

Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos¹

Steven P. Wallace² y Vilma Enriquez-Haass²

RESUMEN **Objetivos.** Este estudio usa tres dimensiones de acceso a los servicios médicos que contribuyen a una distribución social equitativa: (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) para examinar la equidad de dos sistemas médicos en los Estados Unidos de América (EE. UU.): el sistema tradicional de indemnización, en el que se paga una "cuota por servicio" o "pago por acto" (PPA) y el nuevo sistema de organizaciones de servicios médicos prepagados (health maintenance organizations: HMO). Se compara la equidad entre tres grupos de adultos mayores: euroamericanos (el grupo mayoritario) y latinoamericanos y afroamericanos (las minorías). **Métodos.** Los datos provienen de una encuesta nacional representativa que incluye un total de 858 latinoamericanos, 970 afroamericanos y 8 622 euroamericanos de la tercera edad (65 años o más) de áreas urbanas. Para comparar los grupos se usan la χ^2 y la regresión logística. **Resultados.** Los datos indican que las personas de la tercera edad pertenecientes a grupos minoritarios, caracterizadas por tener los recursos económicos más bajos y mayores necesidades de servicios médicos, se benefician más en el sistema de HMO porque este les proporciona mayor disponibilidad y acceso a los servicios médicos en comparación con el sistema de PPA. Esta mejora se debe a que el sistema de HMO reduce las barreras económicas para los pacientes. Sin embargo, los latinoamericanos afiliados a HMO en EE. UU. manifiestan una menor satisfacción con sus médicos de cabecera. **Conclusiones.** El sistema de HMO incrementa el acceso a la atención médica pero no necesariamente mejora la calidad de la relación entre paciente y médico para las personas de la tercera edad de EE. UU. pertenecientes a grupos minoritarios. Este estudio demuestra que es posible evaluar la equidad de los servicios médicos durante un proceso de reforma y, que para asegurarse de su validez, se deben incluir poblaciones vulnerables y diferentes dimensiones de acceso.

Palabras clave Equidad, HMO, Medicare, sistemas de salud, Estados Unidos.

Los sistemas de salud están sufriendo cambios importantes en América Latina y en otras partes del mundo, en un intento por disminuir el

ritmo del alza de los costos a medida que se amplía la cobertura. Esto implica subrayar la eficiencia económica, pero junto con la eficiencia es impor-

tante considerar también la equidad (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado varias dimensiones de la evaluación de la equi-

¹ Se han presentado versiones preliminares de esta ponencia en las Reuniones Anuales de la Asociación Americana de Salud Pública, 1998, y la Conferencia del Centro de Investigaciones del Proceso de Envejecimiento, 1999. Este trabajo ha sido pa-

trocinado parcialmente por fondos procedentes de la Fundación Anna y Harry Borun, a través del Centro Borun de Investigación Gerontológica. ² School of Public Health and Center for Health Policy Research, University of California-Los Ange-

les. La correspondencia debe ser enviada a Steven P. Wallace, UCLA School of Public Health, Los Angeles, CA 90095-1772. Fax (310)-825-5960. Correo electrónico: swallace@ucla.edu

dad en los sistemas de salud, entre las que se incluyen la distribución de la salud (resultados), la distribución de la capacidad de respuesta del sistema a las necesidades de varios grupos que frecuentemente se encuentran en desventaja, como los pobres, las mujeres, los adultos mayores o los indígenas y minorías raciales (proceso), y la distribución de la contribución financiera a los sistemas de salud (2). El sistema de salud de una nación puede ser de la mejor calidad y eficiencia económica, pero si a las personas que necesitan sus servicios se les priva de los mismos o se les desalienta a utilizarlos, entonces ese sistema no está respetando los derechos fundamentales de la población.

Los Estados Unidos de América (EE. UU.) tienen una larga historia de desigualdades raciales y étnicas. Las dos minorías desfavorecidas más importantes son los afroamericanos y los latinoamericanos (en su mayor parte originarios de Cuba, México y Puerto Rico), pero también cabe considerar a las poblaciones indígenas, que todavía sufren desigualdades en todo el continente americano. La fuente de las desigualdades en los EE. UU. proviene fundamentalmente de procesos sociales como la segregación residencial etnoracial y la discriminación institucionalizada y, en parte, también del bajo nivel económico de estos grupos (3, 4). Por ser el sistema médico una institución social importante, es de prever que en él se reproduzcan estas desigualdades y, dados los niveles de necesidad que tienen los adultos mayores, sería este el grupo en el que estos problemas se encontrarían con mayor frecuencia (5). En EE. UU., en el año 2000, las personas con 60 años o más han alcanzado el 16,5% de la población (6), frente al 7,9% en toda América Latina y el 12,7% en los países de América Latina que están experimentando una transición demográfica avanzada, como Argentina, Chile, Cuba y Uruguay. Se estima que en el año 2050 un 22,7% de la población de América Latina tendrá 60 años o más, lo cual provocará un gran aumento de la demanda de servicios de salud (7). Por eso, en un futuro cercano, el tema de la equidad en los servicios de salud

brindados a los adultos mayores será tan importante en América Latina como en los EE. UU.

Aunque los cambios realizados en los sistemas de salud pueden tardar años o décadas en manifestar resultados en los niveles de salud y su distribución, es posible obtener con mayor anticipación algunos datos sobre el proceso del sistema. La distribución de la capacidad de respuesta a las necesidades se puede dimensionar según la clasificación de la OMS, dividiéndola en, por lo menos, tres niveles: la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad (8), que forman una jerarquía lógica en la cual primeramente deben existir los servicios necesarios (disponibilidad); luego las personas tienen que tener los medios para utilizar los servicios (accesibilidad) y, finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que los motiven a utilizarlos apropiada y dignamente (aceptabilidad). Estas medidas son más adecuadas para vigilar la equidad que los índices de uso de servicios médicos que proponen otros autores, aunque estos pueden ser un complemento (9).

Aunque EE. UU. no tiene un sistema nacional de seguro de salud para beneficio de la población en general, sí dispone de un programa de seguro de salud global para las personas de la tercera edad, llamado *Medicare*. El costo creciente de este programa ha llevado a que se efectúen varios cambios en los últimos 35 años. Un cambio importante ha sido el alentar el crecimiento de las organizaciones de servicios médicos prepagados (*health maintenance organizations*: HMO) en la década de 1990, cambio que también se ha adoptado parcialmente en varios países de América Latina (10). Este artículo describe el sistema de seguro de salud para adultos mayores (65 años o más) en los EE. UU. y presenta datos para mostrar la necesidad de que el cambio de un sistema motivado principalmente por consideraciones de costo tome en cuenta también las dimensiones de equidad en el acceso a los servicios médicos, incluidos los factores de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad.

Elegibilidad para *Medicare*. Todas las personas tienen derecho a acogerse a *Medicare* al cumplir 65 años, siempre que ellas o su cónyuge tengan 10 años o más de cotización al sistema de seguro social. También se puede acceder al programa antes de los 65 años en caso de incapacidad permanente o necesidad de hemodiálisis, siempre que se haya cotizado a la seguridad social al menos 10 años. Actualmente, el 97% de los adultos de 65 años o más están inscritos en el programa (11).

Beneficios de *Medicare*. Cuando se estableció el sistema *Medicare* en 1965, se utilizaron como modelo las pólizas de seguro privado, con la intención de proporcionar a las personas de la tercera edad la capacidad de participar en el mercado de servicios médicos. Por lo tanto, *Medicare* paga casi la totalidad del costo de servicios de hospitalización, después de un deducible (el paciente debe pagar el costo medio del primer día-cama de hospitalización, o sea, US\$776). Para servicios curativos extrahospitalarios proporcionados por médicos u otros terapeutas (por ejemplo, fisioterapeutas), *Medicare* requiere que el paciente pague como deducible la totalidad de los primeros US\$100 de costo de servicios una vez por año civil; después de este deducible tiene que hacer frente a un copago del 20% de los gastos subsiguientes. El programa también paga servicios de ambulancia, equipo médico duradero y suministros médicos, como el oxígeno. Todos los hospitales y casi todos los médicos y profesionales paramédicos aceptan *Medicare* como pago por servicios. *Medicare* también paga los servicios de rehabilitación o recuperación en casas de convalecencia hasta un máximo de 100 días, pero no paga servicios de seguimiento, servicios relacionados con trastornos crónicos o a largo plazo ni medicamentos proporcionados fuera del hospital, lentes ni prótesis auditivas. En la última década *Medicare* ha agregado cobertura de una gama modesta de servicios preventivos.

Casi las tres cuartas partes del total de personas de la tercera edad obtienen un seguro privado suplementario (*Medi-gap*) para reducir los costos que

no cubre *Medicare*. Los planes más populares cubren los copagos y deducibles de *Medicare*, y los más caros cubren también los medicamentos que requieren prescripción médica. El costo de estos planes ha aumentado rápidamente en los últimos 10 años (12). Para pagar los deducibles y copagos de *Medicare*, las personas con escasos recursos también pueden acceder a un programa de beneficencia en cada estado (*Medicaid*), que alcanza al 17% de los beneficiarios de *Medicare*.

El financiamiento de *Medicare*. El seguro de hospital es financiado por medio de impuestos sobre la nómina (el 1,45% por parte del empleador y otro tanto del empleado) y los servicios médicos externos por las primas que pagan los beneficiarios (US\$50 mensuales en 2001) y los ingresos impositivos federales generales. Como consecuencia de los servicios que no cubre *Medicare*, más los copagos, los deducibles y las primas, este sistema solo paga aproximadamente la mitad del costo total de los servicios médicos (11).³

Método de reembolso a proveedores. Cuando el programa *Medicare* empezó a funcionar, reembolsaba a los proveedores de servicios médicos utilizando un sistema retrospectivo “en función del costo” (de indemnización), lo cual significa que pagaba el costo total de los servicios médicos prestados (incluidas las ganancias y los gastos de inversión), independientemente de su eficiencia relativa. El costo de los servicios médicos sufrió tal aumento que a principios de la década de 1980 el gobierno federal estableció una serie de medidas para frenar el crecimiento de gastos en *Medicare*. El más conocido es el sistema de reembolso anticipado y fijo relacionado con el diagnóstico (DRG), con el propósito de que los hospitales ofrecieran incentivos a la eficiencia.

El concepto de HMO es parecido al de DRG en que la organización recibe una cuota fija por todo el tratamiento del paciente, pero mientras que el

DRG es aplicable solo a una enfermedad y su hospitalización, las HMO reciben una cuota fija mensual para todos los servicios que un paciente necesite en ese mes. Una de las ventajas de las HMO es que organizan todos los servicios al paciente y por ello tienen varios métodos que pueden aplicar para controlar los gastos totales. El elemento fundamental de las HMO es que requieren que cada paciente elija a un médico de cabecera que tiene contrato con la HMO, que coordina y autoriza todos los servicios que recibe el paciente. De esa manera se disminuye el uso de especialistas en atención primaria y el médico coordinador puede evitar la duplicación de servicios y otros gastos innecesarios. Las HMO también reducen los gastos haciendo convenios con los hospitales y los médicos, convenciéndolos de que acepten cuotas más bajas a cambio de cierto volumen de pacientes proporcionados por las HMO y estableciendo un control tanto del proveedor como del paciente, con el objeto de reducir la utilización de servicios. Por eso, la gama de médicos, hospitales y otros proveedores es mucho más limitada bajo una HMO que con un seguro de indemnización en el que el paciente puede utilizar casi cualquier médico cuando quiera. La característica central de las HMO es que se les paga por adelantado en función del número de pacientes inscritos y ellas asumen todo el riesgo si exceden su presupuesto, o se quedan con el total de ingresos extraordinarios si sus gastos son inferiores al presupuesto. Este sistema presenta un contraste con el sistema de indemnización, en el que se paga una “cuota por servicio” o “pago por acto” (PPA), y en el cual casi no existen límites en cuanto al volumen de pacientes, ni incentivos para utilizar alternativas de menor costo, ni sistemas para coordinar los servicios, ni incentivos económicos para proporcionar servicios preventivos (13).⁴

En la década de 1980, las HMO crecieron rápidamente en el sector privado para personas con menos de 65 años, como medida para restringir gastos en seguro médico por parte de las empresas industriales que compraban seguros médicos para sus empleados. Ya en la década de 1990, se efectuó una expansión de muchas HMO, con el fin de ofrecer sus servicios a los beneficiarios de *Medicare*. Las HMO recibían suficiente compensación por parte de *Medicare* como para ofrecer mayores beneficios que el sistema de PPA de *Medicare* (especialmente medicamentos que requieren prescripción médica) y cobraban menos a los adultos mayores beneficiarios de *Medicare* que las pólizas suplementarias tradicionales. En 1990, solo el 6% de los beneficiarios de *Medicare* de todo el país estaban inscritos en HMO de *Medicare*. En 1997 este porcentaje subió casi al 14% en todo el país, y al 40 a 50% en algunas zonas de California (14).

En los últimos 20 años se ha escrito mucho sobre las HMO. Dado que el concepto inicial de apoyo a la creación de HMO era que ofrecerían ventajas en relación tanto con los costos como con la calidad de los resultados, la mayor parte de los análisis han examinado uno o ambos factores (13). Pero el costo y la calidad no prestan atención a un tema central en cualquier análisis de la política de servicios médicos, según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud: el acceso a estos servicios. Ya que los incentivos que ofrecen las HMO en cuanto al acceso a servicios (minimizarlos) difieren de los del sistema antiguo (maximizarlos cuando son pagados) (15), es esencial examinar cómo se ve afectado dicho acceso, especialmente para las personas de la tercera edad, que son potencialmente las más vulnerables a cambios de acceso. Dado que en los EE. UU., históricamente, las personas de la tercera edad pertenecientes a grupos minoritarios han encontrado mayores barreras de acceso a los servicios de salud que las personas que pertenecen al grupo mayoritario (5), examinaremos aquí si siguen existiendo estas disparidades entre euroamericanos (el

³ Para más información en español sobre *Medicare*, consúltese el sitio de Internet <http://www.medicare.gov/Spanish/Overview.asp>

⁴ Para más información en español acerca de los diversos sistemas de seguro médico en los EE. UU., consúltese el sitio del gobierno <http://www.ahcpr.gov/consumer/spchoos1.htm>

grupo mayoritario) y latinoamericanos y afroamericanos (las minorías) que participan en planes prepagados. Además, examinaremos en qué medida se reducen las disparidades entre la población que recibe atención dentro del sistema de PPA y la población que utiliza servicios médicos prepagados. Nuestra hipótesis es que el cambio de incentivos económicos en el sistema *Medicare* para los adultos mayores cambiará el acceso a los latinoamericanos y afroamericanos en comparación con los euroamericanos. Sin embargo, como los incentivos tienen el doble efecto de mejorar el acceso (por ejemplo, bajando el costo para el paciente) y de empeorarlo (por ejemplo, con más barreras administrativas al uso de servicios), no podemos predecir la dirección final de estos cambios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Utilizamos datos que provienen de la Encuesta Actualizada de Beneficiarios de *Medicare* del año 1996 (MCBS), patrocinada por la Administración de Financiamiento de Servicios de Salud (HCFA) de los EE. UU., que representa a todas las personas que reciben beneficios de *Medicare* en el ámbito nacional. *Medicare* cubre aproximadamente al 97% de todos los adultos mayores y por eso la encuesta es representativa de la población. Además, contiene una muestra suplementaria de dos zonas del país con altas concentraciones de miembros de *Medicare* HMO: el sur de California y Florida. Las entrevistas se realizaron en inglés o español, según la preferencia del entrevistado. Dado que el 96% de los miembros de HMO viven en áreas urbanas, en este análisis se incluyeron solamente los adultos mayores que viven en estas áreas. La encuesta urbana contiene datos sobre un total de 858 latinoamericanos, 970 afroamericanos y 8 622 euroamericanos de la tercera edad y, gracias a la muestra suplementaria, aproximadamente un tercio de cada grupo recibe servicios médicos a través de una HMO. Usamos un factor de expansión que corrige la desproporción de las

muestras en California y Florida, pero que deja la muestra efectiva del mismo tamaño ("ponderación normalizada").

La encuesta consiste en varias preguntas sobre la utilización de servicios de salud y la satisfacción con los mismos, y contiene información sobre la inscripción de beneficiarios de HMO derivada de datos administrativos. Todas las preguntas fueron desarrolladas por la HCFA, conforme a la literatura. En el análisis de las preguntas que usan escalas, estas fueron dicotomizadas. Así, la autopercepción de salud se calificó como excelente, muy buena o buena, frente a regular o mala; la discapacidad como la ausencia frente a la presencia de dificultad para realizar una o más actividades de la vida diaria (AVD: bañarse, vestirse, comer, subirse a una silla o a la cama, andar, y usar el baño (16), coeficiente alfa de Cronbach = 0,822); la escolaridad como la posesión de estudios secundarios completos o no; el ingreso familiar como inferior o superior a US\$10 000 anuales, que es aproximadamente la línea de pobreza usada en los EE. UU. para una pareja de personas mayores, y la distancia a la consulta médica como la necesidad de menos o más de 30 minutos de viaje, que es la definición de inaccesibilidad usada por el gobierno federal. Las preguntas acerca de la satisfacción con los servicios (p.ej. con horas de consulta nocturnas y de fin de semana) tenían como respuestas posibles: "muy satisfecho", "satisfecho", "insatisfecho" o "muy insatisfecho"; como casi toda la variación ocurrió entre "muy satisfecho" (promedio de $20 \pm 3\%$ en las 10 preguntas) y "satisfecho" ($76 \pm 3\%$), y fue muy escasa con "insatisfecho" ($3 \pm 2\%$) y "muy insatisfecho" ($1 \pm 0,5\%$), seguimos el método usado por otros (17) de dividir las respuestas entre "muy satisfecho" y las demás opciones. Lo mismo se hizo con las respuestas a las preguntas acerca de las cualidades del médico actual (p.e., tiene gran confianza en el médico), que fueron dicotomizadas en las categorías "totalmente de acuerdo" frente a "de acuerdo", "en desacuerdo" o "totalmente en desacuerdo". Clasificamos

las variables que representan indicadores de dimensiones distintas a la de acceso a los servicios médicos y efectuamos comparaciones tanto entre los servicios de indemnización (PPA) y servicios prepagados (HMO) dentro de cada categoría étnorracial, como entre grupos étnorraciales dentro de cada tipo de servicio. Para determinar la significación estadística de las diferencias observadas se utilizó la prueba de la χ^2 .

RESULTADOS

Los datos muestran que los adultos mayores de áreas urbanas pertenecientes a grupos minoritarios tienen, según algunos indicadores, peor salud y menores recursos que los euroamericanos (cuadro 1). En comparación con los euroamericanos, los latinoamericanos y afroamericanos declaran tener peor salud global y mayores tasas de diabetes. La diabetes es un trastorno que merece especial atención, dado que su pronóstico depende de los servicios ambulatorios proporcionados. Los afroamericanos también tienen más discapacidad (dificultad en una o más AVD). Entre los euroamericanos se encuentra un mayor porcentaje de mayores de 75 años que entre los afroamericanos o latinoamericanos, pero el porcentaje de mujeres es similar en los tres grupos. Los índices de baja escolaridad (menos de 12 años) y bajos ingresos son mayores en los grupos minoritarios. Casi todas las comparaciones entre los tres grupos en el sistema de PPA y en el sistema HMO son significativas. A pesar de que las personas de grupos minoritarios afiliadas a HMO parecen estar más enfermas y tener menos recursos que los euroamericanos afiliados también a HMO, las personas de grupos minoritarios afiliadas a *Medicare* PPA presentan un estado de salud y recursos aun peores que los del mismo grupo afiliados al sistema HMO.

Para examinar la distribución del acceso a los servicios de salud, primero se compara el nivel de disponibilidad. Es necesario que haya recursos físicos

CUADRO 1. Características de miembros de HMO y pago por acto (PPA) de Medicare de 65 años de edad o mayores en áreas urbanas en los Estados Unidos, 1996

		Latinoamericanos % (n = 858)	Afroamericanos % (n = 970)	Euroamericanos % (n = 8 622)
Declaran tener salud regular o mala (en vez de excelente, muy buena, o buena)	PPA	42,8 ^a	36,0 ^a	19,6
	HMO	23,2 ^b	24,5 ^b	15,7
Declaran ser diabéticos	PPA	26,9 ^a	25,6 ^a	13,7
	HMO	19,7 ^b	25,8 ^a	13,2
Declaran tener dificultad en 1 o más actividades de la vida diaria	PPA	27,7	35,9 ^a	25,7
	HMO	24,7	27,7	22,9
Mujeres	PPA	59,0	61,0	57,9
	HMO	50,0	60,0	58,2
≥ 75 años	PPA	34,1 ^a	38,3	42,0
	HMO	27,5 ^a	30,1 ^b	40,8
Enseñanza secundaria incompleta	PPA	71,3 ^a	61,5 ^a	29,7
	HMO	62,8 ^a	52,9 ^a	26,5
Ingreso familiar < US\$10 000/año	PPA	65,6 ^a	46,7 ^a	16,5
	HMO	33,7 ^a	46,0 ^a	16,7

Fuente: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

^a $P < 0,001$ mediante la prueba de la χ^2 .

^b $P < 0,01$ mediante la prueba de la χ^2 .

y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas básicas de la población de una zona determinada. Las zonas de residentes con bajos ingresos, especialmente aquellas con altas concentraciones de minorías raciales y étnicas, han sufrido la clausura de muchos hospitales y otros servicios médicos, que han abandonado zonas con gran número de personas de bajos recursos y sin seguro médico en busca de zonas de ingresos medios en las cuales la mayor parte de las personas tienen seguro médico (18). Además, si no están disponibles los servicios durante las horas en que los pacientes pueden utilizarlos, de hecho no están disponibles.

En el sistema de PPA, el médico que ejerce de manera independiente elige el lugar donde desea ejercer y el tipo de paciente que le conviene atraer. En el sistema de HMO, estas organizaciones firman contratos con hospitales, médicos y grupos de médicos en zonas donde residen personas ya inscritas en el sistema. Esta práctica podría alentar a que se establecieran mayores recursos de personal en zonas con carencia de servicios, debido al potencial de negocio que estas representan para las HMO. La gran mayoría de los latinoamericanos y afroamericanos de la

tercera edad que utilizan servicios de PPA, viajan menos de 30 minutos (la distancia máxima que recomiendan las normas federales) para consultar a su médico de cabecera; no obstante, en el caso de los euroamericanos, el porcentaje que está en esta situación es aun mayor. Para los afiliados a HMO, el porcentaje de adultos mayores que afirman viajar menos de 30 minutos es más alto que para los afiliados al sistema de PPA en todos los grupos, acortándose las diferencias entre estos (cuadro 2). Estos datos indican que en los servicios de HMO existe una disponibilidad equitativa que no existe en los de PPA. Las HMO también pueden especificar horas adicionales de servicios médicos y otras condiciones que aumentan la disponibilidad de los servicios. Cuando comparamos la satisfacción obtenida con la disponibilidad de servicios durante la noche y los fines de semana, los euroamericanos afiliados a HMO manifiestan mayor satisfacción que los otros grupos (cuadro 2), un resultado similar a las diferencias que se manifiestan en el sistema de PPA.

Una de las mejoras más importantes de los servicios ofrecidos a personas de bajos recursos afiliadas a HMO ha sido el incremento de la proporción de

personas que tienen “acceso habitual a profesionales sanitarios”, generalmente un médico de cabecera que proporciona la atención médica principal y cuyos servicios reducen la utilización inapropiada de salas de emergencia. La diferencia etnoracial en la proporción de personas de la tercera edad que consultan al mismo médico cada vez que necesitan atención médica es del 8 al 10% para las personas que reciben servicios en el sistema de PPA, y mayor en el sistema de HMO, en el que la diferencia es estadísticamente significativa únicamente entre los euroamericanos y los afroamericanos (cuadro 2).

Uno de los principales métodos que usan las HMO para reducir gastos es el control de la utilización de servicios médicos (19). Esto significa que algunos servicios que un paciente (o médico) desee utilizar no van a estar disponibles, especialmente los servicios especializados, cuya petición de autorización puede ser rechazada si la HMO no los considera necesarios. La disponibilidad de servicios especializados no difiere según la raza o etnia, ya que aproximadamente el 93% de cada grupo manifiesta no haber tenido dificultades para obtener la autorización de dichos servicios (cuadro 2).

CUADRO 2. Indicadores de disponibilidad—miembros de HMO y del sistema de pago por acto (PPA) de Medicare de 65 años de edad o mayores en áreas urbanas de los Estados Unidos, 1996

		Latinoamericanos % (n = 858)	Afroamericanos % (n = 970)	Euroamericanos % (n = 8 622)
Viaje a consulta médica dura menos de 30 minutos	PPA	82,9 ^a	89,5 ^a	93,4
	HMO	91,3	90,5	94,8
Muy satisfechos con horas de consulta nocturnas y de fin de semana	PPA	16,4 ^b	10,5 ^a	21,3
	HMO	14,5 ^c	12,6 ^c	25,6
Normalmente consultan a un médico de cabecera	PPA	80,8 ^a	79,8 ^a	90,8
	HMO	89,6	88,2 ^b	93,1
No tenían dificultad para obtener autorización (los que la necesitan para obtener servicios de especialista)	HMO	94,5	91,7	92,3

Fuente: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

^a $P < 0,001$ mediante la prueba de la χ^2 .

^b $P < 0,05$ mediante la prueba de la χ^2 .

^c $P < 0,01$ mediante la prueba de la χ^2 .

Esta pregunta no se aplica a los afiliados al sistema de PPA, porque pueden consultar casi a cualquier especialista sin autorización previa.

Estos indicadores señalan que, entre las personas afiliadas a HMO, la disponibilidad de servicios es relativamente más equitativa en cuanto a raza y etnia, con la posible excepción de la extensión de horas de servicios. Entre las HMO y el sistema de PPA se manifiestan diferencias significativas que muestran mejor disponibilidad para euroamericanos en todos los indicadores, para latinoamericanos en lo referido a distancias y a tener un médico de cabecera, y para afroamericanos en lo referido a tener un médico de cabecera.

Las barreras más comunes al acceso a los servicios médicos disponibles son el costo de los servicios (tanto monetario como de tiempo), la ignorancia con respecto a la manera de utilizarlos y las barreras administrativas. Los servicios controlados por HMO difieren de los de PPA en estos aspectos y afectan de forma diferente a las personas de bajos recursos y de grupos minoritarios y a las que perciben altos ingresos o pertenecen a un grupo de población mayoritario.

La mejora que más se menciona en relación con el acceso a servicios médicos de los afiliados a HMO de Medicare es la reducción de las barreras finan-

cieras. Dos tercios de las HMO de Medicare no cobran primas de seguro extras, ofrecen sus servicios para lo que paga Medicare (11) y la mayor parte de ellas no requieren deducibles (en comparación con las pólizas suplementarias de los servicios de PPA, que cobran hasta US\$200 mensuales y tienen un deducible anual); las HMO solo tienen copagos bajos (del orden de US\$5 a 10 por consulta médica o medicamento recetado) y la mayor parte ofrece servicios adicionales, como extensión de servicios preventivos, medicamentos que requieren prescripción médica o beneficios para problemas oftalmológicos.

Nuestros datos revelan que las personas mayores latinoamericanas tienden a inscribirse más que las euroamericanas en HMO que no cobran primas de seguro (cuadro 3). Esto indica que existe una menor probabilidad de que, cuando se encuentren con barreras de acceso a los servicios de salud que necesitan, los latinoamericanos de la tercera edad afiliados a una HMO tengan la opción de abandonarla y volver al sistema de PPA, que cuesta más al usuario. Por otra parte, no se percibe una diferencia significativa según la raza o etnia en la proporción de beneficiarios de Medicare de HMO que afirman no haber postergado la búsqueda de servicios médicos debido al costo de los mismos, un factor que muestra

diferencias con respecto a los beneficiarios del sistema de PPA (cuadro 3). En resumen, es evidente que el bajo nivel de ingresos de muchas personas mayores que pertenecen a minorías limita sus opciones de acceso a servicios médicos y que las HMO les ayudan a reducir las diferencias en el acceso a servicios médicos debido a consideraciones de costo.

Aunque existan servicios cerca de la casa del adulto mayor, hay otros problemas que pueden impedir su acceso al médico, como la ubicación de la consulta con respecto al transporte público, la ubicación de otros servicios médicos en la cercanía y la disponibilidad de la familia para acompañarlo cuando lo necesite. Aunque la mayoría de los adultos mayores viven cerca de sus médicos, la proporción de euroamericanos muy satisfechos con la facilidad con la que llegan al médico no es de más de aproximadamente un cuarto, y es aun menor entre los latinoamericanos y afroamericanos. Esta diferencia es similar entre los afiliados al sistema de HMO y al sistema de PPA (cuadro 3).

A pesar de que el sistema de servicios prepagados reduce las barreras económicas, con frecuencia agrega nuevas barreras, como la necesidad de preautorización para algunos servicios, y algunas de estas causan largas esperas para la obtención de servicios

CUADRO 3. Indicadores de accesibilidad—miembros de HMO y del sistema de pago por acto (PPA) de Medicare de 65 años o mayores en áreas urbanas de los Estados Unidos, 1996

		Latinoamericanos % (n = 858)	Afroamericanos % (n = 970)	Euroamericanos % (n = 8 622)
No paga extra por cobertura de HMO	HMO	86,8 ^a	80,7	74,6
	PPA	91,9 ^b	91,0 ^a	94,6
No postergaron atención médica debido al costo	HMO	96,7	94,2	96,0
	PPA	15,4 ^a	13,6 ^a	24,3
Están muy satisfechos con la facilidad para llegar al médico	HMO	18,8 ^c	18,3 ^c	28,5
	PPA	18,1 ^c	13,9 ^a	24,2
Muy satisfechos con los servicios de seguimiento	HMO	17,0 ^c	11,5 ^a	27,8

Fuente: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

^a $P < 0,001$ mediante la prueba de la χ^2 .

^b $P < 0,05$ mediante la prueba de la χ^2 .

^c $P < 0,01$ mediante la prueba de la χ^2 .

no críticos. El sistema de servicios prepagados provee incentivos económicos para que se proporcionen menos servicios, y más baratos, tanto porque se comparten los ahorros derivados de una infrecuente utilización de los servicios como porque se les cobra a los médicos por los servicios cuya frecuencia rebasa el promedio. Los asesores de servicios médicos prepagados sugieren que, bajo este plan de capitación con bonificación, algunos médicos cuyos gastos ambulatorios son bajos reciban un 30 a 50% de sus ingresos en bonificaciones (20). Así, las técnicas financieras y administrativas capaces de fomentar ahorros pueden generar restricciones indeseables en los servicios médicos (21). Nuestros datos muestran que existen diferencias entre grupos afiliados a las HMO en cuanto a la satisfacción que manifiestan con los servicios de seguimiento, con los cuales los euroamericanos están más satisfechos que otros grupos. Esta es la misma tendencia que se observa en los grupos afiliados al sistema de PPA (cuadro 3).

La aceptabilidad es importante porque los servicios médicos pueden estar disponibles y accesibles, pero si no responden a los valores de los usuarios, desalientan al paciente a utilizarlos adecuadamente. La aceptabilidad de los servicios médicos con frecuencia se estudia a través de la satisfacción que manifiestan los pacientes (22, 23).

Para una buena relación terapéutica es importante que el paciente tenga confianza en su médico. Los adultos mayores latinoamericanos miembros del sistema de PPA manifiestan mayores niveles de “gran confianza” que los euroamericanos, y menores niveles los afroamericanos (cuadro 4). Las cifras cambian en el sistema HMO, donde los euroamericanos muestran las cifras más altas, seguidos por los latinoamericanos y los afroamericanos. El interés que el médico muestra por la salud del paciente tiene poca variación entre los sistemas de PPA y HMO, y los euroamericanos manifiestan más satisfacción que los latinoamericanos y los afroamericanos (cuadro 4).

Típicamente, las personas de la tercera edad indican que la relación que establecen con su médico de cabecera es el aspecto más importante de los servicios médicos que reciben. Para que se cultive una buena relación es necesario que haya continuidad en la atención médica, la cual puede interrumpirse con cambios frecuentes de médico. Entre las personas que normalmente consultan a un médico de cabecera, son los euroamericanos en el sistema de PPA los que muestran una mayor probabilidad de tener una relación larga con sus médicos (que hayan recibido atención de su médico actual durante más de tres años; cuadro 4). La probabilidad de que los beneficiarios del sistema sean nuevos pacientes

es mayor con los afiliados a HMO, lo cual refleja el reciente crecimiento de las HMO de Medicare, que ha llevado a algunas personas de la tercera edad a cambiar de médico, escogiendo a uno que pertenezca a su HMO. En las HMO, son los latinoamericanos los que presentan menor duración con su médico actual.

Otra posible barrera para el paciente que quiera mantener una relación estrecha con su médico de atención primaria es el aumento del número de pacientes y la reducción de la duración de las consultas en muchas HMO. Es posible que los afiliados a HMO sientan que se les apresura más, especialmente aquellos en cuyas culturas sea importante establecer una relación personal antes de discutir el “negocio” a tratar en la consulta. Sin embargo, la mayor parte de los beneficiarios de Medicare de la tercera edad, afiliados tanto al sistema de HMO como al de PPA, no sienten que su médico actúe con prisas, y muchos manifiestan estar “totalmente en desacuerdo” con que su médico actúe con prisas (cuadro 4). Los latinoamericanos tienden a indicar con menos frecuencia que se sienten apremiados cuando reciben servicios en el sistema de PPA y por eso tienen mejores cifras que los euroamericanos en el sistema PPA. Sin embargo, estas cifras de desacuerdo son más bajas en el sistema HMO para los latinoamericanos.

CUADRO 4. Indicadores de aceptabilidad—miembros de HMO y del sistema de pago por acto (PPA) de Medicare de 65 años y mayores en áreas urbanas en los Estados Unidos, 1996

		Latinoamericanos % (n = 858)	Afroamericanos % (n = 970)	Euroamericanos % (n = 8 622)
Están "totalmente de acuerdo" con que tiene gran confianza en el médico	PPA	36,9 ^a	23,2 ^b	30,6
	HMO	23,8 ^c	19,3 ^c	31,2
Están muy satisfechos con el interés que muestra el médico con su salud general	PPA	16,1 ^b	14,4 ^b	23,6
	HMO	15,1 ^b	14,4 ^c	26,5
Han recibido atención de su médico actual durante más de tres años	PPA	67,1 ^b	66,6 ^b	75,2
	HMO	40,9 ^c	49,7	52,6
Están "totalmente en desacuerdo" con que el médico parezca tener prisa	PPA	26,2 ^b	12,0 ^b	19,2
	HMO	12,4 ^a	11,5	17,5
Declararon estar "totalmente de acuerdo" con una o más de las 12 cualidades positivas de su médico ^d	PPA	51,8	40,4 ^b	51,0
	HMO	38,2 ^c	33,8 ^b	51,2

Fuente: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

^a $P < 0,05$ mediante la prueba de la χ^2 .

^b $P < 0,001$ mediante la prueba de la χ^2 .

^c $P < 0,01$ mediante la prueba de la χ^2 .

^d Dichas cualidades son: "lo verifica todo", "es competente", "entiende el historial médico del paciente", "entiende cuál es la índole del problema", "no actúa de prisa", "habla con el paciente sobre el problema médico", "explica los problemas médicos", "no actúa como si estuviera haciendo un favor", "explica todo lo que el paciente quiere saber", "responde a todas las preguntas", "el paciente tiene gran confianza en el médico", "el paciente depende del médico para sentirse mejor".

En este trabajo se hicieron 12 preguntas relacionadas con las cualidades atribuibles al médico de cabecera. Entre los afiliados al sistema de PPA, aproximadamente la mitad de los euroamericanos respondieron que estaban "totalmente de acuerdo" con descripciones positivas de las cualidades de sus médicos en uno o más aspectos, proporción igual a la de los latinoamericanos, pero superior a la de los afroamericanos (cuadro 4): 43% están "totalmente de acuerdo" con dos o más cualidades positivas, 37% con tres o más, 34% con cuatro o más y 7% con todas. Aunque en el caso de los euroamericanos las cifras que indican satisfacción con las cualidades de su médico de cabecera son iguales entre los afiliados a HMO y los afiliados al sistema de PPA, entre los latinoamericanos afiliados a las HMO el porcentaje que menciona alta satisfacción en una o más categorías es menor (cuadro 4).

Aunque hay una clara tendencia en los datos que muestra que las desventajas por raza y etnia existen tanto en el nuevo sistema de HMO como en el

antiguo de PPA, estos datos pueden estar influidos por diferencias en las características de salud y recursos de cada grupo. Para averiguar si las diferencias se mantienen cuando las poblaciones tienen características similares, hicimos una regresión logística con una o más de las 12 categorías de cualidades positivas del médico como variable dependiente, y la edad, el sexo, los ingresos, la escolaridad, la duración con el médico actual y la salud (autovaloración global, diabetes y problemas con las AVD) como variables independientes. El cuadro 5 muestra que, después de controlar la variación de las otras variables independientes, en el sistema de PPA los latinoamericanos tienen una mayor probabilidad (casi un 40% más) que los euroamericanos de responder afirmativamente a las preguntas sobre una o más de las cualidades interpersonales de su médico. A su vez, los afroamericanos tienen una probabilidad casi un 20% menor de responder de esa manera. En cambio, cuando se compararon los afiliados al sistema HMO, los latinoamericanos estaban

menos satisfechos que los euroamericanos, y los afroamericanos aun menos.

En resumen, las personas mayores que pertenecen a minorías están generalmente menos satisfechas con las cualidades interpersonales de su médico que los euroamericanos cuando reciben servicios médicos de las HMO. Después de controlar las diferencias entre las características de las poblaciones, se ve que la situación de los afroamericanos no cambia entre los sistemas de PPA y HMO (se mantienen peor que los euroamericanos), pero que la satisfacción de los latinoamericanos cae por debajo de la de los euroamericanos en el sistema HMO.

CONCLUSIÓN

A medida que continúa el proceso de evolución de los sistemas de servicios médicos en los EE. UU. y América Latina como respuesta a presiones demográficas y económicas (24), es importante examinar cómo cambian las dimensiones de acceso a estos servicios. Los grupos vulnerables que me-

recen especial atención son los que dependen más de los servicios médicos. Entre ellos están los adultos mayores y las minorías raciales y étnicas. Por eso, esta investigación analizó el acceso al sistema de salud de EE. UU. de los adultos mayores euroamericanos, en comparación con los latinoamericanos y afroamericanos. Como esperábamos, este análisis indica que existen complejas variaciones en el acceso en función del origen étnico y que la disponibilidad y accesibilidad mejoran significativamente, pero la aceptabilidad empeora, especialmente para los latinoamericanos.

La mayor limitación de este análisis es que los datos son puntuales y por eso no se puede probar causalidad. Serían necesarios datos longitudinales para saber si los mismos individuos tienen mejor acceso en el sistema HMO o PPA cuando han tenido experiencia en ambos. No obstante, estos datos señalan asociaciones importantes que deben preocuparnos.

El impulso financiero en los EE. UU. en apoyo de las HMO parece haber mejorado varios indicadores de disponibilidad de servicios, lo cual dio como resultado la eliminación o disminución de varias diferencias entre grupos de personas mayores de distinta raza y etnia. Sin embargo, al utilizar incentivos económicos conocidos, las HMO parecen atraer una mezcla considerable de beneficiarios de cada uno de los grupos de población representados.

Una de las necesidades fundamentales de salud actuales y futuras es tener una relación con un médico de cabecera que promueva exámenes médicos anuales y coordine los tratamientos médicos de las personas mayores. En este aspecto, las HMO están atendiendo estas necesidades y, de acuerdo con los incentivos del sistema, se espera que sigan sufriendo estas necesidades en el futuro. Los cambios efectuados en cuanto a la accesibilidad de servicios médicos tienden a mostrar mejoras, reduciendo barreras económicas a la obtención de servicios, pero todavía existen algunas de estas barreras en el sistema HMO que afectan a los latinoamericanos y afroamericanos

CUADRO 5. Regresión logística de la aceptabilidad ("totalmente de acuerdo" con una o más de 12 características^a positivas del médico de cabecera) con la clase de seguro de salud, la raza o etnia y otros factores en adultos con 65 años o más en áreas urbanas de los Estados Unidos, 1996

	OR	IC95%
Euroamericano en PPA	referente	
Latinoamericano en PPA	1,386 ^b	1,126 a 1,705
Afroamericano en PPA	0,803 ^c	0,672 a 0,960
Euroamericano en HMO	1,092	0,970 a 1,229
Latinoamericano en HMO	0,729 ^d	0,055 a 1,018
Afroamericano en HMO	0,566 ^b	0,394 a 0,813
Mujer	1,129 ^c	1,036 a 1,230
Edad 65-74	referente	
75-84	0,977	0,893 a 1,069
85 y más	0,983	0,845 a 1,142
Educación (12 año y más)	1,129 ^c	1,026 a 1,242
Ingresos <US\$10 000/año	0,777 ^e	0,686 a 0,864
Recibido atención de médico actual más de tres años	0,0734 ^e	0,668 a 0,805
Salud excelente, muy buena o buena	1,289 ^e	1,155 a 1,439
Con diabetes	1,243 ^e	1,107 a 1,396
Con una o más limitaciones en actividades de vida diaria (AVD)	1,025	0,924 a 1,138
Constante	1,436 ^e	

Fuente: Health Care Financing Administration, 1996 Medicare Current Beneficiary Survey. U.S. Department of Health and Human Services.

^a Dichas cualidades son: "lo verifica todo", "es competente", "entiende el historial médico del paciente", "entiende cuál es la índole del problema", "no actúa de prisa", "habla con el paciente sobre el problema médico", "explica los problemas médicos", "no actúa como que si estuviera haciendo un favor", "explica todo lo que el paciente quiere saber", "responde a todas las preguntas", "el paciente tiene gran confianza en el médico", "el paciente depende del médico para sentirse mejor".

^b $P < 0,01$ mediante la prueba de la χ^2 .

^c $P < 0,05$ mediante la prueba de la χ^2 .

^d $P < 0,1$ mediante la prueba de la χ^2 .

^e $p < 0,001$ mediante la prueba de la χ^2 .

χ^2 modelo = 165,4; gl = 14; $-2 \log$ verosimilitud = 12 557. Prueba de Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 5,85$; gl = 8; $p = 0,66$; cuando el grupo de referencia es euroamericano HMO, las estadísticas para latinoamericano HMO son OR = 0,696; IC95% = 0,493 a 0,981, y para afroamericano HMO son OR = 0,540, IC95% = 0,372 a 0,784.

OR: razón de posibilidades (*odds ratios*).

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

de la tercera edad. Además, la reducción de barreras económicas que ofrecen las HMO no está disponible de manera uniforme, dado que un tercio de los beneficiarios de *Medicare* residen en condados sin cobertura por las HMO (11).

Esto es especialmente importante para los latinoamericanos y afroamericanos afiliados al sistema *Medicare* de PPA, porque tienen los menores niveles de ingresos y, por eso, las mayores probabilidades de que posterguen los servicios médicos que necesitan debido a su costo. En general, las personas mayores con ingresos inferiores al mínimo vital gastaron el 35% de los mismos en servicios médicos y primas de seguro, en comparación con el 10% gastado por las familias con

ingresos que rebasan el 400% de este límite vital (25). Las personas mayores que pertenecen a minorías tienden a recibir ingresos bajos; casi el 20% de los hombres de la tercera edad afroamericanos y latinoamericanos viven en la pobreza, en comparación con el 6% de los euroamericanos. Para las mujeres, las cifras correspondientes son de cerca del 30% y 12%, respectivamente (26).

También pueden surgir problemas de acceso debido a que las HMO no han tenido mucha experiencia con las necesidades de los grupos minoritarios de la tercera edad, que, además de ser más pobres que los euroamericanos, sufren más incapacidades funcionales, han recibido menos educación formal, se enfrentan a barreras cultura-

les e idiomáticas y han soportado discriminación etnoracial tanto a nivel personal como institucional. Además, muchas personas de la tercera edad pertenecientes a grupos minoritarios no conocen el sistema general de servicios de salud porque no tuvieron seguro médico cuando trabajaban (21). Por estas razones, tienen necesidades educativas y de servicios diferentes del resto de las personas de la tercera edad, para quienes se han diseñado la mayor parte de las HMO.

Un problema potencial al medir la satisfacción de los pacientes es que muchas personas mayores latinoamericanas tienen mayor tendencia que las euroamericanas a ver a sus médicos como figuras de autoridad y es posible que no consideren apropiado quejarse de los servicios que reciben. Al comparar la satisfacción con su médico manifestada por los pacientes del sistema de PPA y del sistema de HMO, se observa en los latinoamericanos afiliados a HMO una menor satisfacción con sus médicos, pero satisfacción con los servicios médicos en general (cuadros 2 y 3). Los euroamericanos mostraron una tendencia opuesta, con menor satisfac-

ción con el sistema de PPA que con el de las HMO. Por su parte, los afroamericanos no mostraron diferencias en cuanto a satisfacción entre los dos tipos de servicios, siempre menor que la de los euroamericanos.

El aspecto más inquietante consiste en la menor aceptabilidad de los servicios médicos por parte de los latinoamericanos y afroamericanos afiliados a HMO, en comparación con los euroamericanos. Esto es especialmente preocupante debido a que la aceptabilidad de los servicios por parte de los latinoamericanos muestra un descenso, mientras que en los euroamericanos ha aumentado. Dada la importancia de la relación entre el médico y el paciente para el éxito de la medicina clínica, la diferencia creciente de aceptabilidad de las HMO podría causar una reducción significativa de la calidad de los servicios médicos. Este resultado también indica que se debería examinar de qué modo la política establecida afecta no solo a las personas mayores en general, sino también a grupos especialmente vulnerables, como los de bajos recursos y las minorías etnoraciales.

A medida que los sistemas de salud de América Latina y de otros países del mundo cambien sus modelos de organización y financiamiento para limitar gastos y mejorar la calidad de los servicios médicos (2), es importante que aprendan de las experiencias de los EE. UU., en el sentido de valorar la utilidad de vigilar los cambios en la equidad producidos tanto en el proceso de los servicios médicos como en los niveles de salud y financiamiento. Este análisis muestra que los cambios del sistema para adultos mayores impulsados por la necesidad de controlar costos (del PPA al sistema prepago de las HMO) también puede mejorar la equidad de acceso en algunas dimensiones, pero que el efecto no es uniforme en todas ellas y que la aceptabilidad en este sistema es menor. Prestar atención a la equidad en el acceso es especialmente necesario en el caso de las poblaciones vulnerables, en particular la tercera edad, que tiene mayor necesidad de atención médica, y otros grupos que encuentren barreras relacionadas con sus bajos recursos o su pertenencia a minorías históricamente discriminadas.

REFERENCIAS

1. Alleyne GAO. Equity and health. En: Equity and health: views from the Pan American Sanitary Bureau. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2001.
2. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: WHO; 2000.
3. Massey DM, Denton NA. American apartheid: segregation and the making of the underclass. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1993.
4. Wilson WJ. The truly disadvantaged: the inner city, the underclass, and public policy. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
5. Wallace SP, Villa V. Caught in hostile crossfire: public policy and minority elderly in the United States. En: Markides K, Miranda M, eds. Minorities, aging, and health. Thousand Oaks, CA: Sage; 1997. pp. 397-420.
6. U.S. Bureau of the Census. Population projections of the United States by age, sex, race, and hispanic origin: 1995 to 2050. Washington, DC: U.S. Government Printing Office; 1996.
7. Villa M, Rivadeneira L. El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica. En: Encuentro latinoamericano y caribeño sobre las personas de edad, 1999-2000. Santiago de Chile: CEPAL; 1999. pp. 25-58.
8. Wallace SP. The no care zone: availability, accessibility, and acceptability in community-based long-term care. *Gerontologist* 1990;30: 254-261.
9. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 1995;36:1-10.
10. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector in a context of reform. *Cad Saude Publica* 2000;16:95-105.
11. Health Care Financing Administration. A profile of Medicare, Chart Book 1998. Baltimore, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1998.
12. Pourat N, Rice T, Kominski G, Snyder RE. Socioeconomic differences in Medicare supplemental coverage. *Health Aff (Millwood)* 2000;19:186-196.
13. Luft HS. Medicare and managed care. *Annu Rev Public Health* 1998;19:459-475.
14. Health Care Financing Administration. Medicare managed care contract report. Baltimore, MD: HCFA; 1998 12/1/98.
15. Docteur ER, Colby DC, Gold M. Shifting the paradigm: monitoring access in Medicare managed care. *Health Care Financ Review* 1996;17:5-21.
16. Stump TE, Clark DO, Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among Hispanic, African American, and white older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52 (Spec No):49-60.
17. Tudor CG, Riley G, Ingber M. Satisfaction with care: do Medicare HMOs make a difference? *Health Aff* 1998;17:165-176.
18. Rice MF. Inner city hospital closures/relocations: race, income status, and legal issues. *Soc Sci Med* 1987;24:889-896.
19. Miller E, Weissert W, Chernew M. Managed care for elderly people: a compendium of findings. *Am J Med Qual* 1998;13:127-140.
20. Advisory Board Company. The Governance Committee: to the greater good. Washington, DC: Advisory Board Company; 1995. Report No. 262.

21. Feder J, Moon M. Managed care for the elderly: a threat or a promise? *Generations* 1998;22:6-10.
22. Reifel NM, Rana H, Marcus M. Consumer satisfaction. *Adv Dent Res* 1997;11:281-290.
23. Rosenbach M. Access and satisfaction within the disabled Medicare population. *Health Care Financ Review* 1995;17:147-167.
24. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. *Rev Panam Salud Publica* 2000;7:60-67.
25. Rowland D, Feder J, Keenan P. Managed care for low-income elderly people. *Generations* 1998;22:43-51.
26. Wallace SP, Enriquez-Haass V, Markides K. The consequences of color-blind health policy for older racial and ethnic minorities. *Stanford Law and Policy Review* 1998;9:329-346.

Manuscrito recibido el 19 de octubre de 2000. Aceptado para publicación, tras revisión, el 12 de junio de 2001.

ABSTRACT

Availability, accessibility, and acceptability in the evolving health care system for older adults in the United States of America

Objective. This study examined three dimensions of access to medical services that contribute to social equity in distribution—availability, accessibility, and acceptability—in order to examine the equity of two medical system arrangements in the United States of America: the traditional fee-for-services scheme and the newer, health maintenance organization (HMO) approach. Equity was compared among three racial/ethnic groups of older adults in the country: European-Americans (the majority in the United States), African-Americans, and Latin Americans (Latinos).

Methods. The data came from a representative national survey that included 858 Latinos, 970 African-Americans, and 8 622 European-Americans. All the survey participants were 65 years of age or older, living in urban areas, and using services through the United States Government's Medicare program for older persons. The three groups were compared through chi-square tests and logistic regression analysis.

Results. The data indicated that the older persons belonging to minority groups—who have fewer economic resources but a greater need for medical services—benefit more from HMOs, which provide them with greater availability and access to medical services than does the fee-for-services system. This difference is due to the fact that HMOs reduce the economic barriers for patients. However, the Latinos in HMOs reported lower satisfaction with their HMOs' primary-care physicians than did the European-Americans.

Conclusions. The HMO approach increases access to medical care but does not necessarily improve the quality of the patient-physician interpersonal relationship for older minority persons in the United States. This study demonstrates that in health systems that are going through a reform process it is possible to monitor equity in medical care, and that an accurate assessment needs to focus on vulnerable populations as well as to distinguish between different dimensions of access.