

Grupo Confesional de Trabajo para la Salud

Informe Resumen
Marzo de 2007



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve

Marzo de 2007

La Conferencia General de 2004 encargó a la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud (Junta General) que examinara la viabilidad de un plan de salud unificado para la confesión. Para dirigir el estudio, la Junta General reunió al Grupo Confesional de Trabajo para la Salud (Grupo de Trabajo).

Los valores y la teología wesleyanos guiaron los esfuerzos del Grupo de Trabajo para analizar la salud como un esfuerzo común que requiere compasión y responsabilidad.

Como Grupo de Trabajo, empezamos nuestra tarea estableciendo unos objetivos amplios que orientaran nuestra evaluación de los avances de la Iglesia hacia una salud mejorada en la confesión.

Los resultados y las conclusiones que de ellos extrajimos, se expresaron en cuatro recomendaciones cuya idea central es la salud del clero y de los miembros laicos como apoyo a la misión y al ministerio de la Iglesia.

Estudiamos diferentes enfoques de atención sanitaria para el clero y los miembros laicos de la confesión, examinamos los sistemas de empleo y la cultura que afectan a su salud, sopesamos formas de asegurar el acceso a planes de salud colectivos para personal religioso a tiempo completo y los trabajadores laicos e intentamos fomentar la salud e integridad de los miembros del clero jubilados, los trabajadores laicos y sus cónyuges.

Este *Informe resumen* le presenta el reto sanitario de la congregación en términos prácticos, como preparación para la Conferencia General de 2008. La salud será un asunto prioritario para nosotros en los años venideros, al igual que lo será también para Estados Unidos y para el mundo en general. Para que la Iglesia refuerce su ministerio, la salud es un asunto del que tenemos que ocuparnos ahora porque tendrá gran impacto en todos nosotros.

Respetuosamente,

El Grupo Confesional de Trabajo para la Salud

Contenido

General	1
Respuesta a la Conferencia General de 2004	
Valores y Teología	2
Impulsar el espíritu del Grupo Confesional de Trabajo para la Salud	
Objetivos	5
Guiar el proceso hacia una salud confesional mejorada	
Resultados y Conclusiones	6
Centrarse en la salud confesional para apoyar el ministerio vital	
Recomendaciones	16
Propuesta de cuatro consideraciones principales	
Resumen	20
Últimos apuntes	
Pensamientos	21
Invitación a la reflexión para preparar la Conferencia General de 2008	
Apéndice	22
• Petición de la Conferencia General de 2004	
• Miembros del Grupo de Trabajo	
• Valores y Elaboración	
• Sesiones de Consulta	
• Encuestas e Informes Aprobados; Materiales de Referencia Usados	

General

La Conferencia General de 2004 encargó a la Junta General que examinara la viabilidad de un plan de salud unificado para la confesión. Para dirigir el estudio, la Junta General reunió al Grupo de Trabajo.

Responsabilidad del Grupo de Trabajo

La tarea del Grupo de Trabajo fue guiada por la misión de la Iglesia Metodista Unida para crear discípulos de Jesucristo para transformar el mundo. El valor principal es cumplir fielmente la misión de la Iglesia, garantizando la salud de su liderazgo.

El Grupo de Trabajo se embarcó en este viaje confesional hacia una mejor salud considerando los *amplios aspectos* relacionados con la salud del clero y de los trabajadores laicos de la Iglesia y los recursos disponibles para responder a ellos.

Proceso y conclusión

El Grupo de Trabajo concluyó que *no* puede recomendar un seguro sanitario unificado para la confesión en este momento. La Iglesia Metodista Unida tiene un problema de “salud”, no simplemente un problema de “seguro de salud”. Si se aprobase un plan unificado y éste fuera defendido por el Consejo Judicial, el recorte de gastos esperado (el aumento de la prima se reduciría entre 3% y 5%) se conseguiría principalmente agrupando o adquiriendo grupos de servicios administrativos. El factor que más contribuye al alto coste de un plan unificado es la mala salud del clero y los empleados laicos.

Otras consideraciones del Grupo de Trabajo sobre la inviabilidad de un plan unificado incluyen la autonomía de la conferencia, asuntos políticos sobre el acceso a cuidados médicos y su prestación, y el deseo de obtener las ventajas de un plan unificado de otras maneras.

Después de dos años y medio de investigación, discusión e intercambio entre el Grupo de Trabajo y otros grupos de la confesión, surgen cuatro recomendaciones. El Grupo de Trabajo concluyó que la confesión debería centrarse en mejorar la salud de sus empleados para asegurar la vitalidad del ministerio de la Iglesia y no centrarse en los costes (síntoma de problemas subyacentes mayores). Las cuatro recomendaciones del Grupo de Trabajo se centran en un nuevo esfuerzo unificado para impulsar una mejor salud de los empleados de la Iglesia y reforzar su ministerio en el mundo.

Recomendaciones

El Grupo de Trabajo ha presentado las recomendaciones y el borrador de la legislación al Consejo de Administración de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud.

Aunque el Grupo de Trabajo ha creado un marco para incentivar una mejor salud, las recomendaciones tienen que unirse a éste. Tanto las conferencias anuales como el Consejo de Obispos, las agencias generales y las iglesias locales desempeñan un papel a la hora de tomar medidas para mejorar la salud del clero y los empleados laicos de la Iglesia.

Informe resumen

Este informe resume el trabajo del Grupo Confesional de Trabajo para la Salud

Valores y Teología

Los valores y la teología wesleyanos guiaron los esfuerzos del Grupo de Trabajo para aproximarse a la salud como un esfuerzo común que requiere compasión y responsabilidad.

Valores Los valores y la tradición wesleyanos orientaron el trabajo del Grupo de Trabajo. Estos valores son:

- definir la salud como integridad en la misión de Dios y para su cumplimiento
- proporcionar gestores para la salud
- actuar coordinadamente
- equilibrar compasión y responsabilidad
- ofrecer testimonio profético.

(Ver detalles en el Apéndice)

Teología El Grupo de Trabajo reconoció que un aspecto de la responsabilidad de la Conferencia General era apoyar la salud de los empleados de la Iglesia y, al hacerlo, reforzar el ministerio vital del clero y los empleados laicos.

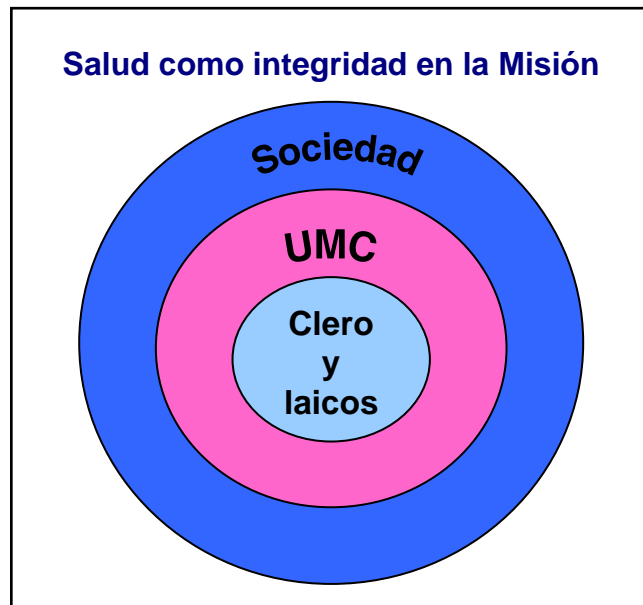
Su trabajo se basó en la teología wesleyana; llamar a la Iglesia a la misión y participar en la reconciliación y curación que se entiende como la relación de Dios con la creación.

Las fuertes opiniones de John Wesley sobre la conexión entre la salud y el evangelio, uniendo fe, salud y comunidad, estaban implícitas en los principios del cargo. *El cuerpo y el alma tienen que trabajar en armonía y pueden influirse mutuamente. Por lo tanto, a medida que el alma se abre a la acción salvadora de Dios, el cuerpo se beneficia.*

En el prefacio del libro de Wesley *Física primitiva, o Un método fácil y natural para curar la mayoría de enfermedades*, propone que tratar adecuadamente una enfermedad o herida es sólo un aspecto de la verdadera preocupación de Dios por la salud física. La norma fundamental es adoptar hábitos saludables que aumenten el bienestar, tales como dieta, estilo de vida, ejercicio y oración.

Salud como integridad en la Misión El Grupo de Trabajo se basó en una iniciativa llamada "Salud como integridad en la Misión" que se fundamenta en el enfoque integral de Wesley sobre salud. **Se define salud como lo necesario para que el individuo esté en la misión (es decir, comprometidos en nuestra integridad para vivir en relación con y según los dictados de Dios y en comunidad y servicio a los demás).**

La frase "Salud como integridad en la Misión" recoge la ambición de un futuro deseable para todos los Metodistas Unidos, y para todos, en todas partes; tres círculos concéntricos que ilustran un compromiso con respecto al clero y los laicos, la Iglesia y la sociedad.



1. **El primer círculo incluye al clero y los laicos:** clero y laicos, mediante oportunidades educativas e informativas, transmitirán la teoría y la práctica del liderazgo pastoral saludable. Descubrirán una forma equilibrada de atender a su espíritu, a sus relaciones familiares y cercanas, a sus responsabilidades pastorales y a su bienestar físico y mental. Las prácticas espirituales y de fe vigorizarán sus actividades ministeriales y apoyarán su bienestar personal.
2. **El segundo círculo es la Iglesia:** las políticas de la Iglesia que afectan directamente al clero y a los laicos serán revisadas y modificadas, si fuera necesario, para servir a la persona en su totalidad. Bajo este reconocimiento, el clero y los laicos realizarán cambios para mejorar su propia salud. Verán la preocupación por la salud como una parte esencial de la revelación Cristiana y la comunidad de la Iglesia.
3. **El tercer círculo es la sociedad ampliada:** a medida que líderes y comunidades de Metodistas Unidos desarrollan formas de integrar fe, comunidad y salud, otros aprenderán de ellos. En una cultura estadounidense, empujada a la fragmentación, el Grupo de Trabajo cree que la integración de fe, comunidad y salud será bienvenida. Esta integración parte de la integridad de la vida comunitaria basada en la fe.

Salud y comunidad

En la cultura actual se ve la salud como una realización personal, la búsqueda de la belleza, fuerza y habilidad. El Grupo de Trabajo, sin embargo, definió salud como realización de la comunidad. La buena salud está tan determinada por la interacción de los individuos de las comunidades como por los individuos que disfrutan de la ausencia de enfermedades. Es en la comunidad donde uno participa de la Gracia salvadora de Dios; es en la Iglesia donde los miembros de la confesión viven la misión de Dios. Al actuar unidos para asegurar el ministerio vital, cada individuo se convierte en administrador de mente, cuerpo y espíritu, practicando disciplinas de salud espiritual.

Es necesario apoyar esta unión y actuar con responsabilidad, no sólo para el individuo o la Iglesia, sino también para que la misión participe en la obra salvadora de Dios en el mundo. El claro equilibrio bíblico y Wesleyano es valorar la salud personal como integridad para realizar nuestras acciones, para dar nuestro ejemplo y nuestro testimonio al intentar potenciar la reconciliación y la salvación que entendemos como el trabajo de Dios en la creación. Los Metodistas Unidos son llamados a impulsar una sociedad saludable de personas íntegras, que comprenda salud mental, física, emocional, espiritual y comunitaria.

“Será una doble bendición si te entregas al Gran Físico, ya que Él sanará tu cuerpo y tu alma. E indudablemente ésta es Su intención. Quiere darte... salud exterior e interior”

- John Wesley
Carta a Alexander Knox, 26 de octubre de 1778

Objetivos

Mejorar la Salud de los Empleados de la Iglesia

El Grupo de Trabajo Confesional de Salud empezó estableciendo los siguientes objetivos para guiar una evaluación del progreso de la Iglesia hacia una salud confesional mejorada.

Relaciones

- Construir relaciones más eficaces entre fe, comunidad y salud.
 - Presentar la salud como integridad en la misión
 - Reducir la incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés
 - Aumentar las prácticas saludables entre los miembros de la Iglesia
 - Aumentar la enseñanza y la práctica de formación espiritual relacionada con la salud mediante la unión.

Intercambio de información

- Normalizar el intercambio de información y promover la expansión del conocimiento a través de la Iglesia.
 - Identificar las conferencias anuales e iglesias que están luchando contra los costes y por la prestación de cuidados médicos.
 - Aumentar a través de la Iglesia el acceso a la información sobre los estándares de la industria sanitaria, las mejores prácticas, los planes y los niveles de beneficios.

Sistemas de empleo

- Transformar los sistemas y estructuras básicos de empleo de la Iglesia que influyan en la salud de sus empleados.
 - Aumentar la conciencia del impacto que los sistemas de la Iglesia están teniendo en la salud de sus empleados.
 - Reducir el impacto negativo de los sistemas de la Iglesia en la salud de sus empleados.

Plan de salud colectivo - Participación

- Asegurar la participación del clero en activo y los empleados a tiempo completo en un plan de salud colectivo.
 - Facilitar el acceso a la cobertura sanitaria para todo el clero y los empleados a tiempo completo de la Iglesia.
 - Establecer niveles mínimos de cobertura sanitaria para el clero y los empleados a tiempo completo de la Iglesia.
 - Aumentar la relación calidad-precio de la cobertura sanitaria.

Plan de salud colectivo - Acceso

- Facilitar el acceso a los planes sanitarios colectivos a todos los empleados de la Iglesia en EE.UU., diseñar sistemas de salud y apoyar sistemas que incluyan a todos los empleados de la Iglesia.

Atención sanitaria para jubilados - Acceso

- Cumplir las promesas hechas al clero retirado, los empleados laicos y sus familias para una adecuada atención sanitaria en su jubilación.
 - Abordar la capacidad de los jubilados para pagar la atención sanitaria.
 - Facilitar el acceso al suplemento de Medicare y a los planes de prescripción de medicamentos.
 - Proyectar y financiar responsabilidades médicas para jubilados.

Resultados y conclusiones

Los cinco resultados y las conclusiones que el Grupo de Trabajo extrajo de ellos se centran en la salud del clero y los empleados laicos en apoyo a la misión y ministerio de la Iglesia. **LOS resultados y conclusiones incluyen:**

- estado actual de la salud del clero y los empleados laicos
- acceso actual a un plan sanitario colectivo
- cobertura sanitaria en la jubilación
- impacto de los sistemas y estructuras de empleo de la Iglesia sobre la salud del clero y los empleados laicos
- acceso a la información para proteger y fomentar la salud.

Estado actual de la salud del clero

Según un estudio de investigación con 250 profesionales religiosos, el clero Protestante, comparado con otras profesiones, acumula el mayor estrés relacionado con el trabajo y estaba muy cerca del último puesto en cuanto a recursos personales para lidiar con la tensión profesional.^{1 2}

Un estudio de 2002 concluyó que el clero sufre una alta incidencia de enfermedades relacionadas con el estrés, incluyendo hipertensión, enfermedades cardiovasculares, depresión, enfermedades gastrointestinales y trastornos neuromusculares.

El clero se encuentra entre las 10 profesiones con mayor índice de muertes por cardiopatías.³

Según un *Informe de reclamación de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud*, los medicamentos más utilizados por el clero miembro de *HealthFlex* son aquellos indicados para reducir el colesterol y para tratar la diabetes y otras enfermedades del sistema endocrino.^{4,5} Lipitor, un medicamento para reducir el colesterol, ocupa el primer lugar tanto por número de solicitantes como por coste total.⁶

¹ *Salud y Bienestar Ministerial, Iglesia Luterana Evangélica en América, Gwen Wagstrom Halaas, febrero de 2002, pág.6.*

² *Salud y Bienestar Ministerial, Iglesia Luterana Evangélica en América, Gwen Wagstrom Halaas, febrero de 2002, pág. 18*

³ *Salud y Bienestar Ministerial, Iglesia Luterana Evangélica en América, Gwen Wagstrom Halaas, febrero de 2002, pág.6.*

⁴ *Nota: HealthFlex es un plan de asistencia sanitaria administrado por la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud ofrecido a los patrocinadores de planes dentro de la confesión.*

⁵ *Informe de 2005 de Demandas Médicas y de Prescripción por Relación de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de los Miembros de HealthFlex, noviembre de 2006.*

⁶ *Informe de 2005 de Demandas Médicas y de Prescripción por Relación de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de los Miembros de HealthFlex, noviembre de 2006.*

Comparación del estado de salud La prevalencia de enfermedades en varias categorías graves (incluyendo insuficiencias cardíacas congestivas, enfermedades de las arterias coronarias, hipertensión y diabetes) fue mayor entre los miembros del plan de la UMC que las referencias nacionales para la misma edad.^{7,fn}

- **La demografía de la población en un plan sanitario afecta al coste y la cobertura de la sanidad.** (Ver *El coste de los cuidados médicos de una persona aumenta con la edad*, página 8)
 - La media de edad del clero activo de la UMC es de 53 años.
 - La media de edad en ocupaciones similares oscila entre los 42 y los 47 años.⁸
 - (Ver *Media de edad en ocupaciones similares*, página 8)
 - El gasto y las ayudas sanitarias pagadas por solicitante tienden a aumentar con la edad del solicitante.
 - El perfil de más edad presenta serios desafíos para los costes futuros.
- **El riesgo de síndrome metabólico aumenta de forma constante con la edad tanto en hombres como en mujeres.**
 - La incidencia de síndrome metabólico aumenta con la edad en hombres y mujeres, desde menos del 10% en la población veinteañera hasta más del 40% en el grupo de los sexagenarios.⁹
 - Cuando aumenta la prevalencia del síndrome metabólico, aumenta la incidencia de diabetes, infarto y cardiopatías, y el resultado es un coste anual medio para los pacientes de 5.928 \$.
 - Estos datos son de especial importancia porque la media de edad del clero de la UMC es de 53 años.
- **La salud del clero y otros empleados de la Iglesia afecta al coste del seguro médico.** (Ver *Sondeo de comparación de costes del seguro médico Mercer*, página 9)
 - Los empleados de la UMC tienen unos gastos médicos significativamente mayores (16%) que grupos comparables de la misma edad y el mismo sexo con una cobertura médica similar, como señala el análisis Sondeo de Seguro Médico de las Conferencias Metodistas Unidas, llevado a cabo por *Mercer Health & Benefits Consulting*.¹⁰
 - Esta media de 16% más de gastos se debe principalmente a una mayor incidencia de enfermedades.
 - La diferencia del 16% en los costes existe después de tener en cuenta lo siguiente: diseño del plan, número de miembros del plan, características de edad y género.
 - Esta diferencia plantea asuntos serios si tenemos en cuenta el convenio vital, el perfil demográfico del clero actual de la UMC y las recientes tendencias del "clero entrante".¹¹
- **Este margen de costes probablemente crezca sino se da una gestión activa de los planes de la UMC y se mejora la salud de los componentes de la UMC.**¹²

⁷ Nota: Los miembros de la UMC están en HealthFlex, un plan de asistencia sanitaria de la UMC administrado por la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud y ofrecido a los patrocinadores de planes dentro de la confesión.

⁸ Presentación de Richard Day, diciembre de 2005, página 30.

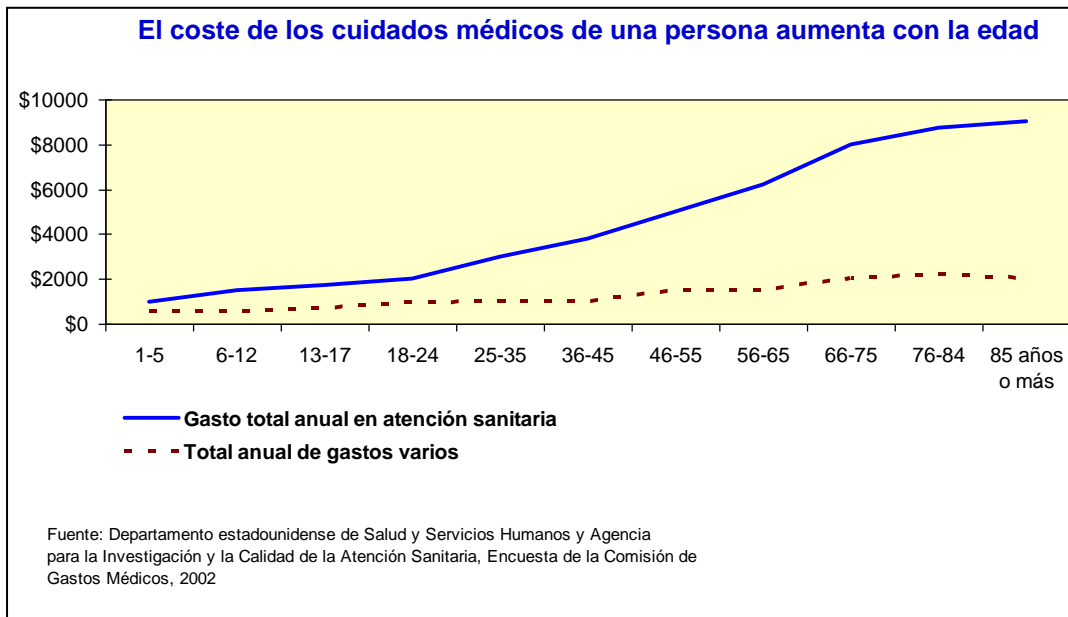
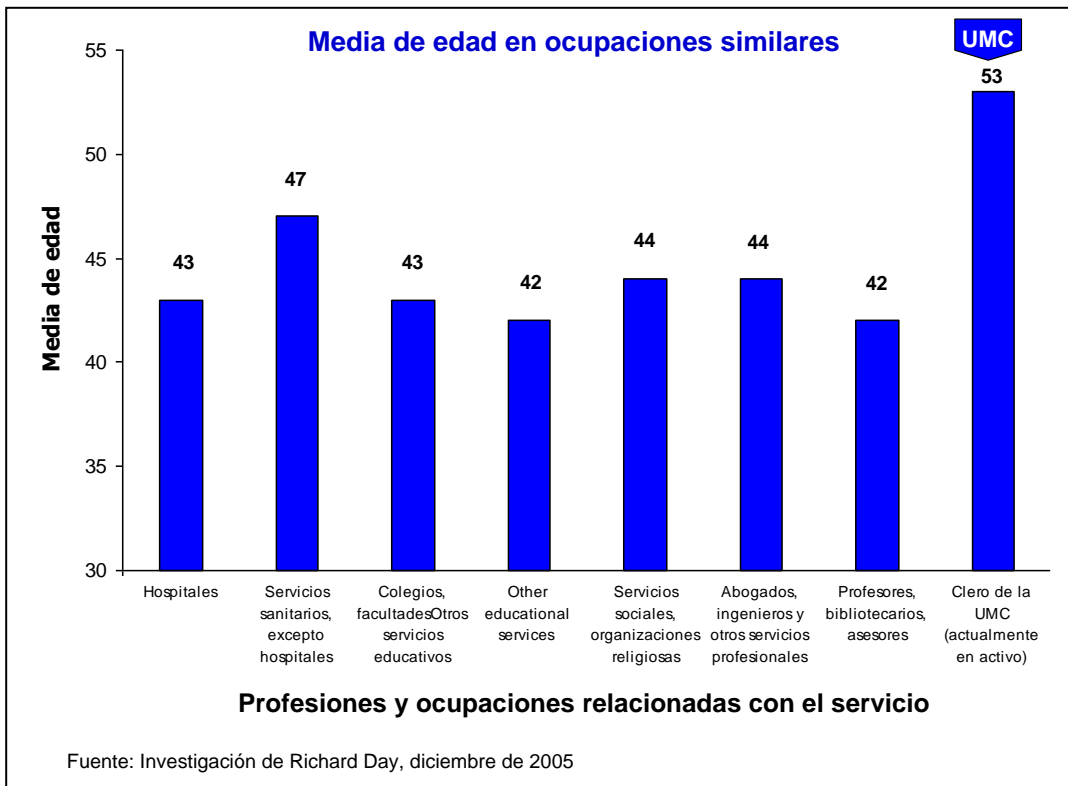
⁹ Presentación de Judy Johnston, diciembre 2005, pág. 11, Ford ES et al. JAMA 2002; 287: 356-9. Según la Asociación Americana del Corazón, el síndrome metabólico es un grupo de factores de riesgo metabólicos entre los que se incluyen la obesidad abdominal, trastornos en la grasa en sangre, alta presión sanguínea, resistencia a la insulina o intolerancia a la glucosa y estado protrombótico y proinflamatorio. La aparición de tres o más de estos factores aumenta el riesgo de padecer cardiopatías coronarias y otras enfermedades relacionadas con la obstrucción de las arterias (por ejemplo, infarto y enfermedad vascular periférica) y dos tipos de diabetes.

¹⁰ El Grupo de Trabajo Confesional para la Salud encargó a la Consultora Mercer Human Resource una evaluación actuarial de los planes sanitarios patrocinados por las conferencias de la Iglesia Metodista Unida. Se distribuyó una encuesta a todas las conferencias de Estados Unidos para obtener información detallada sobre los diferentes planes.

La encuesta pedía información respecto a un número de temas incluidos, pero no limitado a, los planes ofrecidos, el diseño de los planes, demandas (demandas totales, demandas superiores a \$50.000 y demandas en la categoría de diagnósticos más graves), administración del plan, demografía de los inscriptores, contribuciones de miembros, y enfoque de la financiación.

¹¹ Sondeo sobre seguros médicos Mercer, enero de 2006 (Ver también Sondeo de comparación de costes de seguros médicos Mercer, pág.9)

¹² Sondeo de seguros médicos Mercer, enero de 2006, pág.1



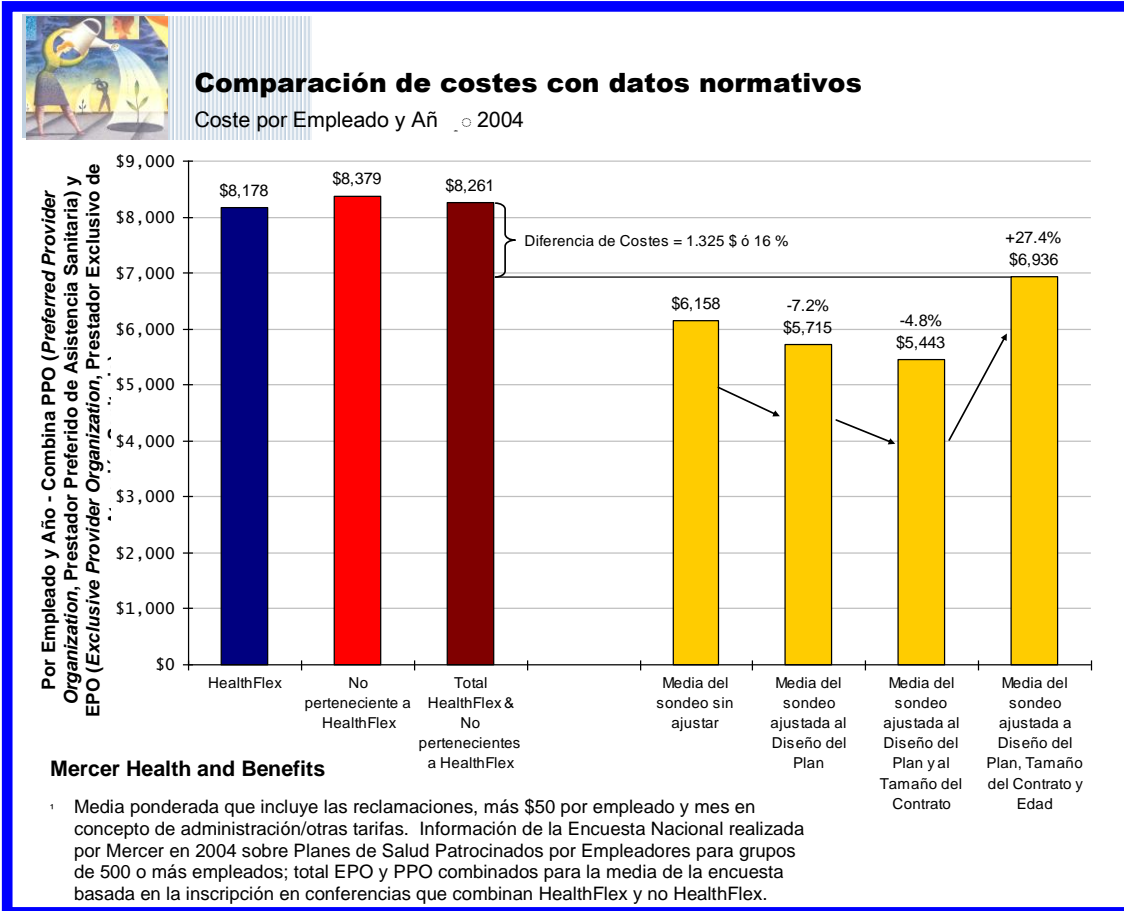
Los gastos médicos son relativamente bajos durante la infancia. De hecho, sólo una quinta parte de los gastos médicos de toda la vida se dan durante la primera mitad de ésta. A medida que envejecemos, sin embargo, los cuidados médicos tienen que aumentar, especialmente entre los 65 y los 85 años.¹³

- Alrededor de la mitad de los gastos sanitarios de una persona tienen lugar después de los 65 años.
- Los usuarios de Medicare de 65 años o más tienen más del doble de posibilidades de usar servicios hospitalarios que los adultos más jóvenes.

¹³ Informe de salud para el pueblo americano, Grupo de Trabajo Ciudadano sobre Asistencia Sanitaria, 14 de octubre de 2005 13-15.

- El coste medio anual por el cuidado de adultos entre 76 y 84 años es de 8.000 \$, casi ocho veces la media del coste de la atención sanitaria a niños de entre 1 y 5 años.
- Cada año, por cada 100 jubilados (65 años o más), hay más de 650 visitas a la consulta del médico, aproximadamente 40 visitas a los servicios externos del hospital y unas 50 visitas a los servicios de urgencias.
- Además de recibir atención médica en las consultas y hospitales, una de cada 7 personas de 65 años o más y una de cada dos con 85 años o más, necesitan cuidados a largo plazo.

Sondeo comparativo de costes del seguro médico Mercer



Las tres primeras barras muestran los gastos anuales de 2004 por hogar de los planes de la UMC (HealthFlex, No HealthFlex y total UMC, respectivamente). Las cuatro barras de la derecha muestran las referencias de los costes de Mercer (500 + empleados) ajustados para poder compararlos con los costes de la UMC. Progresivamente, el cuadro se ajusta por:

- diseño del plan (reducción de la referencia del 7,2% para contemplar los planes menos ricos de la UMC)
- tamaño medio de contrato (reducción del límite de otro 4,8% para reflejar el bajo número medio de dependientes asegurados por hogar de la UMC)
- características de edad y sexo de los miembros de la UMC (aumento de los ajustes 1 y 2 de la referencia del 27,4% para reflejar la mayor carga demográfica de los miembros de la UMC).

Tras los anteriores ajustes, encontramos aún una diferencia de costes en 2004 de aproximadamente un 16%, ó 1.325 \$. Esta diferencia de costes se debe principalmente a una mayor carga de enfermedades más allá de las reflejadas por los factores de ajustes tradicionales arriba detallados. Esta diferencia de costes es parecida a la de la experiencia de Mercer trabajando con otros planes confesionales y no es exclusiva de los planes de la UMC.

Sin embargo, dada la naturaleza persistente de las tendencias históricas de costes médicos (200% a 400% de la inflación medida en relación al IPC), es una diferencia preocupante. Esta diferencia plantea asuntos serios si tenemos en cuenta el convenio vital, el perfil demográfico del clero actual de la UMC y las recientes tendencias

del nuevo clero participante. Un estudio de Richard Day muestra un aumento constante y continuado en la media de edad del nuevo clero de la UMC participante.

Acceso actual a planes sanitarios colectivos

El Grupo de Trabajo cree que todos los empleadores de la Iglesia deberían esforzarse por facilitar el acceso de los empleados a planes sanitarios colectivos.

Ratificamos el actual *Libro de disciplina*, que establece que el comité de cada iglesia local en las relaciones pastor-parroquia o personal-parroquia “debe recomendar encarecidamente al consejo de la iglesia una provisión para un seguro de vida y de salud adecuado e indemnización por despido a todos los empleados laicos. El Grupo de Trabajo reconoce, sin embargo, la relación entre los subsidios sanitarios y la compensación.

- **Los subsidios sanitarios forman parte del paquete compensatorio de la unidad local de pago de salarios.**
 - El control sobre los planes y programas sanitarios se administra de forma más eficaz en los ámbitos de las iglesias locales y las conferencias anuales.
 - Las conferencias anuales toman decisiones en cuanto a la cobertura y elección para el clero designado.
 - La unidad de pago de salarios toma decisiones sobre la cobertura y elección para los laicos.
- **Las conferencias anuales necesitan flexibilidad y autonomía para dirigir las cargas financieras que las iglesias locales afrontarán en los próximos años.**
 - Las conferencias anuales aceptan demandas de responsabilidad por parte del clero; tienen que determinar cómo financiar los planes para el clero de la conferencia.
 - Existe la percepción de que un sistema sanitario que incluyese a toda la confesión podría o no reconocer las diferencias locales.
- **Los programas sanitarios son más asequibles cuando los miembros del plan están sanos y el riesgo es compartido.**
- **Programas y planes sanitarios eficaces.**
 - facilitar a los miembros los recursos que necesitan para cuidados preventivos y para mantener y mejorar su salud
 - reducir los costes sanitarios
 - mejorar la eficacia del clero y los empleados laicos como apoyo a la misión y al ministerio de la Iglesia.
- **La Iglesia podría anticipar una reducción actual del 3% al 5% en el aumento de las primas como resultado de un plan sanitario de riesgo compartido, según el Sondeo de seguros médicos de Mercer.**
 - Las conferencias anuales y las iglesias locales apreciarían la reducción de costes mediante pequeños aumentos de las primas.
- **El coste de los cuidados médicos está creciendo más rápido que la tasa de inflación.**

En 2005, un *Estudio de la Fundación Familiar Henry J. Kaiser* descubrió que las primas de seguros médicos de los empleadores aumentaron un 9,2%, más del doble de rápido que la tasa de inflación y más del triple que los ingresos de los empleados. (Ver *Índice de Precios Médicos al Consumo comparados con otras categorías*, página 11)

“Mientras que la tasa de aumento ha permanecido estable durante los últimos dos años, las primas de cobertura familiar han crecido un 73% desde 2000... Mientras que el porcentaje de primas que el empleado cubierto medio paga sigue siendo la misma, o algo menor, es evidente que las tasas de seguros sanitarios están aumentando más rápidamente que las compensaciones a los empleados, más empresas piden a sus empleados que paguen más de su bolsillo por los actuales costes sanitarios y menos empresas ofrecen seguro médico.”¹⁴

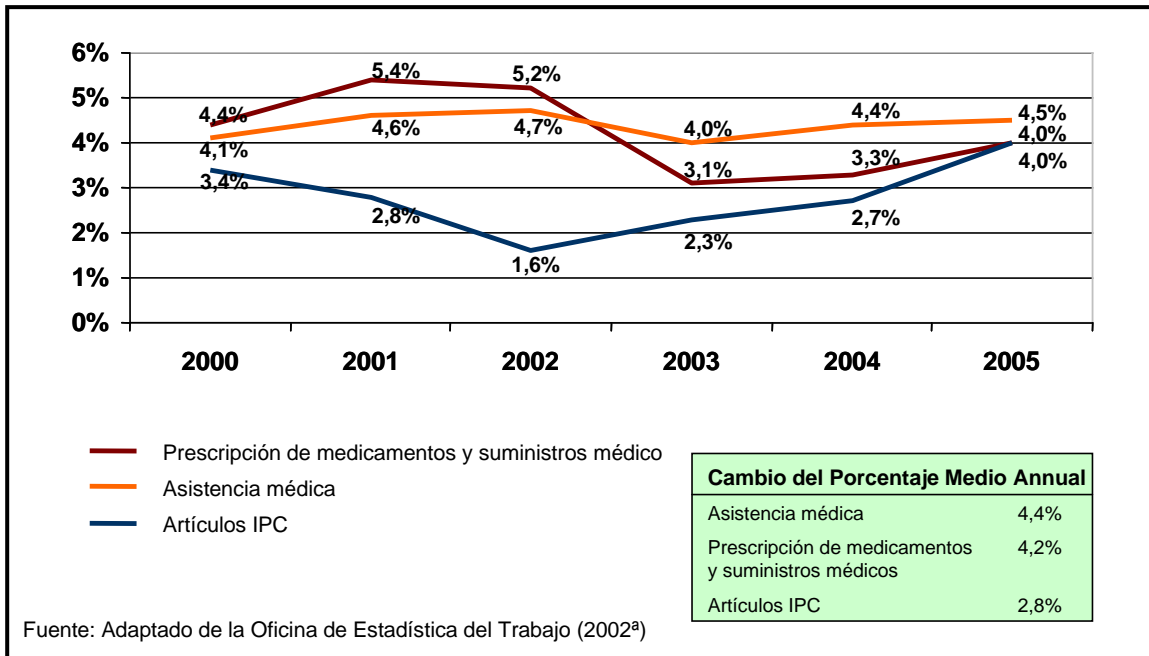
Incluso si las tendencias de los costes médicos fueran planas, la estabilidad y envejecimiento de la población de la UMC se traducirían en mayores costes sanitarios.

¹⁴ *Mantenerse sano, FaithLink, 22 de enero de 2006*

- **El aumento de los costes sanitarios compartido por el clero y los jubilados continuará.**
A medida que las iglesias locales tienen dificultades en pagar más por la asistencia sanitaria, en vez de usar esos mismos fondos para programas directos de la misión y el ministerio, buscan alternativas sanitarias más baratas.

Índice de Precios Médicos al Consumo comparado con otras categorías, 2000-2005

Los precios de los cuidados médicos han crecido más deprisa que el conjunto del Índice de Precios al Consumo (IPC). Sin embargo, la diferencia se ha acortado desde 2002.



- **El coste de los subsidios es una consideración importante en un número cada vez mayor de nombramientos.**
La consideración de este coste está llevando a aumentar el nombramiento de pastores retirados y pastores locales a media jornada; estos nombramientos con frecuencia no incluyen subsidios. Como resultado, algunas iglesias locales se sienten presionadas a cambiar el estatus de su clero en respuesta a la necesidad y voluntad de pagar subsidios. El coste de los subsidios ya está influyendo los sistemas de nombramiento de la Iglesia.
- **Los patrocinadores de los planes normalmente se aseguran cuando alcanzan los 1.000 o más empleados (hogares).**
Los resultados del Sondeo del seguro médico Mercer de conferencias anuales revelaron que 13 conferencias anuales están aseguradas, a pesar de estar bastante por debajo del umbral de los 1.000 hogares. Si bien el autoaseguro es una forma de financiación menos cara (especialmente para grupos grandes), es un enfoque más volátil y arriesgado para patrocinadores de planes de tamaño medio (de 500 a 1.000 hogares). Aunque el seguro de compensación podría ayudar a regular esta volatilidad, se ha encarecido en los últimos años. Debido a la presión de los costes, algunos patrocinadores de planes ligados a los Metodistas Unidos están asumiendo más riesgo mediante autoaseguros de los que se encontrarían normalmente en el mercado,¹⁵ poniendo así en entredicho la sostenibilidad de sus planes.

¹⁵ Sondeo de Seguros Médicos Mercer, enero de 2006, pág.20

- **La investigación del Grupo de Trabajo identificó consideraciones financieras significativas para facilitar el acceso a empleados laicos.**
 - El acceso a la asistencia sanitaria para empleados laicos puede crear selección adversa. Según los datos de HealthFlex de todo el año 2005, la media en subsidios al clero pagada por cada miembro fue de 3.986 \$, mientras que la media por miembro laico fue de 2.928 \$. Sin embargo, las demandas de los cónyuges laicos fueron las mayores, 4.618 \$, comparadas con las demandas de los cónyuges del clero que fueron de 2.910 \$.¹⁶
 - Mientras que la media de edad de los empleados laicos de HealthFlex es más baja que la media de edad del clero, los empleados laicos no son necesariamente un grupo actuarial estadísticamente más barato. Los empleados laicos pueden acceder a los planes a través de sus cónyuges. Sin embargo, si no tienen otra cobertura, buscan cobertura mediante los planes de las conferencias anuales o de las iglesias locales si son aptos.
 - Facilitar un plan sanitario como último recurso al cónyuge de un empleado laico crea selección adversa. Las conferencias e iglesias locales deberían decidir sus opciones en este tema reflexionando sobre su propia misión y sentido de la justicia.
- **Como iglesia unida, existe la necesidad de seguir explorando formas de alcanzar los siguientes objetivos, que no sea mediante un plan confesional obligatorio.**
 - mejorar el acceso a programas de apoyo a la condición,
 - Invertir en enfoques confesionales en busca del bienestar mediante iniciativas, servicios y programas,
 - establecer las mejores prácticas en la cobertura de los planes sanitarios, y
 - apalancar el poder adquisitivo colectivo de la confesión.

La compra en colaboración y las oportunidades estratégicas entre conferencias anuales podrían reducir los costes y repartir los riesgos. Los factores de riesgo para la confesión (es decir, compensación, compra de medicamentos, programas de apoyo a la condición, etc.) tendrán que mostrar ahorro en los costes y eficacia administrativa. Hay pruebas de que los factores de riesgo para la confesión, establecidos por las conferencias anuales u otros grupos de empleadores, pueden reducir costes.

¹⁶ *Informe de 2005 de Demandas médicas y de prescripción por Relación de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de los Miembros de HealthFlex, noviembre de 2006.*

Cobertura sanitaria y salud sostenida en la jubilación

Muchas personas creen que cuidar de los jubilados forma parte de la promesa de la Iglesia, y que es parte del testimonio de la confesión al mundo. El Grupo de Trabajo opina que no hay estabilidad en la jubilación sin cobertura sanitaria; por lo tanto, la Iglesia tiene que hacer lo que sea necesario para cumplir sus promesas de cobertura.

- **Las organizaciones están recortando los programas y aumentando la contribución a los costes de las pensiones de jubilación.**
 - Una encuesta llevada a cabo en 2005 por la Fundación de la Familia Kaiser descubrió que sólo un tercio de las empresas con 200 o más empleados ofrecía algún tipo de ayudas sanitarias para los jubilados, frente al 66% de 1988. Las pequeñas empresas, que emplean casi a la mitad de la mano de obra, nunca han ofrecido beneficios sanitarios de jubilación demasiado generosos. Las empresas que continúan ofreciendo seguro sanitario a los jubilados han ido modificando los planes de muchas formas.¹⁷
 - El cumplimiento de la promesa de la Iglesia a sus empleados en la jubilación está acarreando tensión financiera a algunas conferencias anuales. La Iglesia tiene que asegurarse de que las conferencias anuales han tomado las medidas adecuadas para cumplir cualquier promesa que hayan hecho.
- **El Grupo de Trabajo identificó algunos asuntos relacionados con el cambio de una conferencia anual a otra por parte del clero o los empleados laicos al acercarse a la jubilación.**
 - Los criterios de selección cambian de una conferencia a otra y, por tanto, existen potenciales pérdidas inesperadas de beneficios para los individuos que se cambian de conferencia.
 - El tema de la "transferencia" y la "credibilidad" de los beneficios de jubilación entre conferencias a medida que el clero y los empleados laicos se acercan a la jubilación es real, al igual que las responsabilidades que llevan asociadas.

Impacto de los sistemas y estructuras de empleo de la Iglesia en la salud del clero y los laicos. En 2004, la Junta General reunió a más de 50 individuos de la confesión para discutir la salud del clero. Como resultado de ese diálogo, se trazó un mapa de sistemas que representaba asuntos complicados e interrelacionados de la vida actual del clero.

El Grupo de Trabajo debatió las causas del estrés del clero y examinó el *Libro de disciplina* en busca de aspectos de la estructura y cultura de empleo de la Iglesia que tengan una influencia negativa en la salud del clero y los laicos. Aunque estos asuntos no están especificados en el mandato inicial de la Conferencia General, atajarlos era esencial para apoyar una ética adecuada de cuidado personal y para permitir al clero y los laicos asumir un estilo de vida saludable en el día a día.

El Grupo de Trabajo identificó los siguientes factores estresantes en la vida del clero.

- El tradicional componente itinerante de la Iglesia se ve desafiado por presiones sociales y económicas. Por lo tanto, las ofertas o paquetes de empleo están cambiando. Mudarse es estresante, y dejar de ser itinerante se convierte en un deseo frecuente. Los nombramientos a largo plazo se ven como una recompensa por el éxito.
- Está desapareciendo el apoyo dentro del "sistema de llamada" para los que están en transición al clero ordenado.
- La formación profesional en los seminarios no es la adecuada.
- El sistema de nombramiento garantizado no apoya la selección y retención del clero que lucha por la salud y la curación. El sistema no apoya la responsabilidad por la salud mental, física, emocional y espiritual.

¹⁷ *Los beneficios siguen el camino de las pensiones (Benefits Go the Way of Pensions), The New York Times, 9 de febrero de 2006* "Una encuesta sobre grandes empresas llevada a cabo por la consultora Kaiser and Hewitt Associates descubrió que, mientras que sólo el 12% de los grandes empleadores acabaron con todos los beneficios sanitarios para los jubilados el año pasado, 71% exigió mayores contribuciones a las primas de los jubilados, el 34% aumentó los pagos y seguros compartidos y el 24% aumentó los deducibles."

- Se espera que el clero esté disponible 24 horas al día.
- La Iglesia no tiene una buena “estrategia de salida” del ministerio. El clero que no está preparado permanece en el sistema; su salud se deteriora y la salud y vitalidad de sus congregaciones pueden sufrir por ello.
- El estatus social del clero ha decaído y las expectativas de las iglesias han cambiado. Tanto si la iglesia es grande y está creciendo, como si es pequeña y está disminuyendo, existen muchas presiones sobre el clero y se espera que el clero desempeñe muchos papeles (por ejemplo, predicador, presidente, consejero, educador, administrador financiero, profesor, recolector de fondos, etc.).
- La Iglesia no se ha adaptado al cambio en el estatus y las expectativas del clero. El clero frecuentemente es un elemento destacado dentro de su comunidad.
- El clero que padece problemas de salud físicos o emocionales evita hablar de ello con amigos o miembros de la iglesia porque temen que el hacerlo pueda afectar a su próximo nombramiento. Al no tratar los problemas de forma adecuada, éstos se complican.
- El recibir una casa de la iglesia da seguridad económica, pero éstas frecuentemente están en mal estado y carecen de privacidad. La adjudicación de casa al clero plantea retos y puede ser difícil de gestionar dentro de comunidades mayores.

Estos son temas complejos que requieren mucha atención para dirigir las estructuras y sistemas de empleo de la confesión.

Actual acceso a la información para proteger y potenciar la salud

Los resultados de la Encuesta de información financiera, encargada por el Grupo de Trabajo y llevada a cabo por la Junta General, revelaron que el actual coste, impacto y eficacia de los planes y programas sanitarios varían entre conferencias anuales. De manera significativa, las variaciones son difíciles de comparar porque las conferencias anuales no recogen datos comparables. En la actualidad no hay un estándar unificado con el que medir los planes y programas sanitarios, ni para recoger datos financieros ni de otros tipos.

En la Encuesta del Grupo de Trabajo sobre Iniciativas de Salud y Bienestar, algunas conferencias anuales expresaron su interés en saber lo que hacen otras conferencias, en una colaboración intraconfesional y en compartir experiencias positivas. Varias conferencias anuales están reuniendo más información y estadísticas para determinar cuáles serían las mejores acciones para dirigir los temas de salud y estilo de vida saludable del clero y de los laicos. Muchos pidieron directrices y datos para animar a los miembros mediante incentivos a beneficiarse de las mejoras en cuidados preventivos y salud.

- No hay datos comparables entre conferencias anuales para mostrar la salud del clero como un todo.
- No hay un archivo común para este tipo de información. Debido a que los actuales planes sanitarios no son idénticos, la Iglesia tiene que hallar formas de recoger datos comparables y conocimiento específico para evaluar el estado de la salud en la confesión.
- Incumbe a las conferencias anuales individuales adherirse a algún mecanismo estándar para informar, aprender y compartir.

El Grupo de Trabajo realizó una Encuesta de información financiera entre las conferencias anuales en un esfuerzo por entender la salud financiera de los respectivos planes sanitarios. De las 63 conferencias anuales encuestadas, respondieron 40. Entre las que respondieron, a muchas les faltaban datos o tenían datos que no eran comparables. Como resultado de esto, el Grupo de Trabajo no pudo extraer conclusiones del estado financiero de los planes sanitarios de muchas conferencias anuales.

Había diferencias significativas entre los métodos usados para comunicar los datos financieros de los planes sanitarios. Las variaciones más significativas tenían que ver con la falta de estándares comunes para comunicar las cuentas entre conferencias anuales (por ejemplo, devengado vs. metálico, inclusión o no inclusión de obligaciones de beneficios posjubilación, etc.) y determinar las responsabilidades totales, activos netos y la adecuación de los ingresos del plan sanitario para cubrir el coste total del plan para aquellas conferencias que no facilitaron datos.

Como confesión, vemos la necesidad de llevar a cabo las siguientes acciones para mejorar el acceso a la información.

- conversación activa sobre las mejores prácticas en el campo de la salud (es decir, qué está funcionando y qué no)
- que las conferencias anuales sepan lo que otras están haciendo gracias a la recogida y publicación de datos que:
 - ayuden a las conferencias anuales vulnerables y que estén intentando realizar intervenciones e iniciativas por su cuenta, y
 - compartan las buenas prácticas para reforzar el aprendizaje colectivo y la unión de la confesión.

Recomendaciones

El Grupo de Trabajo estudió diferentes enfoques en la confesión para apoyar la salud del clero y los empleados laicos; examinó los sistemas y cultura de empleo que afectan a su salud; consideró formas de asegurar el acceso a los planes de salud colectivos para el clero y los empleados laicos a tiempo completo, e intentó impulsar la salud e integridad del clero y los empleados laicos jubilados y sus cónyuges.

El Grupo de Trabajo expresó las cuatro siguientes recomendaciones:

Recomendación 1

Mejorar la salud del clero y los empleados laicos para apoyar la Misión y el Ministerio de La Iglesia Metodista Unida.

- La Junta General deberá apoyar la salud como integridad en toda la confesión con información sanitaria e intercambio de datos en un esfuerzo común por:
 - recoger y analizar datos sanitarios de la conferencia anual, el Consejo de Obispos y la agencia general,
 - establecer puntos de referencia
 - identificar las mejores prácticas
 - recomendar estrategias y directrices.
- La Junta General se esforzará por corregir el Plan Obligatorio de Protección, ya que es necesario para poner en práctica las recomendaciones.
- Las conferencias anuales, el Consejo de Obispos y las agencias generales deben:
 - desarrollar y mantener programas de salud y bienestar
 - remitir anualmente datos del plan sanitario a la Junta General.

Elaboración por el Grupo de Trabajo

La confesión necesita un estándar para recoger y compartir información sobre nuestra salud como comunidad, dentro de nuestra amplia definición de lo que es salud. Al destacar las que se han demostrado como mejores prácticas de la confesión, podemos aprenderlas dentro de nuestra confesión. La Junta General será el punto central para recoger, analizar y diseminar la información en cuanto a la salud de los empleados de la Iglesia.

- El proceso de informe anual incluirá:
 - un informe con un formato determinado por la Junta General en colaboración con grupo(s) asesor(es)
 - datos crudos disponibles electrónicamente (por ejemplo, datos indicativos por conferencia: media de edad, salario medio, etc.) tal y como determinen la Junta General y el (los) grupo(s) asesor(es),
 - datos disponibles en el ámbito de la conferencia anual, el Consejo de Obispos y la agencia general
 - una base de datos desarrollada por la Junta General en colaboración con grupo(s) asesor(es).
- Grupo(s) asesor(es), que reflejen las variedades raciales/étnicas, trabajarán con la Junta General. Los intereses financieros, de salud pública, subsidios de salud, médicos, y de la UMC estarán representados entre los grupos asesores. Entre las responsabilidades se incluirán:
 - acompañar el desarrollo de la base de datos
 - analizar datos e identificar tendencias
 - determinar los puntos de referencia de la confesión y la industria
 - identificar iniciativas para un estilo de vida saludable
 - asegurar la conformidad.

- El trabajo de la Junta General incluirá:
 - evaluación de los existentes y desarrollo de programas e iniciativas para mejorar la salud de los empleados de la Iglesia
 - establecimiento de puntos de referencia confesionales adecuados relativos a la salud
 - identificación de las mejores prácticas de la confesión y la industria relacionadas con hábitos saludables y gestión de costes sanitarios
 - colaboración con otras agencias generales para coordinar una red local, a nivel de la iglesia, dedicada a la salud y la integridad
 - consulta con las conferencias anuales, el Consejo de Obispos y otras agencias generales sobre el diseño de los planes de salud, la cobertura, el coste, la viabilidad financiera, la sostenibilidad y las iniciativas de salud y bienestar, junto a los planes sanitarios y las actividades de la iglesia y la conferencia.
- El Grupo de Trabajo determinó que los activos del Plan Obligatorio de Protección serían usados para financiar los costes administrativos asociados. Con el tiempo, estos esfuerzos deberán plasmarse en reducciones de diagnósticos médicos e incapacidades a largo plazo.
- Las responsabilidades de las conferencias anuales, el Consejo de Obispos y las agencias generales incluirán:
 - desarrollar o modificar las iniciativas de programas de salud y bienestar en consulta con la Junta General para apalancar información sobre las mejores prácticas
 - facilitar especificaciones sobre datos de planes sanitarios e iniciativas de salud y bienestar a la Junta General
 - compartir anualmente los resultados de los informes y las tendencias.

Recomendación 2

Identificar y evaluar oportunidades de mejorar los sistemas de empleo y cultura que afectan a la salud de los empleados de la Iglesia.

- Establecer un Grupo de Trabajo conjunto de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud y la Junta General de Educación Superior y Ministerio con representación jurisdiccional del Consejo de Obispos para:
 - analizar los sistemas de cambios de residencia y nombramiento y recomendar mejoras que apoyen la salud del clero
 - analizar y recomendar mejoras en los sistemas de supervisión
 - dirigir procesos de entrada y salida del ministerio ordenado y licenciado
 - dar directrices para mantener un equilibrio trabajo/vida saludable.

Elaboración por el Grupo de Trabajo

El análisis de los sistemas de supervisión incluye los papeles y preparación necesaria para apoyar la salud del clero y los laicos. Recomendamos que la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud y la Junta General de Educación Superior y Ministerio formen un Grupo de Trabajo conjunto con representación jurisdiccional del Consejo de Obispos para analizar los sistemas de cambio de residencia y nombramiento, dirigir los procesos de entrada y salida del ministerio ordenado y licenciado, y dar directrices para mantener un equilibrio trabajo/vida saludable. Estos sistemas están en el centro de las reflexiones sobre la salud.

- La evaluación incluirá:
 - las relaciones entre el sistema de nombramiento garantizado y el sistema de cambio de residencia
 - ramificaciones del intercambio de clero entre conferencias
 - procesos para transiciones vocacionales fuera del ministerio ordenado, incluyendo ampliado ayuda a los empleados mediante identificación, apoyo y reciclaje
 - transición del clero al ministerio (proceso de adaptación).

- La Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud y la Junta General de Educación Superior y Ministerio serán responsables de reunir el Grupo de Trabajo conjunto.
- El Grupo de Trabajo informará a la Mesa Conexional, el Consejo de Obispos y las Secretarías Generales y presentará resultados/recomendaciones en 2011.
- El Grupo de Trabajo desarrollará recomendaciones para presentarlas a la Conferencia General de 2012.

Recomendación 3

Patrocinar o participar en un plan sanitario colectivo para asegurar el acceso

- Cada conferencia anual, el Consejo de Obispos y cada agencia general deberán patrocinar o participar en un plan sanitario colectivo,¹⁸ asegurando el acceso al clero y los empleados laicos a tiempo completo en EE.UU.¹⁹
- Otras consideraciones sobre si un miembro puede ser elegido o no serán determinadas localmente.

Elaboración por el Grupo de Trabajo

Recomendamos proponer legislación para enmendar el *Libro de disciplina* que requiera que cada conferencia anual, el Consejo de Obispos, y las agencias generales (las “Partes Afectadas”) patrocine y mantenga un plan sanitario colectivo (como el que se ha definido) y garantice el acceso a un plan sanitario colectivo al clero y los empleados a tiempo completo de las conferencias anuales, el Consejo de Obispos y las agencias generales.

- Las Partes Afectadas informarán anualmente a la Junta General:
 - de su plan sanitario colectivo (mediante un resumen escrito del plan, los documentos del mismo, Documento Resumen del Plan o título del seguro), y
 - de las reglas de selección.
- La Junta General facilitará a las Partes Afectadas para propósitos comparativos una lista detallada de componentes del programa sanitario modelo (por ejemplo, Programas de Asistencia a los Empleados, Evaluación de Riesgos Sanitarios, etc.) además de aquellos presentes en un plan sanitario tradicional.
- La Junta General seguirá investigando y desarrollando coaliciones de compra de componentes de planes sanitarios colectivos para ayudar a las Partes Afectadas a conseguir un diseño óptimo de sus planes sanitarios colectivos.
- El Grupo de Trabajo cree que todos los empleadores dentro de la Iglesia deberían esforzarse por facilitar el acceso de los empleados a planes sanitarios colectivos.
- Ratificamos el actual *Libro de disciplina*, que establece que el comité de cada iglesia local en las relaciones pastor-parroquia o personal-parroquia “debe recomendar encarecidamente al consejo

¹⁸ *Plan sanitario colectivo, a este propósito, se refiere al plan sanitario colectivo descrito en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), es decir, un plan que cubra gastos médicos y de hospitalización mayores y no planes de alcance limitado como seguros dentales u oftalmológicos (aunque esto no excluye tener dichos planes además del plan sanitario colectivo). Un plan sanitario colectivo en este contexto es normalmente un plan de prestaciones para la asistencia social, como se define en el §3(1) de la Ley para la Seguridad de Ingresos del Empleado Jubilado de 1974 (ERISA) y sus modificaciones, en la mayoría de los casos para la organización de la Iglesia será un plan de la iglesia como se define en §3(33) de ERISA.*

¹⁹ *El empleo de la conferencia anual no incluye al clero nombrado para prórrogas de ministerios (excepto aquellos en puestos de los que la conferencia anual sea responsable), ni a empleados laicos que no sean empleados de la conferencia anual, tales como empleados laicos de iglesias locales o de oficinas de distrito o jurisdiccionales.*

de la iglesia una provisión para un seguro de vida y de salud adecuado e indemnización por despido a todos los empleados laicos.”

- Ratificamos el actual *Libro de resoluciones* en el que se declara que "Buscamos un plan sanitario nacional que ofrezca amplias ayudas a todo el mundo, incluyendo servicios preventivos, fomento de la salud, cuidados primarios y atención hospitalaria, cuidados de salud mental y atención sanitaria extendida. (Acceso universal a la atención sanitaria).

Recomendación 4

Respetar la salud e integridad del clero jubilado, los empleados laicos y sus cónyuges.

- Cada conferencia anual, el Consejo de Obispos y cada agencia general deben respetar la salud e integridad del clero jubilado, los empleados laicos y sus cónyuges:
 - facilitando el acceso a los planes suplementarios y de prescripción de medicamentos de Medicare
 - remitiendo a la Junta General a partir de 2009 una Declaración bianual de Contabilidad Financiera Estándar No. 106 (FAS), y sus modificaciones, de las responsabilidades médicas proyectadas para la población cubierta
 - creando un plan para 2011 para dirigir los requisitos de financiación de futuras responsabilidades médicas de los jubilados
 - documentando por escrito para 2009 su política en cuanto a la portabilidad de los beneficios sanitarios de los jubilados y comunicando la política al clero y los empleados laicos.

Elaboración por el Grupo de Trabajo

Solicitamos que la Junta General propicie una conversación con los oficiales de beneficios de la conferencia para determinar si existe una resolución conjunta al respecto de la portabilidad para los jubilados. Igualmente proponemos legislación para:

- Enmendar el *Libro de disciplina* para solicitar que las Partes Afectadas aseguren el acceso a los planes suplementarios y de prescripción de medicamentos de Medicare para el clero y los laicos jubilados que sean elegibles por Medicare.
- Enmendar el *Libro de disciplina* para solicitar que las Partes Afectadas se sometan a una valoración actuarial bianual [Declaración de FAS No. 106, y sus modificaciones, parte de los principios de contabilidad generalmente aceptados (GAAP)] de las responsabilidades asociadas con los beneficios posjubilación empezando en 2009 y que remitan dicha valoración a la Junta General. La Junta General:
 - comunicará la información en conjunto a la confesión y la Conferencia General
 - publicará la información y se la facilitará a las partes interesadas.
- Enmendar el *Libro de disciplina* para solicitar que las Partes Afectadas creen un plan para dirigir los requisitos de financiación de responsabilidades médicas de futuros jubilados y remitan dicho plan a la Junta General en 2011. Este plan deberá incluir una cronología para solventar las responsabilidades que no tienen financiación.
- Las Partes Afectadas deberán documentar y comunicar la existencia de prácticas y políticas de portabilidad de beneficios de asistencia sanitaria a jubilados a su clero y empleados laicos, así como al clero y empleados laicos entrantes de otras conferencias anuales u otras agencias generales.
- Las Partes Afectadas deberán remitir un documento escrito a la Junta General de sus prácticas y políticas de beneficios de asistencia sanitaria para jubilados, y publicarlo en el periódico de la conferencia y/o en su página Web.
- La Junta General publicará la información y se la facilitará a las partes interesadas.

Resumen

Las cuatro recomendaciones del Grupo de Trabajo apoyan la misión y el ministerio vital de La Iglesia Metodista Unida en el mundo y responden al desafío de salud de la confesión, en un nuevo esfuerzo unido para fomentar la buena salud de los empleados de la Iglesia. Estas recomendaciones, de forma individual y colectiva, buscan mejorar la salud en la confesión.

El enfoque integral de Wesley sobre la salud es esencial en la articulación de estas recomendaciones. Los valores wesleyanos apuntalan la definición de salud del Grupo de Trabajo, *lo que es necesario para que el individuo esté en la misión (es decir, comprometido totalmente en vivir en relación con y según los dictados de Dios, en comunidad y al servicio de otros).*

Las mejoras de la salud confesional deben incluir la salud mental, física, emocional, espiritual y comunitaria. El reto para la confesión es actuar ahora, actuar unidos, actuar con compasión y actuar con responsabilidad para reforzar la salud en todas sus dimensiones, para que en comunidad participemos de la gracia salvadora de Dios.

Pensamientos

El Grupo Confesional de Trabajo para la Salud agradece sus reflexiones sobre nuestro trabajo y sobre este *Informe Resumen*.

Envíe sus comentarios por correo electrónico a: **DHTF@gbophb.org**

Apéndice

Petición de la Conferencia General 2004

Texto de la Petición remitido:

La Conferencia Anual de Virginia de la Iglesia Metodista Unida pide a la Conferencia General de la Iglesia Metodista Unida que solicite a la Junta General de Pensiones la elaboración de un estudio sobre la viabilidad de la cobertura sanitaria teniendo en cuenta al clero en activo y jubilado y a los empleados laicos a media jornada y jornada completa, uniéndose de forma eficaz a todas las conferencias de la Iglesia Metodista Unida situadas en Estados Unidos en un plan único, con recomendaciones sobre qué cobertura podría estar disponible, el coste de la cobertura junto a recomendaciones sobre cómo podría repartirse el mismo entre una conferencia anual y el clero, la(s) fuente(s) para pagar la cobertura y un plan para llevar a cabo puntualmente dicha cobertura sanitaria, e informar a las conferencias anuales el 1 de febrero de 2006.

Texto del Comité de la Mayoría:

Sustituyó el texto de la petición por el siguiente:

La Conferencia General de 2004 de la Iglesia Metodista Unida pide a la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud la elaboración de un estudio sobre la viabilidad de la cobertura sanitaria teniendo en cuenta al clero elegible en activo o jubilado y a los empleados laicos, uniéndose de forma eficaz a todas las conferencias de La Iglesia Metodista Unida situadas en Estados Unidos en un plan único. Si los resultados confirman la viabilidad para todos esos empleados, o algún(os) grupo(s) de estos empleados, la Junta General de Pensiones comunicará a las Juntas de Pensiones de la Conferencia Anual el 1 de enero de 2007 los resultados del estudio con suficiente detalle para que las conferencias anuales puedan evaluar la recomendación. La Junta General de Pensiones trabajará con la Junta de Pensiones de la Conferencia Anual para crear el plan más aceptable y remitirlo a la Conferencia General de 2008. El Anexo 1 de la página 767 del *DCA*, incluido como parte de la Petición #41329-FA, pasará a ser un documento de base para este estudio, excluyendo el párrafo final de la página 770 titulado "Proceso y cronología".

Miembros del Grupo de Trabajo

Miembros de la Conferencia Anual

Boyd Brown, Asesor Fiscal	Virginia	Laico
Deborah Dangerfield, Directora de Prestaciones	Illinois Norte	Laico
Arturo Fernández, Jubilado	Oregón Idaho	Clero
Marvin Guier, Tesorero y CBO	Norte de Texas	Clero
David Hawkins, Tesorero y CBO	Tennessee	Clero
Debbie Maltbie, Tesorero y CBO	Oeste de Kansas	Laico
Verna McKinney, CBO	Kentucky/Red Bird	Laico
Tracy Merrick, Presidente	Oeste de Pennsylvania	Laico
Dan O'Neill, Tesorero y CBO ¹	Montañas Rocosas	Laico
Scott Selman, Tesorero y CBO ¹	Norte de Alabama	Laico
Elijah Stansell, Tesorero	Texas	Clero
Sharon Strother, Tesorero y CBO	Carolina del Norte	Laico
R. Stanley Sutton, Tesorero y CBO	Ohio Oeste	Clero
Mike Watson, Obispo ¹	Georgia del Sur	Clero

Miembros de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud

Barbara Boigegrain, Secretaria General
Anne Borish, Directora de Investigación e Información
Denise French, Coordinador de Viajes y Reuniones
Andrew Hendren, Asistente del Abogado General
Colette Nies, Director General, Comunicaciones
Noreen Orbach, Director General, Servicios de Salud y Bienestar
Renee Smith-Edmondson, Director de Administración
John White, Director de los Servicios de Salud y Bienestar, Desarrollo de Plan de Patrocinio

Asesores del Grupo de Trabajo

Joy Anderson, Presidente, *Criterion Consulting*
Todd Swim, Actuario Senior, *Mercer Consulting*
Carol Becker, Asesora Senior, *Growth Design Corporation*
Judy Johnston, Máster en Ciencias, Especialista en Dietética/Discapacitada, Universidad de Kansas, Facultad de Medicina.
Richard Day, Doctor en Filosofía, *Richard Day Research*
Randy Maddox, Doctor en Filosofía, *Duke Divinity School*

¹ Señala un miembro o antiguo miembro del Consejo de Administración de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud.

Valores y Elaboración

El Grupo de Trabajo realizó su trabajo de acuerdo con los siguientes valores principales basados en la teología wesleyana:

- definir salud como integridad en la misión de Dios y para su cumplimiento,
- administrar salud,
- actuar coordinadamente,
- equilibrar compasión y responsabilidad, y
- ofrecer testimonio profético.

Definir salud como integridad en la Misión de Dios y para su cumplimiento

La salud es necesaria para que los individuos sean más eficaces en la misión y para que se comprometan totalmente a participar en el plan de Dios para reestablecer la integridad a la creación. Ansiamos salud para participar más plenamente en la misión de Dios, y mediante la participación en la misión de Dios hallamos más salud.

Nuestra cultura tiende a definir salud como una realización personal, una búsqueda individual de belleza, fuerza y habilidad. Nosotros definimos salud como algo comunitario; la buena salud está tan determinada por la interacción de los individuos en las comunidades como por los individuos disfrutando de la ausencia de enfermedades. Es en comunidad donde participamos de la gracia salvadora de Dios; es como Iglesia que vivimos la misión de Dios.

Administrar salud

Los individuos y las comunidades tienen la responsabilidad de administrar su propia salud.

Reconocemos la especial importancia de la salud del clero y de la salud como ministerio para formar discípulos de Cristo. "Dentro de la comunidad de la iglesia hay personas afirmadas por la comunidad por ofrecerse como líderes como ministerio de Dios. El clero está destacado pero no separado en el ministerio de todo el pueblo de Dios" (2004 *Libro de Disciplina*, 301 y 302).

El clero está ofreciendo su vida para servir a tiempo completo en la Iglesia, y en ese contexto tiene que administrar cuidadosamente su salud. Vive con los otros ministros ordenados, en preocupación y confianza mutua y juntos persiguen la santificación del compañerismo. La salud individual se convierte en parte del pacto de compromiso. Este pacto comunitario debería apoyar una ética de adecuado cuidado de sí mismo por parte del clero y atención a las prácticas saludables en el día a día.

Actuar coordinadamente

Estar unidos es compartir recursos, cargas e información. A través de la unión con Dios y con los demás, conseguimos juntos lo que no podemos hacer solos. Necesitamos el testimonio de los individuos que luchan y padecen dentro de la confesión para poder compartir sus cargas y vivir nuestra responsabilidad como pueblo de Dios en misión en el mundo.

Las prácticas de la Iglesia deberían servir para mejorar la salud de toda la confesión así como la salud de los individuos que sirven en ella. Aunque los ideales de la unidad siguen siendo los mismos, vivimos estos ideales en momentos puntuales, y nuestras instituciones tienen que responder a contextos cambiantes.

Equilibrar compasión y responsabilidad

No deberíamos legislar la conformidad, sino inspirar a otros para que busquen y sigan la gracia de Dios. Wesley comprendió que la forma de motivar a una persona hacia la renovación espiritual no era a través de sermones sobre comportamiento, sino mediante historias. El énfasis que pone Wesley en la salud también incluye el cuidado compasivo del enfermo. Estas preocupaciones por la salud y la enfermedad encontraron una expresión práctica en la vida comunitaria a medida que la gente se unió para dar apoyo y disciplina a la vida Cristiana y rezaba por la curación de los otros.

No podemos permitir que enfermedades físicas o mentales sean causa de exclusión y tenemos que considerar cuidadosamente su impacto en la ordenación y los nombramientos. Tenemos que crear un entorno que acoja y apoye al clero en los momentos de transición, pero también incluya a los individuos e instituciones responsables por la administración de su salud. El pacto lo requiere.

Ofrecer testimonio profético

Al igual que la Iglesia, nosotros, laicos, reclamamos una voz apasionada y profética. Vivimos este testimonio público al asumir el compromiso de dar atención sanitaria adecuada a las personas que trabajan para la Iglesia, incluyendo equitativamente a los marginados, incluso cuando esto no obedezca a nuestros intereses financieros y enseñando y modelando para otros la fe y los cuidados por nuestra salud y la salud de nuestras comunidades.

Aunque nuestra cultura proponga un dualismo de cuerpo y espíritu, la Iglesia tiene que enseñar el valor de cuidar tanto del cuerpo como del espíritu. Las vidas de la oración, de la devoción y física son disciplinas espirituales que los individuos persiguen en el contexto de la comunidad. Como nos enseñan los ejemplos de Wesley, el clero tiene la importante responsabilidad de modelar y enseñar prácticas de buena salud y de actuar como ejemplos vivos para los demás.

La Iglesia está llamada por Dios al ministerio integral de la curación: espiritual, mental, emocional y física. Los Metodistas Unidos son exhortados a trabajar con vistas a una sociedad saludable de personas íntegras. Parte de nuestra tarea es capacitar a las personas para cuidarse a sí mismas y responsabilizarse de su propia salud. Otra parte de nuestra tarea es asegurarnos de que los enfermos, tanto de espíritu, como de mente o cuerpo, no son dejados de lado o ignorados, sino que reciben la asistencia que les permita vivir una vida plena (*Libro de resoluciones*, página 308).

Sesiones de Consulta

El Grupo de Trabajo compartió recomendaciones con los siguientes grupos para intercambiar impresiones:

- Juntas de Pensiones de varias Conferencias (*CBOP*)
- Los cinco Colegios de Obispos estadounidenses
- El Grupo de Trabajo de varias Agencias de Salud como Integridad
- La Junta General de Educación Superior y Ministerio/ Junta de Ministros Ordenados (*GBHEM/BOM*)
- La Asociación de Oficiales de Pensiones de la Conferencia Metodista Unida (*AUMCPBO*)
- Comité para el Estudio del Episcopado
- La Mesa Conexional
- Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud-Consejo de Administración
- Superintendentes de Distrito Asistentes al Acto sobre Beneficios
- Patrocinadores del Plan HealthFlex
- Asistentes al Foro de Oficiales de Beneficios de las Conferencias
- Consejo General de Administración y Finanzas (*GCFA*)- Consejo de Administración

Encuestas e informes aprobados; Materiales de referencia utilizados

- Información de encuestas aprobada por el Grupo de Trabajo y recogida por la Junta General de las conferencias anuales durante la segunda mitad de 2005:
 - **Resultados de la Encuesta sobre información financiera**-- Basada en la respuesta de 40 conferencias anuales; excluye a dos conferencias anuales que respondieron demasiado tarde para ser incluidas.
 - **Respuestas a la Encuesta sobre iniciativas de salud y bienestar** -- Basada en la respuesta de 41 de 63 conferencias anuales; excluye a una conferencia anual que respondió demasiado tarde para ser incluida.
 - **Resultados de la Encuesta sobre Información de Seguros Médicos** -- Basada en la respuesta de 49 de las 63 conferencias anuales; excepto una conferencia anual que respondió demasiado tarde para ser incluida.
- Encuesta sobre el clero y los laicos de toda la confesión sobre *Salud, bienestar, espiritualidad y características del trabajo*, Universidad de Duke, datos preliminares recogidos en 2006, informe final previsto para junio de 2007.
- Artículos/Estudios:
 - *Guía de referencia de costes médicos de 2006: hechos y tendencias para apoyar soluciones guiadas por el conocimiento*, Asociación BlueCross y BlueShield
 - *Mantenerse Sano*, FaithLink, 22 de enero de 2006
 - *Los beneficios siguen el camino de las pensiones*, *The New York Times*, 9 de febrero de 2006.
 - *Celebrar Wesley en su integridad: legado para wesleyanos contemporáneos*, Randy L. Maddox, Doctor en Filosofía, *Historia Metodista*, 43.2, 2005, págs. 74-89
 - *Gestionar los costes de la asistencia sanitaria en una nueva era*, 10º Grupo Empresarial Nacional Anual sobre Salud/ Informe de Watson Wyatt, 2005
 - *Beneficios de salud para el empleador*, Encuesta Anual de 2005, Fundación de la Familia Kaiser e Investigación de Salud y Confianza Educativa.
 - *La bomba de relojería de la próxima jubilación*, *The New York Times*, 5 de diciembre de 2005.
 - *Ministerios de salud: nuestra tradición y nuestro desafío*, Interpreter, Diciembre de 2005
 - *Informe de salud para el pueblo americano*, Grupo de Trabajo Ciudadano sobre Asistencia Sanitaria, 14 de Octubre de 2005
 - *El Aumento de la prevalencia de enfermedades tratadas: efectos en el gasto de seguro privado*, página web de Asuntos Sanitarios, 27 de junio de 2005
 - *Bienestar mundial*, HR Executive, 16 de junio de 2005
 - *Encuesta a líderes de opinión de asistencia sanitaria*, *The Commonwealth Fund*, abril de 2005
 - *Mayores americanos 2004: indicadores clave de bienestar*, Foro Federal de Agencias sobre Estadísticas relacionadas con la edad, 2004
 - *Líderes fronterizos: aptitudes de liderazgo para gente de fe*, Gary Gunderson (Fortress Press, 2004)
 - *Este día: una forma de rezar wesleyana*, Laurence Hull Stookey (Abington Press, 2004)
 - *Reclamando la salvación integral*, Randy L. Maddox, Doctor en Filosofía, Circuit Rider, mayo/junio 2003, págs. 14-15
 - *Salud y bienestar ministerial, Iglesia Luterana Evangélica*, Gwen Wagstrom Halaas, Doctor en Medicina, Máster en Gestión de Empresas, Director de Proyecto, febrero de 2002
 - *Implicación religiosa y mortalidad: una revisión meta-analítica*, *Salud Psicológica*, Vol. 19, No. 3, 2002, págs. 211-222
 - *Felicidad, ocio y riqueza*, *Demografía Americana*, Abril 1998
 - *Raíces entrelazadas: mejorar la calidad de vida en tu comunidad*, Gary Gunderson (Fortress Press, 1997)
 - *Una herencia reclamada: John Wesley en salud y curación integral*, ensayo de Randy L. Maddox, Doctor en Filosofía.
- Otros materiales/presentaciones:
- *Informe de 2005 de demandas médicas y de prescripción por relación de los miembros de HealthFlex de la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud*, febrero de 2006, examen de costes de la población miembro de HealthFlex

- Análisis de fuentes de datos externas e internas relativas a los costes de la asistencia sanitaria para la Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de la Iglesia Metodista Unida, Richard Day, diciembre de 2005
- Presentación al Grupo de Trabajo, Judy Johnston, (médica, dietista, discapacitada), diciembre de 2005; la presentación incluía:
 - Las mayores preocupaciones sanitarias en Estados Unidos y sus costes económicos asociados
 - Obesidad/síndrome metabólico y costes
 - Temas de seguros médicos
 - Opciones
 - Congregaciones sanitarias en acción en Kansas
- *Análisis de alto nivel de varios grupos demográficos*, Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de la Iglesia Metodista Unida, septiembre de 2005
- *Evaluación del desempeño y tendencias del Plan 2003 y 2004*, por HealthFlex, Ingenix, 30 de junio de 2005 y 30 de septiembre de 2005.
- *Mapa de activos*, Grupo de Trabajo, abril de 2005, activos clasificados por:
 - Organizaciones nacionales/internacionales, incluyendo las basadas en la fe
 - Cuerpo de la Iglesia Metodista Unida
 - Iglesia local
 - Comunidad local
 - Conferencia/regional/local
 - Individuos/categorías de personas
 - Valores y otros activos intangibles
- *Salud como integridad en la Misión: fe, comunidad y salud en la Iglesia Metodista Unida*, Junta General de Pensiones y Subsidios de Salud de la Iglesia Metodista Unida, 9 de diciembre de 2004
- *Mapa de sistemas complejos*, Junta General de Pensiones y Beneficios de Salud de la Iglesia Metodista Unida, creado en 2003-2004

Para Solicitar Copias Adicionales

Se pueden solicitar copias adicionales de este informe
en nuestra página Web

<http://www.gbophb.org> > Ir a Recursos > Materiales > Publicaciones
Puede descargar una copia o solicitar copias impresas adicionales
rellenando la información necesaria.

Si no puede acceder a nuestra página Web, puede llamar al
1-800-851-2201 y solicitar copias adicionales.



GENERAL BOARD OF PENSION AND HEALTH BENEFITS
OF THE UNITED METHODIST CHURCH

Caring For Those Who Serve
1901 Chestnut Avenue
Glenview, Illinois 60025-1604
1-800-851-2201
www.gbophb.org