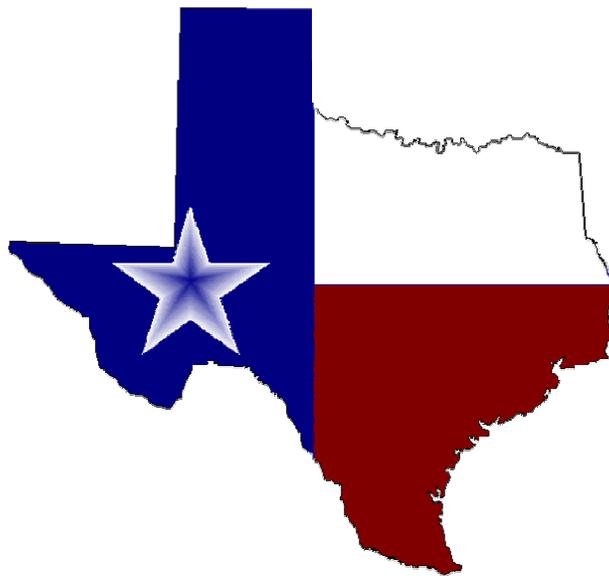


COMPARACIÓN DE LOS HMOs EN TEXAS 2006

LA CALIDAD DE LOS PLANES DE CUIDADO DE SALUD
DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL CONSUMIDOR



Incluso Regiones:

Texas Central
Texas Este
Costa de Texas
Texas Norte
Panhandle/Plains
Texas Sur
Texas Oeste



Preparado por
OFFICE OF PUBLIC INSURANCE COUNSEL
www.opic.state.tx.us

Contenido

Sobre la información en este manual

Sobre este reporte	2
Las maneras en que este manual lo puede ayudar	3
¿Por qué importa la calidad de los planes de salud?	3
Qué considerar al escoger un HMO	3
¿Cuáles son sus derechos legales?	4
Tipos de planes de salud	5

Resultados de la encuesta (CAHPS™ 3.0H) para planes en la región:

Texas Central	7 - 28
Texas Este	29 - 40
Costa de Texas	41 - 52
Texas Norte	53 - 64
Panhandle/Plains	65 - 76
Texas Sur	77 - 88
Texas Oeste	89 - 100

Información a nivel estatal

Datos de quejas

Tabla: Razones más comunes por las que se presentaron quejas	102
Gráfica: Gráfica de quejas	103
Gráfica: Quejas de paciente contra proveedor	103
Gráfica: Quejas de los Pacientes	104
Gráfica: Quejas de los Proveedores de atención médica	105
Gráfica: Quejas Combinadas	106
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con más de 50,000 afiliados)	107
Tabla: Datos Totales de Quejas (HMOs con menos de 50,000 afiliados)	108

Apelaciones y Quejas

Tabla: Apelaciones ante la Organización de Revisión	109
Porción del Mercado	112
Números de Teléfonos de Servicio al Cliente	113
Fuentes de Datos Financieros	114
Otras Fuentes de Información	115

Sobre este reporte . . .

La Oficina del Asesor Legal Público de Seguros (OPIC siglas en inglés)

es una agencia estatal que representa a los consumidores en acciones grupales de seguros. La LXXV Legislatura de Texas ordenó a OPIC expedir reportes anuales que compararan a los HMOs en el estado de Texas.

Este reporte refleja las experiencias que los habitantes de Texas tuvieron con sus Organizaciones de Mantenimiento de Salud durante el año 2005. La primera parte del reporte muestra los resultados del Estudio de los Planes de Salud/Evaluación del Consumidor, Versión 3.0H (CAHPS™ 3.0H). Las respuestas de los miembros de HMOs están desglosadas por área de servicio y están agrupadas para reflejar la experiencia que han tenido los consumidores en cada una de las siguientes siete regiones: Texas Central, Texas Este, Costa de Texas, Texas Norte, Panhandle/Plains, Texas Sur y Texas Oeste. Las secciones posteriores contienen datos de quejas, porción del mercado y otra información recabada al nivel estatal por el Departamento de Seguros de Texas (TDI). El reporte concluye dando fuentes adicionales de información y ayuda.

Los resultados de la encuesta publicados en este reporte reflejan solamente las respuestas de los inscritos en plan de grupo HMO. Los inscritos en Medicaid y Medicare no tomaron parte en CAHPS™ 3.0H. Pero, la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) tiene disponible información sobre el Medicaid. La información sobre el Medicare se puede obtener en los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS). Vea las páginas 115-116. Los planes ERISA también están excluidos. Para información sobre los planes ERISA vea la página 116.

¿Quién hizo la encuesta?

La encuesta Estudio de los Planes de Salud/Evaluación del Consumidor, Versión 3.0H (CAHPS™ 3.0H) fue llevada a cabo por encuestadores independientes acreditados por el Comité Nacional de Verificación de la Calidad (NCQA). Dicho comité opera sin el intento de lucro y se dedica a evaluar y expedir reportes sobre la calidad de los servicios de los planes de atención de salud administrada.

La encuesta integra la medida estándar de satisfacción del consumidor del Paquete de Datos e Información/Planes de Salud por medio de Empleador (HEDIS®). Ese es un paquete de datos que todas las organizaciones de mantenimiento de salud en Texas están obligadas a presentar anualmente ante el estado de Texas.

¿Quién participó?

Participaron más de 11,000 miembros inscritos en 32 planes de salud alrededor de Texas. Solo adultos que habían estado inscritos en su plan ininterrumpidamente por un lapso de 12 meses, desde el 1° de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de 2005 fueron encuestados. Dichos individuos solamente contestaron preguntas sobre la prestación de servicios de atención de salud que realmente habían recibido durante los 12 meses previos a la encuesta.

¿Cómo se llevó a cabo?

La encuesta se hizo principalmente por correo, con una llamada posterior a esos que no regresaron el cuestionario. La participación fue voluntaria y confidencial.

La encuesta hizo preguntas sobre las experiencias que los asegurados por HMOs habían tenido con sus planes de salud y la prestación de servicios de salud; preguntas tales como:

- ¿Les procesaron su reclamación rápida y correctamente?
- ¿Les dieron la atención médica que necesitaban?
- ¿Consiguieron cita rápidamente cuando necesitaban consulta?
- ¿Pudieron obtener la información que necesitaban de su plan de salud?

¿Que fue el índice de respuestas?

De los 35,186 miembros seleccionados y que llenaban los requisitos para participar en la encuesta, el 32% respondió. 19,883 la llenaron y la regresaron por correo, 14,921 la contestaron por teléfono y 382 por modo electrónico.

Las maneras en que este manual lo puede ayudar

Este manual le ofrece información sobre la calidad de los planes de salud desde el punto de vista de individuos que, durante 2005, estuvieron inscritos en los planes.

Este manual le puede ayudar a escoger un plan de cuidado de salud porque, en lo que se refiere a asuntos importantes de calidad de servicios, en él encontrará cómo se comparan los planes de Texas. Aún que este reporte le ofrece las comparaciones, no le dice cual plan escoger. Usted debe escoger su plan de acuerdo a los servicios que son más importantes para usted y su familia.

¿Por qué importa la calidad de los planes de salud?

Cuando usted escoge a un HMO también está escogiendo a los doctores, hospitales y otros proveedores de servicios médicos que podrá usar. Igualmente está escogiendo a los administradores del plan, que son los que revisan, aprueban o desaprueban los tratamientos recomendados por los doctores, y ofrecen incentivos económicos a los doctores con base a la cantidad o clase de atención que suministran. Por eso es muy importante tomar en consideración las evaluaciones de la calidad de los servicios que ofrecen los planes, los costos y los servicios que amparan.

Para ver una breve descripción de las organizaciones de mantenimiento de salud y cómo obtener más información, vea las paginas 4 y 114-116.

Qué considerar al escoger un HMO

¿Cuáles HMOs están disponibles en la región donde usted vive?

Estudie la información que el HMO distribuye para sus miembros, o llame al departamento de servicios al cliente (vea página 113).

¿Cuáles ofrecen los beneficios que usted desea o necesita?

Estudie la información de beneficios que distribuyen su empleador o los HMOs. Si usted usa medicamentos específicos vea si están amparados bajo el plan. Puede ser que necesite llamar por teléfono para informarse sobre todo lo que necesita saber.

¿Cuáles están al alcance de su bolsillo?

Lea cuidadosamente la información que distribuye su empleador o el HMO referente a los costos, incluso los gastos de bolsillo.

¿Cuáles permiten que vea a su doctor, hospital o proveedor preferido?

Si para usted o alguien en su familia es importante seguir viendo a un doctor específico, o usar un hospital específico, infórmese si el plan que está considerando le permite continuar con ellos. Estudie bien los directorios de doctores de los HMOs y la información para los miembros, o llame a los departamentos de servicios al cliente.

¿Cuáles recibieron buenas evaluaciones de calidad de servicio en la encuesta de satisfacción al consumidor?

Estudie la información sobre la encuesta de satisfacción al consumidor publicadas en este folleto.

HMO	Disponible donde vive o trabaja	Ofrecen beneficios que usted desea	Está al alcance de su bolsillo	Permiten su doctor, hospital o proveedor preferido	Recibieron buenas evaluaciones de calidad de servicio en la encuesta	Otras consideraciones importantes

¿Cuáles son sus derechos legales?

En lo que respecta a la protección del paciente, Texas cuenta con unas de las leyes más amplias en toda la nación.

Cuando esté haciendo su decisión para inscribirse en un HMO tenga en mente que los HMOs tienen obligación de darle la información que usted les pida respecto a los términos y condiciones del plan, incluso:

- ***los servicios amparados,***
- ***las exclusiones y limitaciones,***
- ***los requisitos de previa autorización,***
- ***continuación de tratamiento,***
- ***resolución de quejas, y***
- ***el número de teléfono para llamar gratis al HMO.***

Esta información puede ser vital para ayudarlo a decidir si inscribirse o no inscribirse en un plan HMO.

A petición de usted, el HMO también tiene que decirle si un medicamento específico está en la lista de medicamentos aprobados por el HMO (el formulario) y debe darle esta información en el transcurso de los tres días después que usted la pida.

Algunos otros derechos que ampara la ley de Texas:

- Acceso a médicos especialistas - dentro y fuera de la red de servicios
- Acceso a medicamentos de receta - en el formulario, fuera del formulario y genéricos
- Acceso a chequeos regulares
- Pago de atención de urgencia, incluso atención fuera de los hospitales de la red
- Continuación de atención cuando su doctor se retira de la red
- Quejas, apelaciones y revisión independiente para dictámenes desfavorables
- Acción legal en contra del HMO cuando sus decisiones de tratamientos causan daños
- Prohibición de cobrar al paciente de parte del proveedor en la red el saldo que queda si el HMO no paga
- Prohibición de recompensas financieras al doctor por el retenimiento de atención médica necesaria
- Permitir al afiliado el cambio de médico principal por lo mínimo cuatro veces al año
- Prohibición de estipulaciones contractuales que restrinjan al doctor discutir diferentes opciones de tratamiento con sus pacientes
- Servicios amparados obtenibles dentro de cierta distancia en millas

El Departamento de Seguros de Texas publica el folleto “Las Organizaciones de Mantenimiento de Salud” en el cual se describen los derechos del asegurado. Conéctese a este documento en el sitio en la Red de TDI www.tdi.state.tx.us/consumer/cbo69.html o llame al 1-800-252-3439 y pida una copia.

Tipos de planes de salud...

	HMO <i>Organización de Mantenimiento de Salud</i>	PPO <i>Organización de Proveedor Preferido</i>	HMO/POS <i>Organización de Mantenimiento de Salud con opción punto-de-servicio</i>	Seguro tradicional <i>Pago-por-servicio</i>
Tipo de Red de Servicios	Red contenida Tiene que usar los doctores, hospitales y especialistas miembros de la red del HMO, excepto en casos de emergencia.	Red libre Puede usar doctores, hospitales y especialistas miembros o no miembros de la red.	Red libre Puede usar doctores, hospitales y especialistas miembros o no miembros de la red.	Red libre Puede usar cualquier doctor, hospital o especialista que usted escoja.
Limitaciones para escoger a sus doctores	HMOs típicamente requieren que escoja un médico principal (PCP) de la red. Antes de ver a otros doctores de la red, como por ejemplo: especialistas, necesita una recomendación de su PCP. Pero, los HMOs deben permitir que las mujeres escojan y vean, sin recomendación del PCP, a un ginecólogo de la red. En otras situaciones la ley también permite acceso directo a los especialistas. <i>Vea página 4 para más datos.</i> Algunos HMOs, conocidos como HMOs de acceso libre, permiten que, sin recomendación, el asegurado vaya a cualquier doctor de la red.	La mayoría de los PPOs permiten que vaya, sin recomendación, a cualquier doctor de la red. Algunos PPOs requieren que escoja un PCP y obtenga recomendación de ese doctor antes de ver a otros doctores en la red del PPO. Este requisito, si aplica, no afecta su habilidad de ir a otros doctores fuera de la red.	En general requiere que escoja un PCP y obtenga recomendación de ese doctor antes de ver a otros doctores en la red del HMO. Este requisito no afecta la habilidad de ir a otros doctores fuera de la red.	Sin limitaciones.
Incentivos para que se usen los doctores de la red	En general el HMO no paga al menos que se usen los doctores en la red (excepto en casos de emergencia). Cuando el empleador ofrece solo un HMO la opción de punto-de-servicio debe estar incluida. Esta medida no aplica a planes de salud de 50 empleados o menos. <i>Vea HMO/POS.</i>	El PPO paga una porción más grande del costo si usted utiliza los doctores en la red.	El HMO/POS paga una porción más grande del costo si usted utiliza los doctores en la red.	No aplica.
Pago por servicios	Usted paga un pequeño copago fijo por las consultas de doctor, los medicamentos de receta, visitas de emergencia y hospital. En general usted no paga deducible (la cantidad que el asegurado tiene que pagar anualmente antes de que el plan de salud comience a pagar) o coaseguro (porcentaje de los costos). Aparte del copago, el doctor de la red del HMO no puede cobrarle ningún saldo.	Cuando se usa la red del PPO usualmente se hacen copagos parecidos a los de un HMO. Algunos PPOs requieren que usted pague un porcentaje de la cuenta de doctor. Cuando se sale de la red pagará un porcentaje más alto de los costos y un deducible. Estos costos podrían ser sustancialmente más altos que los precios de descuento que cobran los proveedores preferidos. El PPO basa su porcentaje en lo que considera razonable, dejando que usted pague su porcentaje.	Cuando usa la red del HMO usted paga los copagos establecidos por el HMO. Cuando se sale de la red usted paga un porcentaje de los costos y un deducible. El HMO/POS basa su porcentaje en lo que es usual y acostumbrado, dejando que usted pague el porcentaje que le toca y cualquier saldo que queda.	Generalmente usted paga un deducible y un porcentaje de lo que cobra el doctor (el coaseguro). La aseguradora basa el porcentaje en lo que es usual y acostumbrado, dejando que usted pague el porcentaje que le toca y cualquier saldo que queda.

