

SABIDURÍA SOBRE LOS SEGUROS DE SALUD

SEGUROS DE SALUD 102



Hay nuevas formas asequibles para que muchos consumidores compren un seguro de salud. También hay nuevos requisitos para las pólizas de seguro de salud que estandarizan los beneficios ofrecidos. Sin embargo, saber cómo elegir la mejor póliza (también conocida como plan) para sus necesidades de salud, al mejor precio, puede ser confuso.

EL SEGURO DE SALUD ES UN CONTRATO

Una póliza de seguro de salud es un contrato legalmente vinculante entre una compañía de seguros y el asegurado (usted y los miembros de su familia). Ese contrato tiene un lenguaje específico que detalla cómo funcionará el contrato. Por lo general, cubre un período de un año y, por lo general, se puede renovar anualmente. La póliza proporciona detalles sobre los beneficios cubiertos y cuánto pagará. La mayoría de los planes de salud le indicarán que busque atención a través de un conjunto seleccionado de proveedores de atención médica. Este grupo de proveedores se denomina red.

Existen diferencias entre las pólizas de seguro de salud que incluyen: qué servicios de atención médica están cubiertos y cuáles están excluidos, qué proveedores están en la red y cuánto pagará por primas y otros costos. Si tiene más de un plan de seguro de salud para elegir, es útil tomarse el tiempo para estudiar estas diferencias antes de tomar una decisión.

Los tipos diferentes de planes de seguro de salud satisfacen necesidades diferentes. Es importante ver el resumen de beneficios para saber cuáles son las características del plan y cómo funcionan. También es importante entender los nombres de los tipos de planes. Una PPO (por sus siglas en inglés es una Organización de Proveedores Preferidos) es un tipo de plan en el que el asegurador

contrata a los proveedores y no restringe su uso de los servicios más allá de enviarlo a un proveedor contratado. Una HMO (por sus siglas en inglés es una Organización para el Mantenimiento de la Salud) también lo dirige a proveedores contratados, pero puede indicarle que consulte a un proveedor de atención primaria antes de ver a un especialista u otro proveedor. Un plan EPO (por sus siglas en inglés es una Organización de Proveedores Exclusivos) cubre los servicios solo si usted acude a médicos, especialistas u hospitales de la red del plan, excepto en caso de emergencia. Por último, con los planes POS (por sus siglas en inglés, son Puntos de Servicio) usted paga menos si utiliza médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica que pertenecen a la red del plan. Los planes POS también requieren que obtenga una referencia de su proveedor de atención primaria para ver a un especialista.

Para repasar cómo funciona el seguro y los detalles de las pólizas de seguro médico, es posible que desee revisar la información en otra hoja informativa de esta serie, *Seguros médicos 101* (MF3188S). Está disponible a través de la librería en línea de la Investigación y Extensión de K-State (bookstore.ksre.ksu.edu). Basta con buscar el título o el número de publicación.

ELIGIENDO UN PLAN

Revise los detalles de los planes disponibles para usted antes de tomar una decisión para que pueda elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades y las de su familia. Además, los planes de seguro médico cambian de un año a otro. Es importante revisar los detalles de los planes disponibles para usted cada vez que tenga la oportunidad de inscribirse en la cobertura de salud dentro del mercado de seguros de salud, a través de un empleador o fuera del mercado de servicios de salud. Se vuelve más fácil una



SEGUROS DE SALUD 102



vez que domina cómo tomar una decisión informada. Usted aprende a buscar ciertas características.

Incluso puede haber casos en los que usted y los miembros de su familia estén mejor con pólizas diferentes. Si bien esto puede ser complicado, si tiene la flexibilidad de comprar planes específicos para miembros individuales de la familia, a veces esa es la mejor opción. Por ejemplo, los adultos más jóvenes no suelen necesitar la misma cobertura que sus padres de mediana edad. Las pólizas para adultos jóvenes suelen ser mucho menos costosas, lo que puede hacer que las pólizas separadas sean una opción razonable. Los cónyuges también pueden tener diferentes opciones de seguro de salud a través de sus empleadores, y posiblemente diferentes necesidades de atención médica, por lo que puede ser prudente considerar diferentes pólizas.

¿Qué beneficios necesita? Cada persona tiene diferentes situaciones médicas. Algunas personas requieren más atención y servicios de salud, otras requieren menos. También es posible que sepa que corre el riesgo de tener necesidades particulares, como la atención médica en el hogar, por ejemplo. Es posible que sepa qué tipo de atención médica necesita ahora; algunas necesidades futuras no son predecibles. Lo mejor que puede hacer es planificar en función de las necesidades que sabe que tiene hoy.

Los paquetes de beneficios ofrecidos en las pólizas describen qué tipos de servicios de atención médica están cubiertos. Es probable que se mantengan más o menos iguales de un año a otro. La mayoría son beneficios obligatorios requeridos por la ley. Esto significa que ahora se requiere que la mayoría de los planes cubran el mismo conjunto básico de beneficios. Estos se conocen como los “10 beneficios esenciales para la salud”. Estos son los tipos de servicios que suelen estar cubiertos en las pólizas que ofrecen los empleadores grandes.

Aunque se denominan beneficios, en realidad son artículos y servicios dentro de 10 categorías. Ellos son: atención ambulatoria; viajes a la sala de emergencias; hospitalización; cuidados antes y después de que nazca su bebé; servicios de salud mental y trastornos por uso de sustancias; medicamentos recetados; servicios y dispositivos para ayudarlo a recuperarse si se lesiona o

tiene una discapacidad o condición crónica; pruebas de laboratorio; servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos para niños menores de 19 años, incluyendo atención dental y de la vista. Los servicios preventivos deben estar cubiertos sin costo directo para el consumidor más allá de la prima del seguro de salud.

Algunas pólizas brindan cobertura adicional y su familia puede tener necesidades especiales. Por lo tanto, es importante prestar atención a los paquetes de beneficios que se ofrecen en las pólizas que está considerando.

Una de las diferencias principales entre las pólizas de seguro son los medicamentos recetados que cubren. Puede encontrar los medicamentos que cubre el plan en una lista que la aseguradora llama “formulario de medicamentos”. Si ya está tomando medicamentos, es importante revisar la lista para ver que los medicamentos que usted y su médico prefieren estén en el formulario. Dado que estos formularios cambian de un año a otro, debe consultar esta lista cada vez que tenga la oportunidad de inscribirse en un nuevo plan de seguro de salud o renovar uno existente.

¿Qué proveedores de atención médica prefiere usar y cuáles puede usar? La mayoría de los planes ahora tienen redes específicas de proveedores. Para administrar los costos, las aseguradoras negocian con médicos, cirujanos, hospitales, farmacias, laboratorios y otros proveedores de atención médica los precios de los servicios de esos proveedores. Aquellos que llegan a un acuerdo con la aseguradora se denominan proveedores de la red. Es posible que la póliza requiera que use solo proveedores de la red. Si elige consultar a un proveedor que no está en la red, lo que se conoce como salirse de la red, es probable que la póliza cubra menos del costo del servicio y le exija que pague más o la totalidad del costo.

Para mantener sus costos lo más bajos posible, es mejor consultar a los proveedores de la red. Algunos planes pueden incluso ofrecer varias redes de proveedores y cobrar más para algunos y menos para otros. Esta es otra razón por la que es importante que conozca el estado de la red del médico y otros proveedores, incluyendo las farmacias, que prefiere usar. La selección de los proveedores de la red es otro aspecto que probablemente cambie de un año a otro. Las redes de

SEGUROS DE SALUD 102

proveedores también pueden cambiar durante el año. La aseguradora debe notificarle cuando un proveedor abandona la red, pero es poco lo que puede hacer cuando un proveedor de atención médica preferido y una compañía de seguros deciden separarse. Todavía está en el plan de salud, pero es posible que tenga que elegir proveedores nuevos. Para que no lo pille desprevenido, es importante revisar el estado de la red de sus proveedores preferidos cada vez que busque un servicio.

Si viaja regularmente fuera de su área local, es posible que desee inscribirse en un plan que incluya una red regional o nacional de proveedores. De esa manera, si necesita atención médica mientras está fuera de casa, no tendrá que pagar más por los servicios de proveedores fuera de la red.

Finalmente, tenga en cuenta que puede haber diferencias entre los planes disponibles para usted con respecto a si debe o no consultar a un proveedor de atención primaria antes de buscar los servicios de un especialista. Los proveedores de atención primaria, a menudo llamados médicos de familia, pueden ser médicos, enfermeras practicantes, obstetras o ginecólogos, pediatras o internistas generales.

En los planes que requieren que consulte a un proveedor de atención primaria antes de consultar con un especialista, el médico de atención primaria le da una derivación formal a un especialista después de determinar que necesita atención especializada. Algunos planes le permiten acudir a ciertos tipos de especialistas sin buscar primero una derivación o referencia. Otros le permiten ir directamente a un especialista sin el paso de obtener una derivación de un proveedor de atención primaria. Preste atención a estas diferencias en los planes si esto es importante para usted.

¿Qué costos se siente cómodo pagando? Sin seguro médico, usted y su familia serían responsables del costo total de todas sus necesidades de atención médica. Debido a que no puede saber exactamente cuáles serán sus necesidades de salud en el futuro, sería difícil presupuestar los costos de la atención médica sin seguro. Con el seguro de salud, usted comparte los costos de su atención médica con una compañía de seguros y otras personas en el plan. Le ofrece una forma más segura

y asequible de administrar sus gastos médicos porque puede anticipar sus costos.

Todas las pólizas de seguro de salud esperan que usted pague una combinación de primas, deducibles, coaseguros y copagos. Habrá diferencias entre las pólizas con respecto a cuánto pagará.

Las primas son el cargo fijo que paga por la póliza, independientemente de si usa o no su seguro. El monto de la prima puede variar mucho según la integralidad de la póliza y el monto de los costos compartidos. Las primas generalmente se pagan mensualmente, pero se pueden pagar cuatro veces al año o incluso solo una vez al año. La falta de pago de la prima es una razón para que se cancele una póliza. Usted puede ser responsable de la totalidad de la prima, o su empleador puede pagar la totalidad o una parte de ella. Si compra una póliza a través del mercado de seguros médicos, dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir subsidios para ayudar a pagar la prima y algunos de los gastos de su bolsillo.

Los deducibles son una forma en que usted y su compañía de seguros comparten los costos de su atención médica. El coaseguro y los copagos son dos formas adicionales.

El deducible es la cantidad que debe pagar antes de que su póliza de seguro de salud comience a pagar cualquiera de sus gastos de atención médica. Es posible que su deducible no se aplique a todos los servicios. Por ejemplo, es posible que se le aplique un deducible para medicamentos recetados y otro para visitas al consultorio. También puede tener diferentes deducibles para servicios dentro y fuera de la red. Cuando los miembros de la familia tienen más de una póliza, cada miembro de la familia generalmente debe cumplir con su deducible individual. Algunas pólizas tienen opciones para deducibles agregados, donde los gastos médicos de todos los miembros de la familia se incluyen en un deducible que la familia tiene que cumplir antes de que comiencen otros costos compartidos. Es importante comprender cómo se calcula y aplica el deducible en los planes que está considerando para comprender los costos totales de esos planes.

El coaseguro y los copagos son dos formas adicionales

SEGUROS DE SALUD 102



en que usted comparte el costo de su atención médica con la compañía de seguros. Una póliza puede incluir ambos tipos de costos compartidos. Por ejemplo, puede requerir un monto de coaseguro para los honorarios hospitalarios y copagos para los medicamentos recetados.

Cuando comparte costos con un coaseguro, usted paga un porcentaje de cada servicio utilizado. La póliza puede ser tal que usted pague el 20 por ciento del costo de cada servicio y el plan de seguro pague el 80 por ciento restante. Los montos de coaseguro a menudo se facturan, por lo que lo pagará después de haber recibido el servicio.

Cuando comparte los costos con copagos, usted paga una cantidad fija, en lugar de un porcentaje, por un servicio cubierto. Por ejemplo, la póliza puede requerir que pague \$20 por cada visita a su médico de familia o \$10 por una receta para un medicamento genérico, independientemente del gasto total de ese servicio o producto. Los copagos generalmente se pagan en el momento del servicio.

Todas las pólizas ahora deben tener un gasto máximo de su bolsillo anual. Para los planes vendidos en el mercado de seguros médicos, el gasto máximo de su bolsillo en 2025 se establece en \$9,200 para un plan individual y \$18,400 para un plan familiar. Su límite de gastos de su bolsillo puede ser menor que esa cantidad, pero no puede ser mayor.

Cada vez que se le cobra por usar un servicio de salud cubierto (visita al médico, análisis de laboratorio o medicamentos recetados, por ejemplo), acumula gastos de atención médica que se aplican a su deducible. Una vez que pague por los servicios de atención médica que equivalgan al monto de su deducible, ingresa a la siguiente fase de costos compartidos. Usted continúa compartiendo los costos con su plan de salud (a través de un coaseguro y copagos) hasta que alcance el monto máximo de gastos de su bolsillo especificado en la póliza. Una vez que alcance ese máximo, habrá pagado el máximo que su póliza requería que pagara por el año. Todos los siguientes gastos de atención médica son responsabilidad de la compañía de seguros. Es posible que aún tenga que pagar el cargo total por los beneficios

excluidos, aquellos tipos de servicios de atención médica que su plan de salud no cubre, por cualquier monto.

No todos los gastos de atención médica cuentan para los gastos máximos de su bolsillo. Las primas NO están incluidas al calcular los gastos máximos de su bolsillo. Los deducibles ESTÁN incluidos al calcular los gastos máximos de su bolsillo. Los pagos de costos compartidos (coaseguro y copagos) ESTÁN incluidos al calcular los gastos máximos de su bolsillo. Al calcular sus costos totales de atención médica para el año, comience por sumar el total de sus primas más los gastos máximos de su bolsillo (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). Luego, calcule el total de cualquier otro gasto de atención médica anticipado.

Si va a comprar un seguro de salud a través del mercado de seguros de salud, podrá elegir entre varias categorías de planes de salud. Las diferencias entre las categorías reflejan diferencias en la forma en que usted y la aseguradora compartirán los costos de la atención médica. Los planes de cada categoría (bronce, plata, oro y platino) pagan cantidades diferentes de los costos totales de la atención médica de una persona promedio. En otras palabras, las primas, los deducibles, el coaseguro, los copagos y los gastos máximos de su bolsillo de los planes variarán según la categoría. La calidad y la cantidad de atención que recibe no tiene nada que ver con estas categorías.

Hay varios planes disponibles en el mercado de seguros de salud en cada categoría. Cada plan tiene una combinación diferente de deducibles y costos compartidos. Los planes con primas más bajas, por ejemplo, en la categoría bronce, tendrán deducibles más altos y montos de costos compartidos. En promedio, el plan de salud pagará el 60 por ciento y el consumidor pagará el 40 por ciento. Las primas son más altas para los planes que cubren una mayor parte de los costos cuando un consumidor usa los servicios. En la categoría plata, por ejemplo, el plan de salud pagará el 70 por ciento en promedio, y el consumidor pagará el 30 por ciento. El porcentaje real que pagaría en un año determinado, en total o por servicio, dependería de los servicios reales que utilizó.

SEGUROS DE SALUD 102



Si compra en el mercado de seguros de salud, dependiendo de sus ingresos, puede ser elegible para recibir subsidios para ayudar a pagar sus primas y algunos gastos de su bolsillo. Vaya a <https://www.healthcare.gov/lower-costs/> para determinar si califica para recibir asistencia financiera al comprar un plan a través del mercado de seguros de salud.

El mercado de seguros de salud ofrece una categoría adicional de planes de seguro de salud. Estos son los planes de cobertura catastrófica, y solo están disponibles para personas menores de 30 años o aquellos que califican para una exención por “dificultades”. Los planes catastróficos comienzan a pagar la atención solo después de que usted haya pagado primero todos sus gastos de atención médica hasta el total del deducible..

SOPESANDO LOS COSTOS Y LOS RIESGOS

A medida que comienza a comparar entre las compañías de seguros y las pólizas disponibles para usted, el plan con la prima más baja puede o no ser su mejor opción. Si usted está relativamente sano y espera utilizar pocos servicios de salud, o si es una persona que se siente cómoda asumiendo riesgos, entonces puede decidir elegir una póliza con una prima baja. Es probable que dichos planes tengan los costos de su bolsillo más altos. Si elige una póliza con las primas más bajas, entonces debe estar preparado para pagar más de su bolsillo si inesperadamente utiliza más servicios de atención médica de lo que anticipó.

Si desea equilibrar el gasto regular de las primas con los gastos de su bolsillo de los servicios de atención médica, entonces es posible que desee considerar un plan con primas un poco más altas, pero costos de su bolsillo más bajos. En este caso, aún debe estar preparado para pagar los costos de su bolsillo si inesperadamente utiliza más servicios de atención médica de los que anticipó, pero el monto será menor que en el ejemplo anterior.

Si espera necesitar mucha atención médica durante el año o no se siente cómodo con un riesgo desconocido, entonces es posible que prefiera pagar una prima más alta por adelantado con la expectativa de costos de su bolsillo mucho más bajos cuando utilice los servicios

de atención médica. Comprar un plan que pague un mayor porcentaje de los costos totales de la atención médica de la persona promedio puede tener sentido si se siente más cómodo presupuestando los costos de la prima mensual que tratando de anticipar y presupuestar los gastos de su bolsillo.

Aquellos que son elegibles para comprar una póliza catastrófica con una prima baja pero un deducible muy alto deben estar preparados para asumir la mayoría de los costos diarios de la atención médica por su cuenta.

TOMANDO LA DECISIÓN

A la hora de elegir un plan de seguro de salud para usted y su familia, hay mucho que tener en cuenta. ¿Qué beneficios necesita? ¿Qué proveedores de atención médica prefiere usar y cuáles puede usar? ¿Qué costos se siente cómodo pagando? ¿Tiene un fondo de emergencia o para “días de escasez” para cubrir los gastos en caso de enfermedad, pérdida de empleo o recesión económica?

Todos estos factores deben tenerse en cuenta a la hora de decidir qué póliza se adapta mejor a sus necesidades. El plan adecuado para usted y su familia dependerá de su salud y su situación financiera.

Determine qué beneficios, además de los beneficios de salud esenciales cubiertos por todas las pólizas, son los más importantes para usted y su familia.

Consulte el formulario de medicamentos para sus medicamentos recetados y la lista de farmacias de la red cuando analice sus opciones.

Asegúrese de que los proveedores que desea usar estén en la red de proveedores del plan. Sopesa los costos no solo de la prima, sino también del deducible, el coaseguro y los copagos de los planes que está considerando.

Recuerde que no se le puede negar la cobertura de seguro médico debido a una condición preexistente. No le pueden cancelar una póliza porque está enfermo, ¡así que siga adelante y tome una decisión!

SEGUROS DE SALUD 102



TÉRMINOS IMPORTANTES

Costo compartido: Un tipo de acuerdo en el que su aseguradora y usted comparten los gastos de los servicios de atención médica cubiertos. Por lo general, esto incluye deducibles, coaseguros y copagos, pero por lo general no incluye los montos de facturación del saldo para proveedores fuera de la red, el costo de los servicios no cubiertos o las primas (el cargo fijo mensual que usted paga, independientemente de si usa su seguro). Sin embargo, los costos compartidos en Medicaid y CHIP incluyen primas.

Deducible: El tipo específico de costo compartido que ocurre antes que cualquier otro. Es la cantidad anual que usted debe por los servicios de atención médica que cubre su plan de seguro médico antes de que su aseguradora comience a pagar. Por ejemplo, si su deducible es de \$1,000, su aseguradora no pagará nada hasta que haya alcanzado su deducible de \$1,000 por los servicios de atención médica cubiertos sujetos al deducible en un año determinado. Es posible que el deducible no se aplique a todos los servicios.

Coaseguro: El tipo específico de costo compartido que se calcula como un porcentaje. Después de que pague lo suficiente para alcanzar su deducible anual, usted y su aseguradora comparten el resto de sus costos de atención médica durante el año, que se dividen en un porcentaje. Por ejemplo, en un acuerdo de coaseguro del 20 por

ciento, usted pagaría \$20 por cada factura de \$100. Un acuerdo de coaseguro del 50 por ciento significaría que usted pagaría \$50 por cada factura de \$100.

Copago: El tipo específico de costo compartido asignado como una cantidad fija. Por ejemplo, puede pagar \$15 cada vez que compre un medicamento recetado, independientemente del costo de ese medicamento. El monto fijo puede variar según el tipo de servicio de atención médica cubierto y puede o no requerir que primero cumpla con su deducible anual.

Red: Las instalaciones, proveedores y abastecedores con los que su aseguradora o plan de salud tiene un contrato para proporcionar servicios de atención médica.

Gastos máximos de su bolsillo / límite: Lo máximo que usted paga durante un período de póliza (generalmente un año) antes de que su seguro o plan de salud comience a pagar el 100 por ciento de los beneficios de salud esenciales cubiertos. Este límite debe incluir deducibles, coaseguros, copagos o cargos similares, además de cualquier otro gasto requerido de una persona para un gasto médico calificado bajo los beneficios de salud esenciales. Este límite no tiene que contar las primas, los montos de facturación del saldo para los proveedores fuera de la red, otros costos compartidos fuera de la red o el gasto en beneficios de salud no esenciales.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Elizabeth Kiss, Ph.D.

Profesora y especialista de extensión
dekiss4@ksu.edu



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 102, Hoja Informativa*, Universidad Estatal de Kansas, enero de 2025.

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.

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. **MF3189S rev. Enero 2025**