

Consumers Union® EDITORA DE CONSUMER REPORTS

La Ley de Cuidado Accesible: El primer año descubra qué significa la nueva

LEY PARA USTED Y PARA SU FAMILIA

Aclaración sobre el uso de esta guía: ¿Qué es un plan exento?

Usted encontrará referencias a planes "exentos" y "no exentos" (o nuevos). En términos sencillos, los planes exentos son aquellos que existían cuando se aprobó la ley de reforma de la atención médica el 23 de marzo de 2010 y que no han tenido reducciones significativas en los beneficios que les hicieran perder dicha condición. Si los planes pierden su condición de exentos, deben cumplir con las nuevas disposiciones descritas en esta guía. Hemos señalado los casos en los que las nuevas normas no se aplican a los planes exentos. Consulte a su aseguradora o a su representante de recursos humanos para obtener más información acerca de la condición de su plan.

FOTOGRAFÍAS DE: GARY PARKER TAPA Y P. 2 (right); BLAKE HUTSON TAPA Y P. 4; KAC IE JEAN TAPA Y P. 2 (left); WHITNEY CURTIS P. 3 (left); ROBERT GRANT P. 3 (right); CORTESÍA DE ED MORRIS P. 5



Qué sucede con la nueva ley de atención médica? ¿Qué hace, en realidad, por usted y por su familia? Si está confundido y desea conocer cuál es la realidad, tenga la seguridad de que no está solo.

Aquí es donde Consumers Union entra en juego. Desde su fundación hace 75 años, Consumers Union, la editora de Consumer Reports, se ha centrado en brindar a los consumidores información comparativa fácil de comprender,

a fin de que pudieran tomar las mejores decisiones del mercado. Sabemos de antemano que uno de los mercados con los que los consumidores tienen más inquietudes es el de la atención médica. Hemos estado especialmente motivados respecto de esta cuestión por las historias personales que hemos escuchado y por las encuestas que hemos llevado a cabo, en las que participaron personas reales con problemas reales. Estas personas quieren tener acceso a una atención médica accesible y segura, para ellos mismos y para sus familias. Efectivamente, seis de cada 10 estadounidenses que encuestamos en abril de 2009 manifestaron que estaban preocupados por quedar en la ruina a causa de una lesión o de un accidente. Y, de hecho, las facturas médicas catastróficas aún se encuentran entre las principales causas de quiebra o bancarrota en Estados Unidos.

La nueva ley de atención médica, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado Accesible, incluye varios beneficios claves para los consumidores que pueden ayudar a aliviar algunos de estos problemas. Pero necesita conocer estos beneficios y cuándo entran en vigencia, para aprovecharlos realmente.

Dado que nuestro sistema de atención médica actual es muy complejo, realizar grandes cambios lleva tiempo. Por ello, la nueva ley se introduce gradualmente, comenzando con su aprobación el 23 de marzo de 2010 y hasta el 1 de enero de 2014, momento en el cual todas sus partes deberían estar implementadas. Hemos creado esta guía para el consumidor a fin de ayudarlo a comprender sus opciones, después de un año de vigencia de la ley, de modo similar a lo que hicimos a los seis meses, y hemos incluido recursos en Internet, donde puede obtener más información confiable.

Esperamos que esta guía le resulte útil. Hay copias disponibles para descargar en nuestro sitio web, en www.ConsumerReportsHealth.org/insurance, y en español en www.ConsumerReportsenEspanol.org/salud.

Valoramos sus comentarios, su asociación y su colaboración, en nuestro trabajo conjunto para tratar sus inquietudes y para fomentar los intereses de los consumidores de atención médica de Estados Unidos.

im Guest

PRESIDENTE Y DIRECTOR EJECUTIVO Consumers Union Editora de Consumer Reports



"Ya no tenemos que perder horas de sueño preocupándonos por ir a la bancarrota cuando alcanzáramos el máximo de por vida en nuestra póliza de seguro de salud".

—Bill, de Santa Clara, Calif., quien hasta hace poco se estaba acercando rápidamente a un límite de por vida en su póliza para el tratamiento de la atrofia muscular-espinal de su hija.

Si tiene seguro de salud

Nuevos derechos de los pacientes

Los beneficios del seguro de salud están regulados en forma diferente en cada uno de los 50 estados, por lo que sus derechos dependerán de dónde vive. Estas nuevas normas otorgan a los pacientes nuevas protecciones y se aplican a todos los planes de todo el país, con algunas excepciones.

Cómo funciona:

- Las aseguradoras no pueden imponerle un límite de por vida en sus beneficios, lo que significa que usted no tiene que preocuparse por que su cobertura alcance el tope cuando más la necesita.
- Los límites de beneficios anuales también se están eliminando gradualmente, de \$750,000 a \$2 millones por año, antes de que sean derogados en 2014.
- Si no está de acuerdo con una decisión de su aseguradora acerca de los beneficios, hay nuevas apelaciones independientes que les otorgan a los consumidores una manera estándar y confiable de objetar las decisiones acerca de la cobertura.
- Las aseguradoras de salud no pueden cancelar su cobertura en forma arbitraria si usted se enferma.
- Usted puede obtener ahora atención preventiva, como exámenes anuales

y pruebas de detección de cáncer, sin ningún costo en efectivo.

La letra pequeña:

- Algunos planes recibieron exenciones temporales, que retrasaron el requisito de acabar con los límites de beneficios anuales.
- Acabar con los límites de los beneficios de por vida y anuales se aplica solo a los beneficios de salud

- "esenciales", como lo determina el gobierno federal.
- Las aseguradoras todavía pueden cancelar su póliza por fraude o por representar falsamente algo de manera intencional.
- Los nuevos derechos de apelación, atención preventiva gratuita y límites anuales eliminados gradualmente no se aplican a muchos de los planes exentos.

No se puede negar la cobertura a los niños enfermos

Cómo funciona:

- No se puede negar la cobertura a los niños menores de 19 años debido a su estado de salud.
- Las aseguradoras no pueden excluir la cobertura para el tratamiento relacionado con la afección preexistente de un niño.

La letra pequeña:

 Hasta 2014, las aseguradoras todavía pueden cobrar primas más altas

- para niños enfermos, por lo que es posible que el seguro para ellos no sea accesible.
- Las leyes estatales pueden restringir el acceso a nueva cobertura para niños enfermos a períodos específicos de inscripción abierta.
- Las aseguradoras, en algunos estados, han amenazado con dejar de vender pólizas exclusivas para niños.



Si no está asegurado o si pierde su cobertura

Aproximadamente, 50 millones de estadounidenses no están asegurados, en parte debido a la reciente recesión y a los despidos que se produjeron en consecuencia. Los cambios recientes ayudan a ampliar la cobertura a determinados grupos, pero las reformas que extenderán la cobertura a millones más de estadounidenses no comenzarán hasta el año 2014.

Ampliación de la cobertura de salud para adolescentes y adultos jóvenes

Cómo funciona:

- Los hijos de hasta 26 años pueden permanecer en el plan de seguro de salud de uno de sus padres.
- Su empleador no puede cobrarle una prima de seguro de salud diferente por sus hijos adultos de la que cobra por sus hijos menores.

La letra pequeña:

• No es necesario que su hijo dependa económicamente de usted. Tampoco

- es necesario que viva con usted ni que esté desempleado o soltero, ni que sea estudiante.
- Hasta el año 2014, si usted está en un plan "exento", su hijo sólo califica si no tiene una oferta de seguro de salud a través de un empleador.
- La cobertura para los hijos de hasta 26 años no se extiende a un cónyuge o a un hijo de su hijo adulto.





Planes para personas a las que se les negó cobertura por afecciones médicas preexistentes

Cómo funciona:

- Hay cobertura disponible a través del nuevo Plan de seguro por afecciones preexistentes (PCIP, por sus siglas en inglés) si ha estado sin seguro durante, al menos, seis meses y se le ha negado cobertura debido a una afección preexistente.
- Las primas varían según la edad (pero no según la condición de salud) y están vinculadas a tasas promedio para personas sanas en su estado.
- www.PCIP.gov lo conectará con el programa en su estado.

La letra pequeña:

- Sus costos en efectivo variarán de acuerdo con el estado, pero todas las opciones incluyen cobertura integral sin costos en efectivo para atención preventiva.
- Las primas no se basan en los

ingresos, por lo que un PCIP podría de todos modos no ser accesible para algunas personas.

¿TIENE UNA CUENTA DE AHORROS DE SALUD LIBRE DE IMPUESTOS?

A partir de 2011, usted debe tener una receta, incluso para medicamentos de venta libre, para comprar fármacos a través de una Cuenta de ahorros de salud o una Cuenta flexible de gastos libre de impuestos.

Pero usted de todos modos puede utilizar su cuenta libre de impuestos para pagar gastos como deducibles, copagos y servicios que su plan de salud no reembolsa, tales como atención odontológica o anteojos.

Nuevos recursos para ayudarlo a obtener cobertura

Programas de asistencia a los consumidores:

- Los subsidios federales están ayudando a 35 estados a brindar asistencia práctica a más personas que buscan cobertura.
- Usted puede obtener ayuda para buscar cobertura, presentar quejas y obtener más información acerca de sus derechos.
- Encuentre el programa de su estado en www.healthcare.gov/law/provisions/cap/index.html.

El nuevo sitio web en www. Healthcare.gov facilita las compras:

- Encuentre qué planes de seguro privados, programas públicos y servicios comunitarios están disponibles para usted.
- Compare fácilmente precios y opciones de cobertura en su área.

Cambios de Medicare

Medicare es el programa de atención médica de nuestra nación para personas de la tercera edad y para personas con discapacidades, financiado con dólares de los contribuyentes. Aproximadamente, 36 millones de estadounidenses están cubiertos por Medicare tradicional y 11 millones más están inscritos en planes privados Medicare Advantage, que reciben financiamiento federal. Aproximadamente, 4 millones de inscritos en Medicare entrarán en el "período sin cobertura" (doughnut hole) en 2011, dado que tienen gastos por medicamentos superiores a \$2,530.

Cómo funciona:

- Servicios preventivos sin ningún costo: Los beneficiarios de Medicare tradicional ya no tienen que pagar ningún costo en efectivo por servicios preventivos, como mamografías, colonoscopías, vacunaciones y exámenes físicos anuales.
- **Descuentos en medicamentos:** Si usted entra
 en el "período sin cobertura" y tiene
 que pagar el precio total por sus
 medicamentos, obtendrá un descuento
 del 50% en medicamentos de marca y
 un descuento del 7% en medicamentos
- genéricos en 2011. Estos descuentos aumentarán cada año hasta que se elimine el período sin cobertura en forma completa en 2020.
- Un mejor pago mejora el acceso a proveedores de atención primaria: Los médicos, los enfermeros practicantes y los asistentes de médicos recibirán una bonificación del 10% por proporcionar atención primaria. Los cirujanos generales de áreas con un acceso insuficiente a los servicios también obtendrán una bonificación del 10%.

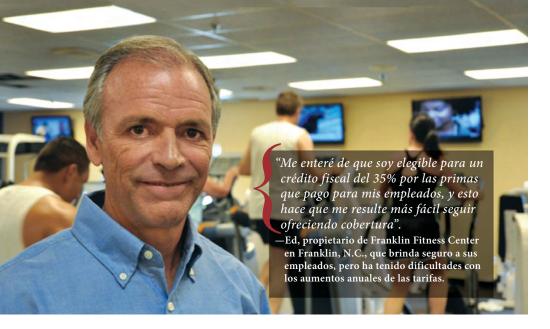


 Más recursos para combatir el fraude: Nuevas normas entran en vigencia para evitar que los malos proveedores y abastecedores médicos participen en el sistema de Medicare y los nuevos recursos fortalecerán el cumplimiento frente a aquellos que intenten abusar de Medicare.

La letra pequeña:

- Servicios preventivos sin ningún costo: Los planes de Medicare Advantage no tienen que ofrecer este nuevo beneficio, pero muchos de ellos ya lo hacen.
- Cambios de Medicare Advantage: Los pagos adicionales de Medicare que los planes de seguro privados de Medicare Advantage han estado recibiendo se eliminarán gradualmente en los próximos años, a partir de 2011. Eso podría cambiar sus beneficios o sus costos en efectivo si usted está en alguno de estos planes. Pero el 76% de las personas que reciben Medicare no pagarán

- estos costos adicionales, y los planes Advantage que brindan atención de alta calidad recibirán pagos de bonificaciones.
- Las personas de la tercera edad con ingresos altos pagarán más por servicios bajo la Parte B: Si su ingreso individual es mayor de \$85,000, o de \$170,000 para las parejas, pagará más por su prima mensual para su cuidado médico/paciente ambulatorio (conocido como Parte B). Una persona de la tercera edad que gana más de la cantidad límite pagará primas de \$161.50 a \$369.10 al mes. En el 2011, un adulto mayor que esté debajo del límite pagará entre \$96.40 y \$115.40. A partir de 2011, las primas de los medicamentos de venta con receta (Parte D) también estarán asociadas a esos niveles de ingresos.
- Para obtener más información: Visite Medicare.gov



Cambios para empleadores pequeños

Créditos fiscales para pequeñas empresas

Cómo funciona:

- Los empleadores pueden recibir un crédito fiscal por un máximo del 35% de lo que gastan en cobertura para sus empleados (25% para las organizaciones sin fines de lucro).
 El 1 de enero de 2014, este crédito fiscal aumenta al 50% (35% para las organizaciones sin fines de lucro).
- Las empresas deben tener menos de 25 trabajadores a tiempo completo, pagar salarios promedio de menos de \$50,000 y cubrir, al menos, el 50% de las primas de los empleados.

La letra pequeña:

- Las primas para los propietarios de pequeñas empresas y sus familias no reúnen los requisitos para recibir el crédito fiscal.
- Los créditos fiscales varían; consulte los detalles en www.irs.gov/pub/irs-utl/3_simple_steps.pdf.

Nuevos requisitos de informe

Cómo funciona:

 Para ayudar a pagar la reforma del sistema de salud, las nuevas normas aumentan el cumplimiento de las obligaciones impositivas al requerir a las empresas que informen al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) sobre los pagos de bienes y de servicios superiores a \$600.

La letra pequeña:

- A este cambio impositivo, a menudo, se la denomina como el formulario que se usa generalmente para informar estos pagos: Formulario 1099.
- La legislación pendiente busca anular o modificar esta disposición.
 Se calcula que una anulación total provocaría una pérdida de ingresos de, aproximadamente, \$19,000 millones entre 2012 y 2022.

Nueva ayuda para los costos de atención médica

Primas para la atención médica, no a la burocracia

Prácticamente, la mitad de los consumidores que compran su propio seguro tienen planes que gastan más del 25% de todos los dólares de las primas en costos administrativos.

Cómo funciona:

- A partir de 2011, muchas compañías de seguros deben informar públicamente cuánto gastan en costos de atención médica y en costos administrativos.
- Si usted obtiene su seguro a través de un empleador grande u otro grupo grande, su aseguradora debe gastar, al menos, el 85% de las primas en atención médica o reembolsarle la diferencia.
- Si está cubierto a través de un empleador pequeño o compra seguro por su cuenta, las aseguradoras deben gastar, al menos, el 80% de las primas en atención médica.
- Los reembolsos adeudados por las primas de 2011 deben pagarse antes de agosto de 2012.

La letra pequeña:

- Pregunte a su empleador si su seguro de salud es autofinanciado. Esos tipos de planes no tienen que cumplir con este nuevo umbral, pero la mayoría ya lo cumplen.
- Algunos estados en los que las aseguradoras tienen costos administrativos muy altos pueden pedir que el nuevo estándar se introduzca gradualmente. Consulte al Departamento de Seguros de su estado para averiguar si se ha otorgado una exención a su estado.
- A los empleadores y las aseguradoras que ofrecen pólizas con coberturas muy limitadas se les podría otorgar, al menos, un año adicional antes de estar sujetos a esta norma.

Justificar los aumentos de las tarifas

Los estados son responsables de revisar los aumentos de las tarifas de los seguros de salud. Pero muchos estados no inspeccionan detenidamente un aumento para asegurarse de que esté justificado.

Cómo funciona:

- A partir de 2011, las aseguradoras deben anunciar y justificar públicamente un aumento de las tarifas de más del 10% para las pólizas que cubren personas o pequeñas empresas.
- Los estados determinarán si el aumento no es razonable en función de los costos de atención médica y otros factores. Los estados pueden rechazar las tarifas si sus leyes les conceden la facultad de hacerlo. Si los estados no

pueden tomar esa determinación, el gobierno federal lo hará.

La letra pequeña:

- Esto se aplica solo a los planes no exentos y no otorga a los estados ni al gobierno federal nuevas facultades para rechazar aumentos no razonables.
- Es posible que los aumentos inferiores a este umbral del 10% no sean anunciados; eso será decisión de cada estado. Y, en 2012, el umbral podrá variar según el estado.