seguro médico suelen ser más jóvenes, más pobres y menos instruidas, y son más propensas a ser latinas o afroestadounidenses. También tienden a trabajar en empresas más pequeñas y en la industria de los servicios públicos, tales como negocios de venta de alimentos y de hostelería. (Véanse los recuadros titulados "Las personas sin seguro, 2003" y "El riesgo de no tener seguro, 2003".)

El lugar de nacimiento y el ser o no ciudadano estadounidense también influyen sobre las posibilidades de tener un seguro. En 2003, solamente 13 por ciento de los ciudadanos estadounidenses nacidos en este país carecían de seguro de salud, por comparación con 34,5 por ciento de los nacidos en otros países. De los residentes de Estados Unidos nacidos en el extranjero, 17,1 por ciento de los que habían adoptado la ciudadanía carecían de seguro médico; esta cifra está muy por debajo del 45,3 por ciento correspondiente a los residentes que no eran ciudadanos.⁷ California y Texas, estados con un gran número de inmigrantes, tienen dos de los porcentajes más elevados de empleados sin seguro médico. Estos trabajadores a menudo trabajan en pequeñas empresas o en servicios públicos que no ofrecen ninguna cobertura médica.

LA IMPORTANCIA DE UN SEGURO DE SALUD

No tener un seguro médico puede ser mortal. Cerca de 18.000 de las defunciones en personas de 25 a 64 años de edad en 2002 se podrían haber evitado si las víctimas hubiesen tenido un seguro de salud, según ha informado el prestigioso Instituto de Medicina.⁸ Y aunque no tener un seguro médico no siempre conduce a la muerte, las repercusiones pueden ser sumamente importantes:

- Las personas sin seguro médico tienen una probabilidad casi dos veces mayor que las que tienen

seguro de no acudir a tiempo a recibir la atención médica que necesitan (15,7 por ciento frente a 8,6 por ciento).⁹

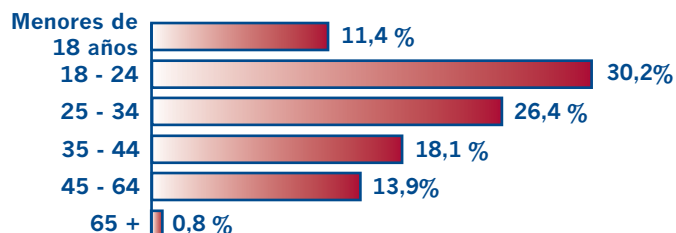
- Aun cuando tienen síntomas graves que en su opinión deben ser atendidos, 32 por ciento de las personas sin seguro médico no reciben atención alguna, en comparación con 14 por ciento de las personas que sí tienen seguro de salud.¹⁰
- Los pacientes de cáncer que no tienen un seguro médico mueren más pronto que los que tienen seguro, casi siempre debido a un atraso en el diagnóstico de la enfermedad.¹¹
- Venticinco por ciento de los diabéticos adultos que carecieron de seguro médico durante un año o más dejaron de hacerse un reconocimiento médico por espacio de dos años, en comparación con 5 por ciento de los diabéticos que sí tenían seguro.¹²
- Los niños sin seguro de salud con frecuencia no reciben ninguna atención médica para el tratamiento de afecciones comunes en la infancia. Por ejemplo, los niños asegurados suelen consultar por dolor de oídos recurrente con más del doble de la frecuencia que los niños sin seguro. Asimismo, los niños asegurados suelen recibir tratamiento para el asma con una frecuencia casi dos veces mayor.¹³

IA las consecuencias de salud que sufren las personas sin seguro se suman consecuencias clínicas para la comunidad entera. En 1997 se produjo en Nueva York un gran brote de rubéola. El brote comenzó en una comunidad de inmigrantes hispanos donde muchas personas carecían de seguro médico y no habían recibido la vacuna contra la enfermedad. Posteriormente, la infección se propagó a las comunidades circundantes.¹⁴

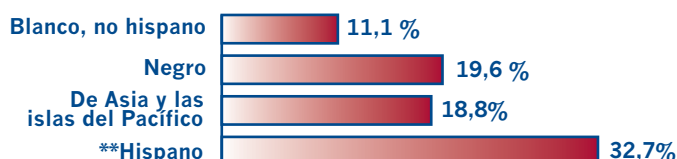
En época más reciente, un estudio pronosticó que el uso menos frecuente de los servicios médicos por personas sin seguro de salud podría enmascarar la detección y contención de un ataque terrorista. Los investigadores especularon que los hospitales y otros proveedores de

EL RIESGO DE NO TENER SEGURO, 2003*

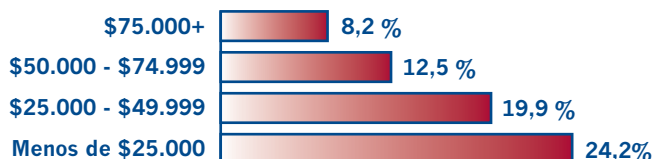
... POR EDAD



... POR RAZA U ORIGEN ÉTNICO



... POR INGRESO FAMILIAR



... POR EXPERIENCIA LABORAL (DE 18 A 64 AÑOS DE EDAD)



Porcentajes = proporción de cada grupo que no estaban asegurados.

* Sin seguro durante todo el año 2003.

** Los hispanos pueden ser de cualquier raza.

Fuente: U.S. Census Bureau (2004) (www.census.gov/hhes/www/hlthins.html)

asistencia sanitaria advertirían con más dificultad la presencia de un brote de enfermedad porque las personas sin seguro, al estar menos familiarizadas con los síntomas que necesitan atención urgente, tardarían en buscar tratamiento.¹⁵

La falta de un seguro médico también afecta

económicamente a las personas y a las comunidades. Muchas personas sin seguro viven de mes a mes o incluso en peor situación. Cuando acuden al médico, tienen que pagar en efectivo. A veces demoran años en poder pagar sus cuentas médicas, si es que las pueden pagar.

Las familias sin un solo miembro con seguro médico tienen el doble de la probabilidad de tener dificultades para pagar sus cuentas médicas: 23,7 por ciento de las familias sin seguro por comparación con 11,4 por ciento de las familias aseguradas.¹⁶ La presencia de un gran número de pacientes sin seguro también puede menoscabar el bienestar económico de una comunidad y hasta la disponibilidad local de servicios de salud. Treinta centros de traumatología de nivel I y nivel II, que son los que ofrecen los servicios más complejos, han cerrado desde 2001. Una de las explicaciones es el gran número de víctimas de traumatismos que carecen de seguro médico. Alrededor de 18 por ciento de todos los pacientes con traumatismos carecen de un seguro de salud. El tratamiento de cada uno de estos pacientes cuesta un promedio de casi \$15.000, pero los hospitales sólo reciben cerca de 8 por ciento del costo total de la atención de pacientes heridos que carecen de seguro médico.¹⁷

DEBATES Y PROPUESTAS ACTUALES EN MATERIA DE POLÍTICAS

Pese a que el número de personas sin seguro de salud está aumentando, desde 1996 el gobierno federal no ha adoptado suficientes leyes para ampliar las prestaciones médicas, ni tampoco parece contemplar hacerlo en el futuro cercano. En lugar de ello, los formuladores de políticas se han concentrado en ofrecerles prestaciones farmacéuticas a las personas de edad avanzada bajo el programa de Medicare. Al ver que aumentan los déficit presupuestarios y que el público tiene puesta la mirada en la guerra, el terrorismo y la economía, los legisladores se han mostrado renuentes a ampliar la cobertura médica.

Pero las personas sin seguro de salud todavía aparecen en las "pantallas de radar" de los formuladores de políticas. Una ley adoptada en 2003 como parte del proyecto de ley para la concesión de prestaciones farmacéuticas bajo Medicare les ha permitido a familias y personas sin seguro abrir cuentas de ahorros para pagar los gastos médicos que salen de su propio bolsillo.

(Véase el capítulo 3, "La cobertura individual", para obtener más información.)

El presidente Bush ha propuesto darles un crédito tributario reembolsable a las personas que no tienen un seguro de salud. El Departamento del Tesoro estima que con este crédito se podría ofrecer cobertura médica a 4,5 millones de estadounidenses.

El presidente también apoya una ley que les concede a

MITOS Y REALIDADES EN TORNO A LA FALTA DE SEGURO MÉDICO

Mito: Las personas sin seguro médico no trabajan.

Realidad: Ocho de cada 10 personas sin seguro médico pertenecen a familias cuyos miembros trabajan.²⁶

Mito: La mayoría de las personas sin seguro médico son pobres.

Realidad: Las personas sin seguro por lo general devengan menos ingresos que las que sí lo tienen, pero casi 30 millones de las personas que carecían de seguro en 2003 tenían ingresos familiares de \$25.000 o más, por comparación con 15,3 millones de personas procedentes de hogares con menos ingresos.²⁷ (El criterio de pobreza del gobierno federal para una familia de cuatro integrantes en 2002 era de \$18.100. La cifra ha aumentado a \$18.850 en 2004.)

Mito: En realidad no importa si una persona tiene o no un seguro médico.

Realidad: Cerca de 18.000 estadounidenses mueren cada año de afecciones tratables porque carecen de seguro de salud, según datos proporcionados por el prestigioso Instituto de Medicina, entidad sin ninguna afiliación política.²⁸

Mito: Prácticamente cualquiera que trabaje para una gran empresa tiene cobertura médica.

Realidad: En 2001, más de una de cada cuatro personas sin seguro médico en el país -es decir, casi 10 millones de personas- trabajaban para empresas con 500 empleados o más o eran dependientes de alguna persona que trabajaba para una gran empresa.²⁹

los empleadores más pequeños el derecho a formar Planes de Seguros Médicos en Asociación (PSA), los cuales les permitirían a las empresas agrupar a sus trabajadores. Según el plan, la mayor parte de los PSA también quedarían exentos de casi todas las regulaciones estatales que se aplican a los seguros, así como de las prestaciones obligatorias y de los impuestos

sobre las primas. El presidente Bush ha señalado que mediante la combinación de empresas pequeñas en entidades más grandes, las PSA tendrían el mismo poder adquisitivo que los grandes empleadores y los sindicatos.¹⁸ La Oficina Presupuestaria del Congreso estima que para el año 2008, 7,5 millones de personas habrán obtenido aseguramiento médico por conducto de los PSA, y de ellas, 600.000 tendrán seguro por primera vez.¹⁹

Algunos opositores del crédito tributario propuesto por el presidente Bush sostienen que no es suficiente para cubrir a los 44 millones de personas que carecen de seguro médico. Según los resultados de un estudio del Fondo Mancomunado, las primas de los seguros cuestan mucho más que los créditos tributarios propuestos, salvo en el caso de los ciudadanos más jóvenes y más sanos.²⁰

El senador John Kerry, candidato a la presidencia por parte del partido demócrata, ha propuesto un plan que costaría \$653 miles de millones a lo largo de 10 años y que cubriría a 27 millones de personas.²¹ Las personas sin seguro médico y los trabajadores de empresas pequeñas y grandes podrían formar parte de una mancomunidad conocida por Plan de Aseguramiento Médico del Congreso, que en efecto les daría acceso a un plan parecido al Programa de Prestaciones Médicas para Empleados del Gobierno Federal por medio de una mancomunidad de riesgo separada.²² Los empleadores tendrían que aportar por lo menos la mitad de la prima pero recibirían un crédito tributario reembolsable de hasta cincuenta por ciento por todos los trabajadores que ganen menos de 150 por ciento del UPF, con reducción progresiva hasta llegar a 300 por ciento del UPF. Este crédito recién establecido reemplazaría a las actuales deducciones tributarias que los empleadores reciben por sus aportaciones a las primas médicas. (Se proporciona más información al respecto en el capítulo 7, "Medicaid".)

Entre un empleo y otro un trabajador recibiría un subsidio de 75 por ciento -con reducción progresiva hasta llegar a un ingreso de 300 por ciento del UPF- para poder seguir comprando el seguro médico ofrecido por su antiguo empleador.²³ También habría créditos tributarios individuales, y el SCHIP y otros programas se ampliarían.

Otra de las propuestas del senador Kerry consiste en

LAS OPINIONES DE LOS CANDIDATOS A LA PRESIDENCIA

Tanto el presidente Bush como el senador Kerry está a favor de los créditos tributarios como medida destinada a ampliar la cobertura médica, pero el plan del presidente depende más de este mecanismo en particular. Además de los créditos tributarios individuales, el senador Kerry les ofrecería créditos tributarios a las empresas que emplean a trabajadores con salarios bajos.

El presidente está a favor de leyes que les permitan a los pequeños empleadores formar Planes de Seguro Médico en Asociación, los cuales les daría mayor poder de negociación a la hora de tratar con las aseguradoras y planes de salud. Los Planes de Seguro Médico en Asociación también quedarían exentos de la mayoría de las leyes tributarias, impuestos y reglamentos estatales, de tal manera que los empleadores podrían ofrecer paquetes de prestaciones más económicos con más facilidad, según afirman los defensores de estos planes. Como medida alterna, el senador Kerry les permitiría a los pequeños empleadores y a otras entidades tener acceso al mismo tipo de programa de prestaciones médicas al que tienen acceso los empleados del gobierno federal.

El presidente Bush quiere facilitar la apertura de cuentas de ahorros para gastos médicos permitiendo deducir de los impuestos las primas de los seguros médicos acompañantes con deducibles altos. El senador Kerry tiene una postura diferente; a él le gustaría ampliar la cobertura de Medicaid y de los Programas Estatales de Seguro Médico para los Niños, haciéndolos más accesibles a familias trabajadoras.

reembolsar a los empleadores por 75 por ciento de lo que gastan para la atención de enfermedades catastróficas por encima de \$50.000, pero solamente si se comprometen a proporcionarles seguro médico a todos sus empleados.

Quienes se oponen a las propuestas del senador Kerry aducen que el plan es demasiado costoso, particularmente en una época en que crece el déficit presupuestario, y que le da al gobierno demasiada injerencia en el campo de la asistencia sanitaria.

En el entretiem po, algunos estados están tomando sus propias medidas. California, por citar un ejemplo, adoptó una ley en 2003 que obliga a los empleadores con más de 20 empleados a "pagar o acatar" (pay or

play), es decir, a ofrecerles un seguro médico a sus empleados o, si no, a pagarle una suma al Departamento de Desarrollo Laboral del estado.²⁴ La medida, sin embargo, se está debatiendo en los tribunales y será plebiscitada en noviembre, con fuertes posibilidades de que sea revocada.

El estado de Maine tenía programado poner en marcha su programa de prestaciones médicas, llamado Dirigo, en julio de 2004. El programa, cuya implantación se ha pospuesto, busca garantizarles cobertura médica a todos los residentes del estado, que suman 1,3 millones. Bajo el programa, que es enteramente voluntario, las personas podrán obtener un seguro médico por medio de aseguradoras privadas a tarifas subsidiadas por el gobierno estatal y por los empleadores participantes.

Los empleadores también están tomando medidas. En mayo de 2004, algunos de los empleadores más grandes del país, tales como Sears, General Electric, I.B.M. y McDonalds, anunciaron que trabajarán juntos para conseguir que sus empleados de media jornada y otros trabajadores sin seguro médico obtengan cobertura. Las compañías indicaron que esto podría beneficiar a casi cuatro millones de empleados, aunque algunos escépticos han afirmado que sería mucho menor el número de personas que se inscribirían. Las compañías no piensan aportar dinero para esta nueva cobertura.²⁵

Según indican las encuestas de la opinión pública, la cobertura de las personas sin seguro médico es un tema que preocupa mucho a los votantes y por consiguiente es de esperar que siga ocupando la atención de los formuladores de políticas. Lo más probable es que el interés perdure aun después de las elecciones presidenciales de 2004 en la medida en que los habitantes exijan ayuda para afrontar el costo cada vez más alto de la cobertura médica y se sientan en peligro de perderla por completo.

IDEAS PARA NOTAS O REPORTAJES

- Los hospitales en todo el país han sido criticados por cobrarles sin descuento a las personas que carecen de seguro médico, mientras que a sus grandes pagadores, entre ellos las compañías de seguros, les ofrecen muy buenos descuentos. ¿Qué cambios han adoptado los hospitales en la zona donde vive, si es que han adoptado alguno, para darles descuentos a las personas con seguros muy limitados o sin ningún

seguro médico?

- A pesar de que las condiciones de empleo han mejorado, el número de personas que carecen de seguro se ha incrementado. ¿Siguen recibiendo la atención médica que necesitan? ¿Qué efecto ha tenido esto en la capacidad de las clínicas ambulatorias locales y de los servicios de urgencias comunitarios para prestar servicios a todos los residentes de la zona? Pídale información a las sociedades médicas locales.
- ¿Qué esfuerzos han hecho los negocios locales para ofrecerles cobertura a los trabajadores o reducir los costos de la atención sanitaria? En varias ciudades, entre ellas San Francisco y Nueva York, las empresas están trabajando juntas para obligar a los hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria a controlar los costos. ¿Qué está sucediendo en este sentido en la zona donde vive usted?
- En esta época difícil que atraviesan los estados, ¿qué cambios ha efectuado o contempla efectuar al programa de Medicaid? La mayoría de los estados han tratado de reducir los costos limitando el número de derechohabientes y las prestaciones. ¿Qué medidas ha adoptado su estado y de qué manera han afectado a las personas que tienen o que necesitan la cobertura de Medicaid?
- Las compañías en todo el país han limitado progresivamente las prestaciones para los jubilados. ¿Cómo están adquiriendo cobertura las personas entre los 55 y los 64 años de edad? Póngase en contacto con su capítulo local de la Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas.

FUENTES Y SITIOS WEB

Analistas o promotores de la causa

G. Lawrence Atkins, *Senior Director Public Policy and Reimbursement*, Schering-Plough, 202/463-7372

Linda Bilheimer, *Senior Program Officer*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609/627-7530

Linda Blumberg, *Senior Research Associate*, The Urban Institute, 202/261-5769

Stuart Butler, *Vice President and Director of Domestic and Economic Policy Studies*, The Heritage Foundation, 202/675-1762

Deborah Chollet, *Senior Fellow*, Mathematica Policy Research, Inc., 202/554-7528

David Colby, *Deputy Director*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609/627-5754

Richard Curtis, *President*, Institute for Health Policy Solutions, 202/789-1491

Karen Davis, *President*, The Commonwealth Fund, 212/606-3800

Stan Dorn, *Senior Policy Analyst*, Economic and Social Research Institute, 202/833-8877

Lynn Etheredge, *Consultant*, 301/654-4185

Judy Feder, *Dean*, Georgetown University Health Policy Institute, 202/687-0880

Paul Fronstin, *Director of the Health Research and Education Program*, Employee Benefit Research Institute, 202/775-6352

Beth Fuchs, *Principal*, Health Policy Alternatives 202/737-3390

Jon Gabel, *Vice President of Health System Studies*, Health Research and Educational Trust, AHA, 202/638-1100

Paul Ginsburg, *President*, Center for Studying Health System Change, 202/484-4699

Sherry Glied, *Professor and Department Chairman of Health Policy and Management*, Joseph L. Mailman School of Public Health, Columbia University, 212/305-0299

Jonathan Gruber, *Professor of Economics*, Massachusetts Institute of Technology, 617/253-8892

Robert Helms, *Resident Scholar*, American Enterprise Institute, 202/862-5877

John Holahan, *Director of Health Policy Research Center*, The Urban Institute, 202/261-5666

Leighton Ku, *Senior Fellow of Health Policy*, Center on Budget and Policy Priorities, 202/408-1080

Holly Kwiatkowski, *Senior Health Policy Analyst*, American Academy of Actuaries, 202/ 223-8196

Jeanne Lambrew, *Associate Professor of Health Policy*, The George Washington University, 202/416-0479

Risa Lavizzo-Mourey, *President and CEO*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609/452-8701

Jeff Lemieux, *Founder and Executive Director*, Centrist.org, 202/546-4090

Barbara Lyons, *Vice President and Deputy Director*, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Kaiser Family Foundation, 202/347-5270

Jack Meyer, *President*, Economic and Social Research Institute, 202/833-8877, x *812

Robert Moffit, *Deputy Director of Domestic Policy*, The Heritage Foundation, 202/546-4400

Len Nichols, *Vice President*, Center for Studying Health System Change, 202/484-5261

Nina Owcharenko, *Senior Policy Analyst*, Center for Health Policy Studies, The Heritage Foundation, 202/608-6221

Edwin Park, *Senior Health Policy Analyst*, Center on Budget and Policy Priorities, 510-835-2718

Mark Pauly, *Bendheim Professor*, Wharton School, University of Pennsylvania, 215/898-2838

Ron Pollack, *Executive Director*, Families USA, 202/628-3030

Karen Pollitz, *Research Professor*, Georgetown University Health Policy Institute, 202/687-0880

Uwe Reinhardt, *Professor of Economics and Public Affairs*, Princeton University, 609/258-4781

Trish Riley, *Director*, Maine Governor's Office of Health Policy and Finance, 207/624-7442

Diane Rowland, *Executive Vice President and Executive Director of Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured*, Kaiser Family Foundation, 202/347-5270

Greg Scandlen, *Director of Consumer-Driven Health Care*, Galen Institute, 703/299-8900

Stuart Schear, *Senior Communications Officer*, The Robert Wood Johnson Foundation, 609-627-5799

Cathy Schoen, *Vice President of Health Policy Research and Evaluation*, The Commonwealth Fund, 212/606-3864

Gerry Shea, *Assistant to the President for Government Affairs*, AFL-CIO, 202/637-5237

Shoshanna Sofaer, *Robert P. Luciano Professor of Health Care Policy at the School of Public Affairs*, Baruch College, 212/802-5980

Sarah Shuptrine, *President and Chief Executive Officer*, Southern Institute on Children and Families, 803/779-2607

Henry Simmons, *President*, National Coalition on Health Care, 202/638-7151

Katherine Swartz, *Director of Graduate Studies*, Harvard University, 617/432-4325

James Tallon, *President*, United Hospital Fund of New York, 212/494-0700

Lynn Taylor, *Senior Policy Analyst*, Institute for Health Policy Solutions, 202/789-1491

Kenneth Thorpe, *Robert Woodruff Professor and Chair of the Department of Health Policy and Management*, Rollins School of Public Health, Emory University, 404/727-3373

Grace-Marie Turner, *President*, Galen Institute, 703/299-8900

Judy Waxman, *Vice President for Health and Reproductive Rights*, National Women's Law Center, 202/588-5180

Larry Zelenak, *Pamela B. Gann Professor of Law*, Duke School of Law, 919-613-7267

Steve Zuckerman, *Principal Research Associate*, The Urban Institute, 202/261-5679

Funcionarios del gobierno

Joan Henneberry, *Director of the Health Policy Studies Division*, National Governors Association, 202/624-5300

Tom Miller, *Senior Health Economist*, Joint Economic Committee, 202/224-3915

Richard Price, *Section Head for Healthcare and Medicine*, Congressional Research Service, 202/707-7370

Joy Wilson, *Director of the Health Committee*, National Conference of State Legislatures, 202/624-5400

Interesados directos

Mary Grealy, *President*, Healthcare Leadership Council, 202/452-8700

George Halvorson, *Chairman and Chief Executive Officer*, Kaiser Permanente, 510/271-6877

Charles (Chip) Kahn III, *President*, Federation of American Hospitals, 202/624-1534

Mary Nell Lehnhard, *Senior Vice President*, Blue Cross/Blue Shield Association, 202/626-4781

Tom Nickels, *Senior Vice President of Federal Relations*, American Hospital Association, 202/626-2314

Father Michael Place, *President and Chief Executive Officer*, Catholic Health Association of the United States, 314/427-2500

Kate Sullivan, *Director of Health Policy*, U.S. Chamber of Commerce, 202/463-5734

Sitios en la web

AFL-CIO
www.aflcio.org

Alliance for Health Reform
www.allhealth.org

America's Health Insurance Plans
www.ahip.org

California HealthCare Foundation
www.chcf.org

Center for Studying Health System Change
www.hschange.org

The Commonwealth Fund
www.cmwf.org

Covering the Uninsured
www.coveringtheuninsured.org

Employee Benefit Research Institute
www.ebri.org

Families USA
www.familiesusa.org

Healthcare Leadership Council
www.hlc.org

Health Research and Educational Trust
www.hret.org

Heritage Foundation
www.heritage.org

Institute for Health Policy Solutions
www.ihps.org

Kaiser Family Foundation
www.kff.org

Kaiser Family Foundation State Health Facts Online
www.statehealthfacts.kff.org

National Association of Health Underwriters
www.nahu.org

National Coalition on Health Care
www.nchc.org

The Robert Wood Johnson Foundation
www.rwjf.org

State Coverage Initiatives
www.statecoverage.net

U.S. Census Bureau (health insurance data)
www.census.gov/hhes/www/hlthins.html

Urban Institute
www.urban.org

NOTAS FINALES

- ^a U.S. Census Bureau. (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-1." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist1.html) Retrieved August 26, 2004.
- ^b U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-1." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist1.html) Retrieved August 26, 2004. Unless otherwise noted, the term "white" in this chapter refers to non-Hispanic white. Hispanics can be of any race.
- ^c Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured. (2003) "The Uninsured and Their Access to Health Care." December. (<http://kff.org/uninsured/1420-05.cfm>). Retrieved March 18, 2004.
- ^d U.S. Census Bureau (2004). "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003." Aug. 26. (<http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>) Retrieved Aug. 26, 2004.
- ^e U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-2." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist2.html) Retrieved August 26, 2004.
- ^f Institute of Medicine. (2002). "Care Without Coverage: Too Little, Too Late - Report Brief" p. 73. (<http://books.nap.edu/books/0309083435/html/73.html#pagetop>). Retrieved on Aug. 2, 2004.
- ^g The Robert Wood Johnson Foundation. (2004). "Characteristics of the Uninsured: A View from the States." May 5. (www.rwjf.org/research/researchByArea.jsp?title=Health%20Insurance%20Coverage&detailID=1364).
- ^{hi} Baker, David W. et. al. (2000). "Health Insurance and Access to Care for Symptomatic Conditions." Archives of Internal Medicine, Vol 160, May 8, p. 1271.
- ¹ U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-6." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist6.html). Retrieved on August 26, 2004.
- ² U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-6." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist6.html). Retrieved on August 26, 2004.
- ³ Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust (2003). "Employer Health Benefits 2003." (<http://www.kff.org/insurance/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=21185>).
- ⁴ Pollitz, Karen, Richard Sorian, & Kathy Thomas (2001). "How Accessible is Individual Health Insurance for Consumers in Less-than-Perfect Health?" (Publication No. 3133). The Kaiser Family Foundation, June 20, p.2. (<http://www.kff.org/insurance/20010620a-index.cfm>). Retrieved April 28, 2004.
- ⁵ Wirthlin Worldwide (2001). "Addressing the Barriers to Covering Kids: A Value-based Strategic Framework." Final Report to the Robert Wood Johnson Foundation, April, p. 22.
- ⁶ U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-6." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist6.html). Retrieved on August 26, 2004
- ⁷ U.S. Census Bureau (2004). "Health Insurance Historic Tables, Table HI-6." Aug. 26. (www.census.gov/hhes/hlthins/historic/hihist6.html). Retrieved on August 26, 2004.
- ⁸ Institute of Medicine. (2002). "Care Without Coverage: Too Little, Too Late." Table D.1, p. 163. (<http://books.nap.edu/catalog/10367.html>). Retrieved April 27, 2004.
- ⁹ Strunk, Bradley C. & Peter J. Cunningham. (2002). "Treading water: Americans' Access to Needed Medical Care, 1997-2001." (Tracking Report No. 1). Center for Studying Health System Change. (<http://www.hschange.org/CONTENT/421/>). Retrieved March 18, 2004.
- ¹⁰ Baker, David W. et. al. (2000). "Health Insurance and Access to Care for Symptomatic Conditions." Archives of Internal Medicine, Vol. 160, May 8, p. 1271.
- ¹¹ Institute of Medicine. (2002). "Care Without Coverage: Too Little, Too Late." Table D.1, p. 52. . (<http://books.nap.edu/catalog/10367.html>). Retrieved April 27, 2004.

- 12 Institute of Medicine. (2002). "Care Without Coverage: Too Little, Too Late Table." D.1, p. 62. (<http://books.nap.edu/catalog/10367.html>). Retrieved April 27, 2004.
- 13 American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM). (2000). "No Health Insurance? It's Enough to Make You Sick." (White Paper). p. 2. (<http://www.acponline.org/uninsured/lack-contents.htm>). Retrieved April 14, 2004.
- 14 Schlosberg, Claudia & Dinah Wiley. (1998). "The Impact of INS Public Charge Determinations on Immigrant Access to Health Care." National Health Law Program. (<http://www.healthlaw.org/pubs/19980522publiccharge.html>). Retrieved Nov. 22, 2002.
- 15 Wynia, Matthew K. & Lawrence Gorstin. (2002). "The Bioterrorist Threat and Access to Health Care." *Science*, 296:1613.
- 16 May, Jessica H. & Peter J. Cunningham. (2004) "Tough Trade-offs: Medical Bills, Family Finances and Access to Care." (Issue Brief 85). Center for Studying Health System Change. (<http://www.hschange.org/CONTENT/689/689.pdf>). Retrieved June 14, 2004.
- 17 Brink, Susan. (2004). "Millions of Americans are Uninsured. Here's How it Could Affect Your Health." *U.S. News and World Report*, May 10.
- 18 George W. Bush 2004. "Making Health Care More Accessible and Affordable." (www.georgewbush.com/healthcare/brief.aspx). Retrieved Aug. 2, 2004.
- 19 Congressional Budget Office. "Cost Estimate H.R. 660 Small Business Health Fairness Act of 2003 as passed by the House on June 19, 2003." (<http://www.cbo.gov/showdoc.cfm?index=4413&sequence=0>). Retrieved July 15, 2004.
- 20 Gabel, Jon R., Kelley Dhont, & Jeremy Pickreign. (2002). "Are Tax Credits Alone the Solution to Affordable Health Insurance?: Comparing Individual and Group Insurance Costs in 17 U.S. Markets." (Report No. 527). The Commonwealth Fund, May. p. 6-8. (http://cmwf.org/programs/insurance/gabel_taxcredits_527.pdf). Retrieved March 18, 2004.
- 21 Thorpe, Kenneth E. (2004). "Federal Costs and Savings Associated with Senator Kerry's Health Care Plan." (<http://www.sph.emory.edu/hpm/thorpe/kerry4-4-04final1.htm>). Retrieved July 15, 2004.
- 22 John Kerry for President (2004). "John Kerry's Plan to Make Health Care More Affordable for Every American." (http://www.johnkerry.com/issues/health_care/health_care.html). Retrieved July 12, 2004.
- 23 Thorpe, Kenneth E. (2003). "Health Insurance Reform Proposals of the Democratic Presidential Candidates." Emory University (unpublished paper), September 5. (<http://factcheck.org/UploadedFiles/Ken%20Thorpe%20analysis%209-5-03.doc>). Retrieved March 17, 2004.
- 24 Bast, Diane Carol. (2003). "Davis Signs Employer Mandate." *The Heartland Institute*, November 1. (<http://www.heartland.org/Article.cfm?artId=13306>). Retrieved March 18, 2004.
- 25 Freudenheim, Milt. (2004). "Companies Band Together as a Way of Offer Health Care to Part-Time Employees." *New York Times*, May 13.
- 26 Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured (2003). "The Uninsured: A Primer - Key Facts About Americans Without Health Insurance." December, p. 4. (www.kff.org/uninsured/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=29345). Retrieved July 14, 2004.
- 27 U.S. Census Bureau (2003). "Health Insurance Coverage in the United States: 2002." p. 21 (<http://www.census.gov/prod/2003pubs/p60-223.pdf>).
- 28 Institute of Medicine. (2004). "Final Report Release Event - Insuring America's Health: Principles and Recommendations." January 14. (<http://www.iom.edu/event.asp?id=16675>).
- 29 The Commonwealth Fund. (2003). "Number of Workers in Large Firms Without Health Insurance Growing Significantly." News release, October 21. (http://www.cmwf.org/media/releases/glied672_release10212003.asp).

