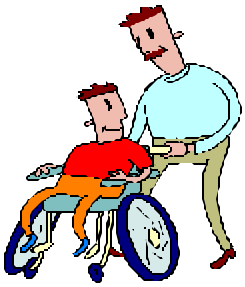
# Explicación de la Información de Evaluación de Calidad de la Atención Administrada N° 1

## ¿Cómo puede ayudarme esta información?

El sistema de atención de salud de EE.UU. ha tenido muchos cambios en los últimos cinco años. A veces es difícil saber cómo funciona el sistema en la actualidad. Es posible que le cueste decidir qué tipo de atención de salud es mejor para usted. Con frecuencia tenemos que elegir entre planes de salud que a simple vista parecen iguales.

Estas cinco hojas informativas se proponen ayudarle a comprender el modo en que funciona el sistema y cómo elegir el mejor plan de atención de salud para usted y para su familia. Primero le explicaremos un poco acerca del sistema de atención de salud. Es importante saber cómo funciona el sistema para saber qué clase de preguntas debe preguntar. También explicaremos algunos de los términos que debe conocer. Luego le diremos las diferentes maneras en que se evalúan los planes de salud. Si usted sabe cómo se realiza la evaluación, puede darse mejor cuenta de qué plan de salud es más conveniente para usted y para su familia. Le ayudaremos a encontrar información que necesitará para elegir un plan de salud con sabiduría.



## ¿Cómo funciona el sistema de atención de salud en EE.UU.?

En muchos países, el gobierno nacional cuenta con un sistema de atención de salud que cubre a todos los habitantes del país. Se llama “atención universal de salud” porque todos tienen seguro de salud. Cuando una persona necesita atención de salud, le muestra al proveedor de atención médica su tarjeta nacional de salud y el gobierno paga la atención de salud con dinero de obtenido de los impuestos.

En los Estados Unidos, tenemos una combinación de programas de seguro de salud del gobierno y privados. Para la gente de bajos ingresos, el gobierno federal y estatal operan el programa Medicaid. El programa Medicaid ofrece seguro de salud para muchas personas que están trabajando pero que no ganan mucho dinero y para muchas personas que no pueden trabajar. Las personas que reciben beneficios de SSI reciben Medicaid en forma automática en la mayoría de los estados.

El programa Medicare es un programa de seguro de salud para las personas de edad avanzada y para muchas personas con necesidades especiales. No es necesario que una persona tenga bajos ingresos para recibir Medicare. Algunas personas de edad avanzada y de bajos ingresos o personas con necesidades especiales tienen Medicaid y Medicare.

Para las personas que tienen ingresos un poco más altos, cada estado tiene un Programa Estatal de Seguro de Salud Infantil (State Children’s Health Insurance Program) o SCHIP. Cada estado tiene un nombre diferente para su programa SCHIP. Tanto el gobierno federal como el gobierno estatal pagan este programa. En la mayoría de los estados, el programa SCHIP cubre sólo a los niños, pero en algunos estados ha comenzado a cubrir también a los padres.

Algunos estados tienen sus propios programas para ciertos grupos de personas. Un estado puede tener un programa especial para niños con necesidades especiales o para personas con ciertos tipos de condiciones o enfermedades. Algunos estados tienen programas para personas que son “difíciles de asegurar” porque padecen de una enfermedad o condición que es costosa. Algunos estados tienen programas especiales para cubrir a los inmigrantes que de otro modo no calificarían para participar en los programas públicos de atención de salud.

Las personas que trabajan y no califican para participar en estos programas a menudo pueden obtener seguro en su lugar de empleo. En general el empleador paga todo o parte del costo del seguro privado. Es posible que la persona pueda elegir el plan.

Aún con todos estos programas, millones de habitantes de Estados Unidos no tienen seguro de salud. Para las personas que no tienen seguro, muchos gobiernos locales, como por ejemplo los condados, ofrecen algún tipo de atención médica. El condado puede pagar la atención de salud si la persona no tiene ingresos económicos, o el condado puede enviarle una factura. Sin seguro de salud, una persona debe pagar la atención médica de su propio bolsillo.

## ¿Qué es "atención administrada?"

Anteriormente, si usted tenía seguro de salud, usted iba al doctor que elegía y si el doctor aceptaba su seguro, este seguro pagaba los servicios del doctor.

En la actualidad, la mayoría de las personas que tienen seguro de salud deben obtener su atención médica a través de un plan de atención de salud administrado. El término "**atención administrada**" ("managed care" en inglés) en realidad cubre muchas clases de planes de salud, pero la mayoría de los planes administrados de atención de salud tienen ciertos elementos en común. Con muchos de los planes de atención de salud administrada, en general usted debe ir a uno de los doctores de la lista del plan de salud. Sólo los doctores de esa lista han acordado participar en la "**red**" del plan. Para formar parte de la lista, estos doctores han acordado limitar lo que cobran por sus servicios.

Durante los últimos años, la atención de salud se ha encarecido. Se supone que la atención administrada mantiene bajos los costos de la atención de salud al eliminar los servicios "innecesarios". A veces usted y su plan pueden no estar de acuerdo en cuanto a lo que constituye un servicio necesario. Si existe este desacuerdo, debe presentar una queja a su plan. (Más información sobre quejas en la hoja informativa Nº 2.) Las personas que tienen Medicaid o Medicare también tienen otras opciones para apelar.

Cuando usted se inscribe en un plan de salud, el plan de salud con frecuencia lo llamará **miembro** del plan.

## ¿Cuáles son algunos tipos de atención administrada?

Uno de los tipos más comunes de organizaciones de atención administrada es una Organización de Mantenimiento de la Salud o **HMO**. A veces también se denominan Planes de Salud Prepagos o **PHP**. Un HMO en general presta una gran variedad de servicios a personas que deben estar internadas en el hospital (internos) y a personas que visitan a un doctor y luego vuelven a su casa (ambulatorios). El HMO tendrá contratos con doctores, hospitales y otros proveedores de atención de salud para prestar servicios a los miembros del HMO. Los proveedores de atención de salud reciben una cantidad de dinero fija por cada miembro sin tener en cuenta cuántas veces ese miembro visita al proveedor. En general el HMO no paga los servicios excepto las emergencias, que son proporcionadas por proveedores de atención de salud ajenos a la red del HMO.

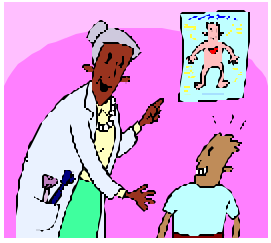
Otro tipo de plan de seguro de salud es el plan administrado de pago por servicio. Un plan administrado de pago por servicio paga a los proveedores una cierta suma de dinero por cada visita al consultorio o por cada servicio que ese proveedor le presta a un paciente. El plan considerará la frecuencia con la que se utilizan los servicios y otros modos de reducir costos. Esto se denomina "**control de utilización**".

## ¿Qué significa PPO y POS?

Otro tipo de organización de atención administrada es una Organización de Proveedores Seleccionados o PPO. Los proveedores de una red PPO prestan servicios con descuentos a los miembros del PPO. En un PPO, usted puede visitar doctores que no están en la red del plan. Sin embargo, si visita a un proveedor de atención de salud que pertenece a la red del PPO le costará menos que si el proveedor no está en la red. A veces los PPO usan administradores de casos para reducir costos y coordinar la atención del paciente.

Los planes de Puntos de Servicios o **POS** son similares a los HMO, pero usted puede elegir visitar a un doctor que no pertenece a la red. Sin embargo, si el doctor no está en la red, es probable que deba pagar gran parte del costo de su propio bolsillo.

## ¿Qué es un "proveedor médico principal?"



En muchos planes de salud administrada, usted tendrá un **proveedor médico principal**. Este es el doctor, enfermero especializado o asistente médico a quien con frecuencia debe visitar *primero* cuando necesita asistencia médica. En general, usted no puede decidir por su cuenta visitar a un especialista. Si necesita un especialista, en general su proveedor médico principal tiene que recomendarlo con el especialista. Si usted va simplemente por su cuenta sin la recomendación del doctor, es posible que el plan de salud no pague los servicios del especialista.

***Sea un consumidor inteligente:*** Si necesita ver a un especialista con frecuencia, algunos planes de salud le permiten convertir a su especialista en su proveedor médico principal. *Pregunte a su plan.*

## ¿Qué son pagos complementarios y primas?

Un **pago complementario** es la parte de su atención de salud que usted debe pagar. Por ejemplo, un plan de salud puede pagar sus medicamentos, pero usted tendrá un pago complementario de $10. Esto significa que cuando usted va a la farmacia a comprar sus medicamentos, tendrá que pagar $10 de su bolsillo.

Una **prima** es la cantidad que paga cada mes o cada trimestre para mantener el seguro de salud.

## ¿Por qué debo saber qué clase de plan de atención administrada tengo?

La clase de plan que usted tenga puede significar una gran diferencia en cuanto a los doctores que puede ver y el costo de sus servicios. Si tiene un HMO, deberá ver a los doctores de la red del HMO. Por otro lado, si tiene un PPO o POS, es posible que pueda ver doctores que no son parte de la red. Si usted permanece dentro de la red del plan, en general le costará mucho menos que si obtiene servicios fuera de la red. Si su plan de salud no incluye los servicios o proveedores que necesita, puede costarle mucho dinero obtener los servicios fuera de la red o fuera del plan.

Estos factores pueden ser muy importantes cuando decida qué planes ofrecen los servicios que su familia necesita.

***Sea un consumidor inteligente:*** Si tiene una verdadera emergencia médica, el plan de atención administrada **debe** pagar los servicios de emergencia, aún si su proveedor médico principal no lo recomendó. Debe leer su folleto de beneficios para comprender el modo en que el plan espera que usted maneje los casos de emergencias.

## ¿Qué sucede si mi familia tiene Medicaid?

Medicaid es un programa de seguro de salud para las personas de bajos ingresos. Está dirigido en forma conjunta por el gobierno federal y el gobierno estatal. Si su familia tiene bajos ingresos debe visitar su oficina local de asistencia pública para ver si usted califica para participar en este programa.

Muchas personas que tienen Medicaid ahora deben elegir entre programas de atención administrada. Muchas familias que reciben Medicaid recibirán paquetes de información acerca de los diversos planes de atención administrada. Con la información de estas hojas de datos podrá decidir de mejor manera qué plan es el adecuado para usted.

Para las personas que tienen necesidades especiales, algunos estados permiten que reciban beneficios de Medicaid sin tener que estar en un plan de atención administrada. Si usted tiene necesidades especiales y no desea estar en un plan de atención administrada, pregunte a la persona a cargo de su calificación, el administrador de casos o el agente de inscripción si pueden eximirlo de la obligación de inscribirse en un plan de atención administrada.

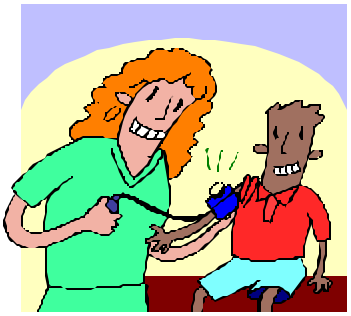
## ¿Qué sucede si nos piden que elijamos un plan de atención administrada Medicaid pero no elegimos ninguno?

Si usted no elige un plan, en general el estado elegirá uno para usted. Esto se denomina **plan asignado** o **inscripción automática**. A veces se inscribe a personas en un plan y ellas no lo saben hasta que van al doctor. Si su doctor no está en el plan nuevo, es posible que tenga que cambiar de doctor o cambiar de plan de atención de salud. Si usted recibe una "inscripción automática", puede cambiar de planes de salud durante los treinta días siguientes a la fecha de su inscripción. (En algunos estados como Nueva York puede tener hasta 45 días para cambiar de planes.) Con frecuencia hay límites en cuanto al momento y la frecuencia para cambiar de planes.

## ¿Qué sucede si recibo Medicare?

Si usted tiene Medicare es posible que también tenga la opción de ingresar a un plan de atención administrada. Esto se denomina **Medicare + Choice**. Por cambio de la ley, se denominará **Medicare Advantage** en el futuro. Debe leer estas hojas de datos para comprender sus opciones.

## ¿Qué es "información de evaluación de calidad"?



¿Ha tenido que elegir el plan de salud que desea? ¿Cómo hizo su elección? ¿Qué hubiera sucedido si contara con información que le dijera qué plan de salud brinda una mejor atención de salud? La información que le indica qué plan funciona mejor sería la "**información de evaluación de calidad**".

La información de evaluación de calidad le dice el grado en que el plan de salud brinda atención de salud a sus miembros. La información le dice el modo en que el plan presta servicios con rapidez o provee los tratamientos que las personas necesitan.

## ¿De dónde proviene la información de evaluación de calidad?

La información de evaluación de calidad se obtiene de diversas maneras. Muchos planes de salud llevan a cabo **encuestas** de sus miembros. Una encuesta plantea muchas preguntas a sus miembros acerca de los servicios que reciben. El plan luego recopila las respuestas para demostrar que tan bien funciona el plan. Algunos estados, empleadores y grupos de consumidores también llevan a cabo encuestas. Debe leer la Hoja Informativa N° 5 para obtener más información acerca de las encuestas a consumidores.

La información de evaluación de calidad también proviene de **datos de evaluación de desempeño**. Esta información, en general números, demuestra que tan bien funciona el plan de salud en aspectos que se evalúan. Los datos de evaluación de desempeño pueden mostrar la cantidad de niños que se examinan para detectar problemas de audición o la cantidad de personas con diabetes que tienen complicaciones por la diabetes. La Hoja Informativa N° 2 explica más detalles acerca de los datos de evaluación de desempeño.
En cuanto a la información de evaluación de calidad, también debe considerar los datos acerca de **inscripciones y bajas.** En otras palabras, debe considerar la cantidad de personas que se inscriben en el plan (inscripciones) y la cantidad de personas que abandonan el plan (bajas). Si se inscriben muchas personas, puede significar que es un buen plan, pero también puede ser porque el plan se acaba de poner a la disposición de las personas en áreas nuevas. ¿Se dieron de baja muchas personas? De ser así, es posible que no estén contentas con el plan. La Hoja Informativa N° 2 explica más detalles acerca de inscripciones y bajas.

Para considerar la calidad, puede ser importante considerar también las **auditorías y revisiones**. Los organismos del gobierno y algunos organismos privados examinan los registros de los planes de salud. Pueden examinar los registros financieros y también los expedientes de los pacientes. ¿El plan está perdiendo dinero? ¿El plan está gastando su dinero en la atención a los pacientes o en los salarios de los ejecutivos? Compare la cantidad de dinero que se gasta en administración con la cantidad que se gasta en atención. Al final de la Hoja Informativa N° 2, le sugerimos algunos lugares donde puede obtener información acerca de auditorías y revisiones.

La mayoría de los planes de salud intentan obtener una **acreditación**. Esto significa que una agencia examina el desempeño del plan. La agencia calificará o evaluará el plan. Si el plan de salud alcanza la norma de la agencia, entonces la agencia aprobará el plan de salud. La agencia puede ser privada o un departamento gubernamental. En algunos estados, los planes pueden necesitar ciertos tipos de acreditación para poder continuar operando su negocio. Tenga en cuenta que con frecuencia los planes pagan dinero a las agencias privadas que otorgan acreditación.

Otro factor importante que debe considerar es la cantidad de quejas. Una **queja** es una demanda formal que se presenta contra un plan de salud cuando no está de acuerdo con las acciones del plan. ¿El plan tiene muchas quejas? De ser así, entonces tal vez no está prestando servicios a los pacientes correctamente. Si el plan no tiene muchas quejas, puede significar que presta servicios a sus pacientes correctamente. Por otro lado, tal

vez el plan no le dice a sus miembros el modo de presentar quejas, por lo tanto nadie las presenta. No deje de leer la Hoja Informativa N° 2 para obtener más información acerca de este tema.

## ¿Quién recopila la información de evaluación de la calidad?

La información de evaluación de la calidad proviene de muchos lugares diferentes. Algunas agencias del gobierno recopilan información de evaluación de calidad. También hay agencias privadas que recopilan información de evaluación de calidad.

> ***Sea un consumidor inteligente:*** Siempre verifique quién ha recopilado la información de evaluación de calidad. ¿Es una asociación de planes de salud? De ser así, ¿Están más interesados en las necesidades del consumidor o en que sus planes tengan buenas referencias?

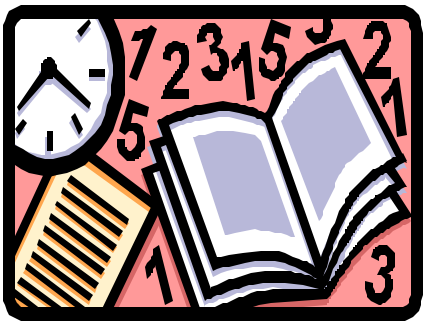
Algunas agencias recopilan información de todo el país, otras agencias consideran sólo los planes locales o estatales. Los datos nacionales pueden darle buena información acerca de planes de salud grandes que operan en varios estados. Sin embargo, aunque el plan de salud se está desempeñando bien nacionalmente, tal vez no sea tan bueno en su región. La información local y estatal varía de acuerdo con el lugar donde viva. Averigüe si su estado tiene una agencia o departamento que regule los planes de salud. ¿Esa oficina publica información de calidad?

Esta hoja informativa le dará cierta información acerca de las organizaciones que publican información de evaluación de calidad. Las próximas hojas informativas le dirán cómo obtener esa información y cómo utilizarla.

## ¿Cuáles son algunas de las organizaciones privadas que recopilan información de evaluación de calidad?

The National Committee for Quality Assurance (**NCQA**) es una organización nacional sin fines de lucro. La NCQA otorga acreditación a los HMO y elabora diversos modos para medir el desempeño de los planes. En un comienzo, algunas asociaciones de planes de salud crearon NCQA, pero en la actualidad la NCQA es independiente. Sin embargo, por lo menos parte del financiamiento de la NCQA aún proviene de planes de salud. La NCQA elaboró una serie de medidas que los planes de salud denominaron **HEDIS**. HEDIS considera varios aspectos del plan para determinar el nivel de desempeño del plan. NCQA también usa la información de HEDIS para preparar un par de boletas de calificaciones. NCQA también elaboró pautas para la acreditación de organizaciones de atención administrada que proporcionan atención de salud conductual.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (**JCAHO**) acredita a los PPO y a los HMO. JCAHO también acredita a hospitales. JCAHO prepara informes del desempeño de las organizaciones a las que otorga acreditación.



La Foundation for Accountability o **FACCT** es una organización sin fines de lucro que ayuda a que exista mejor información de evaluación de calidad disponible. En particular, FACCT está elaborando métodos para evaluar la calidad de la atención de salud para las personas que padecen enfermedades o condiciones crónicas. FACCT está trabajando en un proyecto denominado “Compare Your Care” que le permitirá comparar su atención con la atención de salud que reciben otras personas.

## ¿Qué grupos comerciales de atención administrada recopilan información de evaluación de calidad?

La American Association of Health Plans (**AAHP**) representa a planes de salud como los HMO y PPO. La AAHP recopila un *Directorio Nacional de Planes de Salud* y un *Directorio Nacional de HMOs* que pueden brindarle información para ponerse en contacto con los planes de salud.

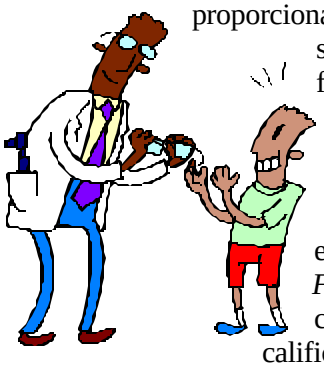
## ¿Existen agencias del gobierno de EE.UU. que recopilan información de calidad?

Existen varias agencias federales que examinan la información de evaluación de calidad. Los Centros para

Servicios de Medicare y Medicaid (**CMS**, anteriormente HCFA) es la agencia que regula los programas de Medicaid del estado. Mientras que CMS regula los planes que prestan servicios a las personas con Medicaid, CMS también compra servicios de planes para prestar servicios a las personas con Medicare. La oficina central de CMS se encuentra en Baltimore, Maryland, pero cuenta con nueve oficinas regionales en todo el país. CMS prepara informes acerca de la atención administrada de Medicaid.

La Agency for Healthcare Research and Quality (**AHRQ**) es la agencia federal que trabaja para lograr más investigación acerca de la información de calidad. AHRQ tiene una encuesta denominada **CAHPS**. Muchos planes están comenzando a utilizar la encuesta CAHPS para determinar el nivel de desempeño de los planes. AHRQ también elaboró **CONQUEST**, un sistema computarizado para recopilar información para evaluar la calidad. Esta agencia antes se llamaba Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

El Federal Employees Health Benefits Program (**FEHB**) proporciona cobertura de atención de salud a los empleados federales, sus familias y jubilados. FEHB ofrece diversos planes a sus miembros. Para ayudarles a elegir el mejor plan para ellos, FEHB ofrece la *Guía FEHB (FEHB Guide)*, que consiste en una boleta de calificaciones acerca de los planes disponibles. A pesar de que la *Guía FEHB* es para los empleados federales, puede ofrecer información útil para todos.



La U.S. General Accounting Office (**GAO**) realiza investigación para que el Congreso considere el modo en que se gasta el dinero de sus impuestos. La Oficina del Inspector General (**OIG**) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S. Department of Health and Human Services, **HHS**) investiga e exige el cumplimiento de las leyes federales correspondientes a los planes de salud. La GAO y la OIG no proporcionan información de evaluación de calidad. Sin embargo, si usted desea leer informes acerca de atención administrada e información de evaluación de calidad, estas dos agencias cuentan con estos informes.

***Sea un consumidor inteligente***: Los informes de las agencias federales y estatales son casi siempre información pública. El dinero de sus impuestos pagó el informe. No permita que nadie le diga que no puede leer esos informes. Su diputado o senador pueden ayudarle a obtener una copia de un informe. Es posible que deba pagar por la copia, aunque copias de muchos informes son gratis y disponibles en el Internet.

## ¿Existen agencias estatales que proporcionan información de evaluación de la calidad?

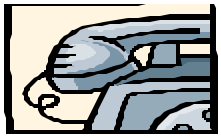
Cada agencia regula los planes de salud de forma diferente. En algunos estados existe un departamento que regula todas las sociedades anónimas, incluso los planes de salud. Un departamento de seguros o departamento de salubridad puede regular los planes de salud. Algunos estados ahora tienen departamentos de atención administrada que sólo examinan planes de salud de atención administrada. Algunos estados tienen regulaciones estrictas, mientras que otros tienen muy pocas regulaciones.

Si usted no está seguro acerca de qué departamento regula los planes de salud en su estado, puede averiguarlo de dos maneras. Puede buscar el sitio de su estado en la red. Este sitio puede tener un enlace que lo lleve a la agencia adecuada. La mayoría de las guías de teléfono tienen una sección adelante con una lista de los números estatales. Busque en estas listas si en algún número se indica que regulan los planes de salud de atención administrada. Busque artículos acerca de planes de salud de atención administrada en el periódico. ¿El artículo dice algo acerca de la agencia de su estado que regula estos planes? Si no puede encontrar el departamento que regula los planes de salud, llame a su representante legislativo estatal. La oficina del representante de su estado debe poder decirle con qué agencia o departamento debe comunicarse.

***Sea un consumidor inteligente:*** Pregunte a la agencia estatal qué información hay disponible para el consumidor acerca de los planes de salud. Si la agencia no ofrece información al consumidor acerca de los planes de salud, pregunte por qué no lo hace.

Comuníquese con la agencia de su estado que regule planes de salud de atención administrada.

Es posible que su estado también tenga asociaciones gremiales de atención administrada u otros grupos que publiquen información de evaluación de calidad acerca de la atención administrada para su estado. También puede investigar en la asociación médica de su estado, grupos de consumidores, planes de beneficios para empleados estatales o la agencia estatal de Medicaid. Las organizaciones como Family Voices que trabajan con personas que tienen necesidades especiales también pueden saber dónde puede encontrar información de evaluación de calidad.



***Para comunicarse***:

**CMS:**
Busque en su guía de teléfonos, en la sección de oficinas del gobierno de EE.UU., el Departamento de Health and Human Services de su CMS regional. En 2000, CMS publicó un par de informes acerca de la atención administrada de Medicaid para niños con necesidades especiales. Puede leer estos informes en:
http://cms.hhs.gov/medicaid/managedcare/default.asp

**NCQA**:
2000 L St., NW, Suite 500
Washington, DC 20036
(202) 955-3500
1-888-275-7585 (Servicio al Cliente)
www.ncqa.org
Puede informarse acerca de los planes que acredita NCQA. También puede leer las boletas de calificaciones y otra información sobre la calidad de atención médica.

**Family Voices:**
3411 Candelaria NE, Suite M
Albuquerque, NM 87107
1-888-835-5669
(505) 872-4774
www.familyvoices.org
El sitio en la red tiene mucha información acerca de atención administrada para familias con niños con necesidades especiales.

**HealthCareCoach.com**
www.healthcarecoach.com
El sitio tiene información sobre atención administrada. La información también puede ayudarle conseguir cobertura para sus necesidades de salud y controlar los costos de atención médica.

**OIG:**
Office of Inspector General,
Office of Public Affairs
Dept. of Health and Human Services
Room 5541, Cohen Building
330 Independence Ave. SW
Washington, DC 20201
(800) 447-8477
eaffairs@os.dhhs.gov
http://oig.hhs.gov/
El sitio general en la red
http://oig.hhs.gov/oei/oeisearch.html
El sitio permite que uno busque informes acerca de varias sujetos.

**JCAHO:**
One Renaissance Blvd.
Oakbrook Terrace, IL 60181
(800) 994-6610
www.jcaho.org
Puede presentar demandas acerca de las organizaciones de atención de salud o averiguar si una organización está acreditada. En el sitio de la red, también puede informarse acerca de las demandas presentadas contra una organización u obtener informes de desempeño de las organizaciones que acredita JCAHO. En el sitio de la red, hace cliq en “General Public.”

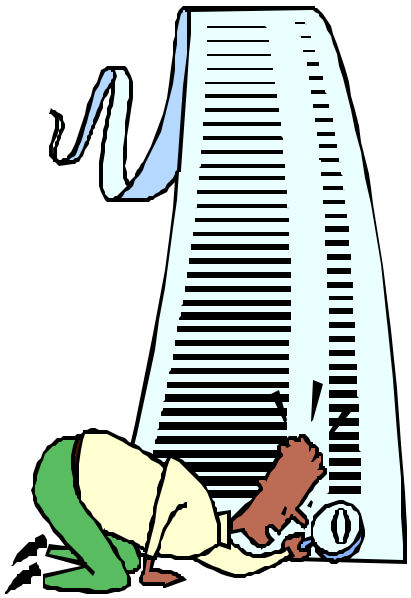
**Families USA**
1334 G Street NW
Washington, DC 20005
(202) 628-3030
www.familiesusa.org/. El sitio tiene una lista de recursos y centro de intercambio de información acerca de varios temas de atención médica. Para información específicamente para su propio estado, hace cliq en "State Information."

**Federation of Families for Children's Mental Health**
1101 King Street, Suite 420
Alexandria, VA 22314
(703) 684-7710
www.ffcmh.org
El FFCMH trabaja con familias de niños con trastornos mentales, emocionales o conductuales. La organización también produce folletos acerca de la atención administrada para las familias que tienen niños con necesidades especiales.

**National Health Law Program**
www.healthlaw.org
NHeLP tiene hojas informativas que ofrecen consejo para el consumidor acerca de decisiones de atención administrada.
http://www.healthlaw.org/pubs/con1997escogiendo0.html

***¿Tiene problemas para encontrar esta información?*** Lleve esta hoja informativa a su biblioteca local que tenga acceso al Internet con computadoras. Pida al encargado de la biblioteca que le ayude a encontrar esta información en el Internet.

El Center for Health Care Strategies (CHCS), en Lawrenceville, NJ, proporcionó el financiamiento para "Explicación de la Información de Evaluación de Calidad de la Atención Administrada para Consumidores con Necesidades Especiales". Este proyecto fue posible a través de un subsidio por separado para CHCS otorgado por la Robert Wood Johnson Foundation.

*Hoja Informativa N° 1 es una de las cinco hojas informativas acerca de la atención administrada para los consumidores. Si tiene problemas para encontrar copias de las otras hojas informativas, visite el sitio del National Health Law Program en la red en: www.healthlaw.org/consumer.shtml para bajar sus copias gratuitas.*

**National Health Law Program 2004**