La Ley de Cuidado de Salud Asequible y el cáncer

Esta sección ha sido revisada y aprobada por la Junta editorial de Cancer.Net [1], November / 2013

En marzo de 2010, se promulgó la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible, a menudo llamada reforma de atención de la salud, que modifica varias normas concernientes a la cobertura del seguro de salud en los Estados Unidos. Para las personas con cáncer, esta ley abarca áreas relacionadas tanto con el costo de la atención médica como con el acceso a ella. A continuación se resumen los puntos más importantes de la nueva ley, muchos de los cuales entraron en vigencia el 1 de enero de 2014, salvo especificación en contrario.

Esta lista no pretende ser un resumen completo de la nueva ley, sino que está pensada para brindar una visión general de las áreas más importantes de la reforma de salud relativas al costo y el acceso a la atención del cáncer. Puede conocer más detalles en el sitio web del gobierno federal, www.CuidadoDeSalud.gov [2].

Reforma general del seguro de salud

- Los planes de salud privados no tienen permitido establecer un límite de por vida (llamado tope) al valor en dólares de la cobertura de una persona, lo cual significa que una compañía de seguros no puede negarse a cubrir la atención médica de una persona por el resto de la vida de esa persona una vez alcanzado un monto en dólares específico.
- Además, la ley prohíbe que los nuevos planes y los planes grupales existentes impongan límites anuales en dólares en la mayoría de los beneficios cubiertos (esto se aplica a los beneficios no esenciales). Esto significa que las compañías de seguros no pueden negarse a pagar la atención después de que usted haya alcanzado un monto en dólares específico para ese año para cualquier beneficio que esté cubierto. Usted sí podría ser responsable de pagar los beneficios que no están cubiertos en su plan.
- Las aseguradoras no pueden retirar la cobertura excepto en casos de fraude. Antes, las compañías de seguros podían rescindir la cobertura por un error o alguna otra equivocación técnica en la solicitud de seguro presentada por un paciente. Ahora esta práctica es ilegal.
- Los planes de seguro que ofrecen cobertura para dependientes ahora tienen la obligación de ampliar la cobertura para incluir a los hijos hasta los 26 años.
- No se les puede denegar la cobertura a los adultos e hijos dependientes menores de 19 años por enfermedades preexistentes. Puede haber excepciones para personas cubiertas por planes individuales con derechos adquiridos.
- En el mercado individual y de grupos pequeños, la ley elimina la capacidad de las compañías de seguros de cobrar tarifas más altas porque el paciente es hombre o mujer o porque tiene una afección médica específica.
- Para los planes que comienzan el 1 de enero de 2014 o después de esta fecha, los períodos de espera para la cobertura mayores de 90 días quedarán prohibidos para los planes de salud grupales.

Para personas sin seguro de salud

- La mayoría de los ciudadanos estadounidenses y residentes legales estarán obligados a tener un seguro de salud a partir de 2014. Se pueden conceder exenciones en casos de dificultades financieras, objeciones religiosas, indios americanos, personas sin cobertura durante menos de tres meses, inmigrantes indocumentados, personas encarceladas, personas para quienes la opción de plan de menor costo excede el 8 % de los ingresos de un individuo y personas con ingresos por debajo del umbral de declaración de impuestos. Gradualmente durante 2014 se introducirán sanciones para personas que pueden pagar un seguro de salud pero deciden no hacerlo.

- Las personas sin seguro pueden adquirirlo en el mercado de seguros de salud (intercambios de seguro). Estos intercambios ayudarán a las personas y pequeñas empresas con la compra de la cobertura. Habrá primas y créditos de costos compartidos disponibles para personas y familias que ganen hasta el 400 % del nivel de pobreza federal (en 2013, $45,960 para individuos y $94,200 para una familia de cuatro integrantes).
- Se requirió a los estados que crearan un sitio web para ayudar a los residentes a identificar las opciones de cobertura en un formato estandarizado. Esto incluye el sitio web CuidadoDeSalud.gov [2] del gobierno federal, que brinda información sobre la nueva ley y las opciones de seguros para los consumidores.
- En 2012, la Corte Suprema descartó que un estado tenga la opción de ampliar la cobertura de Medicaid a personas menores de 65 años, con ingresos de hasta el 133 % del nivel de pobreza federal y que no sean elegibles para Medicare de alguna otra manera. (En 2013, este monto fue de aproximadamente $15,282 para un individuo y $31,322 para una familia de cuatro integrantes).

Eliminación de copagos para servicios preventivos

Las estrategias de reducción de riesgos y prevención del cáncer pueden disminuir la carga física, emocional y financiera del cáncer y mejorar la salud general de los supervivientes de esta enfermedad, incluso reducir el riesgo de recurrencia o la probabilidad de un segundo cáncer. La nueva ley incluye varias disposiciones dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de prevención del cáncer.

Los planes de seguro de salud privados emitidos después del 23 de septiembre de 2010 están obligados a eliminar los costos compartidos para los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF; en inglés) [3], entre ellos:

- Exámenes de detección de cáncer colorrectal para personas entre 50 y 75 años de edad.
- Mamografías para mujeres mayores de 40 años, cada uno a dos años. También se cubrirán otros servicios para prevenir el cáncer de mama, que incluyen una derivación para asesoramiento genético y una charla sobre quimioprevención para algunas mujeres que tienen mayor riesgo.
- Pruebas de Papanicolaou periódicas para detectar el cáncer de cuello uterino y cobertura para la vacuna contra el virus del papiloma humano (human papillomavirus, HPV) que puede prevenir este tipo de cáncer.
- Intervenciones para dejar el consumo de tabaco, como asesoramiento o algunos tipos de medicamentos para ayudar a las personas a dejar de fumar.

Se eliminaron los copagos para servicios preventivos cubiertos por Medicare y recomendados por el USPSTF. También se eliminó el deducible de Medicare para los exámenes de detección del cáncer colorrectal.

Apelación de resoluciones del plan médico

A partir de los años del plan que comenzaron el 1 de julio de 2011, las compañías de seguros que nieguen el pago de un tratamiento o servicio deben realizar apelaciones internas, a solicitud del paciente, dentro de plazos específicos: 72 horas después de recibir una apelación de atención médica urgente; 30 días en el caso de la atención médica no urgente que todavía no haya recibido y 60 días para los servicios que ya recibió. Si luego de la apelación interna se le sigue negando la cobertura, usted tiene derecho a solicitar una revisión externa independiente. Si la revisión externa revoca la negación de servicios, su compañía de seguros debe cubrir el pago o los servicios solicitados en su reclamación.

Para personas que participan en ensayos clínicos

Para los planes que comienzan el 1 de enero de 2014 o después de esta fecha, las compañías aseguradoras no pueden limitar ni cancelar la cobertura para una persona que decida participar en un ensayo clínico. Los planes de salud con derechos adquiridos no están obligados a cumplir con este requisito. Esto se aplica a los estudios clínicos para el tratamiento del cáncer, además de otras enfermedades que ponen en riesgo la vida.

Más información

Seguro de salud [4]

Ensayos clínicos[5]

Recurso adicional

www.CuidadoDeSalud.gov [2]

Links:
[1] http://www.cancer.net/about-us
[2] https://www.cuidadodesalud.gov/es/
[3] http://www.uspreventiveservicestaskforce.org
[4] http://www.cancer.net/node/26081
[5] http://www.cancer.net/node/29006