



Programas
Públicos y
Minorías

◆
Fuente
de datos
y recursos
informativos
para periodistas

◆
Marzo 2006

Medicaid: Una fuente vital de cobertura para las minorías

Generalidades del Medicaid

Por los últimos 40 años, el Medicaid ha prestado servicios trascendentales y exhaustivos de salud y apoyo a la población más vulnerable de los Estados Unidos. Hoy por hoy, este importante programa ofrece servicios de salud primarios y preventivos a más de 53 millones de personas, incluyendo a familias, personas mayores, y niños de bajos ingresos, lo mismo que a 8 millones de personas con discapacidades. Paga casi uno por cada cinco dólares por cuidados de salud y uno por cada dos dólares por atención en establecimientos para ancianos y enfermos. Y es la más grande fuente individual de financiamiento para cuidados de salud a largo plazo, sumando cerca de la mitad (47.4 por ciento) del gasto total del país en estos servicios.¹

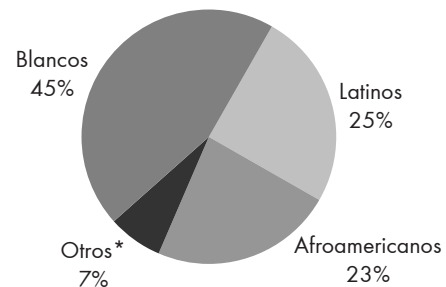
La función del Medicaid en las minorías

Ya que la misión del programa es la de ofrecer cobertura médica a la población de bajos ingresos, y porque la población minoritaria, por lo general, tiene ingresos menores en relación a los blancos,² el Medicaid juega un papel especialmente importante en las minorías. Por ejemplo, provee cobertura médica al 24.6 por ciento de los afroamericanos, 24.9 por ciento de los indoamericanos y nativos de Alaska, 20.9 por ciento de los latinos, y 9.0 por ciento de los asiaticoamericanos e isleños del Pacífico, en comparación con el 8.7 por ciento de los blancos no hispanos.³ Entre los niños de bajos ingresos, casi uno de cada cuatro de los niños latinos y asiaticoamericanos e isleños del Pacífico y uno de cada cinco de los niños afroamericanos, dependen del Medicaid para atender su necesidades de salud.⁴

Además, y mientras las minorías raciales y étnicas configuran solamente un tercio de la población total de los Estados Unidos, ellos abarcan más de la mitad que la de aquellos que reciben atención a través del Medicaid (Tabla 1)⁵

Tabla 1
¿Quiénes están cubiertos por el Medicaid?

Cobertura de seguro médico de personas de mediana edad inscritas en el Medicaid por raza/etnicidad, 2003



* Otros, incluye asiaticoamericanos, isleños del Pacífico, indoamericanos, aleutianos, eskimos, y personas de "dos o más razas."

Fuente: Fundación Family Kaiser, Información estatal de salud en línea, Cobertura de seguro médico de personas de mediana edad inscritas en el Medicaid por raza/etnicidad, 2003, accedido el 11 de noviembre de 2005

Estructura del Medicaid

El Medicaid fue fundado conjuntamente por los 50 Estados, el Distrito de Columbia y el gobierno federal solicitando que los Estados compartan con el gobierno federal el costo de los programas y servicios de cuidados de salud. El Medicaid federal difiere de Estado a Estado basado en el ingreso per cápita de cada Estado. Por ejemplo, durante el año fiscal 2005, la tasa de retorno por cada dólar que los Estados invirtieron en el programa de Medicaid fluctuó de \$1.92 en Delaware a \$6.22 en Mississippi.⁶ Es importante señalar que el Medicaid impulsa las economías estatales con dinero y trabajo, ya que cada dólar que el Estado gasta en el Medicaid le atrae nuevos dólares federales, dólares que, de otra manera, no circularían en las economías estatales.

Aunque todos los Estados y el Distrito de Columbia participan en el programa de Medicaid, no es obligatorio y el programa difiere de Estado a Estado. En tanto las políticas deben encuadrarse en amplias directrices federales, cada Estado ratifica sus propias políticas y procedimientos que rijan su programa del Medicaid. Actualmente, los Estados tienen significativa flexibilidad en cómo manejar sus programas. Por ejemplo, los Estados disponen de sus propios parámetros del programa, tales como beneficios cubiertos, requisitos de elegibilidad y pagos a los proveedores. Sin embargo, con la finalidad de que los Estados reciban fondos federales parejos para sus programas de Medicaid, ellos deben ofrecer cobertura médica a ciertas personas inscritas “obligatoriamente”. Entre ellas:

- Las mujeres embarazadas y niños menores de seis años con ingresos familiares por debajo del 133 por ciento del nivel de pobreza (\$17,556 anuales para una familia de dos en 2006).⁷
- Los niños en edad escolar con ingresos familiares por debajo del 100 por ciento del nivel de pobreza (\$13,200 anuales para una familia de dos en 2006)⁸
- Los padres de familia con ingresos por debajo del nivel de elegibilidad estatal para asistencia pública, y
- La mayoría de las personas con discapacidades y personas mayores que reciben ayuda en efectivo.

Más allá de este grupo de personas obligatorias, existe otro grupo que los Estados, a su discreción, pueden optar por darle cobertura. Esta categoría “opcional” de personas incluye:

- Padres, niños, y mujeres embarazadas con ingresos por encima de los niveles obligatorios de cobertura.
- Personas mayores y personas discapacitadas con ingresos de hasta el 100 por ciento de los niveles de pobreza.
- Personas “médicamente necesitadas” que califiquen para el Medicaid debido a los altos costos médicos, y
- Personas que viven en establecimientos para mayores y enfermos con ingresos por debajo del 300 por ciento de los estándares de Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI por sus siglas en inglés).

A pesar de las diferencias anotadas líneas arriba, en la mayoría de los casos, hay muy poca diferencia entre las necesidades de quienes están inscritos “obligatoriamente” y “opcionalmente”. Ambos grupos de beneficiarios del Medicaid tienen bajos ingresos, una tremenda necesidad de cuidados médicos en situaciones de enfermedades terribles y crónicas y no cuentan con otra fuente de cobertura. Estos grupos configuran el 29 por ciento de todos los beneficiarios del Medicaid y la mitad de los beneficiarios de avanzada edad, una parte considerable de la población bajo el Medicaid.⁹

Los Estados ofrecen beneficios obligatorios (servicios que deben proveerse a fin de participar en el programa de Medicaid) y también beneficios opcionales. Les está permitido recortar servicios obligatorios selectos si obtienen una dispensación de las reglas federales del Medicaid. De esta manera, los Estados, en efecto, tienen la flexibilidad de determinar qué servicios obligatorios de salud se cubren -y hasta qué punto- en sus programas de Medicaid. Algunos ejemplos de beneficios obligatorios incluyen: Atención médica, servicios de laboratorio y de radiología, servicios en establecimientos para mayores de 21 años y servicios de parteras. Los servicios así llamados “opcionales”, no son menos esenciales para el cuidado óptimo de pacientes. Los beneficios opcionales incluyen sondeo de diagnósticos, servicios preventivos y de rehabilitación, prótesis, atención médica especializada y cuidados curativos. También incluyen beneficios “opcionales” a largo plazo, manejo del caso, cuidado personal, y servicios de atención médica domiciliaria. Muchas de las actuales propuestas para reducir los gastos del Medicaid se enfocan en la reducción de los beneficios sensitivos de los servicios opcionales.

Cobertura médica para los niños

El Congreso extendió, en 1997, la cobertura pública para los niños al crear el Programa Estatal de Seguros Médicos para Niños (SCHIP por sus siglas en inglés) el cual, junto al Medicaid, provee cobertura vital a millones de niños. El SCHIP, específicamente, provee cobertura médica a los niños de bajos ingresos que viven en núcleos familiares que no califican para el Medicaid porque tienen ingresos ligeramente más altos, pero cuyos padres no pueden pagar un seguro privado. Contrariamente al Medicaid, sin embargo, la contribución federal del SCHIP no es una prerrogativa abierta sino restringida (como una donación bloqueada) a 40 mil millones de dólares por 10 años.

El SCHIP cubre casi 4 millones de niños mientras el Medicaid cubre más de 25 millones. Casi la mitad de los niños afroamericanos y más de un tercio de los niños latinos están protegidos por seguros financiados públicamente en comparación con menos de un quinto de los niños blancos.¹⁰ La evidencia sugiere que los niños asegurados mediante el Medicaid o SCHIP tienen por ahora más probabilidades de obtener atención médica, cuidado preventivo, y atención dental que los niños de bajos ingresos que cuentan con seguro privado.¹¹ Los programas de seguros financiados públicamente pueden ofrecer atención enfocándose en niños que podrían estar mal atendidos por los planes tradicionales de seguro privado, incluyendo minorías raciales y étnicas. Por ejemplo, las actuales regulaciones

sobre el Medicaid restringen a los Estados de introducir prácticas de costo compartido, tales como requerir primas, pagos compartidos, y deducibles, lo que podría desanimar a los padres de proveer atención médica necesaria a sus hijos. Aquellos padres cuyos hijos cuentan con seguro médico privado, sin embargo, tienen más probabilidades de enfrentar esta clase de barreras financieras, lo que posiblemente explica la baja proporción en la utilización de atención médica entre los niños de bajos ingresos con cobertura privada.

Los niños no asegurados de familias minoritarias están en situación de beneficiarse al máximo al inscribirse en el Medicaid o el SCHIP. De acuerdo a una extensa encuesta sobre los niños en el programa SCHIP de New York, los niños afroamericanos e hispanos mostraron mejoría en cuanto al acceso, continuidad, y calidad de cuidados luego de su inscripción en el programa. En algunos casos, la inscripción al SCHIP fue seguida de una casi completa reducción de las disparidades raciales y étnicas en cuanto al acceso a cuidados médicos, incluido el contar con una fuente habitual de atención.¹²

Dada esta evidencia, el extender los programas de seguro médico financiados públicamente incrementando las inscripciones en el Medicaid y el SCHIP, ofrece una forma efectiva para mejorar la salud de los niños de las minorías y reducir las disparidades raciales y étnicas en la materia.

La función del Medicaid en la extensión del acceso y la eliminación de las disparidades de salud.

El Medicaid provee cuidados de salud a muchos grupos diferentes, incluyendo personas que viven en áreas rurales y desatendidas, mujeres embarazadas de bajos ingresos, y personas que viven con VIH/SIDA,¹³ grupos en los cuales, grandes proporciones pertenecen a minorías raciales y étnicas. Proporcionarles esta cobertura es importante para disminuir las disparidades raciales y étnicas en cuanto a la salud. De los 45.8 millones sin seguro en 2004, más de la mitad pertenecía a las minorías: 13.7 millones de latinos, 7.2 millones de afroamericanos y 2.1 millones de asiaticoamericanos.¹⁴ Sin el Medicaid, el número de minorías sin seguro sería indudablemente mayor.

Ya que el Medicaid es la mayor fuente de cobertura de seguro médico para millones de las minorías raciales y étnicas, las propuestas para alterarlo, ya sea a nivel estatal o federal, debe considerar el impacto que los cambios tendrían sobre las minorías. Por ejemplo, varias propuestas recientemente presentadas y ratificadas en el Congreso y a nivel estatal reducirán la cobertura del Medicaid, incrementando por lo tanto el número de personas sin seguro, muchas de las cuales pertenecen a las minorías raciales y étnicas. Esto solamente agravará las disparidades existentes. Preservar y extender el Medicaid permite que este importante programa sirva como una red de seguridad que proporcione acceso oportuno a cuidados de salud para la población más vulnerable del país.

“El Medicaid extiende acceso a cuidados de salud para millones de las minorías raciales y étnicas que de otra manera estarían sin seguro. Los recortes a los programas del Medicaid, consecuentemente, reducirán el acceso y solamente agravarán las disparidades raciales y étnicas en cuanto a salud y cuidados de salud.”

Donna M. Christensen, Congresista, líder de la Asamblea Negra de Consejeros de Salud del Congreso.¹⁵

Factores claves para observar

En tanto que el programa del Medicaid ha sido una fuente estable y confiable de cobertura de seguro médico por 40 años, han surgido recientes debates acerca de cómo reestructurar y recortar el programa. Las conversaciones, a nivel federal, se enfocan en asegurar la responsabilidad financiera y la futura sustentabilidad, lo mismo que para encontrar un equilibrio entre los roles de los Estados y el gobierno federal. De esto resulta que mucha más responsabilidad se está desplazando hacia los Estados, requiriendo que éstos tomen decisiones drásticas y a menudo devastadoras que afectan a sus beneficiarios y a la economía estatal. Los Estados están todavía experimentando restricciones presupuestarias que los obliga a considerar medidas innovativas para reducir su déficit presupuestario, o al menos reducir los recientes golpes fiscales, con la ayuda del gobierno federal.

Las siguientes secciones ofrecen una breve discusión de algunos de los asuntos más urgentes y describen su impacto sobre las minorías raciales y étnicas.

Reconciliación del presupuesto

En febrero de 2006, la Sección 1932, Recorte de Gastos de la Ley de Reconciliación del Presupuesto, fue ratificada por el Congreso y elevada a la categoría de ley por el Presidente. Conocida también como Ley de Reducción del Déficit (DRA por sus siglas en inglés), esta nueva ley alterará fundamentalmente el programa del Medicaid al reducir sus gastos (junto con los gastos para otras prerrogativas tales como préstamos para estudios) por casi 7 mil millones en cinco años.¹⁶ Incluye tanto las estipulaciones obligatorias como las opcionales. Las estipulaciones obligatorias incluyen medidas tales como el requisito de documentar la ciudadanía y regulaciones más estrictas para las leyes de transferencia de bienes que afectan la elegibilidad para la atención médica a largo plazo. Las estipulaciones opcionales permitirán a los Estados efectuar cambios en sus programas del Medicaid a través de un plan estatal de enmiendas. Estos cambios podrían llevar a incrementos en los pagos compartidos, la implementación de primas, cambios en el paquete de beneficios, y la introducción de demostraciones de cuentas de ahorros de salud. (HSAs).

Una estipulación de la Ley de Reducción del Déficit (DRA) que es particularmente problemática para muchas de las mayorías raciales y étnicas es la Sección 6037, la cual

obliga a los Estados a obtener prueba de ciudadanía de todos los solicitantes y de los ya inscritos que deben renovar su elegibilidad. De acuerdo con el Centro sobre el Presupuesto y Prioridad de Políticas (CBPP por sus siglas en inglés), aproximadamente 49 millones de ciudadanos nacidos en los Estados Unidos y 2 millones de ciudadanos por naturalización que están cubiertos por el Medicaid en el transcurso de un año, serían obligados a presentar documentos que prueben su ciudadanía so pena de perder su cobertura de seguro médico.¹⁷ Una encuesta telefónica conducida por CBPP reveló que de 3.2 a 4.6 millones de ciudadanos nacidos en los Estados Unidos estarían en riesgo de perder su cobertura del Medicaid por esta razón,¹⁸ incluyendo afroamericanos mayores (quienes nunca habrían obtenido un certificado de nacimiento debido a la segregación racial de los hospitales), personas que viven en áreas rurales, y familias cuyas viviendas han sido destruidas por el fuego u otros desastres naturales, tal como el huracán Katrina.

Esta nueva estipulación que entrará en vigencia el 1º de julio de 2006 creará, con seguridad, barreras insuperables para muchos que intenten inscribirse en el Medicaid y disminuirá el acceso, en general, a los cuidados de salud de aquellas personas que más lo necesitan.

La Comisión del Medicaid

El gobierno ha elegido un comité bipartidista para discutir el futuro del programa del Medicaid. Esta comisión, que ha motivado controversias desde sus comienzos, ha sido caracterizada como carente de credibilidad. Algunos arguyen que la comisión fue creada para decidir cómo recortar 10 mil millones de dólares del programa, en vez de discutir si los recortes deberían o no ser ejecutados en primer lugar. En realidad, la agenda para la primera reunión de la comisión, que se llevó a cabo el 27 de julio de 2005, incluyó “opciones para alcanzar 10 mil millones de dólares en ahorros valorables durante cinco años, entretanto se ejecuten mejoras con respecto a cambios significativos en los programas de más largo plazo para servir mejor a los beneficiarios.”

El huracán Katrina y sus consecuencias

Nadie puede ignorar los desastrosos efectos que el huracán Katrina dejó en Louisiana, Alabama, y Mississippi. Familias separadas; trabajos, casas y vidas perdidas; y sueños destruidos. Esta tragedia puso al descubierto la extremadamente pobre economía y las condiciones de salud que han existido desde hace mucho tiempo atrás en la región del Golfo pero que fueron, con frecuencia, ignoradas en el pasado. Antes de la tormenta, las minorías de bajos ingresos residentes en la región del Golfo, especialmente en Louisiana, sufrían una alta incidencia de muchas enfermedades crónicas, tales como diabetes e hipertensión. Irónicamente, los oficiales de salud predijeron que la mayoría de las muertes relacionadas con la tormenta, resultarían de complicaciones que se presentarían en quienes no tuvieran acceso a

Desde entonces, las reuniones de la comisión se han enfocado en los desafíos que enfrenta el programa; desafíos tales como la calidad de la atención, tecnología informativa, población elegible, atención a largo plazo, sistemas de entrega de cuidados sensitivos, fraude y abuso, y finanzas. En adelante, la comisión continuará enfocándose en los asuntos de atención a largo plazo, mejoras de la calidad de la atención, y cuidados sensitivos y preventivos, así como en un sistema amplio de administración, incluyendo asuntos financieros. De acuerdo a los planes de trabajo de la comisión, esto incluye reformas a las dispensaciones estatales.

la atención médica necesaria, en vez de que ocurrieran por ahogamiento o traumatismo. Las personas con enfermedades crónicas experimentaron interrupciones masivas en cuanto a atención médica y no pudieron obtener medicamentos y atención médica necesarios.

De acuerdo a algunos oficiales de salud, las disparidades de salud que existían antes de la tragedia solo se verán agravadas en la huella de la tormenta.¹⁹ Las personas de las áreas afectadas, minorías raciales y étnicas, mayormente, estaban en condiciones más pobres de salud y tuvieron menos acceso a cuidados de salud antes de la tormenta. El Katrina ensanchó la brecha, aún más, entre los que “tienen” y los que “no tienen.”

A principios de 2006, el Congreso no había ratificado ningún tipo de medidas de alivio dentro del Medicaid para los sobrevivientes del huracán. Aunque el Senado sí incluyó algunas estipulaciones de alivio junto con la propuesta de presupuesto, estas medidas estuvieron lejos del punto mínimo necesario. Sin embargo, el 2 de noviembre de 2005, los 42 miembros de la Asamblea Negra del Congreso presentaron la propuesta de ley H.R. 4197 (Ley de Recuperación, Reclamo, Restauración, Reconstrucción y Reunión del Huracán Katrina, 2005). Esta propuesta tuvo dos objetivos principales: 1) la restauración completa de la Costa del Golfo y 2) ver que

todos los residentes de la región se reúnan con sus familias. La propuesta H.R. 4197 contiene una estipulación de salud que pide asistencia para cerrar las disparidades de acceso a la salud y resultados existentes entre las minorías raciales y étnicas y los blancos ofreciendo cobertura del Medicaid para cada sobreviviente cuyo ingreso esté por debajo del 100 por ciento del nivel federal de pobreza. Para lograr la recuperación total de este terrible desastre, los sobrevivientes del huracán y los proveedores de servicios médicos que los atienden, deben recibir la atención médica y la compensación financiera que necesitan lo más pronto posible.

Dispensaciones del Medicaid

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en inglés) cuenta con una antigua autorización bajo la Sección 115 de la Ley de Seguridad Social para dispensar o eximir estipulaciones de la ley del Medicaid. Los Estados pueden recurrir a las dispensaciones de la Sección 1115, la cual les permite operar sus programas de Medicaid al margen de las directrices federales. En el pasado, los Estados han recurrido a esta excepción para requerir que los beneficiarios se inscriban en cuidados dirigidos, para así extender la cobertura a las personas que de otra manera no son elegibles para el Medicaid o el SCHIP y, en algunos casos, para cambiar los beneficios y costos compartidos permitidos por el programa. Lo que es peor, algunos de los Estados, tales como South Carolina y Florida, que han propuesto las

más desastrosas dispensaciones, tienen una gran proporción de minorías raciales y étnicas inscrita en el Medicaid. Cualquier reestructuración que se cumpla a través de dispensaciones estatales del Medicaid tendrá, sin duda, un fuerte impacto en la salud y bienestar de las minorías del Estado.

En agosto de 2001, el Gobierno de Bush anunció un nuevo acercamiento a las dispensaciones de la Sección 1115 llamada Iniciativa de Flexibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIFA por sus siglas en inglés). Puesto que HIFA permite que los Estados reduzcan la cobertura para las personas actualmente elegibles para el Medicaid, les permite usar dispensaciones para debilitar protecciones importantes del beneficiario en el programa de Medicaid.

Recortes estatales al Medicaid

Los tremendos retos fiscales con que los Estados, a lo largo del país, han tenido que enfrentarse en los años recientes, han dejado a los legisladores estatales con pocas opciones de a dónde volcarse en busca de conseguir alivio financiero. Infortunadamente, muchos han elegido recortar los beneficios o beneficiarios (o ambos) de sus programas de Medicaid, dejando que los inscritos se sumen a la categoría de no asegurados. Dos de los Estados que han hecho los más drásticos recortes al Medicaid son Missouri y Tennessee. En Missouri, un estimado de 60.000 padres y 15.000 personas mayores con discapacidades perderán su cobertura. En Tennessee, la situación es aún peor, pues los recientes recortes iniciados por el gobernador fueron hasta ahora los más grandes de la historia de 40 años que tiene el programa. Más de 300.000 inscritos en el programa estatal de Medicare de Tennessee, fueron candidatos a

perder la cobertura de servicios médicos y medicamentos bajo la propuesta original del gobernador. Actualmente, cerca de 200.000 inscritos han sido dejados sin cobertura médica y de medicamentos y cerca de otros 400.000 enfrentan otras limitaciones que ya les están costando su salud y su vida.

Estos esfuerzos de los Estados para controlar costos han dejado a las minorías raciales y étnicas en una posición extremadamente difícil de intentar encontrar atención médica asequible en medio de la histórica reducción de cobertura del Medicaid. Ahora, los beneficiarios de Tennessee, como aquellos de otros Estados tales como Florida, Mississippi, y Missouri, tendrán que buscar otras fuentes de atención. Muchos volverán a fuentes como salas de emergencia de hospitales, donde los costos serán mucho más altos.

Recortes en beneficios opcionales

Las minorías raciales y étnicas están desproporcionadamente representadas entre las personas que necesitan beneficios “opcionales”.²⁰ Por ejemplo, numerosos estudios han demostrado que las minorías raciales y étnicas tienen, en gran medida, más probabilidades de padecer condiciones crónicas que requieren de atención especializada y a largo plazo, servicios que actualmente se consideran “opcionales” y que podrían ser eliminados debido a restricciones presupuestarias. Esto es altamente significativo ya que las minorías, tradicionalmente, han tenido menos acceso a atención médica especializada, tal como atención y diagnóstico

cardiológico y exámenes generales. Por ejemplo, las mujeres latinas, asiaticoamericanas/isleñas del Pacífico, afroamericanas e indoamericanas/nativas de Alaska tienen menos probabilidades de ser sometidas a un examen general de detección de cáncer del seno que las mujeres blancas no hispanas.²¹ Cualquier reducción en los beneficios “opcionales” dentro de los programas estatales del Medicaid tendrá un tremendo impacto en la salud y el bienestar de una gran población minoritaria disminuyendo el acceso a servicios regulares y adecuados de salud, agravando así las disparidades raciales y étnicas de salud.²²

La Ley de Modernización del Medicaid (MMA) Implicaciones para los elegibles duales

A partir de enero de 2006, 6.2 millones de personas duales totalmente elegibles (personas cubiertas por los dos programas, Medicaid y Medicare) comenzaron a recibir su cobertura de medicamentos a través del nuevo beneficio del Medicare Parte D, en vez de hacerlo a través del Medicaid. La parte D tiene dos componentes: Un beneficio básico y un subsidio adicional para los beneficiarios de bajos ingresos. Los elegibles duales tienen que inscribirse tanto en el nuevo beneficio de medicamentos del Medicare, Parte D como en el del subsidio de bajos ingresos a fin de mantener su cobertura de medicamentos. El implementar esta nueva ley ha probado ser extremadamente difícil, ya que muchos beneficiarios no fueron bien informados sobre los inminentes cambios en su cobertura de medicamentos. La nueva ley ha generado también nuevos desafíos fiscales a los Estados. Uno de éstos es la estipulación de “exención fiscal”, la cual

requiere que todos los Estados devuelvan al gobierno federal una parte esencial de lo que ellos habrían ahorrado en la cobertura de medicamentos del Medicaid. Proteger otros beneficios del Medicaid, tal como la atención médica a largo plazo será también, para aquellos que son elegibles duales, esencial para mantener su buena salud y bienestar.

Aparte de los problemas de implementación del MMA hay otras dos preocupaciones preexistentes sobre la cobertura médica para elegibles duales que solamente complicarán la implementación del nuevo beneficio de medicamentos. Comparado con otros beneficiarios del Medicare, las condiciones de salud de los elegibles duales son generalmente regulares o pobres, son de mediana edad, están permanentemente discapacitados, son muy pobres, y viven en establecimientos de cuidados a largo plazo.²³ Las condiciones médicas múltiples de los elegibles duales indican frecuentemente que ellos requieren de mayores servicios médicos que otros inscritos en el Medicare. En realidad, sus costos de atención médica son dos veces más altos que los de otros beneficiarios del Medicare.²⁴

El MMA tiene también particular importancia para las minorías raciales y étnicas, ya que una proporción significativa depende del Medicaid para su cobertura de medicamentos. En realidad, en 2002, el 31 por ciento de los latinos mayores dependió del Medicaid para la cobertura de medicamentos, así como lo hizo el 30 por ciento de los afroamericanos en comparación con sólo el 8 por ciento de los blancos.²⁵ Está claro que existe una necesidad específica para alcanzar a las personas mayores de las minorías raciales y étnicas, especialmente aquellas con limitaciones para comunicarse en inglés.

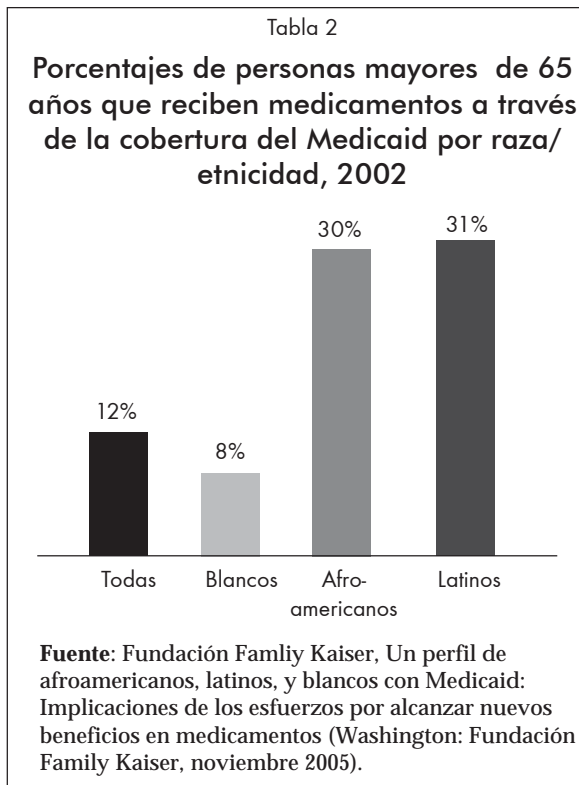
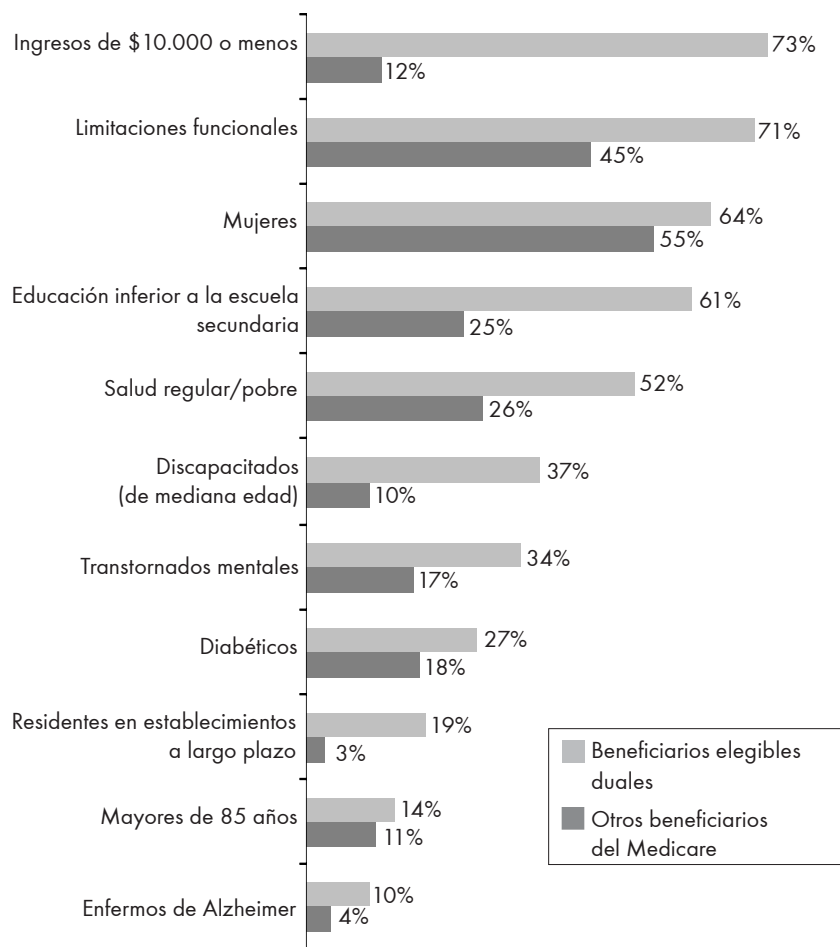


Tabla 3

Comparación de los elegibles duales y otros beneficiarios del Medicare, 2002



7.0 millones de beneficiarios elegibles duales del Medicare en 2002

Fuente: Fundación Family Kaiser, Gráficas del Medicare, Tercera edición (Washington: Kaiser, verano 2005.)

Notas: Las limitaciones funcionales se definen como la presencia de alguna limitación en las actividades físicas del diario vivir, (ADLs) o una o más limitaciones en las actividades diarias. (ADLs)

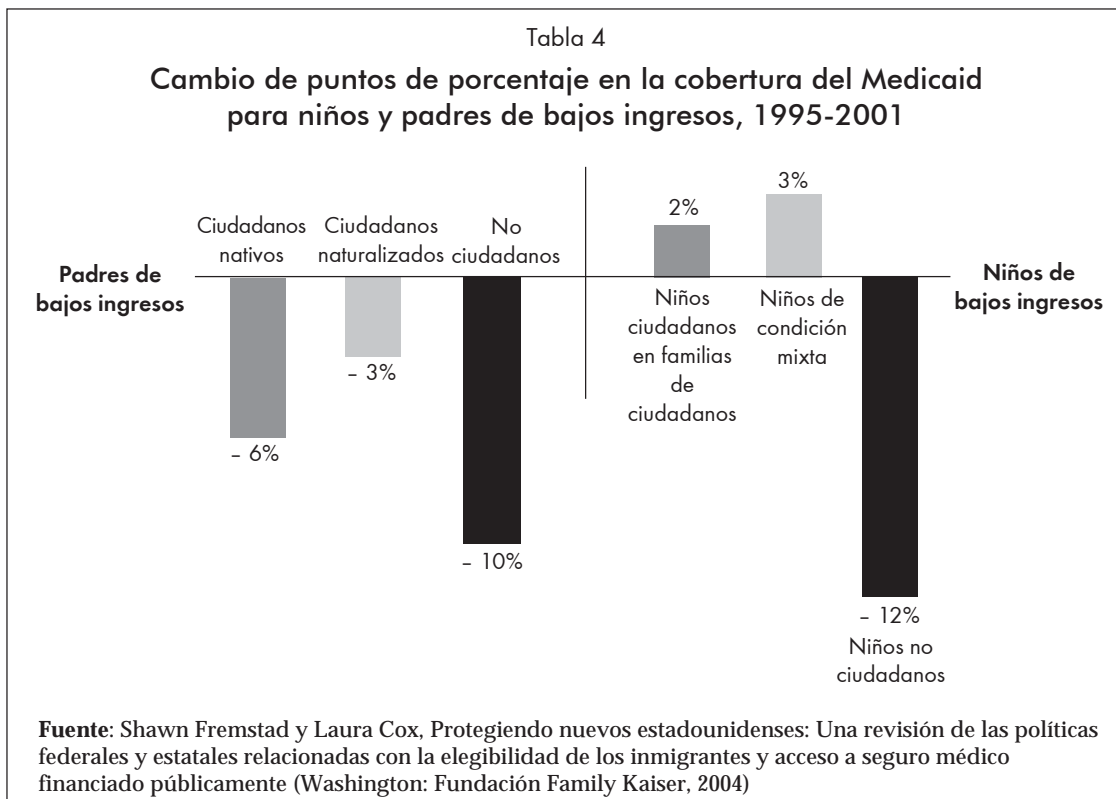
El número total de elegibles duales incluye beneficiarios elegibles para beneficios completos del Medicaid, junto con otros beneficiarios elegibles de bajos ingresos para asistencia con las primas del Medicare y requisitos de costos compartidos (el Programa de Ahorros del Medicare)

Cobertura del Medicaid para inmigrantes

Desde 1996, los inmigrantes legales en familias de bajos ingresos han estado excluidos de recibir cobertura del Medicaid o del SCHIP durante sus primeros cinco años de permanencia en el país (excepto por emergencia). Esto ha dejado a millones de personas legales, que pagan impuestos, sin una fuente de cobertura médica. Antes de que esta ley fuera promulgada, los inmigrantes legalmente admitidos eran elegibles para el Medicaid y otros beneficios en los mismos términos en que lo son los ciudadanos. Estos y otros cambios políticos discriminatorios han causado, entre 1995 y 2001, una significativa declinación en el número de niños y adultos inmigrantes legales que reciben cobertura del Medicaid y del SCHIP. En realidad, las inscripciones de no ciudadanos de bajos ingresos al Medicaid y al SCHIP han disminuido en un 12 por ciento frente a un

incremento del 2 por ciento de los niños ciudadanos durante el mismo periodo. Las inscripciones para adultos no ciudadanos también han disminuido aunque no tan rápido como lo ha sido para los niños no ciudadanos.²⁶

En 2003, se presentó al Congreso un proyecto de ley referido como Ley de Mejoramiento de la Salud de los Niños Inmigrantes 2003 (ICHIA por sus siglas en inglés). Este proyecto busca enmendar los títulos XIX y XXI de la Ley de Seguridad Social para permitir que los Estados extiendan la cobertura, bajo el Medicaid y el SCHIP, a los niños y mujeres embarazadas que sean inmigrantes legales. Infortunadamente, esta ley no ha sido promulgada a pesar del apoyo y el intenso trabajo, en esta materia, de los grupos defensores de los inmigrantes.



Conclusión

Por las últimas cuatro décadas, el Medicaid ha probado ser una excelente fuente de acceso incrementado a cuidados de salud para las minorías raciales y étnicas. En el curso de los recientes años, sin embargo, las preocupaciones sobre presupuestos y crisis fiscales estatales han conducido a mayores debates sobre sí y cómo reestructurar y recortar este programa vital de seguridad neta. Los Estados han implementado dispensaciones al Medicaid que han reducido los beneficios de los inscritos o, en algunos casos, han recortado miles de beneficiarios del programa en general, dejándoles sin tener a dónde ir en busca de atención médica. Recientemente, una comisión del Medicaid ha sido creada con el encargo de reestructurar el programa a nivel federal, una movida que muchos temen cambiará la integridad del programa para siempre. Lo que es más, la Ley de Reducción del Déficit busca alterar más el Medicaid de tal forma que disminuya, y no se incremente, el acceso a la atención médica para nuestra población más vulnerable.

Bibliografía

¹ Comisión Kaiser sobre el Medicaid y los no asegurados, Medicaid: Una introducción (Washington: Fundación Family Kaiser, julio 2005).

² Marsha Lillie-Blanton, Osula Evadne Rushing, y Sonia Ruiz, Factores claves: Raza, etnicidad y cuidados de salud, actualizado (Washington: Fundación Family Kaiser, junio 2003),

³ Fundación Family Kaiser, Informaciones sobre Salud Estatal. "Tasa de cobertura médica de las personas de mediana edad inscritos al Medicaid por raza/etnicidad, Estados (2003-2004), Estados Unidos (2004)," disponible mediante: www.Statehealthfacts.org, Accedido el 11 de noviembre de 2005.

⁴ Courtney M. Perlino, Medicaid, Prevención y Salud Pública: Invierta hoy para un mañana saludable (Washington: Asociación Americana de Salud Pública, septiembre de 2005).

⁵ Marsha Lillie-Blanton y Caya B. Lewis, Desafíos políticos y oportunidades en cerrar la división racial/étnica en la atención médica. (Washington: Fundación Family Kaiser, marzo 2005).

⁶ Families USA, Medicaid: Buena medicina para la economía del Estado, 2004 Actualizada (Washington: Families USA, mayo 2004).

⁷ Registro Federal, Vol. 71, No. 15, 24 de enero de 2006, pp. 3848-3849. Nota: El estado del nivel de pobreza es para los 48 Estados contiguos y Washington DC. Los niveles de pobreza para Alaska y Hawai son diferentes.

⁸ Ibid.

⁹ Courtney M. Perlino, op. cit.

¹⁰ Jeffrey Rhoades y Joel Cohen, "El estado de los seguros médicos de los niños en los Estados Unidos: 1996-2002: Estimados para la población no institucionalizada menor de 18 años," Estadísticas Breves #28 (Rockville, MD: Agencia para políticas de cuidados de salud e investigaciones, 2004), disponible mediante: <http://www.meps.ahrq.gov/papers/st28/stat28.pdf>.

¹¹ Lisa Dubay y Genevieve M. Kenney, "Acceso a servicios médicos y uso entre niños de bajos ingresos: ¿Quién paga mejor?" Asuntos de Salud # 20 (enero-febrero 2001), pp. 112-121.

¹² Laura Shone, Andrew Dick, Jonathan Klein, y otros, 'Reducción en las disparidades raciales y étnicas luego de la inscripción en el SCHIP' Pediatría 115 (junio 2005), pp. 697-705.

¹³ Courtney M. Perlino, op. cit.

¹⁴ Carmen DeNavas-Walt, Bernadette D. Proctor, y Robert J. Mills, Ingresos, pobreza y cobertura médica en los Estados

Unidos: 2003 (Washington: Oficina del Censo de los Estados Unidos, agosto 2004).

¹⁵ Courtney M. Perlino, op. cit.

¹⁶ Oficina Congressional del Presupuesto, Información adicional sobre CBO. Estimados sobre las estipulaciones del Medicaid en la conferencia de conformidad para la Sección 1932, la Ley de Reducción del Déficit de 2005 (Washington: Congreso de los Estados Unidos, 27 de enero de 2006).

¹⁷ Leighton Ku, Donna Cohen, y Matt Broaddus, Las encuestas indican que la propuesta de ley de Reconciliación del Presupuesto arriesga la cobertura médica de 3 a 5 millones de ciudadanos (Washington: Centro del Presupuesto y Prioridades Políticas, 26 de enero de 2006).

¹⁸ Ibid.

¹⁹ January W. Payne, "En riesgo antes de que la tormenta golpeará: Disparidades previas de salud debido a raza, muerte múltiple por pobreza, enfermedades," The Washington Post, 13 de septiembre de 2005, p. HE01.

²⁰ Families USA, Recortes en el Medicaid, incremento de las disparidades: Cómo el recortar beneficiarios "opcionales" afectará la salud de las minorías (Washington: Families USA, febrero 2005).

²¹ Marsha Lillie-Blanton, Osula Rushing, y Sonia Ruiz, op. cit.

²² Families USA, Recortes en el Medicaid, incremento de las disparidades: Cómo el recortar beneficiarios "opcionales" afectará la salud de las minorías op. cit.

²³ Juliette Cubanski, Molly Voris, Michelle Kitchman, y otros, Gráficas del Medicare, tercera edición (Washington: Fundación Family Kaiser, verano 2005).

²⁴ Comisión Kaiser sobre el Medicaid y los no asegurados, elegibles duales: El rol del Medicaid para los beneficiarios de bajos ingresos del Medicare (Washington: Fundación Family Kaiser, julio 2005).

²⁵ Fundación Family Kaiser, Un perfil de los afroamericanos, latinos y blancos con Medicare: Implicaciones para alcanzar esfuerzos en el nuevo beneficio de medicamentos (Washington: Fundación Family Kaiser, noviembre 2005).

²⁶ Shawn Fremstad y Laura Cox, Cubrir nuevos estadounidenses: Una revisión de las políticas federales y estatales relacionadas con la elegibilidad de los inmigrantes y el acceso a seguro médico financiado públicamente (Washington: Fundación Family Kaiser, noviembre 2004).

Para mayores informaciones sobre las Iniciativas de Salud para las Minorías a cargo de FamiliesUSA, contáctese con Rea Pañares, Directora de Iniciativas de Salud para las Minorías o Briana Webster-Patterson, Ejecutiva del Programa mediante: minorityhealth@familiesusa.org o llamando al (202) 628-3030.

