

SABIDURÍA SOBRE LOS SEGUROS DE SALUD

SEGUROS DE SALUD 101



El seguro de salud, al igual que otras formas de seguro, ayuda a protegerlo de los altos costos y el riesgo financiero. Si está enfermo o lesionado y utiliza los servicios de un médico, hospital u otro proveedor de atención médica, el seguro médico puede ayudarle a pagar el costo de esos servicios.

Hay formas asequibles para que muchos consumidores compren un seguro de salud. También hay requisitos para los planes de seguro. Estos requisitos incluyen mandatos tanto para los consumidores como para las aseguradoras. Especifican los derechos y protecciones para los consumidores, así como los artículos y servicios que los planes de seguro de salud, o contratos, deben incluir. Aunque estos requisitos para los planes de seguro de salud estandarizan los beneficios que se ofrecen, la forma en que funciona el seguro de salud sigue siendo confusa para muchos consumidores.

REQUISITOS

En la actualidad, existen protecciones y requisitos para el consumidor relacionados con los seguros de salud. En primer lugar, aunque se ha derogado la multa fiscal por no tener seguro médico, sigue siendo una buena idea que todos tengan un seguro médico. Muchas personas tienen seguro a través de sus trabajos, a través de una póliza privada (incluyendo COBRA) o a través de un programa público (Medicare, KanCare, VA, TRICARE o Servicio de Salud *Indian Health Service*). Otros pueden obtener cobertura a través del mercado de seguros médicos.

En segundo lugar, las aseguradoras de salud están obligadas a cubrir a todos. **No pueden** negar la cobertura a ninguna persona que quiera comprar una póliza.

En tercer lugar, los empleadores grandes deben ofrecer cobertura de seguro médico a sus empleados. La implementación comenzó en 2015 para empleadores con 100 o más empleados y en 2016 para empleadores con 50 a 99 empleados.

PROTECCIONES PARA EL CONSUMIDOR

Ahora se requieren nuevas protecciones para el consumidor en los planes de seguro de salud. Las protecciones incluyen las características siguientes.

- A nadie se le puede negar el seguro por ninguna razón (no financiera), incluso si tiene una condición preexistente.
- Nadie puede perder el seguro si está enfermo.
- Se garantiza la renovación de todas las pólizas si las primas se pagan a tiempo. Si no paga sus primas, la compañía de seguros puede cancelar su póliza.
- No hay límites máximos anuales o de por vida para la cobertura de beneficios esenciales.
- Hay cobertura para un rango de beneficios o prestaciones esenciales, incluyendo servicios preventivos.
- Hay límites sobre cuánto puede costar el seguro y cuánto pueden aumentar los costos de las primas de un año a otro.

EL CONTRATO DE SEGURO DE SALUD

Una póliza de seguro de salud es un contrato legalmente vinculante entre la compañía de seguros y el asegurado. El contrato tiene un lenguaje específico que detalla cómo funcionará la póliza. Por ejemplo, suele abarcar un periodo de un año y se puede renovar anualmente. La póliza también describe los beneficios cubiertos y cuánto pagará en primas y otros costos. Puede indicarle que busque atención médica a través de un conjunto específico de proveedores de atención médica llamado red.

Lo que está cubierto. La póliza detalla los tipos de servicios de atención médica, o beneficios, que están cubiertos y los que están excluidos. Todas las pólizas ahora deben cubrir lo que se conoce como “10 beneficios de salud esenciales”. Estos



SEGUROS DE SALUD 101



son los tipos de servicios que generalmente están cubiertos en la mayoría de las pólizas de empleadores grandes.

Aunque se denominan beneficios, en realidad son artículos y servicios dentro de 10 categorías. Éstos son:

- Atención ambulatoria
- Visitas a la sala de emergencias
- Hospitalización
- Cuidados antes y después de que nazca su bebé
- Servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias
- Medicamentos recetados
- Servicios y dispositivos para ayudarlo a recuperarse si se lesiona o tiene una discapacidad o una afección crónica
- Pruebas de laboratorio
- Servicios preventivos y de bienestar, y atención para el manejo de una enfermedad crónica
- Servicios pediátricos para niños menores de 19 años, incluyendo cuidado dental y de la vista (aunque es posible que no estén cubiertos en todas las pólizas ofrecidas por la aseguradora, estarán cubiertos en algunas de las pólizas)

Los servicios preventivos deben estar cubiertos sin costo directo para el consumidor más allá de la prima de su seguro médico. Las pólizas pueden cubrir más que estos beneficios esenciales, pero las pólizas generalmente no cubren todos los tipos de atención médica. Pueden excluir procedimientos y servicios específicos. Cualquier exclusión de la póliza debe estar claramente especificada en la póliza. Las exclusiones comunes incluyen cuidado de la vista y dental (excepto para niños), cuidado en el hogar y cirugía estética.

Pagando por la cobertura y la atención. El seguro de salud ayuda a disminuir la preocupación por las grandes facturas médicas, pero hay costos. Usted paga algunos de los costos de su atención médica y la compañía de seguros paga algunos. Al igual que con otros tipos de seguros, el seguro de salud implica primas, deducibles y diferentes tipos de copagos. Cuantos más beneficios acuerde proporcionar la compañía de seguros, mayor será la prima que deberá pagar por adelantado por esa cobertura mejorada.

Las primas deben pagarse ya sea que use o no su seguro.

Por lo general, se pagan mensualmente, pero se pueden pagar trimestral o anualmente. La falta de pago es una razón para que se cancele una póliza. Las primas se establecen en función de la cantidad de cobertura que está comprando. Las pólizas más integrales tienen primas más altas. Dependiendo de cómo obtenga el seguro médico, es posible que usted sea responsable de la prima total o que su empleador pague la totalidad o una parte de ella. Algunas familias pueden calificar para subsidios fiscales que ayudan a pagar sus primas de seguro médico.

Cuando paga deducibles, coaseguros y copagos, está compartiendo los costos de la atención médica con su aseguradora. A esto se le llama costos compartidos.

Un deducible es uno de los métodos de costos compartidos. El deducible es la cantidad que debe pagar antes de que su plan de seguro médico comience a pagar cualquiera de sus gastos de atención médica. Es posible que su deducible no se aplique a todos los servicios. Puede ser diferente según el proveedor que utilice. Es importante entender cómo se calcula el deducible. En algunas pólizas, se debe cumplir con el deducible de toda la familia antes de que comiencen otros tipos de costos compartidos. En otras pólizas, cada miembro de la familia solo necesita cumplir con su deducible individual antes de que comiencen otros tipos de costos compartidos.

Después de cumplir con los requisitos de su deducible, hay dos maneras adicionales en que usted y la compañía de seguros comparten los costos de su atención médica. Uno es el coaseguro y el otro es el copago. Una póliza puede incluir ambos tipos de costos compartidos.

El coaseguro es su parte del costo de los servicios cubiertos. Es posible que comparta los costos de los servicios en forma porcentual. Es posible que tenga una póliza en la que pague el 20 por ciento del costo de cada servicio y su aseguradora pague el 80 por ciento. El monto del coaseguro a menudo se factura, por lo que lo pagará después de haber recibido los servicios.

Cuando tiene un copago, paga una cantidad fija, en lugar de un porcentaje, por un servicio cubierto. Por ejemplo, puede pagar \$20 por cada visita a su médico de cabecera y \$10 por una receta de medicamento genérico. Los copagos generalmente se pagan en el momento del servicio.

Todas las pólizas ahora deben tener un gasto máximo de bolsillo anual. El desembolso máximo

SEGUROS DE SALUD 101



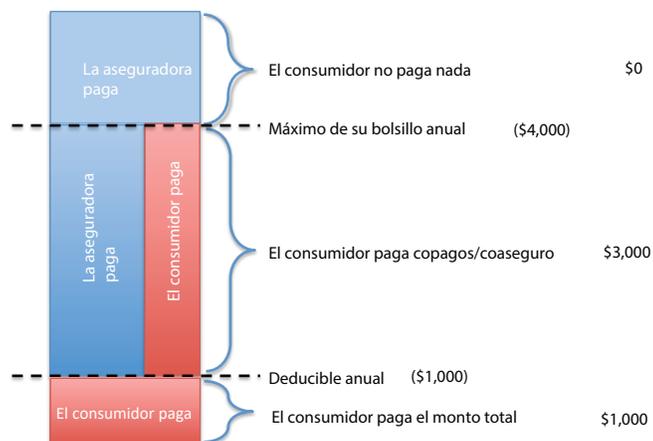
anual es lo máximo que tendrá que pagar por los servicios de salud cubiertos en un año determinado, además de la cantidad que paga por las primas. Los costos de las primas NO están incluidos al calcular los gastos máximos de su bolsillo.

Cada vez que usa un servicio, acumula cargos por servicios de atención médica que se aplican a su deducible para ese año. Una vez que se alcanza el deducible, usted paga cierto nivel de coaseguro o copago hasta que alcance su máximo o límite anual de gastos de bolsillo. Después de haber pagado una cantidad igual a su límite de gastos de bolsillo, ha pagado el máximo que su póliza requiere que pague por ese año (ver la Figura 1). La mayoría de las personas nunca usarán tanta atención médica, por lo que es probable que pague menos de su bolsillo en un año determinado. Todos los siguientes gastos de atención médica cubiertos, para ese año, son responsabilidad de la compañía de seguros.

Para los planes vendidos en el mercado de seguros de salud, el desembolso máximo para el 2025 se establece en \$9,200 para un plan individual y \$18,400 para un plan familiar. Su límite de gastos de bolsillo puede ser menor que esa cantidad, pero no puede ser mayor.

¿Quién presta los servicios? La mayoría de los planes tienen una red de proveedores. Para administrar los costos, las aseguradoras negocian los precios y contratan a diferentes médicos, hospitales, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica para los servicios de esos proveedores. Esos proveedores están entonces dentro de la red.

Figura 1: Ejemplo de costo compartido del plan de salud



La póliza puede requerir que usted vea solo proveedores de la red, o puede requerir que pague más de los cargos si usa un proveedor que no está en la red. En algunos casos, la compañía de seguros no pagará ninguno de los costos si usted utiliza un proveedor fuera de la red. Para mantener sus costos lo más bajos posible, es mejor consultar solo a los proveedores de la red (Ver la Figura 2).

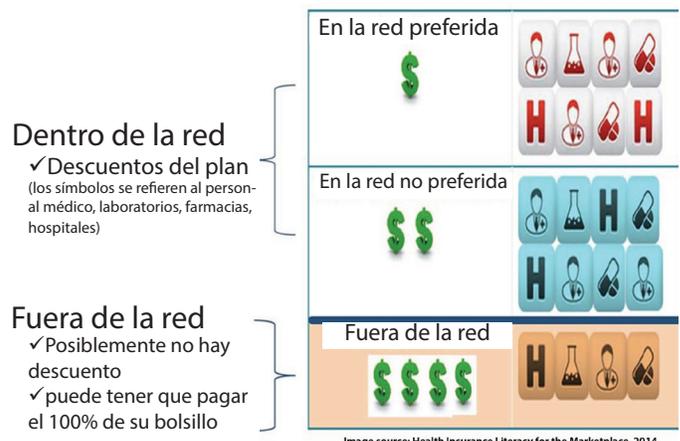
COMPRANDO EN EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS

Si aún no tiene cobertura de seguro médico a través de su empleador o a través de uno de los programas públicos (Medicare, KanCare, TRICARE, VA, Servicio de Salud Indian Health Service), puede comprar un plan en el mercado privado de una compañía de seguros o agente de seguros. También puede comparar entre los planes que se ofrecen en su área a través del mercado de seguros de salud. Si compra en el mercado de seguros de salud, dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir subsidios para ayudar a pagar la prima y algunos gastos de bolsillo.

El mercado de seguros de salud se encuentra en healthcare.gov. Usted es elegible para comprar un plan de salud calificado en el mercado del estado en el que vive, si es ciudadano de los Estados Unidos o residente legalmente presente en los EE. UU. y no está en prisión o en la cárcel.

Tipos de planes. Los planes ofrecidos a través del mercado de seguros de salud se dividen en cuatro categorías: bronce, plata, oro y platino. Todos estos planes ofrecen el mismo conjunto de beneficios de salud

Figura 2: Diferencias entre obtener servicios dentro de la red y fuera de la red



SEGUROS DE SALUD 101



esenciales, aunque algunos pueden ofrecer beneficios adicionales.

Los costos totales de los planes en cada categoría variarán, pero en general, los planes con primas más bajas tendrán costos de bolsillo más altos. Por ejemplo, los planes de nivel bronce tienden a tener las primas mensuales más bajas, pero los costos de bolsillo más altos. Los planes bronce pagan en promedio alrededor del 60 por ciento del costo de proporcionar beneficios esenciales a los asegurados. Los planes de nivel bronce pueden ser buenos para las personas que están relativamente sanas y que no necesitan mucha atención médica ni medicamentos recetados.

Por lo general, los planes con primas más altas tendrán costos de bolsillo más bajos. Los planes de nivel platino tienden a tener las primas mensuales más altas y los costos de bolsillo más bajos. Los planes platino pueden ser los más apropiados para aquellos que creen que usarán un alto nivel de servicios de atención médica o que desean pagar costos de bolsillo más bajos.

La cantidad y el tipo de planes ofrecidos varían según el estado. También pueden variar según el condado dentro de un estado.

Ciertos consumidores califican para comprar planes con deducibles altos llamados planes catastróficos. Están disponibles para los menores de 30 años, o para los mayores de 30 años que califican para una “exención por dificultades”. Las exenciones por dificultades se otorgan

en función de los ingresos y otros factores. Obtenga más información sobre las exenciones por dificultades en [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov).

Asistencia económica a las familias. Algunas familias de ingresos bajos y medianos son elegibles para recibir asistencia para pagar sus gastos de seguro médico si compran un plan a través del mercado de seguros médicos. Un tipo de asistencia es un crédito fiscal de asistencia para primas. Aquellos que califican pagan primas mensuales más bajas.

Otro tipo de asistencia es la reducción de los gastos compartidos. Aquellos que califican pagan deducibles, copagos y coaseguros más bajos si se inscriben en un plan dentro de la categoría o nivel plata.

Los ingresos y el tamaño de la familia determinan quién califica para estos dos tipos de asistencia financiera. Cuando compre un seguro a través del mercado de seguros médicos, se tomará una determinación sobre su elegibilidad para los créditos fiscales para las primas o la reducción de costos compartidos.

El seguro de salud puede ser confuso para muchos consumidores. Tener un seguro de salud puede ayudar a disminuir la preocupación por las grandes facturas médicas. Es importante comprender qué cubre su póliza, cómo comparte los costos con su compañía de seguros y qué proveedores están en su red.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Elizabeth Kiss, Ph.D.
Profesora y especialista de extensión
dekiss4@ksu.edu



Health Insurance Smarts (Sabiduría sobre los seguros de salud) fue creado en 2013 por un equipo de profesionales de la Investigación y Extensión de K-State. Los miembros del equipo fueron: Elizabeth Kiss, profesora asistente y especialista de extensión; Erin Petersilie, agente de ciencias familiares y del consumidor del distrito de Walnut Creek; Roberta Riportella, profesora de salud comunitaria de la Fundación de Salud de Kansas; Debra Wood, agente de administración de recursos familiares del Distrito Central de Kansas; Katie Allen, especialista en comunicaciones; Janie Dunstan, diseñadora gráfica; y Linda Gilmore, editora.

Las publicaciones de la Universidad Estatal de Kansas están disponibles en: bookstore.ksre.ksu.edu

La fecha mostrada es la de publicación o última revisión. El contenido de esta publicación puede ser reproducido libremente con fines educativos. Todos los demás derechos reservados. En cada caso, de crédito a Elizabeth Kiss, Ph.D., et al., *Sabiduría sobre los seguros de salud: Seguros de salud 101, Hoja Informativa*, Universidad Estatal de Kansas, enero de 2025.

Estación Experimental Agrícola y Servicio de Extensión Cooperativa de la Universidad Estatal de Kansas

La Investigación y Extensión de K-State es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. Emitido en apoyo del Trabajo de Extensión Cooperativa, Leyes del 8 de mayo y 30 de junio de 1914, en cooperación con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, el Director de Investigación y Extensión de K-State, la Universidad Estatal de Kansas, los Consejos de Extensión del Condado, los Distritos de Extensión. MF3188S rev. Enero 2025