

Explicación de la Información de Evaluación de Calidad de la Atención Administrada N° 2

Comprenda las Medidas de Evaluación de la Calidad



¿Qué puedo aprender de esta hoja informativa?

Para poder determinar si un plan de salud es mejor que otro, usted necesita contar con un método para evaluar cada plan. Con esta hoja informativa usted aprenderá qué medidas se utilizan para determinar el nivel de desempeño de un plan de salud.

¿Por qué es importante comprender las medidas de calidad?

Si usted comprende las medidas de calidad, la información puede ser más útil para usted.

Por ejemplo, supongamos que un amigo le pide que evalúe dos bebidas gaseosas, A y B, que están en dos vasos diferentes. Su amigo prueba cada bebida y luego le dice que la bebida B es mejor. ¿Qué hizo que su amigo decidiera que la B era mejor? ¿Tenía más burbujas? ¿Era más dulce? ¿A su amigo le gustó más el color de la bebida B? Es probable que desee preguntarle a su amigo por qué pensó que B era mejor. Le preguntaría a su amigo qué *medidas* utilizó para determinar que B era “mejor”.

Supongamos que su amigo determinó que B era mejor sólo porque era más dulce que A. Si a usted no le gustan las bebidas dulces, entonces simplemente saber que B era “mejor” no fue muy útil para usted. Si usted conoce las medidas que alguien usa, entonces usted puede decidir si los resultados basados en esas medidas son útiles para usted.

Saber qué medidas son importantes para usted también se aplica en la información de evaluación de calidad acerca de la atención administrada. Si usted sabe qué preguntas se hicieron y qué información se ha considerado, puede decidir mejor qué información le es más útil a usted.

Cada persona desea obtener diferente información de evaluación de calidad. ¿Usted desea saber si el consultorio del médico tiene acceso para sillas de ruedas? ¿Es importante saber si el doctor habla otros idiomas? ¿Desea saber cuánto tiempo tienen que esperar los pacientes para sus citas? Cada persona responderá estas preguntas en forma diferente.

Consejo: ¿Por qué no hace una lista de las cosas que son importantes para usted acerca de un plan de salud o de los médicos? A medida que lea la información de evaluación de la calidad, podrá ver mejor qué tipo de medidas usted querrá buscar.

Tenga en cuenta: Ninguna medida de plan de salud es perfecta. Cada medida tiene sus problemas.

Debe considerar diversas medidas de desempeño que sean importantes para usted. Un plan puede funcionar bien en algunos aspectos y mal en otros. Usted debe decidir qué medidas son más importantes para usted.

¿Qué debo saber acerca de las normas de atención de salud?

Para casi todas las condiciones médicas existe una **norma de atención** de aceptación general para las personas que padecen esa condición. La norma de atención es el criterio que se puede utilizar para comparar la atención que ofrece su plan de salud con un nivel de atención que tiene recomendación o aceptación general. La norma de atención puede ser elaborada por un grupo de especialistas o por defensores de personas con necesidades especiales.

Una norma de atención puede recomendar la frecuencia con la que una persona visita al médico, qué tipo de exámenes deben realizarse y qué tipo de capacitación debe tener el proveedor de atención de salud para proporcionar este tipo de atención.

Sea un consumidor inteligente: ¿Conoce la norma de atención para las necesidades especiales de su hijo? De no ser así, puede comunicarse con la agencia del Título V cercana a usted o con una agencia defensora de personas con dicha necesidad especial. Al final de esta hoja informativa encontrará datos para comunicarse con esas agencias.

¿Qué son las medidas de evaluación de desempeño?

Las **medidas de evaluación** de desempeño demuestran lo bien o lo mal que un plan de salud está prestando servicios de calidad y alcanzando sus objetivos. Las medidas de evaluación de desempeño se utilizan para otorgar la acreditación y para preparar boletas de calificaciones de los planes. Los planes de salud usan las medidas de evaluación de desempeño con los mismos planes para evaluar su actuación. Las agencias que regulan o compran servicios de planes de salud usan medidas de evaluación de desempeño para decidir si los planes de salud están haciendo un buen trabajo.

¿Cuáles son las tres clases principales de medidas de evaluación de desempeño?

Las tres clases principales de medidas de evaluación de desempeño son:

- Capacidad del sistema de prestación,
- Medidas de evaluación del proceso, y
- Medidas de evaluación de resultados.

Ahora explicaremos cada una de ellas.

¿Qué es la "capacidad del sistema de prestación"?

Esta medida de evaluación de desempeño determina en qué medida el plan puede manejar a todas las personas a las que debe prestar servicios. Esta medida considera factores como por ejemplo:

- ¿Cuántos pacientes hay por doctor?
- ¿Qué clases de doctores y especialistas hay en la red del plan?
- ¿Hasta qué punto están bien distribuidos los proveedores de atención de salud en la ciudad?

- ¿Los doctores y los establecimientos de atención de salud ofrecen servicios en otros idiomas?
- ¿Los proveedores de atención de salud tienen la capacitación adecuada en lo que necesito, incluso capacitación para comprender a otras culturas?
- ¿Cuál es el mayor tiempo y la mayor distancia que el plan espera que los pacientes viajen para recibir atención?
- ¿Cuánto tiene que esperar un paciente para recibir una cita?
- ¿Con qué frecuencia se afilian o se dan de baja los doctores del plan?
- ¿Mi hijo tendrá acceso a un centro de atención pediátrica especial?

¿Por qué es importante la capacidad del sistema de prestación?

Tener conocimiento acerca de la capacidad del sistema de prestación puede ayudarle a responder algunas de las preguntas que tiene acerca de un plan. Puede usar esta información para compararlo con la misma información de otro plan.

Supongamos que usted sabe que el Plan A tiene un hospital y consultorios médicos sólo a tres millas de su casa. El Plan B tiene un hospital y consultorios médicos a 25 millas de su casa. ¿Qué plan es más conveniente para su familia?



Si su hijo tiene un problema o condición médica crónica y necesita un doctor especial que tenga experiencia en un área de medicina, usted consideraría la capacidad del sistema de prestación para ver si un plan tiene los especialistas médicos que su hijo necesitará. Si su hijo tiene necesidades especiales, necesitará un pediatra con la capacitación adecuada.

Compare la capacidad del sistema de prestación con la norma de atención de la condición de su hijo. Si la norma de atención requiere que su hijo tenga acceso a un

centro de atención especializado, ¿el plan de salud incluye esta opción?

¿Qué son las "medidas de evaluación del proceso"?

Las **medidas de evaluación del proceso** consideran lo que se hizo para atender al paciente. Estas medidas consideran cuántas visitas tienen los pacientes y la cantidad de exámenes ordenados para los pacientes. Las medidas de proceso incluyen **datos de utilización** (cuántas veces o cuánto usan los pacientes los servicios del plan) y **datos de encuentro** (cuánto servicio se presta a cada miembro individual del plan).

Por ejemplo, supongamos que usted tiene diabetes. Para las personas que tienen diabetes es muy importante visitar a su proveedor de atención de salud con frecuencia y examinar sus riñones, sus pies y sus ojos cada año. El proveedor de atención de salud debe enseñarles cómo examinar su piel para ver si tienen problemas. Las medidas de evaluación de desempeño del Plan A muestran que las personas con diabetes sólo ven a sus doctores cada dos años, y sus ojos y sus riñones se examinan también cada dos años. Los pacientes del Plan B ven a sus doctores y realizan estos exámenes cada año, y los proveedores de servicios de salud deben enseñarle a sus pacientes cómo cuidarse en su casa. ¿Qué plan le brindará una mejor atención para su diabetes?

¿Qué son "medidas de evaluación de resultados"?

Las **medidas de evaluación de resultados** consideran los resultados de los servicios de la atención de salud del plan.

¿Las vidas de los pacientes mejoran?
¿Con qué frecuencia vuelven las personas al hospital por el mismo problema? ¿Las personas con enfermedades crónicas pueden vivir en forma independiente o están con más frecuencia en una institución?



Las medidas de evaluación de resultados consideran si la atención de salud mejoró la vida de la persona. Para las personas con enfermedades crónicas, buenas medidas de evaluación de resultados significan tener una calidad de vida buena o satisfactoria.

¿Cómo funcionan juntas las medidas de evaluación de desempeño?

Consideremos el problema del asma infantil. El asma puede ser una enfermedad difícil para los niños, y si no se trata en forma adecuada, puede hasta llevar a la muerte del niño. Podemos tomar las tres clases de medidas de evaluación de desempeño para determinar el modo en que el plan de salud trata el asma infantil.

¿El plan tiene suficientes pediatras? Si un plan de salud no tiene suficientes médicos que se especialicen en salud infantil, entonces el plan no tiene **capacidad de sistema de prestación**.

¿Con qué frecuencia visitan a sus doctores los niños que padecen asma? Si los niños no ven a sus doctores con frecuencia, entonces es posible que el plan no esté ofreciendo suficiente atención para mantener buenos registros del asma. Si los niños ven a sus doctores con demasiada frecuencia, esto indicaría que el plan de salud no está ofreciendo educación médica para que las familias puedan mantener el asma bajo control. **Las medidas de evaluación de proceso** que muestran un uso demasiado alto o demasiado bajo de los servicios podrían ser problemas. Si usted lee la norma de atención para los niños que padecen asma, le dirá cuántas visitas al doctor se consideran "normales". Por supuesto que cada persona es diferente. Pero el plan de salud debe compararse bien con la norma de atención.

¿Cuál es el nivel de bienestar de los niños con asma? Si los niños deben procurar obtener atención de emergencia constantemente para su asma, entonces el plan de salud tendría **medidas de evaluación de resultados** insuficientes.

¿Cuáles son los problemas con las medidas de evaluación de desempeño?

Cuando considere las medidas de evaluación de desempeño, debe tener en cuenta varias cosas.

La mayoría de las medidas de evaluación del proceso y de resultados sólo consideran lo que pasa con los pacientes que han estado en el plan por lo menos un año. Las personas que abandonan el plan en menos de un año no están incluidas. Asimismo, las personas que sólo se inscriben durante un corto período, como muchas de las personas que tienen Medicaid, tampoco están incluidas. Dado que la información es tan complicada, a veces lleva dos a tres años reunir la información. Mire el año en que se obtuvo la información. Un plan puede hacer grandes mejoras o empeorar mucho en dos o tres años.

La información puede no estar completa. Si una persona recibe atención de salud fuera del plan, esta atención no se incluirá en las medidas del plan. Si alguien necesita obtener atención de un especialista que no está en la red del plan, esta atención tampoco aparecerá en las medidas de evaluación.

Las medidas de evaluación de desempeño pueden recolectarse sólo para ciertas áreas de servicio. Un plan de salud puede concentrarse en que esas áreas tengan buenas referencias. Si un plan de salud sabe que alguien va a medir sólo lo bien que presta servicios a las personas con diabetes, entonces el plan puede poner más empeño con esos pacientes con diabetes. Estas medidas de evaluación de desempeño no le dirán lo bien que el plan presta servicios a las personas que tienen problemas de corazón o necesidades de salud mental.

¿Quién recopila las medidas de evaluación de desempeño?

Hay un par de organizaciones que recopilan esta información. Como se mencionó en la Hoja Informativa N° 1,



la NCQA usa el sistema HEDIS para medir el desempeño. Muchos planes de salud, agencias del estado y grupos de empleadores usan las normas HEDIS para comparar planes de salud.

La iniciativa para medir la calidad de atención médica de niños y adolescentes (**CAHMI**), originalmente desarrollado por la Foundation for Accountability (FACCT), es una serie de preguntas

para medir el desempeño. Ahora CAHMI es un proyecto de la Oregon Health & Science University. Incluyen unas medidas de evaluación de desempeño en las encuestas de CAHPS y en HEDIS. Algunos planes utilizan las medidas de evaluación de desempeño para evaluar el desempeño de sus propios servicios.

La Agency for Healthcare Research and Quality (**AHRQ**)



también ha elaborado

una encuesta para el consumidor denominada **CAHPS** (the Consumer Assessments of Health Plans Study.). Esta encuesta pide opiniones de consumidores acerca del cuidado que reciben y sus experiencias con médicos del plan. Para mejor información acerca de encuesta, lee la hoja informativa número 5.

¿Dónde puedo obtener los resultados de estas medidas?

Las medidas HEDIS se recopilan en *Quality Compass* de NCQA y en *Health Plan Report Card*. El Pacific Business Group on Health usa HEDIS para su *HealthScope*. Algunas agencias estatales de Medicaid y departamentos de salud usan medidas HEDIS y pueden tener boletas de calificaciones que utilicen las medidas. CMS requiere medidas HEDIS para todos los planes de salud de atención administrada de Medicare. Lea el final de esta Hoja Informativa para averiguar cómo puede obtener esta información.

Al fin de esta hoja informativa y de las otras hojas informativas en esta serie, hay sitios en la red donde uno puede ver los resultados de las medidas de evaluación de desempeño. No cobran para la información en los sitios estatales. Algunos otros sitios cobran para la información. Debe comunicarse directamente con el plan de salud para conocer los resultados de sus medidas de evaluación de desempeño.

¿Qué es la información referente a las inscripciones y bajas?

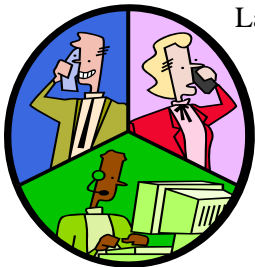
La información referente a las inscripciones cuenta cuántas personas hay en un plan de salud y cuántas personas nuevas se afilian al plan de salud. La información referente a las inscripciones incluye a las

personas que se inscriben en el plan asignado o con inscripción automática. (Lea la Hoja Informativa N° 1.)

La información referente a bajas considera cuántas personas abandonan un plan. A veces la información le dice el motivo por el cual las personas abandonaron el plan. Las bajas pueden ser voluntarias, tal vez porque a la persona no le gustaba el plan. Las bajas también pueden ser obligatorias. Si el empleador de una persona ya no ofrece el plan o si una persona ya no califica para recibir Medicaid, entonces el plan de salud dará de baja a la persona.

¿Por qué es útil la información referente a las inscripciones?

La información referente a las inscripciones puede decirle cuántas personas hay en un plan. Es importante conocer la cantidad de miembros del plan cuando está considerando otras medidas de evaluación de desempeño. Si un plan tiene 100,000 miembros y 100 abandonan el plan, las personas que se dan de baja representan menos del 1%. Pero si el plan tiene 1,000 miembros y 100 se dan de baja, el plan perdió el 10% de sus miembros, y eso puede indicar que existen problemas.



La información referente a las inscripciones puede decirle si las personas se están afiliando al plan. Si se afilian muchas personas al plan, puede ser porque han escuchado buenas referencias acerca del plan.

Esta información también le puede decir quién se está inscribiendo en el plan de salud. ¿Se inscriben otras personas con necesidades especiales en el plan? ¿El plan sólo está inscribiendo a personas más jóvenes y más saludables? De ser así, el plan puede estar tratando de incorporar a miembros que no usen muchos servicios. Esta puede ser una señal de advertencia para alguien que tenga necesidades especiales y necesitará servicios regulares o frecuentes.

Si el plan tiene muchos miembros pero pocos proveedores de atención de salud, es posible que deba esperar mucho tiempo para que le den una cita.

¿Por qué es importante la información referente a las bajas?

Si muchas personas abandonan un plan de salud, esto puede indicar que el plan no está prestando servicios en forma correcta. Tal vez la calidad de la atención no es buena. Tal vez el plan de salud no tiene consultorios en lugares convenientes.

Considere quién está abandonando el plan. ¿Las personas con necesidades especiales abandonan el plan? De ser así, el plan de salud puede no estar prestando los servicios que esos pacientes necesitan. En este momento puede ser difícil averiguar exactamente quién está abandonando el plan, pero esa información puede estar más disponible en el futuro.

Es importante separar las bajas voluntarias de las bajas obligatorias. Las bajas obligatorias pueden no decir mucho acerca de la calidad del plan de salud. Las bajas voluntarias tal vez le digan más acerca de la calidad del plan.

Cuando usted considere las cantidades de bajas, tenga también en cuenta cómo es el mercado del plan de salud en su región. Si existen muchas opciones en su zona, los planes de salud pueden tener cantidades más altas de bajas debido a que existen más opciones. Los planes de salud más nuevos pueden tener tasas más altas de bajas que los planes de salud más antiguos que ya tienen una reputación muy conocida en la comunidad.

¿Dónde puedo obtener información referente a las inscripciones y a las bajas?

Algunos grupos de empleadores como por ejemplo Pacific Business Group on Health, incluye esta información en sus boletas anuales.

HEDIS incluye la cantidad de bajas como una de sus medidas. Los informes que usan medidas HEDIS pueden incluir información de bajas. Sin embargo, la medida HEDIS no le dirá si las bajas fueron voluntarias u obligatorias.

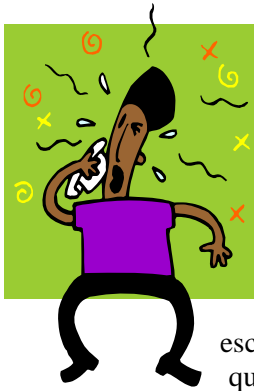
Si su estado tiene una agencia que regula los planes de atención administrada, la agencia puede tener información referente a la inscripción para cada plan de

salud. También puede pedir información referente a inscripciones y bajas directamente al plan de salud.

Algunas organizaciones de defensa de consumidores pueden tener información referente a inscripciones y bajas.

¿Qué son quejas y demandas?

Muchos planes de salud usan estos dos términos para el mismo concepto. Sin embargo, aquí trataremos de separar los términos.



Una **queja** es una protesta que usted hace contra su plan de salud. Si usted no está contento con los servicios de la atención de salud o no obtiene los servicios que usted piensa que debe obtener, usted presenta una queja ante el plan de salud. Una queja en general se presenta por escrito. El plan de salud revisará la queja y decidirá qué hacer. Lo que

cuenta como una queja formal y el proceso para manejar quejas varía mucho de acuerdo con el estado y de acuerdo con el plan.

Una **demanda** es una protesta que presenta en una agencia que regula el plan de salud de atención administrada. Usted puede presentar una demanda ante la agencia estatal que regula los planes de salud. HCFA tiene un contrato con el Maximus/Center for Health Dispute Resolution para manejar las demandas acerca de los planes de salud de atención administrada de Medicare. El Ministerio de Trabajo de EE.UU. puede recibir demandas acerca de ciertos tipos de planes de salud. En la mayoría de los estados, existe una agencia como el departamento de sociedades anónimas, el departamento de salud o el departamento de seguros donde puede presentar una demanda contra de un plan de salud.

Sea un consumidor inteligente: Si tiene una queja contra un plan de salud, lea siempre primero su folleto de beneficios en detalle para ver cómo funciona el proceso de quejas del plan.

Si un plan de salud tiene muchas quejas y demandas en contra, eso podría indicar que el plan no está prestando servicios muy bien. Siempre debe comparar la cantidad

de quejas con la cantidad en otros planes para poder determinar si es una cantidad alta o baja.

Una baja cantidad de quejas puede indicar que los miembros del plan están muy contentos con los servicios. Sin embargo, esto no siempre es verdad. Si un plan no hace un buen trabajo para decirles a sus miembros cómo presentar quejas, entonces por supuesto, el plan tendrá una baja cantidad de quejas. Un plan que hace un buen trabajo al decirles a sus miembros cómo presentar quejas y tiene un proceso fácil tendrá una mayor cantidad de quejas, pero puede estar brindando una atención que sea igual de buena que la del plan con menos quejas.

Sea un consumidor inteligente: Trate de averiguar el motivo de las quejas que presentan las personas. ¿Las personas se estaban quejando de algo que para usted es importante? ¿Puede saber si el plan ha mejorado luego de recibir quejas?

¿Cuáles son algunos de los problemas en cuanto a esta información de quejas?



No existe una norma para el modo en que se obtiene esta información. Algunos planes pueden llamar “demandas” a todo, entonces el plan muestra que no tienen quejas. Cada plan también decide cómo llamar a las categorías de demandas.

Esto dificulta la comparación de las quejas de un plan con las quejas de otro.

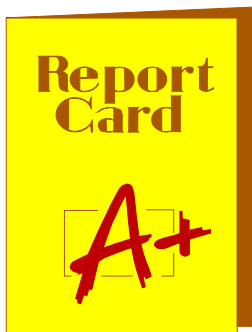
Los planes de salud más grandes tienen más miembros. Con más miembros, el plan también puede tener más quejas. Por lo tanto, si usted ve que un plan tiene muchas quejas, también considere el tamaño del plan.

¿Dónde puedo obtener información acerca de la cantidad de quejas y demandas?

Si la agencia de su estado que regula los planes de atención de salud obtiene información de evaluación de calidad, esa agencia puede tener información acerca de las quejas y demandas contra los planes. Si su estado requiere que los planes de salud mantengan un registro

de estas cantidades, debe ser posible obtener la información también de los planes de salud.

NCQA también obtiene información acerca de las quejas y demandas. NCQA no obtiene la cantidad o tipos de quejas o demandas. Sin embargo, NCQA considera el modo en que los planes le explican a sus miembros acerca del proceso de quejas y el modo en que los planes responden a las calificaciones de satisfacción de los pacientes.



¿Cómo se aplican las medidas de evaluación de calidad a las boletas de calificaciones y encuestas a consumidores?

Las medidas de evaluación de calidad que se describen en esta hoja informativa son la base de la mayoría de las boletas de calificaciones. Las medidas de evaluación de calidad proporcionan la mayoría de la información objetiva para las boletas de calificaciones y estudios de atención administrada. Estas medidas proporcionan cantidades en vez de opiniones de pacientes, para dar una imagen de evaluación de su desempeño. Las encuestas a consumidores siempre proporcionan información subjetiva como por ejemplo opiniones, sentimientos y experiencias de pacientes en los planes de atención administrada. Ambas clases de información son extremadamente importantes para considerar la calidad de la atención administrada.

¿Las medidas de evaluación de calidad me dicen todo lo que necesito saber acerca de la calidad de la atención?

La información de evaluación de calidad no evalúa muchos aspectos que pueden ser importantes para muchos consumidores. A veces incluso si tiene toda la información de evaluación de calidad disponible puede haber temas o preguntas sin responder. Para aquellas preguntas sin respuesta, puede hablar con amigos que tengan el mismo plan de salud o hablar directamente con el doctor o con el plan de salud.

La información de evaluación de calidad no le dirá siempre el modo en que los pacientes obtienen atención

de salud después del horario de trabajo. Usted sabrá por su propia experiencia si realmente puede hablar con el doctor y si le escucha. Probablemente necesitará preguntar directamente al plan para averiguar si se ofrecen servicios de transporte. Tendrá que leer la lista de proveedores del plan para saber cuántos doctores aceptan siquiera el plan de salud.

Para comunicarse:

Normas de atención: Para averiguar la norma de atención de una enfermedad o condición en particular, puede comunicarse con una agencia que abogue por las personas que tienen esa necesidad especial. Algunos ejemplos de estas agencias son la American Diabetes Association, la American Herat Association, o Family Voices. Algunas de estas agencias son locales y otras son nacionales.

Para averiguar la norma de atención de una enfermedad o condición infantil, debe comunicarse con su Título V local (Maternal and Child Health Access Agency). Para encontrar la agencia de su estado o región local: Visite a: <https://perfdata.hrsa.gov/mchb/mchreports/link/state/links.asp>.

Para leer las medidas de evaluación de desempeño de los planes: Comuníquese directamente con la oficina de **Servicios para Miembros**. Pida copias de las medidas de evaluación de desempeño que el plan ha obtenido más recientemente.

Comuníquese con la agencia de su estado que regula los planes de atención administrada. La agencia puede llamarse por ejemplo departamento de sociedades anónimas, departamento de seguros, departamento de salud o departamento de atención administrada. Pida copias de las medidas de desempeño, en particular auditorías y revisiones que la agencia pueda tener para el plan que usted está considerando.

HealthCareCoach.com
www.healthcarecoach.com

Para información del perspectiva del consumidor acerca de atención administrada, los términos, e ideas para bajar los costos de cuidado médico.

NCQA

1100 13th St., NW, Suite 1000
Washington, DC 20005
(202) 955-3500
www.ncqa.org

Medicare Personal Plan Finder

1-800-633-4227 (Línea gratuita de Medicare)
1-800-MEDICARE
<http://www.medicare.gov/MPPF/Include/DataSection/Questions/Welcome.asp>

En este sitio, puede buscar y comparar planes de atención administrada. También puede buscar planes que pagan los servicios que Medicare no paga. Alguna información está disponible en español también.

AHRQ

National Guidelines Clearinghouse
P.O. Box 8547
Silver Spring, MD 20907-8547
1-800-358-9295
1-888-586-6340 TDD

www.ahrq.gov/consumer/espanoix.htm
Este sitio tiene información general en español acerca de calidad para consumidores.
<http://www.ahrq.gov/consumer/qntlitesp/index.htm>

Aquí hay información sobre normas de atención:
www.guidelines.gov

También puede leer Child Health Care Quality Toolbox en:
www.ahrq.gov/chttoolbx/

CAHMI

The Child and Adolescent Health Measurement Initiative
503-494-1930
www.cahmi.org

CAHMI tiene medidas de evaluación de desempeño que son específicas para evaluar la atención médica de niños con necesidades especiales. CAHMI es un proyecto del departamento pediátrico de la escuela de medicina de la Oregon Health & Science University.

AARP

601 E St. NW
Washington, DC 20049
1-888-687-2277
AARP también tiene sucursales en muchos estados.
www.aarp.org/espanol/
El sitio también tiene información sobre opciones de seguro para adultos.

National Business Coalition on Health

1015 18th Street N.W., Suite 730
Washington, DC 20036
(202) 775-9300
www.nbch.org

Existen grupos comerciales de salud en muchas regiones del país. Muchos de los grupos son miembros de la National Business Coalition on Health. Para ver si hay uno en su área, busque en el sitio abajo donde dice “Coalition Members”. Algunas de los sitios la red tienen información fácil de comprender para comparar planes de salud. Si el sitio no tiene información para el consumidor, puede compartir la información con su empleador para usarla a fin de mejorar la calidad de seguro de los empleados en su trabajo.

El Center for Health Care Strategies (CHCS), en Lawrenceville, NJ, proporcionó el financiamiento para “Explicación de la Información de Evaluación de Calidad de la Atención Administrada para los Consumidores con Necesidades Especiales”. Este proyecto fue posible a través de un subsidio por separado para CHCS otorgado por la Robert Wood Johnson Foundation. Las modificaciones anuales de esta hoja informativa son posibles a través de un subsidio por The California Endowment.

Hoja Informativa N° 2 es una de las cinco hojas informativas para los consumidores acerca de la atención administrada. Si tiene problemas para encontrar copias de las otras hojas informativas, visite el sitio del National Health Law Program en la red en: <http://www.healthlaw.org/link.cfm?7727> para bajar sus copias gratuitas.

National Health Law Program 2008