

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® 4.0H) para planes en la región:

Texas Central	7
Texas Este	31
Costa de Texas	45
Texas Norte	59
Panhandle/Plains	73
Texas Sur	87
Texas Oeste	101

Información a nivel estatal

Datos de quejas	115
Tabla: Razones Más Comunes por las que se Presentaron Quejas	116
Gráfica: Gráfica de Quejas	117
Gráfica: Frecuencias de las Quejas	117
Gráfica: Quejas de los Pacientes	118
Gráfica: Quejas de los Proveedores de Atención Médica	119
Gráfica: Quejas Combinadas	120
Tabla: Datos Totales de Quejas	121
Apelaciones y Quejas	
Tabla: Apelaciones ante la Organización de Revisión	122
Porción del Mercado	124
Números de Teléfonos de Servicio al Cliente	124
Fuentes de Datos Financieros	125
Otras Fuentes de Información	126

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 2009. La primera parte del reporte muestra los resultados Evaluación del Consumidor acerca de Sistemas y Proveedores de Cuidado de Salud, Versión 4.0H (CAHPS® 4.0H). 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 un plan de salud HMO comercial. Los inscritos en Medicaid y Medicare no tomaron parte en CAHPS® 4.0H. 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 126-128 para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicare y Medicaid. Los planes ERISA también están excluidos. Para información sobre los planes ERISA vea la página 128.

¿Quién hizo la encuesta?

La encuesta Evaluación del Consumidor acerca de Sistemas y Proveedores de Cuidado de Salud, Versión 4.0H (CAHPS® 4.0H) 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, a expedir reportes y a la mejora de la calidad del cuidado de salud.

La encuesta integra la medida estándar de satisfacción del consumidor del Conjunto de Datos e Información sobre la Efectividad del Cuidado de Salud (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 7,778 miembros inscritos en 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 2009 hasta el 31 de diciembre de 2009 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 27,337 miembros seleccionados y que llenaban los requisitos para participar en la encuesta, el 33% respondió. 5,776 la llenaron y la regresaron por correo, 1,854 la contestaron por teléfono y 148 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 2009, 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 páginas 5 y 124-128.

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 124).

¿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?

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,
- los medicamentos aprobados,
- 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.

La Ley Federal de Protección al Paciente y Cuidados de Salud a Bajo Precio (PPACA) y la parecida Ley *de Conciliación de Educación y Seguro Médico*, promulgada por el Congreso en marzo de 2010, contienen importantes reformas del mercado de seguro médico que aplican a la mayoría de las pólizas de seguro médico grupales e individuales. Las siguientes reformas al mercado de seguro médico afectan a los planes en los años a partir del 23 de septiembre de 2010:

- los planes de salud deben ofrecer un conjunto necesario de servicios preventivos a las personas inscritas, que renuncian a los deducibles aplicables de la red, así como a los copagos y coseguro,
- los planes de salud no podrán exigir referidos para recibir atención de un pediatra o de un ginecoobstetra de la red,
- se prohíbe exigir autorización previa para la atención de emergencia,
- los planes de salud que ofrecen cobertura a dependientes deben permitir a los hijos adultos sin cobertura propia de sus patronos que permanezcan en el plan de los padres hasta los 26 años,
- los planes no pueden negar cobertura, ni aplicar exclusiones de cobertura por condiciones preexistentes a los niños menores de 19 años,
- los planes de salud no pueden imponer límites de por vida en dólares,
- Se prohíben las rescisiones de cobertura de seguro médico, y
- el consumidor tiene derecho a las apelaciones internas y externas si se le niega un reclamo o la cobertura médica.

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,
- requiriendo que los hospitales y los doctores proporcionen un estado de cuentas detallado de los servicios cobrados y/o un estimado de los costos cuando sean solicitados, y
- el derecho a solicitar una liquidación por mediación en caso que se le cobrara al afiliado por el saldo de una reclamación fuera de la red.

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/pubs/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	<u>Red contenida</u> Tiene que usar los doctores, hospitales y especialistas miembros de la red del HMO, excepto en casos de emergencia.	<u>Red libre</u> Puede usar doctores, hospitales y especialistas miembros o no miembros de la red.	<u>Red libre</u> Puede usar doctores, hospitales y especialistas miembros o no miembros de la red.	<u>Red libre</u> 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 en 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 en 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 es usual y acostumbrado, 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.

