
Seguros médicos

*¿Estamos mejor
protegidos que hace
cuatro años?*

Un informe de
Families USA

Septiembre 2004

**Seguros médicos: ¿Estamos mejor protegidos
que hace cuatro años?**

Publicación de Families USA 04-107

© 2004 Families USA

Families USA

1334 G Street, NW

Washington, DC 20005

Teléfono: (202) 628-3030

Fax: (202) 347-2417

Correo electrónico: info@familiesusa.org

INTRODUCCIÓN

Según encuestas de opinión pública, el cuidado de la salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones entre los estadounidenses en los años recientes. Para comprender cuáles son los motivos que originan este cambio, Families USA planteó una variante a la pregunta que Ronald Reagan formulara hace más de dos décadas: “*En cuanto a la atención médica, ¿estamos mejor ahora de como estábamos hace cuatro años?*”

Para responder a esta pregunta, solicitamos al Grupo Lewin que analizara información proveniente de fuentes del gobierno federal que incluyen a la Oficina del Censo (*Census Bureau*), al Departamento del Trabajo (*Department of Labor*), y al Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*). Con este análisis podemos comparar los datos sobre costos y cobertura de la atención médica correspondiente al año 2000 con las proyecciones para el 2004 (el método empleado se describe con amplitud en el Apéndice Técnico). Los resultados de nuestro análisis demuestran que la respuesta a nuestra pregunta—“¿estamos mejor ahora?”— es un rotundo *no*.

Encontramos que, aun recurriendo a los cálculos conservadores del propio gobierno sobre el alza de las primas de seguros de salud pagadas por los trabajadores, éstas subieron—entre los años 2000 y 2004—cerca de tres veces más rápido que el promedio de los salarios en los Estados Unidos, y mientras que el costo de las primas subió al 35.9%, el promedio de los salarios de los trabajadores subió solamente en un 12.4% durante el mismo periodo. Consecuentemente, las primas de seguro médico han consumido una mayor porción de los salarios de los trabajadores en los últimos cuatro años.

Como resultado de los crecientes costos médicos, un mayor número de estadounidenses gasta una buena parte de sus ingresos anuales para cubrir los pagos de atención médica. Del año 2000 al 2004, la cantidad de estadounidenses que gastan más de una cuarta parte de sus ingresos en atención médica se elevó un 23%, de 11.6 millones a 14.3 millones.

También descubrimos que muchas más personas no están ahora aseguradas. Aproximadamente 85.2 millones de personas no contaron con seguro durante algún tiempo en el periodo 2003-2004, un incremento de 12.7 millones con respecto al periodo 1999-2000 cuando la cifra se mantuvo en 72.5 millones. A lo largo de los últimos dos años, una de cada tres personas menores de 65 años de edad no contó con seguro, la mayoría durante largos periodos. El incremento en el número de personas sin seguro en estos cuatro años afectó a todos los estadounidenses sin importar su origen étnico, aunque el incremento fue mayor entre las comunidades de las minorías.

Estos sombríos descubrimientos explican por qué los costos y cobertura de atención médica se han convertido en una de las principales preocupaciones entre las familias estadounidenses en los últimos cuatro años.

HALLAZGOS RELEVANTES

Aumento en los costos de atención médica.

- Las primas de seguro médico pagadas por los trabajadores subieron un 35.9% del año 2000 al 2004.
- Los costos promedio de las primas de cobertura individual subieron de \$2.864 a \$3.798 durante el periodo de cuatro años mientras que los de cobertura familiar lo hicieron de \$7.028 a \$9.320 (porciones combinadas entre el empleador y el trabajador) (Tabla 1).

Tabla 1

Costos promedio de las primas de seguro médico laboral por tipo de cobertura. Años 2000 a 2004

Tipo de cobertura	2000	2004
Solo para cobertura individual:		
Prima total (Compartida por empleador y empleado)	\$2,864	\$3,798
Solo para cobertura familiar:		
Prima total (Compartida por empleador y empleado)	\$7,028	\$9,320

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

- De 2000 a 2004, los costos de las primas aportadas solamente por los trabajadores subieron al 35.9% (Tabla 2). En este estudio, se asumió que los costos de las primas aportados por los trabajadores subieron en la misma proporción tanto para la cobertura individual como para la familiar.
- El costo promedio pagado por los trabajadores para cobertura familiar subió de \$1.433 a \$1.947 (Tabla 2).

Tabla 2

Incrementos en las primas para cobertura familiar basados en el seguro médico laboral. De 2000 a 2004

Primas	2000	2004	Diferencia porcentual
Prima total pagada por trabajador (Compartida por empleador y empleado)	\$7,028	\$9,320	32.6%
Porción de la prima pagada por el empleado	\$1,433	\$1,947	35.9%
Porción de la prima pagada por el empleador	\$5,595	\$7,373	31.8%

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

- En 26 Estados, Alaska, Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New México, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Utah, Vermont, Wisconsin y Wyoming, y en el Distrito de Columbia, los costos de las primas pagados por los trabajadores se elevaron más del 40% del año 2000 al 2004 (Tabla 3).
- Del año 2000 al 2004, las primas médicas pagadas por los trabajadores se elevaron casi tres veces más rápido que el promedio de sus ingresos anuales (Tabla 3).
- A nivel nacional, el costo promedio de las primas médicas pagadas por los trabajadores se elevó 35.9% del año 2000 al 2004, mientras que sus ingresos promedio sólo se elevaron un 12.4% (Tabla 3). De esta manera, el costo de las primas para los trabajadores subió 2.9 veces más rápido que sus ingresos.

Tabla 3

Porcentaje del incremento de la porción de las primas pagada por el trabajador de acuerdo el promedio de sus ingresos en cada Estado de 2000 a 2004

Estado	2000 a 2004		Incremento en las primas como múltiplo del aumento en los ingresos
	Cambio en las primas promedio pagadas por el trabajador ¹	Cambio en el ingreso promedio por trabajador ²	
Alabama	36.5%	11.4%	3.2
Alaska	56.7%	9.1%	6.2
Arizona	44.2%	11.0%	4.0
Arkansas	39.1%	12.1%	3.2
California	15.6%	14.3%	1.1
Colorado	44.7%	13.2%	3.4
Connecticut	55.8%	14.4%	3.9
Delaware	48.3%	10.3%	4.7
District of Columbia	51.5%	17.9%	2.9
Florida	35.0%	11.2%	3.1
Georgia	39.6%	13.0%	3.0
Hawaii	21.6%	13.6%	1.6
Idaho	36.7%	9.5%	3.9
Illinois	34.9%	13.0%	2.7
Indiana	39.9%	11.9%	3.4
Iowa	40.7%	10.6%	3.8
Kansas	44.7%	12.5%	3.6
Kentucky	42.3%	11.2%	3.8
Louisiana	23.2%	11.7%	2.0
Maine	53.9%	12.5%	4.3
Maryland	36.6%	15.0%	2.4
Massachusetts	49.8%	14.1%	3.5
Michigan	42.1%	10.0%	4.2
Minnesota	50.0%	14.2%	3.5
Mississippi	50.3%	9.4%	5.4
Missouri	23.4%	12.1%	1.9
Montana	44.0%	11.9%	3.7
Nebraska	43.0%	13.5%	3.2
Nevada	46.4%	14.4%	3.2
New Hampshire	45.6%	14.6%	3.1
New Jersey	42.9%	9.7%	4.4
New Mexico	46.0%	11.2%	4.1
New York	39.7%	13.1%	3.0
North Carolina	37.1%	12.5%	3.0
North Dakota	35.5%	12.8%	2.8
Ohio	34.1%	12.2%	2.8
Oklahoma	30.8%	11.7%	2.6
Oregon	31.9%	11.3%	2.8
Pennsylvania	27.4%	11.3%	2.4
Rhode Island	43.4%	15.5%	2.8
South Carolina	54.5%	11.9%	4.6
South Dakota	49.9%	9.2%	5.4
Tennessee	31.1%	12.1%	2.6
Texas	38.5%	11.2%	3.4
Utah	66.3%	13.2%	5.0
Vermont	57.2%	14.9%	3.9
Virginia	32.8%	13.4%	2.4
Washington	20.4%	10.8%	1.9
West Virginia	38.5%	12.2%	3.2
Wisconsin	49.3%	12.2%	4.0
Wyoming	48.1%	14.4%	3.3
Promedio en EEUU	35.9%	12.4%	2.9

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

¹ Ver Tabla A en el Apéndice. ² Ver Tabla B en el Apéndice.

- En los siguientes 35 Estados, las primas por atención médica pagadas por los trabajadores se elevaron tres o más veces más rápido que el promedio de sus ingresos desde el año 2000 al 2004 (Tabla 3): Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, New York, North Carolina, South Carolina, South Dakota, Texas, Utah, Vermont, West Virginia, Wisconsin y Wyoming.
- Del año 2000 al 2004 se incrementó de manera sustancial el número de personas cuyos costos totales por atención médica excedieron la cuarta parte de sus ingresos anuales (Tabla 4). Los costos totales incluyen primas, deducibles, copagos y seguros conjuntos, y costos incurridos por servicios médicos no cubiertos por sus seguros.
 - En el año 2004, hubo 14.1 millones de personas (2.5 millones más que los 11.6 en el año 2000) cuyos costos de atención médica totalizaron más de una cuarta parte de sus ingresos anuales. Es decir, un incremento de aproximadamente 22.9% (Tabla 4).
 - Entre los *asegurados*, el número de personas con costos de atención médica superiores a una cuarta parte de sus ingresos, subió de 8.4 a 10.7 millones entre el año 2000 y el 2004 (Tabla 4).

Tabla 4

Personas con costos catastróficos por atención médica¹ de 2000 a 2004

Personas que gastan más del 25% de sus ingresos en atención médica	2000	2004	% de cambio
Entre toda la población menor de 65 años	11,647,000	14,314,000	22.9%
Entre las personas aseguradas menores de 65 años	8,449,000	10,692,000	26.5%

¹ Incluye primas, deducibles, copagos, seguros conjuntos y gastos por servicios no cubiertos por la empresa y los dependientes del empleado.

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

Table 5

Personas menores de 65 años con costos catastróficos por atención médica¹ de 2000 a 2004

Estado	Personas que gastan más del 25% de sus ingresos en atención médica		Incremento, 2000 a 2004
	2000	2004	
Alabama	217,000	247,000	30,000
Alaska	22,000	26,000	4,000
Arizona	213,000	301,000	88,000
Arkansas	141,000	176,000	35,000
California	1,624,000	1,697,000	73,000
Colorado	166,000	229,000	63,000
Connecticut	102,000	120,000	18,000
Delaware	25,000	32,000	7,000
District of Columbia	23,000	32,000	9,000
Florida	710,000	942,000	232,000
Georgia	348,000	486,000	138,000
Hawaii	46,000	58,000	12,000
Idaho	50,000	72,000	22,000
Illinois	507,000	572,000	65,000
Indiana	249,000	320,000	71,000
Iowa	114,000	151,000	37,000
Kansas	104,000	140,000	36,000
Kentucky	179,000	229,000	50,000
Louisiana	239,000	279,000	40,000
Maine	53,000	65,000	12,000
Maryland	152,000	208,000	56,000
Massachusetts	201,000	240,000	39,000
Michigan	379,000	446,000	67,000
Minnesota	140,000	202,000	62,000
Mississippi	133,000	176,000	43,000
Missouri	223,000	271,000	48,000
Montana	53,000	68,000	15,000
Nebraska	66,000	89,000	23,000
Nevada	70,000	111,000	41,000
New Hampshire	35,000	49,000	14,000
New Jersey	255,000	301,000	46,000
New Mexico	91,000	114,000	23,000
New York	758,000	881,000	123,000
North Carolina	324,000	481,000	157,000
North Dakota	32,000	41,000	9,000
Ohio	484,000	514,000	30,000
Oklahoma	158,000	214,000	56,000
Oregon	154,000	201,000	47,000
Pennsylvania	491,000	525,000	34,000
Rhode Island	32,000	47,000	15,000
South Carolina	161,000	226,000	65,000
South Dakota	30,000	47,000	17,000
Tennessee	260,000	319,000	59,000
Texas	916,000	1,204,000	288,000
Utah	75,000	108,000	33,000
Vermont	24,000	29,000	5,000
Virginia	257,000	327,000	70,000
Washington	254,000	314,000	60,000
West Virginia	94,000	107,000	13,000
Wisconsin	196,000	252,000	56,000
Wyoming	20,000	27,000	7,000
Total en EEUU*	11,647,000	14,314,000	2,667,000

¹ Incluye primas, deducibles, copagos, seguros conjuntos y gastos por servicios no cubiertos por la empresa y los dependientes del empleado.

* Las cifras no coinciden por el redondeo.

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

- El crecimiento entre la población afectada, por dichos costos catastróficos de atención médica fue muy distinto entre un Estado y otro, con rangos que varían desde los más altos de 288,000 (Texas) y 232,000 (Florida), hasta los más bajos de 4,000 (Alaska) y 5,000 (Vermont) (Tabla 5).

Incremento en el número de personas sin seguro médico

- En algún momento durante un periodo de dos años, el número de personas sin seguro médico se elevó de 72.5 millones en 1999-2000 a 85.2 millones durante 2003-2004, un incremento de 12.7 millones de personas (Tabla 6).
- Uno de cada tres estadounidenses menores de 65 años de edad (33.3%) no contó con seguro médico en algún tiempo durante 2003-2004 (Tabla 6).
- El número de personas carente de seguro médico en algún tiempo durante 2003-2004 excedió a la población combinada de 32 Estados y el Distrito de Columbia.
- De los 85.2 millones de personas carentes de seguro durante 2003-2004, más de la mitad (51.3%) no contó con seguro durante nueve meses o más; y casi dos terceras partes (64.3%) no estuvo asegurada durante seis meses o más (Tabla 6).

Tabla 6

Personas menores de 65 años no aseguradas

	1999-2000	2003-2004	Incremento
Total de no asegurados	72,533,000	85,216,000	12,683,000
Porcentaje de no asegurados	29.6%	33.3%	

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

Tabla 7

Personas menores de 65 años no aseguradas por Estado

Estado	1999-2000		2003-2004	
	Número Total	Porcentaje de población adulta	Número Total	Porcentaje de población adulta
Alabama	1,193,000	30.7%	1,166,000	31.1%
Alaska	204,000	33.7%	203,000	35.4%
Arizona	1,487,000	33.5%	1,757,000	35.7%
Arkansas	708,000	31.2%	844,000	36.1%
California	11,021,000	35.2%	12,152,000	38.0%
Colorado	1,038,000	27.1%	1,419,000	33.9%
Connecticut	582,000	20.7%	848,000	29.0%
Delaware	180,000	25.9%	187,000	26.6%
District of Columbia	150,000	32.9%	185,000	34.0%
Florida	4,344,000	33.8%	4,951,000	34.6%
Georgia	2,149,000	30.1%	2,579,000	31.8%
Hawaii	280,000	27.5%	342,000	31.4%
Idaho	344,000	30.6%	393,000	33.6%
Illinois	3,188,000	29.0%	3,597,000	32.6%
Indiana	1,338,000	26.5%	1,634,000	29.2%
Iowa	553,000	22.4%	668,000	26.2%
Kansas	586,000	26.1%	650,000	26.9%
Kentucky	969,000	27.5%	1,073,000	30.6%
Louisiana	1,409,000	37.6%	1,502,000	37.2%
Maine	272,000	24.7%	301,000	28.7%
Maryland	1,067,000	23.6%	1,411,000	27.8%
Massachusetts	1,356,000	24.6%	1,535,000	27.1%
Michigan	2,148,000	24.3%	2,734,000	31.1%
Minnesota	952,000	21.8%	1,070,000	23.1%
Mississippi	763,000	31.2%	859,000	34.3%
Missouri	1,184,000	24.2%	1,317,000	26.9%
Montana	262,000	34.4%	251,000	32.1%
Nebraska	355,000	24.3%	405,000	26.8%
Nevada	588,000	33.0%	718,000	36.9%
New Hampshire	223,000	20.4%	255,000	22.6%
New Jersey	1,972,000	27.1%	2,307,000	30.3%
New Mexico	655,000	41.5%	715,000	44.7%
New York	5,111,000	31.4%	6,155,000	35.6%
North Carolina	1,921,000	28.4%	2,538,000	34.0%
North Dakota	141,000	26.7%	147,000	26.4%
Ohio	2,629,000	26.0%	2,862,000	29.5%
Oklahoma	994,000	34.7%	1,173,000	37.3%
Oregon	881,000	29.2%	1,028,000	32.4%
Pennsylvania	2,287,000	22.0%	2,820,000	27.4%
Rhode Island	163,000	20.0%	269,000	27.1%
South Carolina	917,000	27.6%	1,157,000	32.4%
South Dakota	152,000	25.4%	189,000	27.3%
Tennessee	1,300,000	26.1%	1,496,000	29.3%
Texas	7,123,000	38.1%	9,219,000	46.4%
Utah	576,000	28.1%	643,000	29.5%
Vermont	139,000	25.0%	133,000	24.9%
Virginia	1,609,000	25.9%	1,862,000	29.2%
Washington	1,464,000	27.7%	1,630,000	29.9%
West Virginia	463,000	30.9%	465,000	32.3%
Wisconsin	1,017,000	21.3%	1,262,000	25.9%
Wyoming	125,000	29.0%	139,000	32.5%
Total en EEUU*	72,533,000	29.6%	85,216,000	33.3%

* Las cifras no coinciden por el redondeo.

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

- **Los siguientes 10 Estados tuvieron el mayor porcentaje de personas adultas que no contaron con seguro médico en algún tiempo durante 2003-2004: Alaska, Arizona, Arkansas, California, Louisiana, Nevada, New Mexico, New York, Oklahoma y Texas (Tabla 7).**
 - Texas tuvo el mayor porcentaje de personas adultas sin seguro: En Texas, este porcentaje creció de 38.1% en 1999-2000 a 46.4% en 2003-2004 (Tabla 7).
 - New Mexico tuvo el segundo mayor porcentaje de personas adultas sin seguro: En New Mexico, el porcentaje creció de 41.5% en 1999-2000 a 44.7% en 2003-2004 (Tabla 7).
 - Los ocho Estados con los subsecuentes porcentajes de personas adultas sin seguro en 2003-2004 fueron: California (38.0%), Oklahoma (37.3%), Louisiana (37.2%), Nevada (36.9%), Arkansas (36.1%), Arizona (35.7%) New York (35.6%) y Alaska (35.4%) (Tabla 7).

- **Los siguientes 10 Estados tuvieron el mayor número de personas adultas que no contaron con seguro en algún tiempo durante 2003-2004: California, Florida, Georgia, Illinois, Michigan, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania y Texas (Tabla 7).**
 - En 2003-2004, 12.2 millones de personas en California no contaron con seguro, en comparación con 11.0 millones en 1999-2000 (Tabla 7).
 - En 2003-2004, 9.2 millones de personas en Texas no contaron con seguro, en comparación con 7.1 millones en 1999-2000 (Tabla 6).
 - Los ocho Estados con las subsecuentes cantidades mayores de personas adultas sin seguro en 2003-2004 fueron: New York (6.2 millones), Florida (5.0 millones), Illinois (3.6 millones), Ohio (2.9 millones), Pennsylvania (2.8 millones), Michigan (2.7 millones), Georgia (2.6 millones) y North Carolina (2.5 millones) (Tabla 7).

- Cada uno de los grupos étnicos y raciales tuvo un crecimiento significativo en el porcentaje de su población que no contó con seguro entre los periodos 1999-2000 y 2003-2004 (Tabla 8).
 - De 1999-2000 a 2003-2004, el porcentaje de la población de raza blanca no hispana menor de 65 años de edad que enfrentó un periodo sin seguro médico creció del 23.0% al 24.4% (Tabla 8).
 - En la población negra no hispana, el incremento fue del 41.47% al 43.7% (Tabla 8).
 - En la población de origen hispano, el incremento fue del 49.8% al 61.2% (Tabla 8).
 - Entre otras minorías, el porcentaje de crecimiento fue del 34.2 al 47.0 (Tabla 8).

Tabla 8

Personas menores de 65 años no aseguradas , por raza y origen hispano

	1999-2000	2003-2004	Incremento
Raza blanca, no hispana			
Número de no asegurados	38,476,000	42,419,000	3,943,000
Porcentaje del subgrupo no asegurado	23.0%	24.4%	
Raza negra, no hispana			
Número de no asegurados	12,840,000	14,338,000	1,498,000
Porcentaje del subgrupo no asegurado	41.4%	43.7%	
Hispanos			
Número de no asegurados	16,797,000	22,114,000	5,317,000
Porcentaje del subgrupo no asegurado	49.8%	61.2%	
Otros¹			
Número de no asegurados	4,420,000	6,345,000	1,925,000
Porcentaje del subgrupo no asegurado	34.2%	47.0%	

¹Otros incluye a los que se autoidentifican como nativos estadounidenses, aleut o esquimales, asiáticos o de las islas del Pacífico, o como miembros de uno o más grupos (esto es, africano-caucásico, asiático-caucásico, asiático-africano).

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

La Oficina del Censo (*Census Bureau*) y el estudio de Families USA: Dos medidas diferentes y válidas de las personas sin seguro.

Los cálculos sobre la cantidad de estadounidenses que enfrentan las consecuencias físicas y financieras de no contar con seguro médico se basan en una metodología que Families USA desarrolló con el Grupo Lewin, una empresa consultora de investigaciones en salud y servicios humanos que cuenta con 34 años de experiencia en el campo de la investigación empírica y análisis de información.

Los cálculos registrados en este documento representan una medida diferente de los que se citan ampliamente sobre los estadounidenses sin seguro y que se divulgan anualmente por la Oficina del Censo en el mes de setiembre, aunque en 2004 se los adelantó para agosto. Las más recientes publicaciones de la Oficina del Censo reportan un estimado de 45.0 millones de estadounidenses sin seguro en 2003. Esta cifra, obtenida de su actual Encuesta de Población anual, tiene la intención de ofrecer un estimado de cuántas personas no cuentan con ningún tipo de seguro médico durante **todo un año calendario**. Sin embargo, hay muchas personas que no tienen seguro durante una buena parte del año, pero no el año redondo. Estas personas no están consideradas en las estimaciones de la Oficina del Censo, pero pueden estar profundamente afectadas por su condición de no aseguradas, tanto en términos de su bienestar físico como en su economía.

De esta forma, el estudio fue diseñado para tener una mejor perspectiva y para comprender mejor cuántas personas sufren un vacío de cobertura. La actual Encuesta de Población de la Oficina del Censo plantea una serie de preguntas en marzo y les pide a quienes participan de ella que respondan con datos desde el 1° de enero al 31 de diciembre del año anterior. Si, y sólo si el

encuestado responde que no contó con *ningún* seguro en *ningún* momento durante el año calendario anterior, se le considera como no asegurado; sin embargo, hay muchas personas que no contaron con seguro durante periodos que no se extendieron durante los doce meses del año calendario. La metodología empleada por Families USA/Lewis en este estudio analiza cuántas personas, menores de 65 años de edad, no contaron con seguro durante por lo menos un mes y hasta por 24 meses.

En esta perspectiva, se descubrió que muchas más personas que las que comúnmente se reconoce, sufrieron la falta de seguro médico y que este número crece rápidamente. Por ejemplo, nuestra metodología incluye a personas sin seguro del 1° de septiembre de 2003 al 1° de marzo del 2004; estas personas no serían consideradas carentes de seguro ni en 2003 ni en 2004 por la actual Encuesta de Población. De manera similar, una persona sin seguro del 1° de enero de 2003 al 1° de noviembre de 2004, 22 meses sin seguro, se considera como no asegurada en 2003 por el censo, pero no se le considera para 2004 aunque la persona no haya contado con un seguro durante 10 meses en 2004. Ninguna descripción de las causas y consecuencias por no estar asegurado está completa salvo que se incluya a *todos* los que hayan estado sin cobertura de seguro médico durante un cierto periodo.

Como se describe de manera completa en el Apéndice Técnico (página 35), las estimaciones de este estudio sobre los estadounidenses sin seguro se basan exclusivamente en la más reciente proyección de información proveniente de la actual Encuesta de Población de la Oficina del Censo, así como de la Encuesta de Ingresos y del Programa de Participación.

DISCUSIÓN

Generalidades

Este estudio analiza las tendencias en el sistema de cuidados de salud desde inicios de 2000 a finales de 2004 en dos áreas relevantes: Primera, en el aumento de los costos de atención médica y su impacto en los seguros médicos laborales y en los trabajadores asegurados; y segunda, en el aumento del número de estadounidenses carentes de seguro. Nuestros hallazgos son profundamente desalentadores: en los pasados cuatro años, los consumidores estadounidenses han visto aumentar los costos de atención médica con mayor rapidez que sus ingresos y se han dado cuenta de que corren mayores riesgos de quedarse sin seguro.

Las primas del seguro médico laboral han aumentado rápidamente en los últimos cuatro años: los trabajadores han visto que la parte que ellos pagan por las primas subió 35.9%, casi tres veces más rápido que los ingresos medios en los Estados Unidos. El incremento general en los costos de la atención médica es la causa principal—pero no la única—del aumento en las primas del seguro médico laboral. El aumento en el número de estadounidenses carentes de seguro médico también eleva las primas. Cuando una persona no asegurada se siente enferma y busca servicios médicos que no puede pagar, el costo de su atención se traslada a los demás: los médicos y hospitales aumentan sus honorarios para contrarrestar esa pérdida y las aseguradoras transfieren ese incremento al costo de las primas.

El aumento en las primas de seguro médico ha obligado a las empresas a afrontar situaciones difíciles durante los últimos cuatro años. Algunas empresas han llegado a la conclusión de que ya no pueden seguir ofreciendo seguro médico a sus trabajadores; muchas de las empresas que han seguido proporcionando la cobertura solicitan que los trabajadores cubran una mayor parte de las primas; y muchas otras, en la actualidad, sólo proporcionan “coberturas limitadas” con menores beneficios y/o mayores deducibles, copagos y seguros conjuntos para reducir los costos de seguro médico tanto para la empresa como para el trabajador.

El incremento en el costo general de la atención médica no sólo causa un aumento en las primas médicas y en las inscripciones a la cobertura de seguro laboral, sino que tiene un efecto directo en los bolsillos de todos los estadounidenses que padecen serios problemas de salud. Incluso para los trabajadores *asegurados*, los costos desembolsados por enfermedades serias pueden arruinar los presupuestos familiares. En 2004, 10.7 millones de personas aseguradas tendrán costos que sobrepasen el 25% de sus ingresos anuales.

Por último, el número de estadounidenses sin seguro médico sigue en aumento. En la actualidad, *uno de cada tres* estadounidenses menores de 65 años de edad no contará con seguro médico durante un periodo superior a dos años. Los altos costos de la atención médica en los pasados cuatro años han influido en el incremento de personas no aseguradas. En la medida en que suben los costos de seguro médico, algunas empresas dejan de ofrecerles planes a sus trabajadores; en otros casos los trabajadores, en especial los de bajos ingresos, renuncian a las coberturas cuando las primas se elevan y quedan fuera de su alcance. Al mismo tiempo, la recesión económica que comenzó en 2001 ha estimulado el aumento en el número de estadounidenses no asegurados debido al incremento simultáneo de la tasa de desempleo, con lo que se reduce el número de personas que tienen acceso a una cobertura laboral, y a la reducción de la recaudación de impuestos estatales disponibles para apoyar a las redes de seguridad social de atención médica, en especial Medicaid y el Programa de Seguros Médicos Infantiles Estatales (SCHIP por sus siglas en inglés).

Aumento en las primas de seguro médico laboral

A nivel nacional, de 2000 a 2004, el promedio de las primas de seguro médico laboral subió rápidamente tanto para coberturas individuales como familiares. Las individuales subieron de \$2.864 a 3.798 en tanto que las familiares lo hicieron de \$7.028 a \$9.320 (estas cifras incluyen las porciones del empleador y las del trabajador) (Tabla 1). Durante este periodo de cuatro años, los costos de las primas aportados solamente por los trabajadores subieron al 35.9% (Tabla 2) (Nuestro análisis asume que el incremento en la

porción del trabajador subió en la misma proporción tanto para cobertura individual como familiar). En el mismo periodo, la porción de los costos de las primas aportada por los trabajadores subió ligeramente más rápido que la porción a cargo del empleador (31.8%) (Tabla 2).

En 26 Estados, Alaska, Arizona, Colorado, Connecticut, Delaware, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Mississippi, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Utah, Vermont, Wisconsin y Wyoming, y en el Distrito de Columbia, el costo de las primas pagado por los trabajadores aumentó más del 40% de 2000 a 2004 (Tabla 3).

El incremento en los costos de las primas de seguros de salud esta determinado por varios factores. En el incremento global, ciertamente, está la clave. Otro factor, frecuentemente pasado por alto, es el impacto sobre el costo de las primas como consecuencia del creciente número de estadounidenses que carece de seguro.

Al revisar primero el incremento en los costos de atención médica, se percibe que dicho aumento es el resultado de diversos factores que están fuera del alcance de este informe. Tanto los gastos en los hospitales como los de atención médica se han incrementado de manera significativa. Otra de las causas determinantes en el aumento de los gastos de atención médica durante los pasados cuatro años, ha sido el gasto por prescripción de medicamentos que se ha ido incrementando 14.5% en 2000, 13.8% en 2001, 13.2% en 2002, y 9.1% en 2003.¹

Una de las causas muy poco mencionadas sobre el incremento de las primas es el costo de prestar servicios de salud a la población carente de seguro. Estos costos por servicio de atención médica están directamente financiados por la recaudación local y estatal de impuestos (cuyos fondos pagan diversos gobiernos a hospitales y otros proveedores), por recursos que no provienen de los pacientes (sino principalmente filantrópicos), y por aquellos que cuentan con seguro médico privado.²

Cualquier atención incompensada no reembolsada directamente por el gobierno, los filántropos u otras fuentes, se carga a los costos básicos de hospitales y médicos. En otras palabras, los hospitales y médicos recuperan

esos fondos al elevar sus honorarios y cargos, lo que repercute en el incremento de los costos totales de los seguros privados. Un estudio reciente descubrió que el costo de seguros privados en Georgia es aproximadamente 9% mayor de lo que en realidad sería si todas las personas en el Estado estuvieran aseguradas.³ El gobierno de Maine calculó que el costo total de la atención médica sin compensación representa el 19.6% del total de las primas pagadas cada año en el Estado y elabora un nuevo programa basado en la suposición de que al cubrir a sus residentes no asegurados, se reducirían considerablemente las primas de los asegurados.⁴

Ya que el costo por atención médica para la población carente de seguro dispara el costo de los seguros privados, algunos empleadores, irónicamente, reducen la cobertura y al hacerlo, mayor población se queda sin seguro y se incrementan además los costos para cobertura privada. De esta manera, el creciente costo de cobertura privada y el creciente número de estadounidenses carentes de seguro, juntos, forman un círculo vicioso en el que cada tendencia agrava la otra.

Las primas de los trabajadores subieron más rápido que sus ingresos (mientras pagan más por menos)

El aumento en los costos de atención médica y el relacionado a las primas de seguro médico pagadas para cubrir a los trabajadores obligan a las empresas, especialmente a las pequeñas, a esforzarse para cubrirlas. Algunas empresas se ven forzadas a tomar medidas drásticas para reducir la cobertura de sus trabajadores. Las empresas pequeñas que han sufrido un mayor aumento de las primas, son las menos dispuestas a ofrecer seguro médico⁵. Otras empresas tratan de frenar el aumento en las primas desplazando los costos a sus trabajadores⁶ y lo hacen de las siguientes dos maneras:

Primera. Las empresas elevan el monto que los trabajadores deben desembolsar por la porción de las primas que les correspondan (Tabla 2) y, al mismo tiempo que desplazan una porción del incremento de la prima a los trabajadores, también recuperan una porción de los altos costos recortándoles sus incrementos salariales: Una encuesta nacional del año

2003 encontró que el 15% de los empleadores compensaba el incremento en los costos de las primas al otorgar pequeños incrementos salariales a sus trabajadores⁷.

Resulta que, a nivel nacional, el promedio pagado por los trabajadores subió casi tres veces más rápido que el promedio de ingresos de 2000 a 2004. Al mismo tiempo que el promedio de las primas de los trabajadores subió al 35.9%, el promedio de sus ingresos subió solamente 12.4% (Tabla 3). (Si bien el incremento en los salarios promedio se produjo mayoritariamente entre las personas con altos ingresos, en las de medianos y bajos ingresos se ha estancado desde el año 2000⁸). En 35 Estados—Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New México, New York, North Carolina, South Carolina, South Dakota, Texas, Utah, Vermont, West Virginia, Wisconsin y Wyoming—las primas médicas pagadas por los trabajadores se elevaron tres o más veces más rápido que los ingresos medios a nivel estatal de 2000 a 2004 (Tabla 3).

Segunda: Además de solicitarles a los empleados que absorban mayor parte de los costos de las primas, las empresas proporcionan paquetes “limitados” de cobertura de seguro médico, lo que eleva el monto de los deducibles, se aumentan los deducibles adicionales por algunos servicios como los de atención hospitalaria, se eleva el monto de los copagos y seguros conjuntos, y se reduce el alcance de los servicios cubiertos.⁹ Estos cambios se transfieren directamente a los costos por seguro médico pagados por los trabajadores.

Más trabajadores asegurados enfrentan gastos catastróficos por atención médica

Como resultado de la combinación de los elevados costos de las primas y las coberturas limitadas, los trabajadores asegurados que padecen enfermedades serias, aquellos con condiciones crónicas o discapacidades, o quienes atraviesan por una crisis médica, con frecuencia se encuentran inmersos en serios problemas financieros. En 2004, contar con seguro médico no necesariamente garantiza una protección frente a elevadas facturas médicas. Un creciente número de trabajadores sin seguro enfrenta

costos de atención médica catastróficos. En lo que va del año 2004, algunas de las 10.7 millones de personas *aseguradas* incurrieron en gastos de atención médica por encima del 25% de su ingreso anual, un incremento del 26.5% en cuatro años (Tabla 4). Es obvio que el impacto de dichos costos tan elevados sobre la seguridad financiera es mucho mayor entre los trabajadores con bajos ingresos.¹⁰

Por lo tanto, no sólo las personas sin seguro enfrentan la bancarrota y la ruina financiera. En la actualidad, los trabajadores estadounidenses *asegurados* también están en serios riesgos financieros. En 2003, una de cada siete familias estadounidenses, 20 millones de familias, tuvieron serios problemas para cubrir sus facturas médicas; más de dos terceras partes, el 68%, *contaba con seguro* pero tuvo problemas para cubrir los crecientes deducibles, copagos y otros desembolsos por costos de atención médica.¹¹ Aun entre los adultos que estuvieron asegurados durante los 12 meses previos, más de una tercera parte, el 35%, informó que tuvo dificultades para cubrir sus facturas médicas o para liquidar su deuda médica acumulada.¹² Cerca de la mitad de las quiebras personales se deben en parte a los gastos médicos: 80% de aquellas familias en bancarrota *tenía seguro médico*.¹³

Aumento en el número de estadounidenses sin seguro

El aumento en las primas médicas y el desembolso de costos entre los trabajadores son, en parte, la causa del drástico incremento de estadounidenses menores de 65 años de edad carentes de seguro médico. La cantidad de personas sin seguro en algún momento durante un periodo de dos años se elevó de 72.5 millones en 1999-2000 a 85.2 millones en 2003-2004, **un incremento de 12.7 millones de personas** (Tabla 6). Estos 85.2 millones de estadounidenses que carecieron de seguro médico durante algún tiempo, excedieron en número a la población combinada de 32 Estados y el Distrito de Columbia.

Al revisar el periodo 2003-2004, impacta que uno de cada tres estadounidenses menores de 65 años de edad (33.3%) no contó con seguro en algún momento durante ese periodo de dos años (Tabla 6). La gran mayoría de los estadounidenses estuvo sin seguro médico durante *un periodo significativo*: Más de la mitad, el 51.3%, estuvo sin seguro por lo menos durante nueve meses, y cerca de dos terceras partes, el 64.3%, estuvo sin seguro por lo menos durante seis meses.

En 2003-2004, *más* de la tercera parte de la población adulta estuvo sin seguro médico en los siguientes 15 Estados y el Distrito de Columbia: Alaska, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Florida, Idaho, Louisiana, Mississippi, Nevada, New Mexico, New York, North Carolina, Oklahoma y Texas (Tabla 7). En Texas, que tuvo el mayor porcentaje de personas menores a 65 años sin seguro, éste creció de 38.1% en 1999-2000 a 46.4% en 2003-2004. En New México, que tuvo el segundo mayor porcentaje de adultos no asegurados, este porcentaje creció de 41.5% en 1999-2000 a 44.7% de 2003-2004 (Tabla 7).

Los 10 Estados con el mayor número de personas sin seguro en 2003-2004 fueron: California (12.2 millones), Texas (9.2 millones), New York (6.2 millones), Florida (5.0 millones), Illinois (3.6 millones), Ohio (2.9 millones), Pennsylvania (2.8 millones), Michigan (2.7 millones), Georgia (2.6 millones), y North Carolina (2.5 millones) (Tabla 7).

Factores clave que contribuyen con el rápido aumento de estadounidenses sin seguro

De 1999-2000 a 2003-2004, el número de personas menores de 65 años de edad que no contó con seguro se incrementó en 12.7 millones. Este incremento por sí sólo es mayor que la suma de la población de menores de 65 años en 12 Estados y el Distrito de Columbia. Una serie de factores ha causado este drástico y rápido incremento, además del aumento en los costos de las primas de atención médica (que ya se ha comentado) también han contribuido el alza en la tasa de desempleo, la pérdida de empleos en la economía y el desgaste de las redes de seguridad social de los servicios públicos de salud.

■ **Aumento en los costos de seguro médico**

Durante los últimos cuatro años, el rápido aumento en las primas de seguro médico fue una de las causas por las que ha aumentado el número de trabajadores sin seguro.¹⁴ La Cámara de Representantes de los Estados Unidos (*U.S. House of Representatives*) hizo un estimado respecto a la correlación entre el incremento en las primas y el número de personas que no tienen cobertura, y encontró que un 1% real en el incremento de las primas puede asociarse con la pérdida de cobertura para 300,000 personas.¹⁵ Cuando las primas se elevan con tanta rapidez, algunas

empresas, particularmente las pequeñas, dejan de ofrecer beneficios de seguro médico a sus empleados. Muchas otras compañías trasladan una mayor participación de los costos de las primas médicas a sus trabajadores, lo que encarece la cobertura de los trabajadores con bajos salarios.¹⁶ La combinación simultánea de primas elevadas, mayor parte de los costos pagada y menores beneficios a mayor precio obliga a otros trabajadores a sopesar los costos-beneficios. Desafortunadamente, estos actos de malabarismo afectan a otras demandas críticas de los presupuestos familiares y el costo por los seguros médicos puede obligar a muchos trabajadores con bajos ingresos a renunciar a la cobertura.¹⁷

Queda claro que el incremento en las primas es un problema para los trabajadores con bajos ingresos que desean inscribirse en un seguro médico porque, la parte que les corresponde pagar, consume un elevado porcentaje de sus ingresos. Sin embargo, los hallazgos de este estudio no revelan el alcance total del impacto en el monto y en el aumento de las primas entre los trabajadores con bajos ingresos. En este estudio sólo se presenta la información sobre el monto e incremento promedio en las primas para el trabajador en todas las categorías de ingresos, y aún así, resalta el hecho de que los actuales costos por el seguro médico son con frecuencia mayores para los trabajadores con bajos ingresos que para los de ingresos medios y elevados.¹⁸

■ Aumento del desempleo

La pérdida de empleo arruina financieramente a las familias y, con frecuencia, su impacto está acompañado con la pérdida de la cobertura del seguro médico. Cerca de dos terceras partes de la población adulta cuenta con beneficios médicos laborales, sea de manera directa (a través de la empresa del trabajador) o indirecta (mediante algún integrante de la familia que trabaja).¹⁹ Consecuentemente, cuando un trabajador pierde su empleo, por lo general, él y su familia pierden también su seguro médico.

La tasa de desempleo subió de 4.0% a comienzos de 2000 a un máximo de 6.3% en enero de 2003, y promedió el 6.0% durante 2003.²⁰ Sin embargo, la tasa de desempleo sólo es una parte del tema de la recesión que, de

acuerdo con la Oficina Nacional de Investigación Económica (*National Bureau of Economic Research*), empezó en marzo de 2001.²¹ La tasa de desempleo incluye a antiguos trabajadores que *buscan activamente* un empleo y no incluye a los que se han desalentado y han dejado de hacerlo. Durante una recesión, no es raro que la gente deje de buscar empleo, entonces los economistas ven el empleo en proporción a la población como una medida alternativa. Esta proporción capta el porcentaje de la población total mayor de 16 años que tiene trabajo. El porcentaje de estadounidenses que trabaja descendió de su punto más alto, 64.7% en abril de 2000 a 62.1% en marzo de 2004, y muy poco ha mejorado desde entonces.²²

La disminución de empleos origina un aumento en el número de estadounidenses sin seguro: un análisis de Kaiser Family Foundation descubrió que, por cada 100 personas que pierden su empleo, el número de no asegurados aumenta en un 85%.²³ De esta forma, en los pasados cuatro años, al mismo tiempo que las empresas han reducido los beneficios de seguro médico, o traspasado su costo y obligado a los empleados a que renuncien a la cobertura, el aumento del desempleo también ha contribuido con el número de personas sin seguro.

Algunos de los trabajadores que pierden su seguro médico laboral son elegibles para mantener de manera temporal el plan médico de su antigua compañía gracias a los estatutos federales de la Ley de Reconciliación de Presupuesto Colectivo Consolidado (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation*) (COBRA por sus siglas en inglés) de 1986 o a las leyes estatales de COBRA para las pequeñas empresas. Aunque estas leyes COBRA, estatales y federales, brindan un seguro médico potencial de por vida para algunos trabajadores desempleados, el costo de dicha cobertura es, por lo general, prohibitivo. La gran mayoría de los trabajadores que recibe beneficios de compensación por desempleo relativamente bajos, no pueden cubrir el pago por la parte de las primas que le corresponde pagar a la empresa y por la suya propia (más 2% por gastos administrativos). Un estudio realizado en 2001 estimó que el 57% de los trabajadores adultos era potencialmente elegible para COBRA, pero sólo el 7% de los trabajadores desempleados tenía cobertura COBRA.²⁴

■ **Límites y recortes estatales a la red de seguridad social de atención médica**

Las probabilidades de que una empresa ofrezca beneficios médicos a sus trabajadores varían de acuerdo a las características propias de la empresa. Las empresas de bajos salarios son menos dispuestas a ofrecer cobertura médica a sus empleados que sus contrapartes con salarios más altos.²⁵ Contrariamente a la creencia popular, Medicaid no brinda cobertura a la mayoría de los trabajadores con bajos salarios. Los niveles de Medicaid para la elegibilidad por ingresos se establecen en cada Estado. Un padre de familia de tres integrantes que trabaja tiempo completo todo el año con un salario mínimo federal (\$5.15 por hora) gana demasiado como para solicitar Medicaid en la mitad de los Estados, aunque el ingreso anual de la familia sólo sea de cerca de \$10,700, muy por debajo del nivel de pobreza. Un padre de familia que trabaja tiempo completo y gana \$7.50 por hora tendrá un ingreso apenas superior al 100% del nivel federal de pobreza, pero no será elegible para Medicaid en 36 Estados. En 42 de los 50 Estados, los adultos sin hijos dependientes no son elegibles para Medicaid aunque no perciban ingreso alguno.²⁶

Aunque las redes de seguridad social de atención médica dejan sin protección a la mayoría de los adultos trabajadores con bajos ingresos, los niños de las familias de bajos ingresos deben estar mejor protegidos. Desde que se aprobó el Programa de Seguros de Salud Estatal para Niños (*State Children's Health Insurance Program*) (SCHIP por sus siglas en inglés) en 1997, casi todos los niños son elegibles para recibir cobertura médica pública si los ingresos de su familia son menores al 200% del nivel federal de pobreza, aunque sus padres con frecuencia no quedan cubiertos. Sin embargo, información reciente muestra un descenso en la cobertura de servicios públicos de salud para los niños.

Desde al año 2001, el acceso de los niños de bajos ingresos a la cobertura médica ha sido negativamente afectado por los recortes a los presupuestos estatales. Desde 2001, la recesión económica ha causado una reducción en la recaudación de impuestos estatales y, en consecuencia, ha creado crisis fiscales estatales que han presionado para reducir los

presupuestos estatales para Medicaid y SCHIP. Muchos Estados han congelado las inscripciones a sus programas SCHIP o han reducido los niveles de ingreso de quienes son elegibles, al mismo tiempo que el aumento en el desempleo ha elevado el número de niños que podría haber sido elegible para recibir ayuda. El gobierno federal ha ofrecido muy poco alivio fiscal a los Estados como para ayudarlos a sobrellevar los problemas paralelos por la reducción de ingresos y la creciente necesidad de servicios, resultados ambos de la recesión.

En los últimos tres años, Alabama, Colorado, Florida, Maryland, Massachussets, Montana y Utah han congelado temporalmente las inscripciones al SCHIP. Por lo menos 14 Estados redujeron los niveles de ingreso para elegibilidad para segmentos de la población de SCHIP y Medicaid.²⁷ Desafortunadamente, son más los Estados que exigen a las familias pagar primas mensuales para que reciban servicios médicos. La incapacidad entre padres desempleados o con bajos ingresos para pagar estas primas, puede ocasionar perder la candidatura para SCHIP, al menos temporalmente y hasta que se pague la prima. En otros Estados se han restringido las barreras para las candidaturas, las mismas que incluyen procesos periódicos de revisión, trámites extensos, exigencias para que se vuelvan a presentar formularios requeridos y frecuentes entrevistas personales.²⁸ El efecto acumulado a nivel nacional fue que la inscripción de niños en el programa SCHIP descendiera en la segunda mitad del 2003, el primer descenso desde que se inició el programa en 1997.²⁹ Sólo en Texas, desde el otoño de 2003, 130,000 niños perdieron su cobertura desde que el Estado redujo los beneficios y puso en práctica nuevas restricciones.³⁰

CONCLUSIÓN

Este estudio exploró la pregunta : “En cuanto a la atención médica, ¿estamos mejor ahora de como estábamos hace cuatro años?”. Nuestro análisis no deja lugar al debate y la respuesta, con toda claridad, es que **no**.

Los costos de la atención médica han originado el incremento en las primas de los seguros médicos y han obligado a los trabajadores a pagar más por su seguro médico. Los trabajadores ahora se esfuerzan más por salir adelante y, aún así, están peor, pues las primas aumentan más rápido que sus ingresos. El aumento en sueldos y salarios en los pasados cuatro años se ha ido desvaneciendo por el aumento en los costos médicos. Sin que el incremento en las primas tenga un límite a la vista, las empresas tratan de reducir el aumento en las primas al ofrecerles a sus trabajadores paquetes limitados de seguro médico. La combinación de pagar más por menos cobertura, a su turno, obliga a algunos trabajadores a renunciar a la cobertura. Otros, incluso *con* seguro, se dan cuenta de que las enfermedades serias los arruinarían financieramente.

Al mismo tiempo, el aumento en los costos por atención médica origina un incremento en el número de estadounidenses, de todas las razas y etnias, que se queda sin seguro. Se han presentado otros factores en los pasados cuatro años que han acelerado dicho incremento, incluyendo la recesión que incrementó el desempleo y a su vez redujo el empleo.

La tendencia negativa en la atención médica de los pasados cuatro años descrita en este informe, ha mermado la seguridad y el bienestar correspondientes de la gran mayoría de las familias estadounidenses. Es más, las investigaciones y encuestas públicas confirman que los estadounidenses están más preocupados por la atención médica, y que su asequibilidad se ha convertido en uno de los principales temas internos. El reto para nuestros líderes nacionales en los siguientes cuatro años será pasar del debate a la acción dotando a la atención médica de un presupuesto superior y haciendo de ella una cuestión de impostergable prioridad.

¿Quiénes son los que no están asegurados?

Todas las razas y etnias

La falta de seguro médico es un problema que afecta a las personas de todas las razas y etnias del país. Además, cada grupo étnico y racial ha presentado aumentos significativos en la parte de su población que no contaba con seguro entre 1999-2000 y 2003-2004.

- Aunque las personas de raza blanca, no hispana, conformaron cerca de la mitad (el 49.8%) de aquellos menores de 65 años sin seguro médico durante parte o la totalidad de un periodo de dos años en 2003-2004 (Tabla 9), otros grupos fueron más propensos a no contar con seguro (Tabla 8).
- Los hispanos fueron los más propensos a no tener seguro: 58.2% de ellos estuvo sin seguro en 2003-2004, más de 11.4 puntos porcentuales desde 1999-2000 (Tabla 8).
- Los afro-americanos fueron, subsecuentemente, los más propensos a no contar con seguro: 43.7% en 2003-2004, más de 2.3 puntos porcentuales desde 1999-2000 (Tabla 8).

Cuatro de cada cinco trabajan

Contrariamente a la creencia popular, una abrumada mayoría de personas que no cuenta con un seguro médico está relacionada con la fuerza laboral, y hubo un significativo aumento en el número de trabajadores sin seguro entre 1999-2000 y 2003-2004 (Tabla 9).

- Más de cuatro de cada cinco personas (el 83.7%) que no contaron con seguro médico durante 2003-2004 estuvieron relacionadas con la fuerza laboral, 78.0% contaba con un trabajo y 5.7% buscaba activamente un empleo (Tabla 9)
- De las personas que no tuvieron seguro durante 2003-2004, sólo el 16.3% de los adultos sin seguro y de los padres de niños sin seguro no formó parte de la fuerza laboral debido a discapacidad, enfermedad crónica, cuidados familiares, o no buscó empleo por otros motivos (Tabla 9).

Tabla 9

Personas menores de 65 años no aseguradas por raza, origen hispano y condición de empleo

	1999-2000	2003-2004
Total de no asegurados	72,533,000	85,216,000
No asegurados, por raza y origen hispano		
Raza blanca, no hispana		
Número de no asegurados	38,476,000	42,419,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	53.0%	49.8%
Raza negra, no hispana		
Número de no asegurados	12,840,000	14,338,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	17.7%	16.8%
Hispanos		
Número de no asegurados	16,797,000	22,114,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	23.2%	26.0%
Otros ¹		
Número de no asegurados	4,420,000	6,345,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	6.1%	7.4%
No asegurados por condición de empleo ²		
Empleados (tiempo completo o parcial)		
Número de no asegurados	58,264,000	66,451,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	80.3%	78.0%
Desempleados (buscan activamente trabajo)		
Número de no asegurados	3,060,000	4,882,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	4.2%	5.7%
No son fuerza laboral		
Número de no asegurados	11,209,000	13,883,000
Porcentaje entre todos los no asegurados	15.5%	16.3%

¹Otros incluye a los que se autoidentifican como nativos estadounidenses, aleut o esquimales, asiáticos o de las islas del Pacífico, o como miembros de uno o más grupos (esto es, africano-caucásico, asiático-caucásico, asiático-africano).

² La condición de empleo refleja tal condición al final del periodo. Para los adultos entre 18 a 64 años de edad, la condición de empleo refleja la condición de empleo de la persona. Para los menores de 18 años, si uno de los padres trabaja, entonces se le considera como "empleado" o como integrante de una familia que cuenta con empleo.

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

Por qué es importante el seguro

Informes previos de Families USA y de otras organizaciones han destacado la extensa investigación que documenta el impacto negativo en la salud por no contar con un seguro médico, incluso por periodos cortos.³¹ No hay duda de que los estadounidenses sin seguro están más enfermos y mueren a más temprana edad debido a su carencia de seguro.

- Cada año, la muerte de 18,000 personas de entre 25 y 64 años pueden atribuirse a la falta de seguro médico. Esto hace que la carencia de seguro médico sea la sexta causa de defunciones, por encima del VIH/SIDA y la diabetes.³²
- Los adultos sin seguro son un 25% más propensos a morir prematuramente que los adultos que cuentan con un seguro médico privado.³³
- Los estadounidenses sin seguro son hasta cuatro veces menos propensos a acudir regularmente a recibir atención que los asegurados. Los niños sin seguro son cerca de ocho veces menos propensos a recibir atención regular que los niños asegurados.³⁴
- A largo plazo, los adultos sin seguro son tres veces más propensos que los asegurados a no contar con servicios preventivos, como las revisiones de hipertensión o de cáncer de mama.³⁵
- Los adultos sin seguro son más propensos que los asegurados a posponer o retrasar la búsqueda de atención médica (39% vs. 10%).³⁶
- Cerca del 70% de los adultos sin seguro, con salud inestable, y cerca del 50% sin seguro pero con buena salud, informan que no tuvieron la capacidad de acudir al médico cuando lo necesitaron el año pasado por los altos costos de la atención.³⁷

El impacto financiero por no contar con seguro médico también es significativo, pero es más difícil de cuantificarlo porque las personas sin seguro, por lo general, evitan buscar atención, no incurren en gastos o deudas médicas y cuando lo hacen, requieren generalmente mayores servicios de salud que las personas aseguradas.³⁸

- Cuando una persona sin seguro ya no puede evitar buscar atención, pide dinero prestado para afrontar los costos, tiene más de un empleo, recurre a las tarjetas de crédito para sus altas facturas que le tomará años cancelar o, en algunos casos, se declara en quiebra.³⁹
- Cerca del 40% de los adultos sin seguro informa tener problemas para cancelar sus facturas médicas y el 40% informa que tendrá que recortar sus gastos básicos de alimentación, renta y utilidades para poder comprar un seguro médico.⁴⁰

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Bradley C. Strunk y Paul B. Ginsburg, "Tracking Health Care Costs: Trends Turn Downward in 2003", *Health Affairs Web Exclusive*, W4-354 - W4-362, 9 de junio de 2004, descargado el 9 de julio de 2004 de www.healthaffairs.org. Principalmente, el índice de incremento de los precios de los medicamentos se redujo en 2003 porque los planes de seguro desarrollaron nuevos incentivos para fomentar la confianza en los medicamentos genéricos; por ejemplo, los planes de seguro cobran ahora mayores copagos cuando se adquieren medicamentos específicos o de marca en vez de escoger de entre los genéricos. En algunos casos, los planes de seguro no cubren en absoluto los medicamentos de marca. Por lo tanto, el índice creciente de precios se redujo en 2003 debido a la mayor mezcla de medicamentos genéricos a medicamentos de marca en el total de medicinas vendidas a personas con seguro privado, y no porque se haya reducido el incremento de los precios de los medicamentos en general.
- ² Jack Hadley y John Holahan, "How Much Medical Care Do the Uninsured Use and Who Pays for It?" *Health Affairs Web Exclusive* (1): W66-W81, 2003, mencionado por el Institute of Medicine, *Insuring America's Health: Principles and Recommendations* (Washington: The National Academies Press, 2004).
- ³ Kenneth E. Thorpe y Kelly Howell, *Financing Health Care for the Uninsured in Georgia: How Much are Georgia Residents Already Paying?* (Atlanta: Emory University, 2003). Además, el equipo de economistas y analistas de las políticas de salud trabajaron en la propuesta presidencial 2004 del diputado Dick Gephardt, analizaron su plan para extender la cobertura de seguro médico al 97% de los no asegurados y consideraron que esta reducción entre los no asegurados pudiera reducir, a nivel nacional, los costos de las primas de los seguros médicos en un 5 y 7% (ver el resumen de los Planes de Salud Gephardt en <http://www.dickgephardt2004.com/issues/healthcare6.html>)
- ⁴ Correspondencia con Adam Thompson, Legislative and Constituent Liaison, Governor's Office of Health Policy and Finance, Augusta, Maine, 8 de agosto de 2004, archivada en Families USA. La oficina del gobernador declara: "Es seguro decir que la deuda incobrable y los costos por la atención pagados por la caridad son casi 20% del total de primas pagadas en el Estado cada año (con base en las cifras de 2002). Sabemos que los proveedores recuperan la deuda incobrable y los costos pagados por la caridad al elevar el porcentaje, que se traslada a primas más elevadas para los que pagan; estos costos no indemnizados cambian para aquellos que pueden pagar. Por eso, el reducir la deuda incobrable y la atención caritativa debería tener un efecto porcentual en las primas".
- ⁵ Jon Gabel, Gary Claxton, Erin Holve, Jeremy Pickreign, Heidi Whitmore, Kelley Dhont, Samantha Hawkins y Diane Rowland, "Health Benefits in 2003: Premiums Reach Thirteen-Year High as Employers Adopt New Forms of Cost-Sharing", *Health Affairs* 22 (Septiembre-octubre de 2003): 117-126; Ashley C. Short y Cara S. Lesser, *Cutting Back But Not Cutting Out*, Issue Brief No. 56 (Washington: Center for Studying Health System Change, Octubre de 2002); Kaiser Family Foundation y Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits: 2003 Annual Survey* (Menlo Park, California: Henry J. Kaiser Family Foundation, Septiembre de 2003); Kaiser Family Foundation y Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits: 2002 Annual Survey* (Menlo Park, California: The Henry J. Kaiser Family Foundation, Septiembre de 2002).
- ⁶ Lydia E. Regopoulos y Sally Trude, *Employers Shift Rising Health Care Costs to Workers: No Long-Term Solution in Sight* (Washington: Center for Studying Health System Change, Mayo de 2004); Washington Business Group on Health and Watson Wyatt Worldwide, *Creating a Sustainable Health Care Program: Eighth Annual Washington Business Group on Health/Watson Wyatt Survey Report 2004, Executive Summary*, descargado el 14 de julio de 2004 de www.watsonwyatt.com; Watson Wyatt Worldwide, *Health Care Costs 2002 – Watson Wyatt Worldwide Survey Results, Health Plan Cost Trends and Employers Passing on More Cost Increases*, descargado el 14 de julio de 2004 de www.watsonwyatt.com; Bradley C. Strunk y Paul B. Ginsburg, op.cit.: Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits: 2003 Annual Survey*, op.cit.: Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits: 2002 Annual survey*, op.cit.: Vanessa Fuhrmans "Shifting Burden Helps employers Cut Health Costs." *The Wall Street Journal*, 8 de diciembre de 2003 informa sobre una encuesta a 3,000 empleados realizada por Mercer Human Resource Consulting, en la que se les preguntó acerca de las decisiones adoptadas en 2003 y el comportamiento esperado para 2004.
- ⁷ Sara R. Collins, Cathy Schoen, Michelle M. Doty y Alyssa L. Holmgren, *Job-Based Health Insurance in the Balance: Employer Views of Coverage in the Workplace* (New York: The Commonwealth Fund, Marzo de 2004).
- ⁸ Edmund L. Andrews, "How Does It Feel in the Middle?" *The New York Times*, 1° de agosto de 2004, en el que se cita un documento que publicará el Economic Policy Institute y el Dr. David Autor, profesor asociado en economía del Massachusetts Institute of Technology.

⁹Sally Trude, *Patient Cost Sharing: How Much Is Too Much?* (Washington: Center for Studying Health System Change, Diciembre de 2003). La autora considera que, a nivel nacional, las empresas han incrementado el costo compartido con el paciente para reducir las primas de un 2 al 3% en 2002 y un 3% adicional en 2003; Towers Perrin HR Services, *2004 Health Care Cost Survey* (New York: Towers Perrin, 2004) informa que el 89% de las empresas han realizado/realizarán cambios en los copagos y en los coaseguros para fortalecer el uso efectivo de los costos en la prescripción de medicamentos, y que el 74% de las empresas han realizado/realizarán cambios en el diseño de sus planes y en las características de participación de costos, copagos y deducibles, para actualizar su nivel de participación en los costos como empresas y “elevar la responsabilidad en la atención”. Ver también Bradley C. Strunk y Paul B. Ginsburg, op. cit.; Jon Gabel, Gary Claxton, Erin Holve, Jeremy Pickreign, Heidi Whitmore, Kelley Dhont, Samantha Hawkins y Diane Rowland, op. cit.

²⁰Sally Trude, op. cit.; Mark Merlis, *Family Out-of-Pocket Spending for Health Services: A Continuing Source of Financial Insecurity* (New York: The Commonwealth Fund, junio de 2002); Claudia L. Schur, Michelle M. Doty y Marc L. Berk, *Lack of Prescription Drug Coverage Among the Under 65: A Symptom of Underinsurance* (New York: The Commonwealth Fund, febrero de 2004).

¹¹Jessica H. May y Peter J. Cunningham, *Tough Trade-Offs: Medical Bills, Family Finances and Access to Care* (Washington: Center for Studying Health System Change, junio de 2004).

¹²Sara R. Collins, “Health Care Costs and Instability of Insurance: Impact on Patients’ Experiences with Care and Medical Bills”, declaración previa del Subcommittee on Oversight and Investigations, Committee on Energy and Commerce, U.S. House of Representatives, 24 de junio de 2004, disponible en www.cmf.org.

¹³Melissa B. Jacoby, “Medical Bankruptcy Incidence and its Legal and Practical Limits”, presentado en la Academy Health Annual Research Meeting, 7 de junio de 2004, San Diego, California; Melissa B. Jacoby, Teresa A. Sullivan y Elizabeth Warren, “Rethinking the Debates Over Health Care Financing: Evidence from the Bankruptcy Courts”, *New York University Law Review*, Vol. 76, No. 2 (2001).

¹⁴Douglas Holtz-Eakin, Director, Congressional Budget Office, *The Uninsured and Rising Health Insurance Premiums*, CBO declaración previa del Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, U.S. House of Representatives, 9 de marzo de 2004.

¹⁵Letter to Mr. Greg Crist, Committee on Ways and Means, U.S. House of Representatives, from John F. Sheils, Vicepresidente, The Lewin Group, Inc., fechado el 7 de octubre de 1999, en archivos de Families USA.

¹⁶Ver las referencias de las encuestas a empresas en el inciso 9, líneas arriba. Ver también Employee Benefit Research Institute, *Small Employers and Health Benefits: Findings from the 2002 Small Employer Health Benefits Survey* (Washington: EBRI, enero de 2003); Ashley C. Short y Cara S. Lesser, *Cutting Back But Not Cutting Out: Small Employers Respond to Premium Increases* Issue Brief 56 (Washington: The Center for Studying Health System Change, octubre de 2002).

¹⁷Sara R. Collins, Cathy Schoen, Michelle M. Doty y Alyssa L. Holmgren, op. cit. cit., Sally Trude, op. cit.; Mark Merlis, *Family Out-of-Pocket Spending for Health Services: A Continuing Source of Financial Insecurity* (New York: The Commonwealth Fund, junio de 2002).

¹⁸Peter J. Cunningham, Elizabeth Schaefer y Christopher Hogan, *Who Declines Employer-Sponsored Health Insurance and Is Uninsured?* (Washington, Center for Studying Health System Change, octubre de 1999). Citas de Cunningham *et al* obtenidas de 1997 RWJF Employer Health Insurance Survey acerca de las primas promedio pagadas por los empleados y el porcentaje absorbido según el nivel de salario típico de la empresa. Dichos hallazgos demuestran que las contribuciones de los empleados, incluso para el plan ofrecido menos oneroso, tienden a ser mayores en las empresas que emplean principalmente a trabajadores con salarios bajos.

¹⁹Paul Fronstin, *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: An Analysis of the March 2003 Current Population Survey* (Washington: Employee Benefit Research Institute, diciembre de 2003).

²⁰U.S. Bureau of Labor Statistics, Series Id: LNU4000000, Título de la serie: Unadjusted Unemployment Rate Annual, descargado el 27 de julio de 2004 de www.bls.gov.

²¹Business Cycle Dating Committee, *The Business-Cycle Peak of March 2001* (Washington: National Bureau of Economic Research, 26 de noviembre de 2001).

²²U.S. Bureau of Labor Statistics, Series LNS12300000, Título de la serie: Seasonal Adjusted Employment-Population Ratio 16 Years and Older, descargado el 27 de julio de 2004 de www.bls.gov.

²³Johnathan Gruber y Larry Levitt, *Rising Unemployment and the Uninsured* (Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation, enero de 2002).

²⁴Stephen Zuckerman, Jennifer Hale y Matthew Fragale, *Could Subsidizing COBRA Health Insurance Coverage Help Most Low-Income Unemployed?* (Washington: Urban Institute, Octubre de 2001).

²⁵Kaiser Family Foundation y Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits: 2003 Annual Survey*, op. cit.

- ²⁶ Marc Steinberg, *Working Without a Net: The Health Care Safety Net Still Leaves Millions of Low-Income Workers Uninsured*, Special Report (Washington: Families USA, abril de 2004).
- ²⁷ Thomas P. McCormack, *State Medicaid Eligibility Cutbacks & Exclusions—Proposed and Recently-Enacted, 2001-2004* (Washington: Title II Community AIDS National Network, 16 de julio de 2004). McCormack informa que California, Connecticut, Massachusetts, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, New Jersey, Ohio, Oregon y Tennessee redujeron los niveles de ingreso familiar e infantil de Medicaid (o TANF relacionado o Medicaid 111 dispensado). Oklahoma, Oregon y Texas finalizaron sus gastos médicos necesarios con recorte de programas.
- ²⁸ Pamela Farley Short, Deborah R. Graefe y Cathy Schoen, *Churn, Churn, Churn: How Instability of Health Insurance Shapes America's Uninsured Problem* (New York: The Commonwealth Fund, noviembre de 2003).
- ²⁹ Vernon K. Smith, David M. Rousseau y Molly O'Malley, *SCHIP Program Enrollment: December 2003 Update* (Washington: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, julio de 2004).
- ³⁰ Ian Hill, Holly Stockdale y Brigette Courtot, *Squeezing SCHIP: States Use Flexibility to Respond to the Ongoing Budget Crisis* (Washington: Urban Institute, junio de 2004).
- ³¹ Ver "Why Insurance Matters" en Kathleen D. Stoll y Kim Jones, *One in Three: Non-Elderly Americans Without Health Insurance, 2002-2003* (Washington: Families USA, junio de 2004); Kathleen D. Stoll, *Going Without Health Insurance: Nearly One in Three Non-Elderly Americans* (Washington: Families USA, marzo de 2003); Institute of Medicine, *Hidden Costs, Value Lost: Uninsurance in America* (Washington: The National Academies Press, junio de 2003); Institute of Medicine, *Coverage Matters: Insurance and Health Care* (Washington: The National Academies Press, 2001); Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *The Uninsured and Their Access to Health Care* (Washington: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, diciembre de 2003); Jack Hadley, *Sicker and Poorer: The Consequences of Being Uninsured, A Review of the Research on the Relationship Between Health Insurance, Health, Work, Income and Education* (Washington: Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, mayo de 2002).
- ³² Institute of Medicine, *Hidden Costs, Value Lost: Uninsurance in America*, op. cit.
- ³³ Institute of Medicine, *Hidden Costs, Value Lost: Uninsurance in America*, op. cit.
- ³⁴ American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, *No Health Insurance? It's Enough to Make You Sick* (Philadelphia: American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, noviembre de 1999).
- ³⁵ John Z. Ayanian, Joel S. Weissman, Eric C. Schneider, Jack A. Ginsburg y Alan M Zaslavsky, "Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States", *Journal of the American Medical Association* 284, no. 16 (25 de octubre de 2000): 2061-2069
- ³⁶ The NewsHour with Jim Lehrer/Kaiser Family Foundation National Survey on the Uninsured, 2000, disponible en www.pbs.org/newshour/health/uninsured.
- ³⁷ John Z. Ayanian, Joel S. Weissman, Eric C. Schneider, Jack A. Ginsburg y Alan M Zaslavsky, op. cit.
- ³⁸ Irene Wielawski, "Gouging the Medically Uninsured: A Tale of Two Bills", *Health Affairs* 19, No. 5 (septiembre-octubre de 2000): 180-185.
- ³⁹ Jack Hadley, *Sicker and Poorer*, op. cit., Cheryl Fish-Parcham, *Getting Less Care: The Uninsured with Chronic Health Conditions* (Washington: Families USA, febrero de 2001); Martha Shirk, *In Their Own Words: The Uninsured Talk about Living Without Health Insurance* (Washington: Henry J. Kaiser Family Foundation, 2000).
- ⁴⁰ The NewsHour with Jim Lehrer/Kaiser Family Foundation National Survey on the Uninsured, 2000, op. cit.. Ver también Jessica H. May y Peter J. Cunningham, op. cit.; Sara R. Collins, op. cit.

APÉNDICE

Apéndice Tabla A

Aumento en la parte de las primas pagadas por el trabajador, por Estado, 2000-2004

Estado	2000		2004		Porcentaje del incremento en la parte promedio pagada por el trabajador, 2000-2004
	Prima promedio	Promedio de la parte pagada por el trabajador	Prima promedio	Promedio de la parte pagada por el trabajador	
Alabama	\$5,023	\$1,318	\$6,648	\$1,800	36.5%
Alaska	\$5,470	\$940	\$7,274	\$1,473	56.7%
Arizona	\$4,261	\$949	\$6,104	\$1,368	44.2%
Arkansas	\$4,268	\$975	\$5,983	\$1,357	39.1%
California	\$4,709	\$968	\$5,703	\$1,118	15.6%
Colorado	\$4,433	\$885	\$6,220	\$1,281	44.7%
Connecticut	\$5,983	\$1,006	\$7,624	\$1,568	55.8%
Delaware	\$4,621	\$850	\$6,449	\$1,261	48.3%
District of Columbia	\$5,126	\$920	\$6,778	\$1,394	51.5%
Florida	\$4,800	\$1,231	\$6,431	\$1,661	35.0%
Georgia	\$4,534	\$1,041	\$6,255	\$1,453	39.6%
Hawaii	\$4,191	\$774	\$5,479	\$941	21.6%
Idaho	\$3,652	\$966	\$5,538	\$1,321	36.7%
Illinois	\$4,993	\$895	\$6,350	\$1,208	34.9%
Indiana	\$5,056	\$901	\$6,502	\$1,261	39.9%
Iowa	\$4,496	\$1,060	\$6,296	\$1,492	40.7%
Kansas	\$4,636	\$923	\$6,385	\$1,336	44.7%
Kentucky	\$4,156	\$997	\$6,038	\$1,419	42.3%
Louisiana	\$4,852	\$1,250	\$6,123	\$1,541	23.2%
Maine	\$4,517	\$1,105	\$6,666	\$1,701	53.9%
Maryland	\$5,043	\$1,179	\$6,665	\$1,611	36.6%
Massachusetts	\$5,576	\$1,065	\$7,251	\$1,595	49.8%
Michigan	\$4,776	\$729	\$6,291	\$1,036	42.1%
Minnesota	\$4,513	\$907	\$6,476	\$1,360	50.0%
Mississippi	\$3,924	\$853	\$5,938	\$1,281	50.3%
Missouri	\$4,275	\$1,062	\$5,725	\$1,311	23.4%
Montana	\$4,387	\$1,021	\$6,231	\$1,471	44.0%
Nebraska	\$4,490	\$1,045	\$6,331	\$1,495	43.0%
Nevada	\$3,574	\$712	\$5,541	\$1,042	46.4%
New Hampshire	\$4,544	\$1,058	\$6,523	\$1,540	45.6%
New Jersey	\$5,324	\$922	\$6,822	\$1,318	42.9%
New Mexico	\$4,298	\$1,001	\$6,186	\$1,461	46.0%
New York	\$5,191	\$841	\$6,556	\$1,175	39.7%
North Carolina	\$3,842	\$1,142	\$5,797	\$1,566	37.1%
North Dakota	\$4,666	\$1,086	\$6,233	\$1,472	35.5%
Ohio	\$5,087	\$917	\$6,388	\$1,230	34.1%
Oklahoma	\$4,035	\$913	\$5,610	\$1,194	30.8%
Oregon	\$4,137	\$916	\$5,737	\$1,208	31.9%
Pennsylvania	\$4,929	\$858	\$6,104	\$1,094	27.4%
Rhode Island	\$4,981	\$954	\$6,626	\$1,369	43.4%
South Carolina	\$4,263	\$776	\$6,253	\$1,199	54.5%
South Dakota	\$4,265	\$993	\$6,305	\$1,489	49.9%
Tennessee	\$4,225	\$921	\$5,780	\$1,207	31.1%
Texas	\$4,199	\$967	\$5,944	\$1,339	38.5%
Utah	\$4,708	\$844	\$6,813	\$1,404	66.3%
Vermont	\$4,868	\$964	\$6,904	\$1,516	57.2%
Virginia	\$4,584	\$1,120	\$6,213	\$1,487	32.8%
Washington	\$4,140	\$874	\$5,463	\$1,053	20.4%
West Virginia	\$4,549	\$1,059	\$6,212	\$1,467	38.5%
Wisconsin	\$4,723	\$813	\$6,490	\$1,215	49.3%
Wyoming	\$4,323	\$1,006	\$6,311	\$1,490	48.1%
Promedio en EEUU	\$4,703	\$959	\$6,236	\$1,303	35.9%

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

Apéndice Tabla B

Aumento en el ingreso del trabajador, por Estado, 2000-2004

Estado	Ingreso promedio		Porcentaje del incremento en el ingreso promedio, 2000-2004
	2000	2004	
Alabama	\$28,721	\$31,984	11.4%
Alaska	\$37,965	\$41,427	9.1%
Arizona	\$30,883	\$34,271	11.0%
Arkansas	\$25,984	\$29,126	12.1%
California	\$36,303	\$41,488	14.3%
Colorado	\$34,687	\$39,273	13.2%
Connecticut	\$38,351	\$43,867	14.4%
Delaware	\$34,722	\$38,303	10.3%
District of Columbia	\$46,808	\$55,168	17.9%
Florida	\$29,864	\$33,219	11.2%
Georgia	\$31,508	\$35,608	13.0%
Hawaii	\$32,040	\$36,404	13.6%
Idaho	\$29,425	\$32,209	9.5%
Illinois	\$33,724	\$38,119	13.0%
Indiana	\$30,183	\$33,760	11.9%
Iowa	\$28,556	\$31,596	10.6%
Kansas	\$29,896	\$33,648	12.5%
Kentucky	\$28,936	\$32,168	11.2%
Louisiana	\$27,791	\$31,045	11.7%
Maine	\$29,371	\$33,046	12.5%
Maryland	\$35,222	\$40,488	15.0%
Massachusetts	\$38,332	\$43,724	14.1%
Michigan	\$35,355	\$38,906	10.0%
Minnesota	\$34,092	\$38,936	14.2%
Mississippi	\$25,485	\$27,880	9.4%
Missouri	\$30,757	\$34,475	12.1%
Montana	\$26,447	\$29,585	11.9%
Nebraska	\$28,488	\$32,341	13.5%
Nevada	\$30,133	\$34,465	14.4%
New Hampshire	\$31,834	\$36,496	14.6%
New Jersey	\$38,157	\$41,876	9.7%
New Mexico	\$29,169	\$32,423	11.2%
New York	\$38,138	\$43,152	13.1%
North Carolina	\$30,197	\$33,965	12.5%
North Dakota	\$26,590	\$29,993	12.8%
Ohio	\$31,729	\$35,598	12.2%
Oklahoma	\$27,707	\$30,943	11.7%
Oregon	\$32,612	\$36,292	11.3%
Pennsylvania	\$32,159	\$35,792	11.3%
Rhode Island	\$32,810	\$37,895	15.5%
South Carolina	\$28,420	\$31,810	11.9%
South Dakota	\$25,814	\$28,197	9.2%
Tennessee	\$29,069	\$32,576	12.1%
Texas	\$31,446	\$34,975	11.2%
Utah	\$29,767	\$33,709	13.2%
Vermont	\$29,777	\$34,199	14.9%
Virginia	\$33,250	\$37,701	13.4%
Washington	\$36,493	\$40,427	10.8%
West Virginia	\$26,875	\$30,157	12.2%
Wisconsin	\$30,911	\$34,689	12.2%
Wyoming	\$27,831	\$31,841	14.4%
Promedio en EEUU	\$32,784	\$36,852	12.4%

Fuente: Estimaciones del Grupo Lewin para Families USA (ver Apéndice Técnico para mayores detalles).

**APÉNDICE TÉCNICO:
INFORMACIÓN Y MÉTODOS**

Elaborado por:
Lisa Alecxih, John Corea y Federico Leo
del Grupo Lewin

RESUMEN

El Grupo Lewin elaboró estimaciones, a nivel nacional y estatal, de las tendencias de los siguientes indicadores sobre la cobertura y costos de atención médica para adultos estadounidenses entre 2000 y 2004:

- **Cobertura del seguro** – Número de personas carentes de seguro durante por lo menos un mes en un periodo de dos años;
- **Desembolsos por atención médica** – Número de personas con gastos catastróficos por atención médica en relación con su ingreso en un año dado; y
- **Costo de la cobertura laboral** – Promedio de los gastos incurridos por la empresa y el trabajador por la atención médica.

A continuación se describe por separado el enfoque empleado en cada conjunto de estimaciones.

■ Cobertura del seguro

Se elaboraron las estimaciones de acuerdo al número de personas menores de 65 años de edad carente de seguro médico durante por lo menos un mes en un periodo de dos años. Para la comparación entre 2000 y 2004, se elaboraron las estimaciones para los años 1999-2000 y las proyecciones para los años 2003-2004. Se combinó estadísticamente la información de diversas fuentes para elaborarlas. Las estimaciones nacionales se basaron, principalmente, en la Encuesta de Ingreso y Programa de Participación (SIPP por sus siglas en inglés), elegida para tal efecto por la amplitud de su muestra y por su rastreo de la condición del seguro médico a lo largo de los meses. La información de la SIPP de 1996 y 2001 proporciona estimaciones nacionales directas de la cobertura del seguro en dos años para los periodos 1998-1999 y 2001-2002, respectivamente, y se hizo una proyección conservadora de su tendencia para 1999-2000 y 2003-2004, respectivamente, para reflejar el crecimiento de la población.¹

Ya que no existe información a nivel estatal sobre el estado mensual del seguro médico durante dos años, las estimaciones se obtuvieron al aplicar ecuaciones de regresión derivadas de la información de la SIPP nacional a la información a nivel estatal del Suplemento Demográfico Anual de la Encuesta de Población Actual (CPS por sus siglas en inglés). La CPS proporciona la información más reciente sobre empleo, ingreso, cobertura anual del seguro médico y características de población, y respalda las estimaciones a nivel estatal.

Los modelos de regresión logística pronosticaron si una persona no tendría seguro médico por lo menos durante un mes, y por lo menos durante seis meses en un periodo de 24 meses, dada su condición anual de seguro y otras características obtenidas de la CPS. Se usó la información de 1998-1999, obtenida de la SIPP de 1996, para crear ecuaciones para las estimaciones de 1999-2000, y se usó la información de 2001-2002, obtenida de la SIPP de 2001, para crear ecuaciones para las estimaciones de 2003-2004.

Se consideraron conjuntos separados de ecuaciones para los niños y para los adultos no ancianos. En las ecuaciones para los niños se incluyeron variables a nivel estatal que reflejan las diferencias, por Estado, en la cobertura de Medicaid para niños. En las ecuaciones para los adultos, se incluyeron variables a nivel estatal que reflejan las diferencias, por Estado, en cuanto al desempleo.

Las estimaciones a nivel estatal que resultaron de aplicar las ecuaciones de la SIPP nacional a la información de la CPS a nivel estatal, se hicieron a escala para que sean consistentes con las estimaciones nacionales directas obtenidas de la SIPP, una vez que se hizo la proyección de la tendencia de las estimaciones de la SIPP para reflejar las tendencias de población. Se consideró a la SIPP como la fuente de información más confiable acerca de las tendencias nacionales de los no asegurados, en comparación con la suma de estimaciones modelo a nivel estatal, porque proporciona mediciones *directas* de los no asegurados, mes tras mes, desde antes y después del descenso económico de 2001.

Estas estimaciones no deben compararse directamente con otras previas de no asegurados preparadas por el Grupo Lewin para Familias USA. El más reciente conjunto de estimaciones que el Grupo Lewin produjo con anterioridad a éste, fue publicado en junio de 2004. Desde que se completó dicho análisis, la Oficina del Censo dio a conocer valiosa información adicional que permite estimaciones más precisas de los no asegurados para un periodo de dos años, y la revaloración, a partir de esta nueva información, sugiere que las estimaciones previas de Lewin sobre los no asegurados, realizada para 2002-2003, fueron conservadoras. De manera similar, las estimaciones de Lewin para 2001-2002, publicadas en marzo de 2003, se elaboraron antes de que se diera a conocer la información de la SIPP 2001, por eso se basaron en la información reunida antes del incremento en el desempleo de 2001 y 2002. Estas estimaciones también resultaron conservadoras en comparación con la reevaluación basada directamente en la información de 2001-2002.

En contraste, el enfoque descrito en este informe fue diseñado para elaborar estimaciones que permitan la comparación directa de estimaciones para dos periodos diferentes, lo que se logró, principalmente, dependiendo de los cambios que, a través del tiempo, fueron directamente observados en las mismas fuentes de información de la encuesta.

■ Responsabilidad por gastos de atención médica

Se elaboraron estimaciones nacionales y estatales para la población cuyos gastos por atención médica en 2000 y 2004 excedieron el 25% de sus ingresos anuales, un nivel potencialmente catastrófico en gastos médicos. Los gastos médicos incluyen gastos directos y, para los que cuentan con cobertura, el gasto por las primas de seguro médico. El gasto como porcentaje del ingreso se calculó a nivel familiar y después se lo asignó a cada integrante de la familia.

Estas estimaciones se desarrollaron con el Modelo de Simulacro de Beneficios Médicos (HBSM por sus siglas en inglés) del Grupo Lewin. El HBSM es un modelo que simula -a escala reducida- el sistema de atención médica en Estados Unidos y se basa en la información de la Encuesta de Información sobre Gastos Médicos (MEPS por sus siglas en inglés) de 1996 actualizada para reflejar en detalle el nivel de gastos referidos en la encuesta MEPS del año 2000.

La tendencia de gastos del HBSM para 2004 se basa en las proyecciones de gastos médicos desarrolladas por la Oficina de Actuaría de los Centros de Servicios para Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Esta información proporciona estimaciones sobre el nivel de gastos médicos por su fuente de pago, incluyendo el desembolso de gastos y el pago de primas por varios años, incluso de 2000 a 2004. Se recurrió a otras fuentes para estimar el nivel de la atención caritativa, incluyendo la información publicada por los hospitales. Además, usamos las proyecciones de población y aumentos en los ingresos de la CMS para desarrollar nuestras estimaciones.

Debido a que la información de la MEPS no está diseñada para separarla por Estado de residencia, se mejoró el modelo HBSM con información adicional sobre la composición demográfica e ingresos de la población en cada Estado y con información de la CMS sobre gastos médicos por Estado. Se lo hizo "revalorando" los resultados de la MEPS, los que se basaron en la distribución de la población por características demográficas, fuente de seguro y nivel de ingresos por cada Estado, tal como se lo dio a conocer en los datos de la encuesta de población (CMS) de 2002 publicada al año siguiente. También se ajustaron los niveles de gastos médicos para reflejar la información de la CMS sobre las diferencias en los niveles de gastos médicos por Estado. Las estimaciones revaloradas del desembolso por gastos médicos por Estado, reflejan las diferencias en las características económicas y demográficas de la población de cada Estado, los niveles de cobertura del seguro y los niveles de gastos médicos en los Estados.

■ Costo de la cobertura laboral

Se elaboró un conjunto de estimaciones a nivel nacional y estatal que subrayan el cambio en el costo de la cobertura laboral de 2000 a 2004. Las estimaciones incluyen las primas totales promedio por la cobertura laboral, el promedio de la parte de la prima laboral pagada por el trabajador y el promedio de gastos totales desembolsado por las personas con cobertura médica laboral, incluyendo además las primas y la parte pagada del costo. Al igual que las estimaciones del desembolso de los gastos médicos, se generaron estas estimaciones a partir del HBSM. Las tendencias de las primas de las empresas y la participación en el costo, reflejan las estimaciones y suposiciones de crecimiento desarrolladas por las CMS. Por lo general, estas estimaciones son más conservadoras que las de otras fuentes

Introducción

El Grupo Lewin elaboró las estimaciones, a nivel nacional y estatal, de las tendencias de los siguientes indicadores sobre la cobertura y costos de atención médica para adultos estadounidenses entre 2000 y 2004:

- **Cobertura del seguro** – Número de personas carentes de seguro durante por lo menos un mes en un periodo de dos años;
- **Desembolso por atención médica** – Número de personas con gastos catastróficos por atención médica en relación con su ingreso en un año dado; y
- **Costo de la cobertura laboral** – Promedio de los gastos incurridos por la empresa y el trabajador por la atención médica.

A continuación se describe por separado el enfoque empleado en cada conjunto de estimaciones:

Cobertura del seguro

Existen diferentes métodos para estimar el número de personas sin seguro. La estimación en determinado momento indica el número de personas sin seguro médico en ese momento (por ejemplo, en un determinado día o mes). De manera alterna, la estimación durante un periodo indica el número de personas sin seguro en cualquier momento durante ese periodo (por ejemplo, durante el año pasado).

Para este análisis, se tomaron en cuenta las estimaciones de los no asegurados durante un periodo por diversos motivos: Primero, ya que muchos de los no asegurados no cuentan con seguro durante periodos cortos, la estimación en un determinado momento subestima la población en riesgo de quedarse sin seguro

médico; y segundo, las estimaciones del número de personas sin seguro durante un periodo proporcionan una representación más certera del total de personas que perdieron su seguro. Esto es porque la estimación en determinado momento contendrá una parte desproporcionada de personas sin seguro por periodos largos, y con frecuencia, estas personas tienen una mezcla distinta de características en comparación con los no asegurados durante periodos cortos.

El Grupo Lewin desarrolló las estimaciones, a nivel nacional y estatal, del número de personas que no contaron con seguro médico en algún momento durante un periodo de dos años y para los que estuvieron sin seguro durante seis meses o más en un periodo de dos años. Para la comparación entre 2000 y 2004, se elaboraron las estimaciones para los años 1999-2000 y las proyecciones para los años 2003-2004. Se elaboraron estimaciones separadas para los niños (menores de 18 años de edad) y para los adultos no ancianos (de 18 a 64 años de edad). También se elaboraron estimaciones detalladas que muestran el número y proporción de personas con uno o más meses sin seguro por características seleccionadas.

Las principales fuentes de información empleadas para este análisis son la Encuesta de Ingreso y Programa de Participación (SIPP por sus siglas en inglés) y el Suplemento Demográfico Anual de la Encuesta de Población Actual (CPS por sus siglas en inglés); ambas encuestas son de representación nacional y contienen características básicas demográficas y económicas de la población no institucionalizada. La SIPP proporciona información a nivel nacional acerca de la cobertura mensual de seguro durante un periodo de 24 meses, pero no sustenta las estimaciones a nivel estatal. La CPS proporciona información a nivel estatal acerca de la cobertura anual de seguro, pero no contiene información de cobertura mensual. Por ello, se hizo un modelo de las estimaciones de cobertura del seguro a nivel estatal para dos años mediante la combinación estadística de la información de la SIPP y la CPS.

A. Estimaciones nacionales

La información de la SIPP de 1996 y 2001 proporciona estimaciones nacionales directas de la cobertura del seguro de dos años para los periodos 1998-1999 y 2001-2002, respectivamente. La información de la CPS indica que la tasa nacional de cobertura del seguro creció de 1998 a 2000 y que se redujo en 2001 y 2002 como resultado del descenso en el empleo y del incremento en los costos de seguro médico². De esta forma, la SIPP proporciona la medida directa de la dinámica mensual de la cobertura del seguro médico desde antes y durante el descenso económico y la correspondiente reducción en la cobertura médica. Este análisis aprovecha la riqueza de la información de la SIPP al confiar en sus cifras

para las estimaciones nacionales de los no asegurados, en vez de hacerlo en el modelo de suposiciones a nivel nacional. Las estimaciones para 1998-1999 y 2001-2002 se tomaron de las tendencias del crecimiento de la población por edades específicas para elaborar estimaciones conservadoras de los no asegurados para los periodos 1999-2000 y 2003-2004, respectivamente (ver la sección de Advertencias y Limitaciones, en la página 57, sobre las implicaciones de este enfoque en las estimaciones nacionales).

B. Estimaciones a nivel estatal

Se usaron datos de la CPS para ajustar a nivel estatal la información nacional de los no asegurados obtenida de la SIPP. La CPS pregunta si la persona contó con cobertura en algún momento del año anterior a través de alguno de los siguientes seguros: Medicare, Medicaid, privados o militares.³ El combinar las preguntas permite recontar a las personas que, en teoría, no dispusieron de ningún tipo de seguro durante el año. Las estimaciones resultantes, que deben ser para un tiempo estimado, parecen ser mucho más comparables con las estimaciones generadas por la SIPP para determinado momento que con las estimaciones para todo el año (Tabla 1).

Tabla 1

Estimaciones para 1999 del predominio de no asegurados entre las personas menores de 65 años

Data Source	% de no asegurados en todo el año	% de no asegurados en algún momento durante el año	% de no asegurados en determinado momento
Encuesta de Población Actual (CPS)	15.9%	n/a	n/a
Encuesta de Ingreso y Programa de Participación (SIPP)	8.5% ^a	25.4% ^a	16.6% ^b
Encuesta de Información sobre Gastos Médicos (MEPS)	12.2%	25.0%	17.3%

^a Cálculo mediante el valor longitudinal para el año 1999.

^b El cálculo mediante el valor mensual representa aproximadamente el final de 1999.

Nota: La Encuesta de Información sobre Gastos Médicos (MEPS por sus siglas en inglés) pregunta acerca del estado del seguro médico por trimestre durante el periodo de un año.

Algunos investigadores han formulado la hipótesis de que la CPS puede estar más cerca de las estimaciones en determinado momento porque los encuestados pueden informar acerca de la condición actual de su seguro médico en vez de hacerlo con respecto al año anterior (Nelson y Short, 1990, y Swartz, 1994). Sin embargo, Robert Bennefield, de la Oficina del Censo, expuso que la CPS, al parecer, subinforma sobre la cobertura del seguro en general, lo que da como resultado un informe superior a lo esperado en cuanto al porcentaje de no asegurados (Bennefield, 1996). No obstante, la pregunta de verificación incluida en la CPS en 2001 sólo redujo moderadamente las estimaciones de los no asegurados de la CPS (por ejemplo, de 17.4% a 16.1% en la CPS de marzo de 2002). Dado que, conforme a los datos de la SIPP, la tasa de predominio de los no asegurados en determinado momento estuvo mucho más cerca a la tasa de predominio de la CPS con respecto a las estimaciones para todo el año de los no asegurados de la SIPP, los datos de la CPS se consideraron como estimaciones en un determinado momento a fin de generar las estimaciones de la cobertura de seguro sobre un determinado periodo.

Ecuaciones de la SIPP

Para usar la información disponible a nivel estatal de la CPS y generar las estimaciones de carencia de seguro médico para uno o más meses entre aquellas personas con seguro médico en un momento dado, se calcularon ecuaciones de regresión logística que describen la relación entre las características de la persona en un momento dado y la condición de su seguro médico durante dos años. En la Tabla 2 se presentan las características seleccionadas de la población asegurada en un determinado momento conforme a los expedientes de la SIPP y de la CPS que se usaron en este análisis.

El análisis de los expedientes de dos años de la SIPP, tanto para 1998-1999 como para 2001-2002, se restringió necesariamente a las personas que proporcionaron información para el periodo completo de dos años. Las deserciones e inclusiones durante el periodo de la encuesta tendieron a distorsionar la muestra, y los valores de dos años específicos para el período de análisis de dos años (los que se ajustarían por los que no respondieron) no estuvieron disponibles en el Censo en el momento de análisis. Esto planteó un problema potencial porque la carencia de seguro puede ser más común entre los excluidos de la encuesta, cuyas vidas pueden ser más inestables y sujetas a despidos, como lo demostraron por su falta de participación continua en la encuesta.

El problema se complicó aún más por la falta de conjuntos análogos en los valores presentados en la muestra de la SIPP de 1998-1999 y de 2001-2002, resultado del cambio en la forma en la que la Oficina del Censo proporcionó los valores en los expedientes de uso público. En ambos casos, los valores específicamente diseñados para una muestra de dos años no estuvieron disponibles. Sin embargo, sí hubo valores anuales para 2001 y

2002 en la muestra de 2001-2002, pero sólo estuvo disponible el valor longitudinal para la muestra de 1998-1999. Para brindar la máxima consistencia a lo largo de los dos periodos, cada conjunto de valores se ajustó dos veces. El primer ajuste revalorizó el expediente “internamente” para que la distribución conjunta por edad, sexo, raza, e ingreso como porcentaje de pobreza, coincidiera con la distribución conjunta observada en la muestra intersectorial de la SIPP representada al término del periodo de dos años⁴. Al ajustar los valores de esta forma se mitigaron las tendencias en la cobertura del seguro médico causadas por las deserciones a la encuesta ya que la cobertura del seguro médico también está correlacionada con los factores usados para ajustar los valores. Por otra parte, las ecuaciones de regresión incluyeron estos mismos factores y, por lo tanto, estuvieron controladas por ellos. Los resultados de las ecuaciones de regresión logística fueron muy similares con y sin los valores, lo que sugiere que las tendencias producidas por las deserciones a la encuesta fueron mínimas⁵. El segundo ajuste modificó aún más los valores para que fueran consistentes con los grandes totales de población por grupo de edad (menores de 18, de 18 a 64 años) obtenidos de la CPS y que representan aproximadamente la población al término de cada periodo de dos años⁶.

Tabla 2

Comparación de la información de la SIPP y de la CPS usada en el modelo. Características de las personas menores de 65 años sin seguro médico en un determinado momento.

	SIPP 2001-2002 ^a	CPS Marzo de 2003 ^b
Edad		
Menos de 6	7.9%	6.0%
De 6 a 17	17.1%	13.7%
De 18 a 34	38.4%	41.3%
De 35 a 64	36.5%	38.9%
Ingreso familiar como % del nivel federal de pobreza		
Menor al 100%	29.4%	26.3%
100-199%	31.3%	28.7%
200-299%	18.3%	18.4%
300-399%	9.3%	10.1%
Superior al 400%	11.5%	16.3%
Raza		
Blanca, no hispana	49.6%	47.7%
Negra, no hispana	15.2%	15.7%
Hispana	29.2%	29.2%
Otras razas	5.8%	7.2%

^a Basada en la muestra de SIPP para 2001-2002, valorada mediante el valor mensual para el mes 24.

^b El modelo considera que la estimación de carencia de seguro, a partir de la CPS de marzo de 2003, representa la medida en un determinado momento de marzo de 2003.

Se usó la información de 1998-1999, obtenida de la SIPP de 1996, para crear las ecuaciones para las estimaciones de 1999-2000, y se usó la información de 2001-2002, obtenida de la SIPP de 2001, para crear las ecuaciones para las estimaciones de 2003-2004. El análisis asume que la CPS de marzo representa una estimación de seguro en determinado momento, lo que proporciona una representación sobre la condición del seguro al término del año calendario anterior. Así, por ejemplo, al usar la información de marzo de 2003 como representativa del término del año calendario 2002, ya se considera que todas las personas que informaron carecer de seguro en la CPS de marzo de 2003 no contaron con seguro por lo menos durante un mes en el periodo de referencia de dos años. De esta forma, se excluyeron dichas personas de las ecuaciones para más de un mes y permitieron que la ecuación pronostique cuáles de las personas con cobertura al término de 2003 carecieron de cobertura en algún momento durante los dos años anteriores. En contraste, se usó toda la información para las ecuaciones de más de 6 meses, y se usa la de la falta de seguro al término del año para pronosticar la carencia de seguro por más de seis meses.

Para cada periodo de análisis (1999-2000 y 2003-2004), se hicieron estimaciones de la SIPP con cuatro fórmulas diferentes, un total de ocho ecuaciones, para pronosticar los siguientes resultados:

- Niños sin seguro durante más de un mes en dos años;
- Niños sin seguro durante más de seis meses en dos años;
- Adultos sin seguro durante más de un mes en dos años ; y
- Adultos sin seguro durante más de seis meses en dos años.

Se consideraron ecuaciones por separado para los niños y los adultos porque la cobertura del seguro de los niños ha estado dirigida durante los años recientes por los cambios en las inscripciones al Programa Estatal de Seguros de Salud Infantil (*State Children's Health Insurance*) (SCHIP por sus siglas en inglés). La aplicación de estas ecuaciones a la CPS tiene dos funciones: Primera, proporciona estimaciones a nivel estatal y con el paso del tiempo sobre los no asegurados a partir de información (asumida) en determinado momento proveniente de la CPS a nivel estatal. Segunda, el incorporar las tendencias de las variables clave a nivel estatal que influyen en la cobertura del seguro (por ejemplo, desempleo e inscripciones al SCHIP), sirve para proyectar las tendencias de las estimaciones, a nivel estatal, de manera consistente con las observaciones y expectativas hasta el término de los periodos que se desean analizar (por ejemplo, 1999-2000 y 2003-2004).

La Tabla 3 resume las muestras y variables usadas en cada ecuación. Las ecuaciones usan una combinación de variables que representa las características de las personas, las de los padres (para niños) y las de sus Estados. Las siguientes variables representan las características de las personas en todas las ecuaciones:

- **Edad** (0-5, 6-16, 17, 18-20, 21-34, 35-60, 61-64) – Se eligieron grupos de edad que corresponden con las probables diferencias en la disponibilidad de seguro por edad. Por ejemplo, en algunos Estados las restricciones de Medicaid son mayores para niños de 6-16 años que para niños de 0-5 años, y aún son mayores para niños mayores de 16 años.
- **Ingreso familiar como porcentaje del nivel federal de pobreza** (menor o igual a 100%, 101-199%, superior al 200%) – El ingreso familiar es el mismo para todos los integrantes de la familia. El nivel de pobreza usado es el nivel federal de pobreza, que es la medida típicamente usada para los informes estadísticos de la tasa de pobreza.
- **Raza/etnia** (blanca, no hispana; negra, no hispana; hispana; otras)
- **Sexo**
- **Educación** (sin certificado de educación media, con certificado de educación media [incluye algunos estudios de educación superior], certificado de educación superior o mayor). Para los niños, si ambos padres cuentan con la misma condición de empleo, la educación representa la del padre con el mayor nivel de educación. Si uno de los padres tiene empleo y el otro no, la educación representa el nivel educativo del padre que trabaja.
- **Condición de empleo** (con empleo, sin empleo, no es fuerza laboral) – Indica la condición de empleo de la persona al término del periodo de dos años. Para los niños, representa la condición de empleo del padre con más tiempo con empleo.
- **Cobertura médica al término del periodo de dos años** (Sí, No) – Sólo se usó en las ecuaciones que pronostican la carencia de seguro por más de seis meses.

Tabla 3

Muestras y variables utilizadas en las ecuaciones de regresión logística obtenidas de la SIPP que pronostican la carencia de seguro durante 24 meses

	Niños		Adultos	
	Sin seguro durante más de un mes	Sin seguro durante más de seis meses	Sin seguro durante más de un mes	Sin seguro durante más de seis meses
Muestra	Muestra: Niños (menores de 18 años) con seguro médico en el mes 24	Muestra: Niños (menores de 18 años)	Muestra: Adultos de 18-64 años con seguro médico en el mes 24	Muestra: Adultos de 18-64 años
Variable dependiente	Sin seguro en cualquier momento durante un periodo de 2 años	Sin seguro por 6+ meses durante un periodo de 2 años	Sin seguro en cualquier momento durante un periodo de 2 años	Sin seguro por más de 6 meses durante un periodo de 2 años
Independent Variables:				
Edad	0-5 6-16 17	0-5 6-16 17	18-20 21-24 25-34 35-60 61-64	18-20 21-24 25-34 35-60 61-64
Ingresos familiares (como porcentaje del nivel federal de pobreza)	Menor al 100% 100-199% Superior al 200%	Menor al 100% 100-199% Superior al 200%	Menor al 100% 100-199% Superior al 200%	Menor al 100% 100-199% Superior al 200%
Raza/etnicidad	Blanca no hispana Negra no hispana Hispana Otras	Blanca no hispana Negra no hispana Hispana Otras	Blanca no hispana Negra no hispana Hispana Otras	Blanca no hispana Negra no hispana Hispana Otras
Sexo	<No se utilizó>	<No se utilizó>	<No se utilizó>	Masculino
Educación	Padre sin certificado de educación media. Padre con certificado de educación media. Padre con certificado de educación superior. (Nota: Educación asignada al niño por el padre con mayor nivel de educación o por nivel del padre que trabaja si sólo uno de los padres trabaja.)	Padre sin certificado de educación media. Padre con certificado de educación media. Padre con certificado de educación superior. (Nota: Educación asignada al niño por el padre con mayor nivel de educación o por nivel del padre que trabaja si sólo uno de los padres trabaja.)	Sin certificado de educación media. Con certificado de educación media. Con certificado de educación superior o mayor.	Sin certificado de educación media. Con certificado de educación media. Con certificado de educación superior o mayor.
Estado civil	<No se utilizó>	<No se utilizó>	Casado Otro	Casado Otro
Condición de empleo	Con empleo en el mes 24 Sin empleo en el mes 24 No es fuerza laboral	<No se utilizó>	<No se utilizó>	Con empleo en el mes 24 Sin empleo en el mes 24 No es fuerza laboral
Estado de cobertura del seguro en 24 meses	<No se utilizó>	Sin seguro en el mes 24	<No se utilizó>	Sin seguro en el mes 24
Niños inscritos a Medicaid por estado	Porcentaje de inscripciones anuales de niños a Medicaid por estado. Menor al 200% del nivel federal de pobreza.	Porcentaje de inscripciones anuales de niños a Medicaid por estado. Menor al 200% del nivel federal de pobreza.	<No se utilizó>	<No se utilizó>
Tasa de desempleo estatal	<No se utilizó>	<No se utilizó>	Promedio de la tasa de desempleo estatal durante el periodo de dos niños analizado	<No se utilizó>
Cambio en el desempleo estatal	<No se utilizó>	Cambio en la tasa de desempleo a nivel estatal en el periodo de dos años analizado	Cambio en la tasa de desempleo a nivel estatal en el periodo de dos años analizado	<No se utilizó>

Se agregaron a la SIPP las siguientes variables a nivel estatal para captar las características de las personas que, según el Estado, pudieran afectar sus probabilidades de contar con seguro:

- **Cobertura de Medicaid para los niños** (variable continua) – Esta variable es importante debido a que los cambios en la cobertura de niños por Medicaid, de 1998 a 2003, variaron considerablemente en los Estados en la medida en que la cobertura SCHIP se expandió a distintas tasas en cada Estado, y en consecuencia, se contrajo en algunos otros (ver Tabla 4). La variable es el índice de inscripción de niños a Medicaid, definido como la proporción de la población infantil en el Estado inscrito anualmente al Medicaid respecto al número de niños en el Estado con ingresos familiares inferiores a 200% del nivel federal de pobreza. Esta medida pretende incluir la variación en los niveles de progreso en los Estados para cubrir a los niños de bajos recursos durante el periodo analizado. Las inscripciones incluyen al Medicaid corriente y los programas del SCHIP. Esta medida puede no parecerse, ni pretende hacerlo, a las estimaciones de la tasa de inscripción de niños a Medicaid de los Estados; por ejemplo, la combinación de inscripciones anuales cuenta con las estimaciones para determinado momento obtenidas de las tendencias de la CPS para inflar las tasas de inscripción de manera sistemática. Esta tendencia no debe tener efecto significativo en las estimaciones proyectadas o en las clasificaciones estatales porque es consistente para todos los Estados y a través de los años.
- **Promedio de la tasa de desempleo estatal analizada en un periodo de dos años** (variable continua) – Pretende incluir las diferencias en el desempleo por Estado (Tabla 5), lo que está muy correlacionado con la cobertura del seguro médico. Además de reflejar las diferencias entre los Estados en el expediente analítico de la SIPP del que se derivaron las ecuaciones, esta variable también permite que el modelo refleje los cambios en el desempleo por Estado a través del tiempo; esto es, cuando se aplicaron las ecuaciones de la SIPP a la información de la CPS, se aplicó la tasa de desempleo revisada correspondiente al periodo (más reciente) del que se hacía el modelo, en oposición al periodo representado por la información de la SIPP (Tabla 6).
- **Cambio en la tasa de desempleo estatal analizada en un periodo de dos años** (variable continua) – A diferencia de la variable que representa el nivel estatal de desempleo, esta variable incluye los cambios que, dentro de los Estados, pudieran originar un despido y la posible pérdida de los beneficios del seguro médico privado (Tablas 5 y 6).

Tabla 4

Proporción de inscripciones anuales de niños a Medicaid frente al número de niños (menores de 18 años) con ingresos familiares inferiores a 200% del nivel federal de pobreza

Estado	1999-2000	2003	Estado	1999-2000	2003
Alabama	0.657	0.809	Montana	0.445	0.551
Alaska	1.041	1.133	Nebraska	0.927	1.162
Arizona	0.568	0.783	Nevada	0.357	0.430
Arkansas	0.850	0.843	New Hampshire	0.704	1.017
California	0.772	0.921	New Jersey	0.881	0.888
Colorado	0.596	0.661	New Mexico	0.767	1.046
Connecticut	0.898	0.900	New York	0.682	0.730
Delaware	0.742	1.078	North Carolina	0.847	0.869
District of Columbia	1.412	1.230	North Dakota	0.453	0.580
Florida	0.736	0.886	Ohio	0.646	0.923
Georgia	0.712	0.953	Oklahoma	1.087	1.134
Hawaii	0.729	0.749	Oregon	0.688	0.759
Idaho	0.593	0.684	Pennsylvania	0.767	0.815
Illinois	0.859	0.861	Rhode Island	1.066	1.268
Indiana	0.852	0.907	South Carolina	1.037	1.176
Iowa	0.703	0.757	South Dakota	0.976	0.928
Kansas	0.598	0.777	Tennessee	1.167	1.122
Kentucky	1.045	1.012	Texas	0.615	0.626
Louisiana	0.764	0.970	Utah	0.471	0.492
Maine	0.878	0.897	Vermont	1.040	1.629
Maryland	1.369	1.217	Virginia	0.766	0.661
Massachusetts	0.779	1.082	Washington	1.324	1.003
Michigan	0.747	0.877	West Virginia	0.929	0.910
Minnesota	0.879	0.955	Wisconsin	0.628	0.806
Mississippi	0.904	1.046	Wyoming	0.545	0.758
Missouri	1.076	1.322			

Nota: Algunos estados exceden el 100% porque (1) se ha ampliado la elegibilidad a los niños con ingresos superiores a 200% del nivel federal de pobreza, y (2) el numerador representa el número de inscritos en un periodo de un año, mientras que el denominador representa la población en determinado momento.

Fuente: Análisis Lewin a la información de inscripciones anuales a Medicaid y al SCHIP, y a la información de la CPS sobre niños según el ingreso familiar.

Tabla 5

Información sobre el desempleo estatal agregada a la SIPP para especificar la ecuación

Estado	Tasa promedio de desempleo		Cambio en la tasa anual de desempleo	
	1998-1999	2001-2002	1998 a 1999	2001 a 2002
Alabama	4.50	5.60	0.60	0.60
Alaska	6.10	7.05	0.60	1.30
Arizona	4.25	5.45	0.30	1.50
Arkansas	5.00	5.20	-1.00	0.40
California	5.55	6.05	-0.70	1.30
Colorado	3.35	4.70	-0.90	2.00
Connecticut	3.30	3.80	-0.20	1.00
Delaware	3.65	3.80	-0.30	0.80
District of Columbia	7.55	6.40	-2.50	0.00
Florida	4.10	5.15	-0.40	0.70
Georgia	4.10	4.55	-0.20	1.10
Hawaii	5.90	4.40	-0.60	-0.40
Idaho	5.10	5.40	0.20	0.80
Illinois	4.40	5.95	-0.20	1.10
Indiana	3.05	4.75	-0.10	0.70
Iowa	2.65	3.65	-0.30	0.70
Kansas	3.40	4.70	-0.80	0.80
Kentucky	4.55	5.50	-0.10	0.20
Louisiana	5.40	6.00	-0.60	0.20
Maine	4.25	4.15	-0.30	0.50
Maryland	4.05	4.20	-1.10	0.40
Massachusetts	3.25	4.50	-0.10	1.60
Michigan	3.85	5.75	-0.10	0.90
Minnesota	2.65	4.05	0.30	0.70
Mississippi	5.25	6.15	-0.30	1.30
Missouri	3.80	5.10	-0.80	0.80
Montana	5.40	4.60	-0.40	0.00
Nebraska	2.80	3.35	0.20	0.50
Nevada	4.35	5.40	0.10	0.20
New Hampshire	2.80	4.10	-0.20	1.20
New Jersey	4.60	5.00	0.00	1.60
New Mexico	5.90	5.10	-0.60	0.60
New York	5.40	5.50	-0.40	1.20
North Carolina	3.35	6.10	-0.30	1.20
North Dakota	3.30	3.45	0.20	1.10
Ohio	4.30	4.95	0.00	1.50
Oklahoma	3.95	4.15	-1.10	0.70
Oregon	5.65	6.90	0.10	1.20
Pennsylvania	4.50	5.20	-0.20	1.00
Rhode Island	4.50	4.90	-0.80	0.40
South Carolina	4.15	5.65	0.70	0.70
South Dakota	2.90	3.25	0.00	-0.30
Tennessee	4.10	4.75	-0.20	0.70
Texas	4.70	5.55	-0.20	1.50
Utah	3.75	5.25	-0.10	1.70
Vermont	3.20	3.65	-0.40	0.10
Virginia	2.85	3.75	-0.10	0.70
Washington	4.75	6.85	-0.10	0.90
West Virginia	6.65	5.45	-0.10	1.30
Wisconsin	3.20	5.00	-0.40	1.00
Wyoming	4.85	4.05	0.10	0.30

Tabla 6

Información sobre el desempleo estatal agregada a la CPS para especificar la ecuación

Estado	Tasa promedio de desempleo		Cambio en la tasa anual de desempleo	
	1999-2000	2003-2004 (est.)	1998 a 2000	2001-2002 a 2003-2004 (est.)
Alabama	4.50	5.84	-0.30	0.24
Alaska	6.10	7.62	0.30	0.57
Arizona	4.25	5.26	-0.40	-0.19
Arkansas	5.00	5.99	-0.10	0.79
California	5.55	6.47	-0.30	0.42
Colorado	3.35	5.61	-0.10	0.91
Connecticut	3.30	5.13	-1.00	1.33
Delaware	3.65	4.02	0.40	0.22
District of Columbia	7.55	6.91	-0.60	0.51
Florida	4.10	4.79	-0.30	-0.36
Georgia	4.10	4.21	-0.30	-0.34
Hawaii	5.90	4.18	-1.30	-0.22
Idaho	5.10	4.93	-0.30	-0.47
Illinois	4.40	6.48	0.00	0.53
Indiana	3.05	5.18	0.20	0.43
Iowa	2.65	4.38	0.10	0.73
Kansas	3.40	5.09	0.70	0.39
Kentucky	4.55	5.81	-0.40	0.31
Louisiana	5.40	6.31	0.30	0.31
Maine	4.25	5.01	-0.60	0.86
Maryland	4.05	4.28	0.30	0.08
Massachusetts	3.25	5.53	-0.60	1.03
Michigan	3.85	7.11	-0.30	1.36
Minnesota	2.65	4.85	0.50	0.80
Mississippi	5.25	5.61	0.50	-0.54
Missouri	3.80	5.23	0.00	0.13
Montana	5.40	4.56	-0.20	-0.04
Nebraska	2.80	3.84	0.10	0.49
Nevada	4.35	4.79	-0.40	-0.61
New Hampshire	2.80	4.14	0.10	0.04
New Jersey	4.60	5.57	-0.90	0.57
New Mexico	5.90	6.18	-0.60	1.08
New York	5.40	6.35	-0.60	0.85
North Carolina	3.35	6.06	0.40	-0.04
North Dakota	3.30	3.43	-0.40	-0.02
Ohio	4.30	5.97	-0.30	1.02
Oklahoma	3.95	5.44	-0.30	1.29
Oregon	5.65	7.72	-0.80	0.82
Pennsylvania	4.50	5.31	-0.30	0.11
Rhode Island	4.50	5.28	0.00	0.38
South Carolina	4.15	6.77	-0.70	1.12
South Dakota	2.90	3.42	-0.60	0.17
Tennessee	4.10	5.52	-0.10	0.77
Texas	4.70	6.48	-0.40	0.93
Utah	3.75	5.05	-0.40	-0.20
Vermont	3.20	4.22	-0.10	0.57
Virginia	2.85	3.77	-0.60	0.02
Washington	4.75	6.90	0.50	0.05
West Virginia	6.65	5.62	-1.10	0.17
Wisconsin	3.20	5.21	0.60	0.21
Wyoming	4.85	3.94	-1.00	-0.11

Por lo general, las variables explicadas sólo se aplicaron en las ecuaciones del modelo si eran significativas a nivel de 0.05. Por ejemplo, en las ecuaciones para los niños, la condición del empleo al término del periodo de dos años fue un pronóstico significativo para más de un mes sin seguro, pero no lo fue para más de seis meses. Los coeficientes resultantes de las ocho ecuaciones se muestran en las Tablas 7 y 8.

Tabla 7

Resultados para los niños de la ecuación de regresión logística SIPP

	Niños sin seguro por más de un me		Niños sin seguro por más de seis meses	
	Muestra SIPP 1999-1999	Muestra SIPP 2001-2002	Muestra SIPP 1998-1999	Muestra SIPP 2001-2002
Intercepción	-2.2464*	-1.9073*	-2.6709*	-3.5273*
Edad de 0-5 años	Categoría base**	Categoría base**	Categoría base**	-0.0573
Edad de 6-16 años	Categoría base**	-0.1113*	Categoría base**	Categoría base**
Edad 17 años	-0.5177*	-0.7773*	-0.3774	Categoría base**
Pobreza de 0-99	1.0049*	0.8598*	0.9974*	0.6209*
Pobreza de 100-200	0.9275*	0.7264*	0.7877*	0.5580*
Blanca, no hispana	Categoría base**	Categoría base**	Categoría base**	Categoría base**
Negra, no hispana	0.4290*	0.3732*	0.3468*	0.3402*
Hispana	0.3450*	0.4676*	0.5475*	0.4738*
Otras razas	0.4182*	0.6049*	0.3894*	0.5847*
Menor a educación media	0.7358*	0.9174*	0.7090*	1.2920*
Educación media	0.6381*	0.5947*	0.5488*	0.8098*
Inscripción de niños al Medicaid estatal	-0.2553*	-0.2291	-0.8135*	-0.3695*
Sin empleo (mes 24)	0.3874*	0.6008*	<No se usó>	<No se usó>
Cambio en el desempleo	<No se usó>	0.2469*	<No se usó>	0.4865*
Sin seguro (mes 24)	<No se usó>	<No se usó>	3.5790*	3.1430*

* Significativo a nivel de 0.05.

** En la ecuación logística, se usa la categoría base como variable de comparación. Por lo general se usa el grupo más grande y más representativo como categoría base. Los coeficientes en los resultados de la regresión pueden describirse como el logaritmo de la probabilidad para una categoría dada de variable entre la probabilidad de la categoría base para la misma variable.

Tabla 8

Resultados de la ecuación de regresión logística SIPP para los adultos

	Adultos sin seguro por más de un me		Adultos sin seguro por más de seis meses	
	Muestra SIPP 1999-1999	Muestra SIPP 2001-2002	Muestra SIPP 1998-1999	Muestra SIPP 2001-2002
Intercepción	-2.8962*	-2.7340*	-3.0472*	-3.7189*
Edad de 18-20 años	0.2133	0.1321	Categoría base**	-0.3157*
Edad de 21-24 años	1.0820*	1.2150*	Categoría base**	0.8260*
Edad de 25-34 años	0.9869*	0.7846*	0.2106	0.6001*
Edad de 35-60 años	Categoría base**	Categoría base**	-0.4798*	Categoría base**
Edad de 61-64 años	-0.5216*	Categoría base**	-0.8466*	Categoría base**
Masculino	<No se usó>	<No se usó>	0.1557	0.1424*
Casado	-0.5481*	-0.4599*		
Pobreza de 0-99	0.8359*	1.0206*	0.8232*	0.8676*
Pobreza de 100-200	0.8188*	0.8484*	0.8445*	0.7717*
Blanca, no hispana	Categoría base**	Categoría base**	-0.1959	Categoría base**
Negra, no hispana	0.2476*	0.4689*	0.2363	Categoría base**
Hispana	0.4641*	0.8468*	0.4662*	0.8596*
Otras razas	0.1416	0.4026*	Categoría base**	0.3315*
Condición de desempleo	0.0575*	<No se usó>	<No se usó>	<No se usó>
Cambio en la condición de desempleo	<No se usó>	0.1265*	<No se usó>	<No se usó>
Menor a educación media	0.7975*	1.0187*	0.7482*	1.2468*
Educación media	0.5331*	0.5688*	0.5966*	0.7544*
Sin seguro (mes 24)	<No se usó>	<No se usó>	4.3227*	3.8951*

* Significativo a nivel de 0.05.

** En la ecuación logística, se usa la categoría base como variable de comparación. Por lo general se usa el grupo más grande y más representativo como categoría base. Los coeficientes en los resultados de la regresión pueden describirse como el logaritmo de la probabilidad para una categoría dada de variable entre la probabilidad de la categoría base para la misma variable.

Aplicación de las ecuaciones a la información de la CPS

Antes de aplicar las ecuaciones a la información de la CPS, se le agregó información más reciente a nivel estatal acerca de las inscripciones a Medicaid. Las variables agregadas reflejan los cambios al término del periodo pronosticado de dos años (esto es, 1999-2000 o 2003-2004; ver de la Tabla 4 a la 6). Por lo tanto, el aplicar estas ecuaciones a la CPS produce estimaciones a nivel estatal que reflejan las condiciones de cobertura al término del periodo de dos años. Se ajustaron más los valores para que reflejaran el crecimiento de la población por edades específicas al término del periodo.

Al aplicar la ecuación a la ampliación de la CPS de marzo de 2003 se produce la probabilidad de que cada persona no haya contado con seguro médico en determinado momento durante el periodo de dos años⁷. Al sumar el producto de las probabilidades de las personas y sus valores, se obtiene el total de personas sin cobertura. Para las estimaciones de más de un mes se agregaron las personas que informaron directamente en la CPS no contar con cobertura, (porque ellas ya sabían que la carencia de seguro en determinado momento las excluiría de la ecuación). La suma de personas tomadas en cuenta actualmente para contar con seguro médico pero que se les pronosticó que no lo tendrían por lo menos en uno de los otros 23 meses, y aquellos que informaron a la CPS no contar con seguro médico, es igual al número total de personas que informaron no contar con seguro en algún momento durante el periodo de dos años.

Para las estimaciones de más de seis meses, las ecuaciones de más de seis meses se aplicaron para producir la probabilidad de carencia de seguro por seis meses o más, lo que, a su turno, multiplicó los valores.

Las estimaciones a nivel estatal que resultaron de aplicar las ecuaciones de la SIPP nacional a la información de la CPS a nivel estatal se hicieron a escala para ser consistentes con las estimaciones nacionales directas obtenidas de la SIPP, una vez que se hizo la proyección de la tendencia de las estimaciones de la SIPP para reflejar las tendencias de población. Se consideró a la SIPP como la fuente de información más confiable sobre las tendencias nacionales de los no asegurados, en comparación con la suma de estimaciones modelo a nivel estatal, puesto que ésta proporciona mediciones directas de los no asegurados mensualmente desde antes y después del descenso económico de 2001.

C. Definiciones de las variables en la tabla resultante

A continuación se describen las variables usadas para dar a conocer los resultados según las características de la población:

- **Seguro médico.** Se definió como no aseguradas a las personas que no informaron si contaban con seguro privado, Medicaid, Medicare, CHAMPUS, CHAMPVA o militar en un mes dado del periodo de dos años. Se consideró la duración sin seguro como el número total de meses, durante los dos años observados, desde la fecha en que la persona no contó con seguro médico; los meses sin seguro no necesitaban ser consecutivos. Se truncó la distribución por número de meses para los que dijeron haber empezado antes del periodo observado y para aquellos que dijeron continuar después del término del periodo de 24 meses; por lo tanto, la distribución no puede interpretarse como la duración total explicada. Es probable que la distribución sobre represente suspensiones más cortas.
- **Raza/etnia.** Las personas fueron divididas en cuatro categorías por raza/etnia mutuamente exclusivas: blanca, no hispana; negra, no hispana; hispana; y otras. Se clasificó a las personas como hispanas si informaron tener origen étnico mexicano, chicano, puertorriqueño, cubano, centro o sudamericano u otros orígenes con idioma español.
- **Empleo familiar:** El empleo familiar se elaboró tomando en cuenta la condición de empleo superior entre la persona referida y su cónyuge. Por ejemplo, si la persona referida trabajaba tiempo parcial y su cónyuge tiempo completo, la familia se catalogó en tiempo completo.
- **Condición del empleo familiar al término del periodo de 24 meses:** Representa la condición de empleo familiar, como se describe líneas arriba, en el último mes del periodo de 24 meses. La variable se compone de las siguientes categorías: empleado de tiempo completo, empleado de tiempo parcial, desempleado, no es fuerza laboral.

Responsabilidad por gastos de atención médica

Como una medida de la responsabilidad financiera de la atención médica, el Grupo Lewin elaboró estimaciones a nivel estatal y nacional del porcentaje de personas cuyos gastos médicos alcanzaron o excedieron el 25% de sus ingresos. En este análisis, los gastos médicos incluyen tanto el gasto directo por atención médica como el gasto por las primas del seguro médico. El desembolso directo incluye servicios médicos que el proveedor factura al paciente, pero que no lo cubren los seguros públicos o privados; incluye las facturas por servicios que no están cubiertos, y el monto de los deducibles y copagos realizados por las personas aseguradas. Las primas incluyen el monto con el que contribuye el trabajador para quedar cubierto con el plan médico laboral, las primas por seguro individual y cualquier prima pagada a los programas de seguro médico público como la prima de Medicaid Parte B.

Estas estimaciones sobre la alta carga financiera de los servicios de salud se desarrollaron mediante el Modelo de Simulacro de Beneficios Médicos (HBSM por sus siglas en inglés) del Grupo Lewin. El HBSM es un modelo que simula a escala reducida el sistema de atención médica en los Estados Unidos y se basa en la información de la Encuesta de la Comisión sobre Gastos Médicos (MEPS por sus siglas en inglés) de 1996 actualizada para reflejar en detalle el nivel de gastos referidos en la encuesta MEPS del año 2000. La MEPS proporciona información de la distribución de gastos médicos por tipo de servicios y fuente de pago entre familias de diversos grupos demográficos y económicos.

Estos datos permiten identificar a las personas integrantes de familias cuyos gastos porcentuales, por encima de su ingreso familiar, caen bajo la definición alternativa de gastos médicos familiares por grupo demográfico.

La información actualizada para 2004 se basa en las proyecciones de gastos médicos desarrolladas por la Oficina de Actuaría de los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS por sus siglas en inglés). Esta información proporciona estimaciones sobre el nivel de gastos médicos por fuente de pago, incluyendo el desembolso de gastos y el pago de primas por varios años, incluso de 2000 a 2004. Se recurrió a otras fuentes para estimar el nivel de la atención por caridad, incluyendo la información publicada por los hospitales. Además, el modelo usa las proyecciones de los CMS para el crecimiento de la población y el aumento del ingreso. El conteo de la población por edad específica se restringió a las estimaciones de población generadas como parte del análisis de los no asegurados descrito con anterioridad.

Desafortunadamente, la encuesta MEPS no está diseñada para separarla por Estado de residencia, por lo que se mejoró el modelo HBSM con información adicional sobre demografía e ingreso compuesto de la población en cada Estado y con información de la CMS sobre gastos médicos por Estado. Se lo hizo al “revalorando” los resultados de la MEPS con base en la distribución de personas por características demográficas, fuente de seguro y nivel de ingreso por Estado, dados a conocer por la información de la CPS. También se ajustaron los niveles de gastos médicos para reflejar la información de los CMS sobre las diferencias en los niveles de gastos médicos por Estado. Las estimaciones revaloradas de la responsabilidad por gastos médicos por Estado, reflejan las diferencias en las características económicas y demográficas de la población en cada uno de ellos, lo mismo que los niveles de cobertura del seguro y los niveles de gastos médicos a lo largo de los Estados.

Costos del la cobertura laboral

Se elaboró un conjunto de estimaciones a nivel nacional y estatal destacando el cambio en el costo de la cobertura laboral de 2000 a 2004. Las estimaciones incluyen las primas totales promedio por la cobertura laboral, el promedio de la parte de la prima laboral pagada por el trabajador y el promedio de gastos totales desembolsados por las personas con cobertura médica laboral, incluyendo las primas y la parte pagada del costo. Al igual que las estimaciones de la responsabilidad de los gastos médicos, estas estimaciones se generaron a partir del HBSM. Las tendencias de las primas de las empresas y su participación en el costo reflejan las estimaciones y suposiciones de crecimiento desarrolladas por los CMS. Por lo general, estas estimaciones son más conservadoras que las de otras fuentes.

Se comparó el crecimiento promedio de las primas anuales pagadas por el trabajador con el crecimiento promedio anual de ingresos en Estados Unidos de 2000 a 2004. Se obtuvieron los ingresos anuales promedio de la información en la Encuesta Estadística de Empleo Ocupacional (OES por sus siglas en inglés), de la Oficina de Estadística Laboral (BLS por sus siglas en inglés). La BLS es la mejor fuente de información sobre incrementos salariales por Estado. La OES informa las estimaciones por Estado acerca de las ganancias anuales promedio de 2000 a 2002 y las proyecciones para 2003 basadas en la información de mayo de 2003. Se hizo la proyección uniforme de los ingresos por Estado para 2004 conforme a la tasa de crecimiento nacional del 2.1%, basada en el aumento real mensual de los salarios hasta junio de 2004 (de -0.2%) y se ajustó a la inflación anualizada mediante el incremento del Índice de Precios al Consumidor para los salarios (CPI-W por sus siglas en inglés) hasta junio de 2004.

Advertencias y limitaciones

El lector debe tener presentes las siguientes advertencias relacionadas con el enfoque descrito en este documento:

A. No asegurados

Como se explicó con anterioridad, el enfoque usado para elaborar las estimaciones nacionales de los no asegurados en 1999-2000 y 2003-2004 depende, principalmente, de las estimaciones directas de la SIPP para 1998-1999 y 2001-2001, proyectado conforme al crecimiento de la población. Este enfoque genera estimaciones conservadoras (esto es, potencialmente modestas) del incremento de los no asegurados a nivel nacional entre 2000 y 2004. La cobertura del seguro médico está muy correlacionada con el empleo, y el empleo y otros indicadores económicos fueron más relevantes en 1999-2000 que en 1998-1999. Sin embargo, las tendencias sólo se reflejan explícitamente a nivel estatal y no en las estimaciones nacionales para las que se calibraron las cifras estatales. De manera similar, las cifras de desempleo nacional aumentaron de 2002 a 2004 mientras se

contrajeron las inscripciones al SCHIP, pero estas tendencias tampoco se reflejaron en los totales de control nacional, que subestimaron potencialmente la cantidad de los no asegurados en 2003-2004. En caso de que las estimaciones de los no asegurados hayan sido exageradas para 1999-2000 y subestimadas para 2003-2004, el aumento estimado entre los no asegurados será moderado.

Debido a que no existen estimaciones directas por Estado de las personas sin seguro médico durante un periodo, se creó el modelo de las estimaciones a nivel estatal mediante técnicas econométricas similares a las desarrolladas por la Oficina del Censo para los análisis de áreas pequeñas. Dichas estimaciones están sujetas a mayor variabilidad que las estimaciones basadas directamente en la información de las encuestas. Además, el modelo asumió específicamente que el porcentaje de niños sin seguro, según informes de la CPS, era similar al estimado en determinado momento por la SIPP. Como se señaló con anterioridad, los investigadores tienen opiniones diferentes sobre esta materia.

Por último, aun cuando la muestra de la CPS fue enriquecida a comienzos de 2001, la tendencia en las estimaciones estatales introducida en el marco de prueba dentro de un Estado, todavía existe. Por ejemplo, si en un Estado pequeño, todos los propietarios de viviendas entrevistados provinieran de la misma área metropolitana estadística en el Estado, no podrían representar con certeza las características de los residentes de todo el Estado.

Las estimaciones descritas sobre los no asegurados no deben compararse directamente con las estimaciones previas elaboradas por el Grupo Lewin para Families USA ya que su más reciente publicación data de junio de 2004. Desde que se completó dicho análisis, la Oficina del Censo dio a conocer valiosa información adicional que permite realizar estimaciones más precisas sobre los no asegurados para un periodo de dos años, y una revaloración de esta información sugiere que las estimaciones previas de Lewin sobre los no asegurados, realizada para 2002-2003, eran conservadoras. De manera similar, las estimaciones de Lewin para 2001-2002, publicadas en marzo de 2003, se elaboraron antes de que se diera a conocer la información de la SIPP 2001, razón por la cual se basaron en la información reunida antes del incremento en el desempleo de 2001 y 2002. Estas estimaciones también resultaron ser conservadoras en comparación con la reevaluación basada directamente en la información de 2001-2002.

A diferencia de las estimaciones previas de Lewin, se diseñó el enfoque descrito en este informe para elaborar estimaciones que permitan la comparación directa de estimaciones para dos periodos de tiempo distintos, lo que se logró, principalmente, dependiendo de los cambios que, a través del tiempo, fueron directamente observados en las propias fuentes de información de la encuesta.

B. Responsabilidades y estimaciones empresariales provenientes de HBSM

Todas las estimaciones de las primas y desembolsos por gastos médicos usadas en este análisis respecto de las responsabilidades por atención médica y los costos médicos de las empresas descritos en este informe, se basaron en el Modelo de Simulacro de Beneficios Médicos (HBSM por sus siglas en inglés) del Grupo Lewin. Las consideraciones del aumento de las primas y los costos usados en el HBSM están basadas en las estimaciones y proyecciones de las CMS. Las estimaciones publicadas recientemente por *Kaiser Family Foundation/Health Research and Education Trust (KFF/HRET) Employer Health Benefits Survey*, indican un mayor aumento en las primas médicas de las empresas que el reflejado en las estimaciones de las CMS. Con el interés de elaborar estimaciones sólidas y conservadoras del aumento en las primas y en el gasto, las estimaciones usadas en este informe no se actualizaron para reflejar las tendencias informadas por la KFF/HRET.

¹ Este enfoque genera estimaciones conservadoras (esto es, potencialmente modestas) del incremento de los no asegurados, a nivel nacional, entre 2000 y 2004. La cobertura del seguro médico está muy correlacionada con el empleo, y el empleo y otros indicadores económicos fueron más relevantes en 1999-2000 que en 1998-1999. Sin embargo, las tendencias sólo se reflejan explícitamente a nivel estatal y no en las estimaciones nacionales para las que se calibraron las cifras estatales. De manera similar, las cifra

s de desempleo nacional aumentaron de 2002 a 2004 mientras se contrajeron las inscripciones al SCHIP, pero estas tendencias tampoco se reflejaron en los totales de control nacional, que subestimaron potencialmente la cantidad de los no asegurados en 2003-2004. En caso de que las estimaciones de los no asegurados hayan sido exageradas para 1999-2000 y subestimadas para 2003-2004, el incremento estimado de los no asegurados será moderado.

² La disminución general en la cobertura del seguro se originó por la erosión en la cobertura de medicamentos entre adultos. En contraste, la cobertura de niños aumentó de 2000 a 2002, lo que refleja la constatación de expansión de inscritos al Programa State Children

's Health Insurance (SCHIP por sus siglas en inglés) (John Holahan y Marie Wang, "Changes in Health Insurance Coverage During the Economic Downturn: 2000-2002," *Health Affairs Web Exclusive*, 28 de enero de 2004, W4: 31-42).

³ En 2001, se incluyó una pregunta para verificar específicamente si la persona no contó con seguro durante la totalidad del año anterior.

⁴ La exclusión de la información de personas menores de dos años necesariamente excluye a los niños menores de dos años. El análisis de las muestras mensuales indicó que la tasa de cobertura del seguro para niños menores de dos años fue similar a la tasa para niños de dos a cinco años. Por ello, se le asignó cobertura al grupo de menores de dos años con la misma tasa que a los de dos a cinco años.

⁵ Queda fuera del alcance de este proyecto cuantificar si los que quedaron fuera de la encuesta puedan tener patrones distintos de cobertura del seguro médico aún después de controlar la edad, sexo, raza e ingreso.

⁶ Para la muestra de 1998-1999, se usó la CPS de marzo de 2000 como valor representativo al término de 1999. Para la muestra de 2001-2002, se usó la CPS de marzo de 2003 como representativo al término de 2002.

⁷ Siendo más específicos, la probabilidad de que una persona careciera de seguro médico, por más de un mes, o más de 6 meses, durante el periodo objetivo de dos años es igual a $eY/(1+eY)$, en donde Y es el resultado de aplicar la ecuación de la SIPP al informe de la CPS.

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue redactado por:

Kathleen Stoll, Directora de Análisis de Políticas de Salud

Families USA

Kim Jones, Investigadora Adjunta

Families USA

**El siguiente personal de Families USA
colaboró en este proyecto:**

Ron Pollack, Director Ejecutivo

Peggy Denker, Directora de Publicaciones

Ingrid VanTuinen, Redactora / Editora

Nancy Magill, Coordinadora de Diseño / Producción

Análisis de datos realizado por:

Lisa Alexih,

John Corea, y Federico Leo

del Grupo Lewin

*Traducido al español por HispaniCare,
una división de Dr. Tango, Roswell, GA*

Versión final en español Rodolfo Henrich

