

Home > [Desplazarse por atención del cáncer](#) > [Consideraciones financieras](#) > [Glossario de términos relacionados con los costos](#)

Printed January 27, 2015 from <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/consideraciones-financieras/glossario-de-t%C3%A9rminos-relacionados-con-los-costos>

Glossario de términos relacionados con los costos [1]

Esta sección ha sido revisada y aprobada por la [Junta editorial de Cancer.Net](#) [2], 11/2013

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA): es una ley federal (nacional) que protege de la discriminación a personas con discapacidades. Requiere que los empleadores realicen arreglos razonables en el lugar de trabajo para personas calificadas que tienen una discapacidad. Obtenga más información en www.dol.gov [3].

Apelación: se presenta cuando usted le solicita a su compañía de seguros que reconsidere su decisión de negar el pago de un servicio o tratamiento. Usted tiene derecho a solicitar a su compañía de seguros que realice una revisión completa y justa de su decisión, lo cual se conoce como revisión interna. Si la compañía aún le niega el pago después de considerar su apelación, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act) le permite que una organización de revisión independiente decida si aceptar o revocar la decisión del plan, lo cual generalmente se denomina revisión externa.

Costos asociados: son aquellos relacionados con el diagnóstico de cáncer, pero no específicamente debido a la atención médica brindada para tratar la enfermedad; también llamados costos no médicos. El transporte y el cuidado de los niños durante el tratamiento son dos ejemplos comunes de costos asociados para las personas con cáncer.

Administrador de casos: es un profesional de atención médica, a menudo un enfermero con experiencia en cáncer, que ayuda a coordinar la atención de una persona con cáncer antes, durante y después del tratamiento. En un centro médico, un administrador de casos puede brindar una amplia variedad de servicios a los pacientes, por ejemplo, administrar los planes de tratamiento, coordinar las aprobaciones del seguro de salud y localizar los servicios de apoyo. Las compañías de seguros también emplean administradores de casos.

Ensayo clínico: es un estudio de investigación para evaluar un tratamiento o medicamento nuevo.

COBRA: Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act). Una ley federal que permite a los empleados en peligro de perder su seguro de salud por determinadas circunstancias, como la renuncia al trabajo o la reducción de horas, pagar su cobertura de seguro y mantenerla durante un tiempo limitado.

Coseguro: el porcentaje de los costos de la atención médica que un paciente asegurado paga después de alcanzar el deducible anual del plan de atención de la salud. Por ejemplo, una tasa de coseguro 80/20 significa que la compañía de seguros paga el 80 % de los costos de atención de la salud aprobados, y el paciente paga en efectivo el 20 % restante de los costos.

Copago: una tarifa establecida, en dólares, que un proveedor de seguros requiere que pague un paciente cada vez que recibe atención. Por ejemplo, cada visita al oncólogo puede costar \$30 a un paciente; el proveedor de seguros paga el resto de los costos de la visita. La cantidad del copago es establecida por el proveedor de seguros y no por el consultorio médico.

Deducible: la cantidad de los costos de atención de la salud aprobados que un paciente asegurado debe pagar en efectivo cada año antes de que el plan de atención de la salud comience a pagar los costos.

Seguro por discapacidad: es un seguro que proporciona un ingreso ya sea a corto plazo o a largo plazo a una persona con una lesión o enfermedad grave que le impide poder trabajar.

Beneficios de salud esenciales: un conjunto de servicios que un plan de seguro debe proporcionar a los pacientes. No puede haber límites en dólares por año sobre el costo que el seguro paga por los beneficios de salud esenciales. De acuerdo con la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los planes ofrecidos en mercados de grupos pequeños e individuos deben ofrecer productos y servicios en por lo menos 10 categorías para que el plan esté certificado y pueda ser ofrecido en los intercambios de atención médica. Las categorías de beneficios incluyen servicios de emergencia, bienestar preventivo y manejo de enfermedades crónicas y medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte www.CuidadoDeSalud.gov [4].

Pago por servicio: es un tipo de seguro de salud en el cual una persona visita a un médico, presenta un formulario de reclamación y el plan de seguro paga la cuenta a través de una estructura de coseguro. Es normal que se apliquen deducibles.

Ley de Licencias Familiares y Médicas (Family and Medical Leave Act, FMLA): Esta ley federal ofrece protecciones específicas a los empleados durante una licencia médica (cuando el empleado está enfermo) y una licencia familiar (cuando el empleado debe cuidar a su cónyuge, hijo o padre que está enfermo). Obtenga más información en www.dol.gov [3].

HMO: Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization), es un tipo de seguro privado. En una HMO, una persona elige un médico de atención primaria de una lista de médicos aprobada (llamada red). La atención de un especialista debe ser aprobada por el médico de atención primaria (denominado derivación).

HIPAA: Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act). Es un conjunto de leyes nacionales que ayudan a proteger la

privacidad de la información médica individual de un paciente, proporcionan a los pacientes acceso a sus registros médicos y ayudan a las personas con problemas de salud, como el cáncer, a obtener seguro de salud para ellos y sus familiares. Para obtener más información, visite www.hhs.gov/ocr/privacy [5] (en inglés).

Tope del seguro: la cantidad de dinero que pagará un plan de seguro en beneficios totales. Una vez que las cuentas médicas del paciente alcanzan el total, o tope, el plan ya no proporcionará cobertura. Tanto los topes anuales como de por vida fueron eliminados con la Ley de Cuidado de Salud Asequible. Para obtener más información lea [la sección](#) [6] que resume esta ley o visite www.CuidadoDeSalud.gov [4].

Seguro de atención a largo plazo: es un seguro que ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades de larga duración a pagar cuidados y servicios diarios no médicos que los planes de salud comunes no cubren, como ayuda para comer, bañarse y vestirse. Según el plan, el cuidado se puede proporcionar en el hogar o fuera del hogar.

Medicaid: es un tipo de seguro de salud gubernamental para personas con bajos ingresos que reúnen determinadas condiciones. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y los gobiernos estatales, pero cada estado opera su programa de manera individual (incluida la decisión de quién puede recibir los beneficios de Medicaid en ese estado). Obtenga más información en www.cms.gov [7] (en inglés).

Medicare: es un tipo de seguro de salud proporcionado por el gobierno federal a personas de 65 años o más, así como también a algunas personas con discapacidades. Medicare se divide en cuatro partes: las Partes A, B, C y D. La Parte A cubre la atención hospitalaria de pacientes internados. La Parte B proporciona cobertura financiera mediante primas, deducibles y una estructura de coseguro para otros gastos médicos, como visitas al médico. Los planes de Medicare Advantage, o la Parte C, son planes de seguro administrados por compañías privadas aprobadas. La Parte D proporciona cobertura de medicamentos recetados. Obtenga más información en www.medicare.gov [8].

Beneficios no esenciales: son los servicios ofrecidos por un plan de seguros no incluidos en la categoría ?beneficios esenciales?. Es posible que los pacientes sean responsables de algunos o todos estos costos.

Inscripción abierta: fechas específicas en las que los individuos elegibles pueden elegir o cambiarse a un nuevo plan de atención médica. Una vez finalizado este plazo, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta, en general un año después, para unirse a un plan de atención médica, a menos que reúna los requisitos para un período de inscripción especial. Para obtener más información visite www.CuidadoDeSalud.gov [4]. Los participantes de Medicare pueden visitar www.medicare.gov [8] para obtener más información sobre la inscripción abierta a Medicare. Si tiene un seguro privado, hable con un representante del plan de seguro de salud para obtener más información.

Atención fuera de la red: los proveedores o centros de atención de la salud que no forman parte de la lista o red aprobada de una HMO o PPO se consideran ?fuera de la red? (en oposición a los que pertenecen a una lista aprobada o están ?dentro de la red?). La atención fuera de la red a menudo es más costosa que la atención dentro de la red, y puede incluir un

deducible y requerir una aprobación previa para determinados servicios.

Costos en efectivo: gastos que deben ser pagados con los recursos financieros personales del paciente; todos los gastos no cubiertos por el seguro.

Asesor de pacientes: una persona, a menudo un enfermero o trabajador social, que ayuda a guiar a los pacientes, supervivientes, familiares y cuidadores a través del sistema de atención médica. Los asesores ofrecen numerosos servicios, que incluyen tramitación de ayuda financiera, transporte y cuidado de niños durante el tratamiento, coordinación de la atención entre varios médicos y apoyo emocional.

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act): es una ley federal de 2010, a menudo llamada "reforma de atención de la salud", que ha cambiado determinadas normas concernientes a la cobertura de los seguros de salud en los Estados Unidos. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov [4].

PPO: Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization). Es un tipo de seguro de salud privado en el cual una persona tiene acceso a una red de médicos aprobados, llamados médicos dentro de la red. En las PPO, los pacientes normalmente no necesitan una derivación para consultar a un especialista.

Certificación previa: el proceso de solicitar la aprobación de un plan de seguros para servicios específicos, como un tratamiento, un procedimiento o una estancia hospitalaria, antes de que estos ocurran; también llamado preaprobación. Muchos hospitales y clínicas tienen coordinadores de certificación previa, asesores de pacientes o administradores de casos que ayudan a los pacientes con cáncer a través de este proceso.

Enfermedad preexistente: afección médica que una persona ya tiene cuando se inscribe en un nuevo plan de salud. A partir de 2014, según la Ley de Cuidado de Salud Asequible, los planes de seguros no tienen permitido negar la cobertura o cobrar extra a personas con una afección preexistente. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov [4].

Prima: la cantidad que una persona o compañía paga cada mes para mantener una cobertura de seguro.

Tarifas razonables y habituales: el costo promedio para servicios de salud en un área geográfica que los planes de seguros utilizan para decidir la cantidad de dinero que pagarán por esos servicios. Si las tarifas de un médico por un servicio son mayores que el promedio, el paciente debe pagar la diferencia.

Seguro de Discapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario: son dos programas nacionales que asisten a personas con discapacidades. Cada uno establece requisitos médicos específicos que una persona debe cumplir antes de obtener estos beneficios. Ambos programas están administrados por la Administración del Seguro Social. Obtenga más información en www.ssa.gov [9].

Trabajador social: un profesional que ayuda a los pacientes con cáncer y a sus familiares a sobrellevar las tareas y los desafíos diarios antes, durante y después del tratamiento. Los

trabajadores sociales, que pueden trabajar para un hospital, una agencia de servicios o un gobierno local, pueden ayudar a abordar problemas financieros, explicar los beneficios del seguro, proporcionar acceso a asesoramiento y mucho más.

Atención de especialistas: atención médica proporcionada por un médico que se ha capacitado para tratar un problema de salud específico o un grupo específico de personas. Por ejemplo, un oncólogo es un médico que se especializa en el tratamiento del cáncer.

Más información

[Recursos de diccionarios médicos](#) [10]

[Comprensión de los costos relacionados con la atención del cáncer](#) [11]

[Seguro de salud](#) [12]

Links:

[1] <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/consideraciones-financieras/glossario-de-t%C3%A9rminos-relacionados-con-los-costos>

[2] <http://www.cancer.net/es/node/51>

[3] <http://www.dol.gov/dol/topic/Spanish-speakingTopic.htm>

[4] <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>

[5] <http://www.hhs.gov/ocr/privacy>

[6] <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/manejo-del-coste-de-la-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/comprensi%C3%B3n-de-la-ley-de-reforma-de-salud-del-2010>

[7] <http://www.cms.gov/>

[8] <http://es.medicare.gov/>

[9] <http://www.ssa.gov/espanol/pgm/incapacidad.htm>

[10] <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/recursos-de-diccionarios-m%C3%A9dicos>

[11] <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/manejo-del-coste-de-la-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/comprensi%C3%B3n-de-los-costos-relacionados-con-la-atenci%C3%B3n-m%C3%A9dica>

[12] <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/todo-sobre-el-c%C3%A1ncer/manejo-del-coste-de-la-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/seguro-de-salud>