Printed April 2, 2015 from http://www.cancer.net/node/26081

Seguro de salud [1]

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

Muchos estudios muestran que el manejo y el tratamiento satisfactorios de las enfermedades dependen en gran medida del acceso a una atención de la salud de alta calidad. En Estados Unidos, obtener ese acceso generalmente requiere que el seguro de salud cubra o compense los costos de la atención. La mayoría de las personas obtiene su seguro a través de su empleador o de programas gubernamentales como Medicare o Medicaid. Sin embargo, la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act) (a menudo llamada reforma de atención de la salud), ha cambiado muchas de las normas concernientes a la cobertura de los seguros de salud en los Estados Unidos. Más información sobre la Ley de Cuidado de Salud Asequible y el cáncer [3].

Tipos de seguro médico

El tipo de cobertura de seguro de salud que usted tiene cumple una función importante en el monto de los costos en efectivo que usted puede esperar pagar a lo largo del tratamiento y la recuperación del cáncer. La siguiente información lo ayudará a comprender los diferentes tipos de seguro de salud y qué costos médicos cubren en general. Puede encontrar las definiciones de muchos de los términos utilizados en esta sección en el Diccionario de costos y seguros [4].

Seguro privado

Antes de que las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) y las organizaciones de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) se desarrollaran como sistemas para contener los costos de la atención de la salud de rápido crecimiento (consulte a continuación), la mayoría de las personas tenía una opción de seguro de salud privado: la cobertura de "pago por servicio". Este tipo de plan generalmente no impone restricciones sobre qué doctores u hospitales usted puede usar. Simplemente debe dirigirse al médico, hospital o centro de atención de la salud de su elección, en cualquier momento o en cualquier lugar, presentar un formulario de reclamación y la compañía de seguros de salud pagará la cuenta. Normalmente, usted comparte una parte del costo en forma de copagos o un coseguro, y algunos tipos de servicios pueden no estar cubiertos.

A pesar de que los planes de ?pago por servicio? permiten la mayor libertad para elegir médicos y hospitales, puede haber restricciones en algunos servicios, entre los cuales se incluyen

servicios de salud mental, fisioterapia, atención médica a domicilio, tratamientos de investigación o medicina alternativa.

HMO

Una HMO se puede pensar como un club de seguro de la atención de la salud, cuyos miembros son los pacientes y los médicos. Se crea para mantener bajos los costos de la atención de la salud mediante el trabajo con pacientes para administrar exhaustivamente su atención. En una HMO, una persona elige un médico de atención primaria de una red aprobada.

Como miembro de una HMO, debe pagar una prima mensual y un pequeño copago adicional por cada visita al consultorio. Una HMO generalmente no requiere que presente formularios de reclamación, a menos que visite a médicos que no son miembros del plan.

Una HMO puede ser un centro de atención de la salud propiamente dicho, en el cual todos los médicos en el consultorio forman parte de la organización. En otros casos, los médicos individuales tienen un contrato con la HMO para atender a los pacientes cubiertos por el plan. Este acuerdo se conoce como una asociación de práctica individual (Individual Practice Association, IPA).

Dado que usted paga una tasa fija a su HMO, el plan a menudo alentará la atención preventiva dirigida a evitar la necesidad de una atención más costosa más adelante. Sin embargo, como con la mayoría de los planes de seguros, los servicios cubiertos pueden variar. Por ejemplo, algunos tipos de servicios de salud mental, medicina alternativa y fisioterapia pueden no estar cubiertos, o pueden estar cubiertos solo de forma limitada.

Restricciones

En comparación con los planes de ?pago por servicio?, los costos médicos totales en una HMO suelen ser inferiores y más predecibles. Sin embargo, estos costos reducidos normalmente están acompañados de restricciones adicionales, que incluyen:

- Menos opciones de médicos y hospitales, ya que solo los médicos y hospitales que son miembros de la HMO están cubiertos por el plan, aunque muchas compañías hacen excepciones según sea médicamente necesario y para emergencias. Muchas HMO le permiten visitar a médicos fuera del plan por una tarifa superior (llamada atención ?fuera de la red?).
- El acceso a un especialista a menudo requiere una derivación de su médico de atención primaria.
- Por lo general, se requiere una certificación previa antes de las visitas hospitalarias que no son de emergencia y de algunos tipos de atención de especialistas, y una persona debe llamar a la HMO dentro de las 24 horas de cualquier atención de emergencia.
- Algunos tipos de servicios, como servicios de salud mental, fisioterapia, atención médica a domicilio o tratamientos de investigación, pueden no estar cubiertos.

PPO

Una PPO es un tipo de seguro de salud en el cual una persona cuenta con una red de médicos

aprobados, y la mayoría de los costos médicos están cubiertos cuando visita a los médicos que forman parte de la red. Sin embargo, una PPO normalmente no requiere que consulte a un médico de atención primaria designado que maneje su atención y controle su acceso a un especialista. Es posible que una PPO sea más flexible que una HMO en permitir visitas a médicos fuera de la red, aunque estas visitas generalmente requieren que usted pague un porcentaje mayor de la cuenta. También pueden requerir que pague un deducible o un coseguro por algunos servicios.

Restricciones

Las restricciones asociadas con una PPO pueden incluir:

- Médicos y hospitales que están limitados a la red de la PPO, aunque esta selección tiende a ser mayor que la red de una HMO.
- El requisito de una certificación previa para algunos tipos de atención, especialmente si el centro o el médico está fuera de la red.
- Algunos tipos de servicios, como servicios de salud mental, fisioterapia, atención médica a domicilio, tratamientos de investigación o medicina alternativa, pueden no estar cubiertos.

Programas de seguro patrocinados por el gobierno

Medicare

Medicare es un seguro de salud proporcionado por el gobierno federal a las personas a partir de los 65 años, así como también a algunos ciudadanos estadounidenses con discapacidades. Las personas de más de 65 que reúnen los requisitos necesarios para los beneficios del Seguro Social o de la Jubilación Ferroviaria califican automáticamente para Medicare, junto con su cónyuge. Medicare tiene diferentes ?partes? que sirven a fines diferentes y, algunas veces, complementarios.

- Medicare Parte A cubre la atención de pacientes internados (como la atención hospitalaria), la atención de enfermeros calificados, la atención en centros de cuidados paliativos y un alcance limitado de servicios de atención a domicilio. Estos servicios son gratuitos.
- Medicare Parte B proporciona cobertura financiera para servicios de médicos, atención de pacientes ambulatorios, fisioterapia y terapia ocupacional, y suministros seleccionados que sean considerados médicamente necesarios.

- Medicare Parte C, también llamado Medicare Advantage, contiene planes de seguros administrados por compañías privadas aprobadas por Medicare. Combina Medicare Partes A y B y puede incluir la cobertura de medicamentos recetados.

- Medicare Parte D es un beneficio de inscripción opcional que cubre medicamentos recetados. La Ley de Modernización de Medicare (Medicare Modernization Act MMA) de 2003 proporciona este beneficio de medicamentos recetados.

Como puede ver, Medicare no cubre todos los gastos de la atención de la salud. Estos gastos se denominan ?vacíos? (?gaps?) y algunas personas deciden comprar una póliza Medigap para cubrir copagos, coseguros, deducibles y otros gastos en efectivo. Durante los últimos años, ha

habido muchas revisiones en las leyes de Medicare acerca de la cobertura de los tratamientos ambulatorios. Según el plan Medicare del paciente, este puede ser responsable de un copago del 20 % si no tiene otro seguro disponible.

Medicaid

Medicaid es un programa de seguro de salud pagado por el gobierno federal y los gobiernos estatales y administrado por cada estado. Cubre a personas que reúnen los requisitos por ser mayores, ciegas o discapacitadas, así como a determinadas personas en familias con hijos dependientes. Cada estado opera el programa en forma individual y determina quién es elegible y qué servicios están cubiertos en ese estado específico.

Para obtener más información sobre Medicare y Medicaid, visite www.cms.gov [5]. También puede encontrar información sobre Medicare en www.medicare.gov [6]. Visite www.cuidadodesalud.gov [7] para obtener información completa acerca de los cambios realizados en Medicare y Medicaid bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Mercados de seguro de salud

El 1 de octubre de 2013, los mercados de seguro de salud, o intercambios, abrieron las inscripciones. Creados como parte de la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible 2010, los intercambios representan una forma nueva mediante la cual los individuos y las familias pueden elegir y adquirir un seguro de salud. Según dónde viva usted en los Estados Unidos, puede comparar diferentes planes de seguro de salud y precios y encontrar el más conveniente para usted. Para las personas que actualmente no tienen seguro de salud o no están cubiertas por un empleador, este mercado puede resultarles útil. Para 2014, el período de inscripción abierta se extiende hasta el 31 de marzo de 2014. Para la cobertura que comienza en 2015, el período de inscripción abierta se extiende desde el 15 de noviembre de 2014 al 15 de enero de 2015.

Para analizar y comparar planes de seguro de salud y obtener más información, visite el recurso oficial de mercados de seguro de salud, www.cuidadodesalud.gov [7] o llame al 800-318-2596 (TTY: 855-889-4325). También puede suscribirse en HealthCare.gov para recibir opciones y actualizaciones del seguro de salud por correo electrónico y mensajes de texto. Otros recursos que pueden ayudarlo a comprender más sus opciones de seguro bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible incluyen Asegura Tu Salud [8] y Cancer Insurance Checklist [9].

Ejemplos de seguros

Comprender los beneficios y las limitaciones de su póliza de seguro puede resultar una tarea compleja, pero es importante aprender exactamente qué proporciona su cobertura. Los siguientes ejemplos ayudan a ilustrar cómo funcionan los copagos, el coseguro y los deducibles. Le recomendamos firmemente que hable con un representante de su proveedor de seguros, quien podrá explicarle los detalles de su plan específico.

Ejemplo N.° 1: Copagos

Anna necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. Smith y el Dr. Jones. El Dr. Smith

cobra $100 la visita y el Dr. Jones cobra $500 la visita. Si el seguro de Anna requiere que ella abone un copago de $20 por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo en las citas?

Respuesta:

Anna pagará $20 en cada consultorio médico ($40 en total). Dado que un copago es una cantidad fija de dinero, el pago del paciente no depende de la cantidad de la cuenta.

Ejemplo N.° 2: Coseguro

Martin necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. Andrews y el Dr. Adams. El Dr. Andrews cobra $100 la visita y el Dr. Adams cobra $500 la visita. Si el seguro de Martin establece que él debe abonar un coseguro del 20 % por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo por las citas?

Respuesta:

Multiplique cada tarifa por el porcentaje del coseguro.

- El pago de Martin al Dr. Andrews será de $20, ya que $100 x 20 % = $20
- El pago de Martin al Dr. Adams será de $100, ya que $500 x 20 % = $100

Ejemplo N.° 3: Coseguro y deducibles

Supongamos que Kathy tiene un deducible de $2,000 por año y su coseguro para una visita al hospital es del 20 %. Hace poco se sometió a una cirugía que le costó $10,000. ¿Cuánto tiene que pagar en efectivo?

Respuesta:

PASO 1. Reste el deducible del total de la tarifa: $10,000 ? $2,000 = $8,000.

PASO 2. Multiplique la diferencia por el porcentaje de coseguro: $8,000 x 20 % = $1,600. Esto da como resultado la cantidad de coseguro de Kathy.

PASO 3. Sume el deducible ($2,000) y la cantidad del coseguro ($1,600) para obtener la cantidad total que deberá pagar Kathy: $2,000 + $1,600 = $3,600.

Otros tipos de seguro

Aunque el seguro de salud cubre algunos de los costos de la atención del cáncer, no se cubren otros costos. Muchos de estos gastos adicionales pueden estar cubiertos si usted ha adquirido otros tipos de seguro.

Seguro complementario. Una póliza de seguro complementaria ayuda a cubrir los gastos no cubiertos por su seguro primario o los costos que paga como parte de su plan existente. Esta póliza generalmente cubre deducibles, un coseguro, copagos y otros gastos en efectivo. También puede ofrecer beneficios adicionales, como compensación por la pérdida de ganancias debido a ausencias en el trabajo.

Seguro por discapacidad. Reemplaza los ingresos perdidos por la imposibilidad de trabajar debido a lesiones o enfermedades a largo plazo. Dicha cobertura se suele proporcionar a través de su empleador o de programas patrocinados por el gobierno, aunque también están disponibles las pólizas individuales.

Seguro de indemnización hospitalaria. Proporciona cobertura limitada para estancias hospitalarias, normalmente una cantidad fija por día, hasta una duración máxima de la estancia. Las personas pueden decidir comprar este tipo de seguro si su plan de seguro básico limita la cobertura de la atención hospitalaria.

Seguro de atención a largo plazo. Dado que la mayoría de los planes de seguros privados básicos y Medicare normalmente proporcionan cobertura muy limitada para la atención a largo plazo, como el cuidado en una clínica de reposo, algunas personas eligen obtener cobertura adicional para compensar los costos de dicha atención.

Impuestos

Algunos gastos médicos no cubiertos por el seguro, incluido el millaje para viajes hacia y desde las citas, los medicamentos recetados y las comidas durante visitas médicas prolongadas, se pueden deducir de los impuestos federales sobre la renta. Un asesor de impuestos puede ayudarlo a aclarar estas normas.

Más información

Comprensión de los costos relacionados con la atención del cáncer [10]

Recursos financieros [11]

Manejo de su atención [12] (en inglés)

Recursos adicionales

Allsup [13]

Sociedad Estadounidense del Cáncer (American Cancer Society): Seguro de salud y ayuda financiera para el paciente con cáncer [14]

Cancer*Care*: Fuentes de asistencia financiera [15]

America's Health Insurance Plan (AHIP): asuntos tratados [16] (en inglés)

Links:

[1] http://www.cancer.net/node/26081
[2] http://www.cancer.net/about-us
[3] http://www.cancer.net/node/26076
[4] http://www.cancer.net/node/26086
[5] http://www.cms.gov/
[6] http://es.medicare.gov/
[7] https://www.cuidadodesalud.gov/es/
[8] http://www.aseguratusalud.org/
[9] http://www.cancerinsurancechecklist.org/es/
[10] http://www.cancer.net/node/18390
[11] http://www.cancer.net/node/18393
[12] http://www.cancer.net/node/25015
[13] http://www.allsup.com/espanol
[14] http://www.cancer.org/espanol/servicios/comobuscarypagarporeltratamiento/aspectosfinancierosylegales/fragmentado/seguro-de-salud-y-ayuda-financiera-para-el-paciente-con-cancer-thinking-about-costs-cancer-treatment
[15] http://www.cancercare.org/espanol
[16] http://www.ahip.org/Issues/