



Programas  
Públicos y  
Minorías

◆  
Fuente  
de datos  
y recursos  
informativos  
para periodistas

◆  
Marzo 2006

# Medicare: Mejorar la salud de una población minoritaria en crecimiento

---

## Generalidades del Medicare

El Medicare provee seguro médico a casi 42 millones de personas en los Estados Unidos, la gran mayoría de ellas mayores de 65 años. Todas las personas se consideran automáticamente elegibles para el Medicare si es que ellas, o sus familias son, a la vez, elegibles para pagos a la Seguridad Social y han aportado, conforme a sus planillas de salarios, por lo menos durante 10 años. El Medicare cubre también a casi a 6.3 millones de personas menores de 65 años con discapacidades permanentes y que califican para el seguro de discapacidad (SSDI por sus siglas en inglés) que ofrece la Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos.

## La función del Medicare en las minorías

En la actualidad, el Medicare cubre a 3.9 millones de afroamericanos, 3.1 millones de latinos, y 1.7 millones de otras minorías raciales y étnicas, incluyendo asiáticos/isleños del Pacífico e indoamericanos/nativos de Alaska. Las minorías, en general, integran poco más del 20 por ciento de la población total bajo el Medicare.<sup>1</sup> Este número, sin embargo, crecerá dramáticamente a medida que las minorías envejecan. Se estima que para el 2030, el 26 por ciento de los beneficiarios del Medicare de 65 años y mayores estará integrado por minorías raciales y étnicas.<sup>2</sup> Además, de acuerdo a las más recientes proyecciones del censo, se supone que las minorías raciales y étnicas configurarían casi el 40 por ciento de la población anciana para el año 2050.<sup>3</sup>

## Estructura del Medicare

El Medicare fue establecido el año 1965 como un programa federal de privilegios para personas mayores. A diferencia de otros programas de seguros públicos de salud tal como el Medicaid, el ingreso salarial no es requisito para calificar para el Medicare. Casi todos los que califican para pagos a la Seguridad Social, incluyendo la mayoría de personas mayores de 65 años y un número de personas más jóvenes con discapacidades permanentes, pueden inscribirse en el Medicare sin que importe para ello el ingreso. En la actualidad, el programa consta de cuatro “partes” distintas, cada una de las cuales ofrece diferentes beneficios y cubre diferentes tipos de servicios médicos, tal como sigue:

- **Medicare Parte A (Seguro de hospital):** Casi todos los que tengan un empleo por más de 10 años cubierto por el Medicare tienen derecho al Medicare Parte A libre de costo luego de que se jubilen a los 65 años. Otros se pueden inscribir, pero deben pagar una prima mensual cuya base se calcula por el número de años y montos aportados tal como se indican en sus planillas de salarios.

Medicare Parte A le ayuda a pagar:

- Internación en hospital
- Atención especializada en casas de reposo
- Atención domiciliaria, y
- Atención en sanatorio.

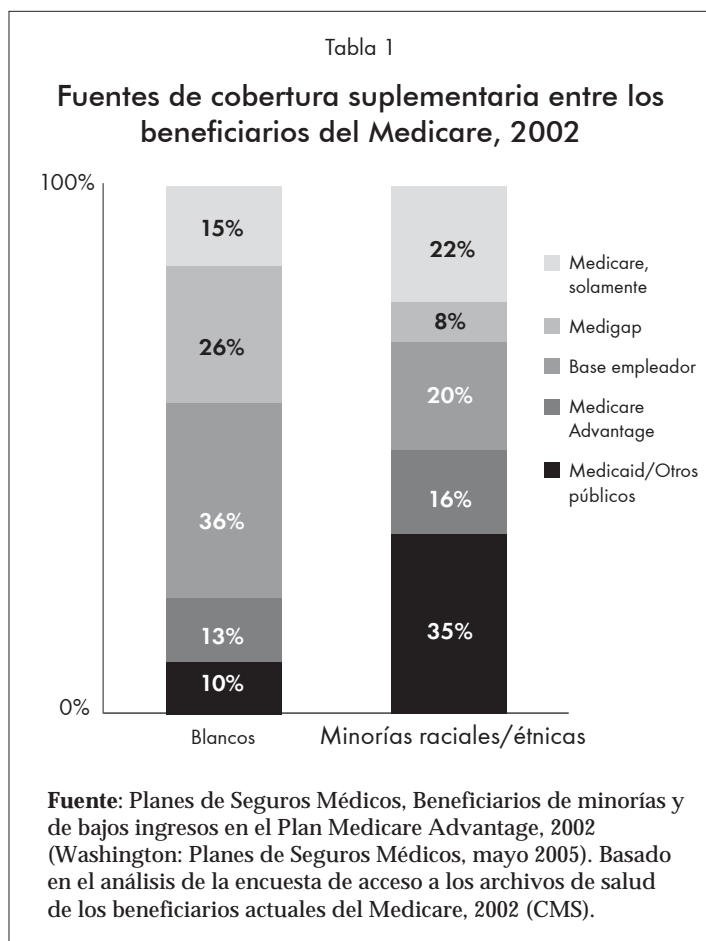
Los beneficiarios deben desembolsar un pago compartido o deducible cuando obtienen algunos de estos servicios. Los tipos de atención que los beneficiarios necesiten deben reunir también cierto criterio de cobertura. Por ejemplo, para internarse en un hospital, la atención que necesite el paciente debe ser prestada únicamente por un hospital. Además, el paciente debe pagar un deducible (\$952 en 2006) y pagos compartidos por internaciones de más de 60 días (\$238 diarios por los días 61-90 de internación y \$476 diarios por los días 91-150 de internación)

- **Medicare Parte B (Seguro médico):** A diferencia de la Parte A, los beneficiarios del Medicare no están automáticamente inscritos en la Parte B. En su lugar, ellos deben optar por inscribirse y pagar la prima mensual (\$88.50 en 2006). Sin embargo, el 95 por ciento de los beneficiarios optan por inscribirse en el programa, el cual paga por los servicios médicos, exámenes ambulatorios de diagnóstico, y ciertos suministros médicos y equipos. Igual que en la Parte A, la parte del seguro médico del Medicare también requiere que los beneficiarios paguen deducibles y pagos compartidos por los servicios que reciban. El deducible anual correspondiente al 2006 es de \$124, y el pago compartido es generalmente el 20%, aprobado por el Medicare, de la cuenta por el servicio prestado.

Es importante anotar que la Parte B no es un paquete de beneficios completos. Por ejemplo, aunque el Medicare cubre muchos servicios preventivos, incluyendo mamogramas, exámenes de detección de diabetes, y exámenes de detección de cáncer de próstata, la Parte B no paga por:

- exámenes de rutina,
- lentes y audífonos,
- exámenes rutinarios de los pies, o
- la mayoría de la atención dental

Ya que no hay brechas notables en la cobertura, muchos ancianos confían en opciones adicionales de seguro para cerrarlas. La mayoría de los beneficiarios recibe cobertura suplementaria, ya sea a través de planes patrocinados por el empleador o a través del llamado plan Medigap, que es un plan privado de seguro diseñado específicamente para llenar los vacíos de cobertura que no alcanza a cubrir el tradicional Medicare. Aquellos con ingresos en los niveles de pobreza pueden, frecuentemente, inscribirse en el Medicaid, el programa estatal de seguro médico para personas de bajos ingresos que ofrece muchos más beneficios completos que el tradicional Medicare, y con menos costos compartidos.



Las brechas en la cobertura del Medicare golpean más duramente a las minorías raciales y étnicas. Mientras que solo el 12 por ciento de todos los beneficiarios confía totalmente al Medicare su cobertura de seguro médico, el porcentaje para las minorías raciales y étnicas se duplica; para el 23 por ciento de los afroamericanos y 25 por ciento de los latinos, el Medicare es su única fuente de cobertura. Lo que es más, los beneficiarios afroamericanos y latinos tienen casi tres veces más probabilidades que los blancos de recurrir al Medicaid como complemento del Medicare, haciendo de ellos los más vulnerables de entre los beneficiarios del Medicare.<sup>4</sup>

- **Medicare Parte C (Planes de manejo de salud):** Llamado también “Medicare Advantage” (Medicare + Choice en el pasado), fue diseñado para reestructurar las opciones disponibles para los beneficiarios del Medicare. Históricamente, estos planes privados (como HMO) han proveído los beneficios de la Parte A y B a los inscritos. Con la introducción de la Parte D en 2006, los planes también tienen la opción de incluir cobertura estándar de recetas médicas como parte de su paquete de beneficios. En la

actualidad, alrededor del 12 por ciento de los beneficiarios está inscrito en los planes del Medicare Advantage.<sup>5</sup> El 88 por ciento restante tiene cobertura tradicional de pago por servicios en la cual el Medicare paga por los servicios cuando los costos inciden en los beneficiarios. Se anticipa que el Medicare Advantage juegue un papel preponderantemente creciente en los próximos años, con un 16% a 30% de beneficiarios supuestos a inscribirse en dichos planes para el año 2013.<sup>6</sup>

- **Medicare Parte D (Beneficio de recetas médicas):** A partir del 1º de enero de 2006, los beneficiarios que se hubieran inscrito en la Parte D tienen cobertura de recetas médicas proporcionada por los planes privados contratados por el Medicare. Antes de esta fecha, los beneficiarios no tenían acceso a recetas médicas a través del Medicare y tenían que depender de otras fuentes de cobertura o bien pagar todos los costos de su propio bolsillo. Igual que en la Parte B, la cobertura de recetas médicas es opcional para casi todos los beneficiarios, e incluye primas y estipulaciones de costos compartidos. Aquellos que desean inscribirse deben seleccionar un plan individual de recetas médicas (PDP) o bien un plan de Medicare Advantage con un beneficio de recetas médicas. Ya que la parte D está todavía en sus inicios, no está claro cómo es que muchas minorías raciales y étnicas han elegido inscribirse y qué impacto ha tenido en ellas este beneficio.

## El potencial del Medicare para reducir las disparidades raciales y étnicas en salud

El Medicare, como el más grande consumidor de cuidados de salud en los Estados Unidos, tiene un enorme potencial para reducir las disparidades raciales y étnicas en salud. En realidad, los orígenes del Medicare se encuentran enraizados en un esfuerzo federal para mejorar los cuidados de salud dentro de la comunidad afroamericana. De acuerdo a ley, los hospitales estaban obligados a cumplir con la Ley de Derechos Civiles de 1964 a fin de recibir pagos por pacientes del Medicare, una medida que catalizó la integración de los hospitales en la década de los sesenta. Sin embargo, en los 40 años transcurridos desde entonces, una terrible realidad ha mostrado que las minorías raciales y étnicas continúan recibiendo atención médica de calidad inferior y sufren los peores resultados en comparación con los blancos. Puesto que el Medicare provee cobertura a casi todas las minorías raciales y étnicas mayores de 65 años, lo mismo que a muchas personas con discapacidades permanentes, independientemente de su edad, éste puede jugar un papel fundamental en cerrar las brechas de salud que existen entre las minorías y los blancos.

A pesar de tener cobertura casi universal bajo el Medicare, los ancianos de las minorías raciales y étnicas, conforme lo demuestran numerosos estudios, tienen muchas más probabilidades de sufrir un mayor número de enfermedades y de presentar condiciones de salud regulares o pobres.<sup>7</sup> Por ejemplo, de acuerdo a una encuesta de beneficiarios del Medicare el año 2002, se evidencia que:

- El 30 por ciento de afroamericanos y 28 por ciento de latinos en el Medicare tenía diabetes en comparación con el 18 por ciento de los blancos no latinos.
- El 71 por ciento de afroamericanos en el Medicare tenía hipertensión en comparación con el 57 por ciento de latinos y 59 por ciento de blancos no latinos.
- El 32 por ciento de latinos en el Medicare tenía defectos mentales o cognitivos comparado con el 25 por ciento de blancos no latinos y 20 por ciento de afroamericanos.<sup>8</sup>

Pueda que estas disparidades se deban al hecho de que, en comparación con sus pares blancos, los beneficiarios afroamericanos y los latinos tuvieron muchas menos probabilidades de haber contado con cobertura médica antes de haberse inscrito en el Medicare. En el momento en que llegaban a ser elegibles para inscribirse, ciertas condiciones podían haber mejorado y empeorado.

Las disparidades persisten aún entre los beneficiarios del Medicare a pesar del hecho de que el mismo beneficio estándar, se supone sea proveído a todos los beneficiarios (a diferencia de los planes de seguro privado y programas estatales del Medicaid). Aunque algunas evidencias sugieren que las disparidades entre los beneficiarios ancianos del Medicare se habrían reducido en los años recientes, las brechas en tratamiento, de todas maneras, persisten.<sup>9</sup> Por ejemplo:

- Menos de la mitad de los afroamericanos y latinos mayores de 65 años recibió la vacuna contra la influenza, y solo alrededor de un tercio recibió la vacuna contra la neumonía en el año 2002. Esto se compara con el 68 por ciento de ancianos blancos que fueron vacunados contra la influenza y 59 por ciento que lo fueron contra la neumonía.<sup>10</sup>
- Los ancianos latinos con cobertura del Medicare tuvieron, tanto como los blancos de la misma edad, casi un tercio de probabilidades de someterse a una cirugía de reemplazo total de la cadera, una operación que puede reducir el dolor y mejorar las funciones físicas de los pacientes que padecen de osteoartritis severa.<sup>11</sup>
- En comparación con los pacientes blancos del Medicare, los ancianos afroamericanos con un cuadro inicial de cáncer del pulmón tuvieron menos probabilidades de someterse a cirugía y tuvieron más probabilidades de morir en el transcurso de cinco años a partir del diagnóstico.<sup>12</sup>
- Los afroamericanos, latinos, y asiáticos ancianos pacientes de cáncer residentes en casas de reposo tuvieron menos probabilidades de recibir tratamiento contra el dolor que sus pares blancos.<sup>13</sup>
- Los ancianos afroamericanos, latinos, y los asiáticos e isleños del Pacífico tuvieron más probabilidades que los ancianos blancos de sufrir infecciones derivadas del tratamiento médico.<sup>14</sup>

En tanto han emergido modestos esfuerzos en los últimos años para tratar estas disparidades -como por ejemplo, que a partir de fines de 2003, los planes de cuidados de salud empezaron a recibir datos sobre raza y etnicidad de los inscritos en el Medicare a cambio de que conduzcan, por lo menos, un proyecto sobre las disparidades- la mejora de la calidad ha sido desigual en el mejor de los casos.<sup>15</sup>

Mucho es lo que se puede y se necesita hacer para reducir las disparidades de salud entre la población bajo el Medicare. Desde que el programa ha alcanzado a más de 7 millones de las minorías raciales

y étnicas, y se supone que este número crezca, el Medicare está excepcionalmente

---

***“... entre las personas inscritas en el Medicare...no han habido reducciones significativas y constantes en las brechas de salud entre los negros y los blancos.”<sup>16</sup>***

---

posicionado para tratar el problema de las disparidades en el cuidado de salud al asegurar que todos los beneficiarios tengan acceso a una atención de alta calidad.

## El beneficio de recetas médicas. Una cuestión dominante

Una de las más radicales transformaciones en el programa del Medicare en sus 40 años de historia surtió efecto el 1º de enero de 2006 con la implementación del beneficio de recetas médicas. Este beneficio, llamado también Medicare Parte D, fue ratificado como parte de la Ley de Recetas Médicas, Mejoras y Modernización del año 2003 (MMA). Vigente a partir de noviembre de 2005, los beneficiarios obtuvieron la opción de inscribirse en un plan privado de recetas médicas o combinarlo con un plan de Medicare Advantage que ofrezca cobertura en recetas médicas.

Aunque el diseño específico de los beneficios varía de acuerdo al plan y a la región, el beneficio estándar requiere que los inscritos al Medicare paguen una prima mensual, un deducible anual, y pagos compartidos por sus medicamentos cubiertos. La estructura del beneficio estándar tiene tres niveles de cobertura: 1) Cobertura parcial (que paga el 25% por los primeros \$2.500 del valor de los medicamentos); 2) Ninguna cobertura (la brecha de cobertura o el llamado “intervalo en la cobertura” (“*doughnut hole*,”) que es de \$2.850 luego del límite inicial de la cobertura que el beneficiario debe pagar generalmente por el valor total de los medicamentos); y 3) Cobertura de límite pagado (cubre el 95% de todos los medicamentos que excedan los \$5.100).

La prima promedio para un plan privado de recetas médicas es de \$32.20 para el año 2006. El deducible máximo anual es de \$250, luego de que el Medicare paga el 25% del valor de los medicamentos hasta que el beneficiario alcanza el punto de “intervalo en la cobertura” (“*doughnut hole*,”). Luego de que el beneficiario paga un total de \$3.600 en gastos de su propio bolsillo, el Medicare paga el 95% del valor de todos los medicamentos que sobrepasaran el terrible límite (\$5.100 en 2006).<sup>17</sup>

Los beneficiarios del Medicare disponen de muchísimas alternativas cuando seleccionan un plan de recetas médicas. La mayoría de los Estados ofrece entre 40 y 49 planes, y unos pocos ofrecen 50. Cada plan tiene también su propia estructura en cuanto a primas, deducibles, precios de medicamentos, y la lista de medicamentos cubiertos puede variar significativamente de plan a plan.

Los beneficiarios que decidieran inscribirse deben hacerlo, eligiendo un plan, hasta el 15 de mayo de 2006 o encarar una sanción potencialmente costosa por inscripciones fuera de plazo.

Mientras millones de personas en el Medicare tienen ahora que decidir si el beneficio del plan de recetas médicas es apropiado para ellos, esa decisión aparece aún más lejana para muchas minorías raciales y étnicas. Entre los beneficiarios del Medicare, el 43% de los afroamericanos y el 37% de los latinos carecieron de cobertura de recetas médicas por todo o parte del año 2002. Muchos de ellos tendrán acceso a cobertura asequible de recetas médicas por primera vez a través del beneficio de recetas médicas del Medicare.<sup>18</sup> La estructura del beneficio, sin embargo, es sumamente compleja. Es aún más confusa para aquellos que califican para ayuda por sus bajos ingresos, una población que incluye casi dos tercios de todos los beneficiarios afroamericanos y latinos del Medicare.<sup>19</sup> Es críticamente importante que toda la información le llegue a estas personas para que así conozcan y entiendan las implicaciones de los nuevos beneficios y cómo éstos les afectarán cuando se inscriban.

Las siguientes secciones ofrecen un breve análisis de algunos de los más graves motivos de preocupación con las implicaciones del beneficio de recetas médicas del Medicare y su impacto entre las minorías.

- **Elegibles duales**

Más de 6 millones de beneficiarios del Medicare tienen ingresos tan extremadamente bajos que de hecho califican para el Medicaid, el programa público de seguro médico para los pobres. Estas personas son frecuentemente referidas como “elegibles duales completos” puesto que califican para ambos programas, lo cual significa que tienen



acceso a los beneficios adicionales ofrecidos a través del Medicaid, tal como la atención médica a largo plazo. El Medicaid paga también las primas y los costos compartidos de la población elegible dual del Medicare.

Las minorías raciales y étnicas configuran un porcentaje desproporcionado de los elegibles duales. De hecho, los afroamericanos y los latinos tienen casi seis veces más probabilidades que los blancos de ser elegibles para ambos, Medicaid y Medicare.<sup>20</sup> Como consecuencia de esta desproporcionada representación, cualquier esfuerzo para reducir las disparidades raciales y étnicas en salud, debe también tomar en cuenta las necesidades de esta población.

La introducción de la cobertura de recetas médicas bajo el Medicare Parte D tiene implicaciones importantes para los beneficiarios que también están inscritos en el Medicaid. Más de un tercio de todos los afroamericanos y latinos en el Medicare recibió cobertura de recetas médicas a través del Medicaid antes de enero de 2006 en comparación con uno de cada diez beneficiarios blancos. Sin embargo, desde el 1º de enero de 2006, Medicaid ya no paga más por las recetas médicas de los elegibles duales. En vez de esto, los elegibles duales deben ahora inscribirse en un plan privado de recetas médicas financiado a través de la Parte D del Medicare.

A pesar del hecho de que este cambio afecta a más de 2 millones de beneficiarios de las minorías bajo el Medicare, en términos relativos, ha habido muy poca promoción para que las minorías se preocupen por el cambio en los beneficios. La transición del Medicaid al Medicare para la cobertura de recetas médicas también se ha complicado con problemas. Miles de beneficiarios que llegaron a las farmacias en enero, descubrieron que ellos no podían obtener sus medicamentos debido a complicaciones administrativas. Afortunadamente, más de 30 Estados han dado un paso importante desde enero para facilitar la transición al gastar millones de dólares en suministros de medicamentos de emergencia. Esta no es, sin embargo, una solución permanente, y muchos beneficiarios de bajos ingresos bajo el Medicare enfrentan ahora nuevos pagos compartidos y restricciones aún mayores en la adquisición de sus medicamentos.

- **Beneficiarios de bajos ingresos**

Las minorías raciales y étnicas están desproporcionadamente representadas entre los beneficiarios de bajos ingresos bajo el Medicare: el 64% de los beneficiarios afroamericanos y el 62% de los latinos tienen ingresos por debajo del 150 por ciento del nivel federal de pobreza (\$19.245 para una familia de dos en 2005) en comparación con el 32 por ciento de los beneficiarios blancos.<sup>21</sup> Muchas de estas personas califican para

subsidios que les ayudarán a pagar primas y costos compartidos, dependiendo de sus ingresos y del valor de sus bienes (Ver cuadro más abajo). Sin embargo, de un estimado de 5.7 a 7 millones de personas que podrían calificar para el subsidio de bajos ingresos, solamente alrededor de 1.2 millones han sido admitidos hasta enero de 2006. Lo que es aún más desolador, solamente alrededor de un cuarto de aquellos aprobados para el subsidio se había inscrito en el plan de la Parte D durante el primer mes del programa.<sup>22</sup> Esto suma apenas un 5% de los beneficiarios elegibles de bajos ingresos que ahora están recibiendo ayuda extra para la cobertura de sus recetas médicas.

**Beneficios de recetas médicas del Medicare Subsidios para beneficiarios de bajos ingresos, 2006**

Nivel de subsidios	Prima Mensual	Deducible anual	Pagos copartidos
Beneficios totales para elegibles duales con ingresos <100% de pobreza (\$9,570/individual; \$12,830/pareja)	\$0	\$0	\$1/genéricos \$3/de marca; sin pagos compartidos hasta después que los pagos totales alcancen \$5,100
Beneficios totales para elegibles con ingresos >100% de pobreza	\$0	\$0	\$2/genéricos \$5/de marca; sin pagos compartidos hasta después que los pagos totales alcancen \$5,100
Beneficios totales institucionalizados para elegibles duales	\$0	\$0	Sin pagos compartidos
Personas con ingresos <135% de pobreza (\$12,920/individual; \$17,321/pareja) y bienes <\$6,000/individual; \$9,000/pareja)	\$0	\$0	\$2/genéricos \$5/de marca; sin pagos compartidos hasta después que los pagos totales alcancen \$5,100
Personas con ingresos 135%-150% de pobreza (\$12,920-\$14,355/individual; bienes <\$10,000/individual; \$20,000/pareja)	Escala móvil hasta \$32.50*	\$50	15% del costo total hasta \$5,100; \$2/genéricos \$5/de marca a partir de entonces

**Nota:** El monto de \$32.50 es la base de la prima nacional mensual de la Parte D para 2006. Los montos de pobreza en dólares corresponden a 2005. El valor de los bienes hasta \$1.500/individual y \$3.000/pareja está permitido para gastos de funeral o sepelio.

**Fuente:** Fundación Family Kaiser, Resumen de subsidios de recetas médicas del Medicare para beneficiarios de bajos ingresos en 2006.

- **Educación y alcance**

Sin la apropiada promoción que alcance a los beneficiarios del Medicare, particularmente a aquellos de las minorías, la implementación del beneficio de recetas médicas será una oportunidad perdida para reducir las disparidades entre la población bajo el Medicare. Desafortunadamente, en octubre de 2005, más del 60% de personas mayores admitió que no entendía muy bien en que consistían los beneficios.<sup>23</sup>

Mientras que la disponibilidad de la Parte D se ha vuelto familiar para la población, los detalles específicos sobre los beneficios están en la página electrónica gubernamental [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov). Esta página que les permite a los usuarios consultar información detallada sobre los planes de medicamentos disponibles está diseñada para facilitar la elección de un plan más simple al ofrecer comparaciones de precios lado a lado. El buscador de planes de recetas médicas del Medicare, instrumento que se encuentra en la página electrónica, les permite a los usuarios marcar los medicamentos que estuvieran tomando de tal manera que puedan acomodar las alternativas de los planes a sus circunstancias particulares.

Una gran mayoría de personas mayores, sin embargo, no usa el Internet y probablemente nunca verá los instrumentos que se ofrecen a través. Lo que es más aún, los ancianos afroamericanos son los que tienen menos probabilidades de usar el Internet. De acuerdo a una encuesta en 2004, solamente el 11 % de ellos, todos mayores de 65 años, afirmó que sí lo usaba en comparación con el 22% de los blancos no hispanos y el 21% de los hispanos anglo parlantes.<sup>24</sup> En octubre de 2005, tan solo un mes antes de que empezara el periodo firmado para la Parte B, la mayoría de los beneficiarios del Medicare dijo que nunca había sabido de la existencia de la página electrónica [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov), y apenas uno de cada 20 afirmó haber ingresado continuamente a esta página.<sup>25</sup>

## Conclusión

Aunque las minorías raciales y étnicas bajo el Medicare tienen acceso a la misma cobertura que los blancos, ellos continúan cargando la peor parte en cuanto a medidas de prevención, tratamiento, y condiciones generales de salud. Mientras que muchas de las brechas en salud pueden atribuirse a las disparidades en el ingreso y educación -factores que, como se ha demostrado, tienen un profundo efecto en la salud- queda el hecho de que el Medicare puede hacer mucho más para mejorar la salud dentro de las minorías.

La introducción, en enero, de la Parte D del Medicare representa una notable oportunidad para tratar el problema de las disparidades de salud entre las minorías. El beneficio de la Parte D, por ejemplo, ofrece ayuda financiera significativa para las personas de bajos ingresos, lo que podría incrementar su acceso a medicamentos. Esta ayuda es particularmente importante para aquellas minorías a las que previamente les faltó

cobertura de recetas médicas por sus altos costos. Los periodistas pueden jugar un importantísimo papel en alcanzar a las comunidades minoritarias y así educarlas sobre el beneficio, particularmente cuando el plazo para la inscripción, que vence el 15 de mayo, se acerca rápidamente.

El beneficio de la Parte D tiene el potencial de reducir las disparidades más allá de extender el acceso a la cobertura de recetas médicas. En la actualidad, más de la mitad de todos los beneficiarios que son elegibles para el Medicaid u otras ayudas por sus bajos ingresos no están inscritos en estos programas.<sup>26</sup> Estos programas ayudan a los beneficiarios a pagar algunas o todas de sus primas y deducibles, reduciendo así las dos mayores barreras al acceso. Al hacer un esfuerzo concentrado para informar a los grupos minoritarios sobre el Medicare Parte D y su relación con la ayuda por bajos ingresos, es posible que a futuro se expanda el acceso a la cobertura al alentar a las personas elegibles para que soliciten la ayuda que, en los hechos, ya la tienen disponible.

Puesto que, virtualmente, todas las personas mayores de 65 años están inscritas en el Medicare, y puesto que uno de cada cinco beneficiarios pertenece a un grupo racial o étnico minoritario, el programa del Medicare puede usar su significativa dimensión como programa federal de seguro para tratar el problema de las disparidades de salud. Al alcanzar a la población minoritaria y facilitando que las minorías de bajos ingresos se inscriban en los programas de ayuda financiera, el Medicare puede empezar a reducir la brecha de salud entre esta población y allanar el camino para las más amplias mejoras.

---

## Bibliografía

<sup>1</sup> Fundación Family Kaiser, Un perfil de los afroamericanos, latinos y blancos con Medicare: Implicaciones de los esfuerzos para alcanzarlos y promocionar el nuevo beneficio de recetas médicas. (Washington: Fundación Family Kaiser, noviembre 2005), disponible mediante: <http://www.kff.org/minorityhealth/7435.cfm>.

<sup>2</sup> Marsha Lillie-Blanton, Osula Evadne Rushing, y Sonia Ruiz, Factores claves: Raza, etnicidad y cuidados de salud, actualizado al junio de 2003 (Menlo Park, CA: Fundación Family Kaiser, 2003), disponible mediante: <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/Key-Facts-Race-Ethnicity-Medical-Care-Chartbook.pdf>.

<sup>3</sup> Estimados basados en un análisis de la Oficina del Censo de los Estados Unidos. "Proyecciones provisionales en los Estados Unidos por edad, sexo, raza, y origen hispanico" disponible mediante: <http://www.census.gov/ipc/www/usinterimproj/>, Accedido el 29 noviembre de 2005.

<sup>4</sup> Fundación Family Kaiser, Las caras del Medicare: El Medicare y las minorías en los Estados Unidos (Washington: Fundación Family Kaiser, julio 1999).

<sup>5</sup> Fundación Family Kaiser, El Medicare de un vistazo (Menlo Park, CA: Fundación Family Kaiser, septiembre 2005).

<sup>6</sup> Fundación Family Kaiser, Gráficas del Medicare, Tercera edición (Washington: Fundación Family Kaiser, verano 2005).

<sup>7</sup> Fundación Family Kaiser, Las caras del Medicare: El Medicare y las minorías en los Estados Unidos, op. cit.

<sup>8</sup> Fundación Family Kaiser, Un perfil de los afroamericanos, latinos y blancos con Medicare: Implicaciones de los esfuerzos para alcanzarlos y promocionar el nuevo beneficio de recetas médicas, op. cit.

<sup>9</sup> Amal Trivedi, Alan Zaslavsky, Eric Schneider, y otros, “Tendencias en la calidad de la atención y las disparidades raciales y étnicas en los cuidados manejados del Medicare,” *Jornal de Medicina de New England* 353 (18 de agosto de 2005), pp. 692-700.

<sup>10</sup> Asociación Americana del Pulmón, Datos sobre enfermedades pulmonares en comunidades culturalmente diversas: 2005 (New York: Asociación Americana del Pulmón, febrero 2005).

<sup>11</sup> Agustín Escalante, Jane Barrett, Inmaculada del Rincón, y otros., “Disparidades en el reemplazo total de cadera que afectan a los beneficiarios hispanos del Medicare” *Atención Médica* 40 (junio 2002), pp. 451-460.

<sup>12</sup> Marsha Lillie-Blanton, Osula Evadne Rushing, y Sonia Ruiz, Factores claves: Raza, etnicidad y cuidados de salud, actualizado al junio de 2003

<sup>13</sup> Ibid.

<sup>14</sup> Sheila Leatherman y Douglas McCarthy, La calidad de los cuidados médicos para los beneficiarios del Medicare: Una gráfica enfocada en la vida de los ancianos en la comunidad (New York: Fundación del Estado de Nueva York, mayo 2005).

<sup>15</sup> Amal Trivedi, Alan Zaslavsky, Eric Schneider, y otros, Tendencias en la calidad de la atención y las disparidades raciales y étnicas en los cuidados manejados del Medicare,” op. cit.

<sup>16</sup> Ashish K. Jha, Elliott S. Fisher, Zhonghe Li, y otros. “Tendencias raciales en el uso de procedimientos médicos mayores entre los ancianos,” *Jornal de Medicina de New England* 353 (18 de agosto de 2005), p. 690.

<sup>17</sup> Fundación Family Kaiser, Medicare: El beneficio de recetas médicas del Medicare (Washington: Fundación Family Kaiser, septiembre 2005).

<sup>18</sup> Fundación Family Kaiser, Un perfil de los afroamericanos, latinos y blancos con Medicare: Implicaciones de los esfuerzos para alcanzarlos y promocionar el nuevo beneficio de recetas médicas, op. cit.

<sup>19</sup> Ibid.

<sup>20</sup> Leighton Ku y Matthew Broaddus, Los seis millones de beneficiarios del Medicare excluidos de los beneficios de recetas médicas bajo la Declaración del Senado son, desproporcionadamente, parte de las minorías. (Washington: Centro del Presupuesto y Prioridades Políticas, septiembre de 2003).

<sup>21</sup> Fundación Family Kaiser, Un perfil de los afroamericanos, latinos y blancos con Medicare: Implicaciones de los esfuerzos para alcanzarlos y promocionar el nuevo beneficio de recetas médicas, op. cit. En 2002, el nivel federal de pobreza fue de \$8,860 para una persona y \$11,940 para una pareja.

<sup>22</sup> Fundación Family Kaiser, Medicare: Ayuda para los de bajos ingresos bajo el beneficio de recetas médicas de Medicare (Washington: Fundación Family Kaiser, septiembre 2005).

<sup>23</sup> Fundación Family Kaiser y Escuela de Salud Pública de Harvard, El beneficio de recetas médicas de Medicare: Perspectivas beneficiarias justo antes de la implementación. (Menlo Park, CA: Fundación Family Kaiser, noviembre 2005).

<sup>24</sup> Susannah Fox, Los mayores y el Internet (Washington: Proyecto Pew Internet y la vida en los Estados Unidos. Marzo 2004), disponible mediante: [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Seniors\\_Online\\_2004.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Seniors_Online_2004.pdf).

<sup>25</sup> Fundación Family Kaiser y Escuela de Salud Pública de Harvard, op. cit.

<sup>26</sup> June Eichner y Bruce C. Vladeck, “El Medicare como catalizador en la reducción de las disparidades de salud” *Asuntos de Salud* 24 (marzo/abril 2005), pp. 365-375.

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](mailto:minorityhealth@familiesusa.org) o llamando al (202) 628-3030.