

Seguros médicos: Información básica

Para hacer frente a los potencialmente altos costos de la atención médica, las pólizas de seguro ofrecen cierta protección financiera. Muchas personas con seguro cuentan con cobertura bajo un plan por medio de su empleador (la empresa en la que trabajan ofrece las opciones y financia parcialmente el seguro). Por medio de algunas compañías puede obtenerse cobertura de seguro médico individual, aunque es más costosa. Las personas que no cuentan con seguro dependen de su propia habilidad de pago, de calificar para seguro gubernamental o de la atención que donan los médicos y las instituciones a personas que no pueden pagar. El ejemplar del 14 de marzo de 2007 de *JAMA* es un ejemplar temático sobre el acceso a la atención médica.

TIPOS DE COBERTURA DE LOS SEGUROS

El **seguro por indemnización** cubre algunos gastos médicos (usualmente como un porcentaje establecido del cobro) y permite que la persona seleccione a un médico o un hospital sin restricciones. Los pacientes son responsables de pagar la porción de la cuenta médica que el seguro no cubre. Este tipo de cobertura es cada vez menos común.

Las **organizaciones de mantenimiento de la salud** (HMOs) ofrecen cobertura de seguro, usualmente a través de un plan de menor costo por medio de empleadores. Las HMOs se basan en un médico de atención primaria para coordinar la atención que se brinda a una persona. Existen restricciones al elegir el médico, el hospital y otros servicios auxiliares. Para que se cubra la atención especializada, la remisión a especialistas debe provenir del médico de atención primaria. Los procedimientos y exámenes deben contar con la aprobación previa de la HMO para ser cubiertos por el plan.

Las **organizaciones de proveedores preferidos** (PPOs) son redes de médicos e instituciones que trabajan con una empresa específica de seguros. Los miembros de la red ofrecen atención a una tarifa negociada a las personas aseguradas por el plan. Para que usted reciba cobertura en un plan PPO, su médico (tanto de atención primaria como médicos especialistas) debe pertenecer a la red PPO. Si usted elige un doctor o un hospital que no pertenece al plan PPO (se dice que están fuera de la red), usted será responsable de una parte o del total del pago.

El **seguro gubernamental** como **Medicare** y **Medicaid** está disponible para ciertas personas bajo circunstancias específicas. Medicare es el plan de atención médica para ciudadanos de Estados Unidos de 65 años en adelante, personas con discapacidades y personas con insuficiencia renal crónica. La mayoría de las personas necesitan cobertura de un seguro secundario para ayudar con los gastos que Medicare no cubre. Recientemente, Medicare desarrolló cobertura de medicamentos recetados para apoyar a los ciudadanos de la tercera edad con el costo de ese tipo de medicamentos. Medicaid es un seguro médico para personas de muy bajos ingresos y para personas con discapacidades (si no califican para Medicare). En cada estado existen criterios estrictos para calificar para Medicaid.

Fuentes: Departamento del Trabajo de Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud, Centro Nacional de Información sobre Salud Mental

TÉRMINOS DE SEGUROS

- **Necesidad médica** se refiere a una determinación de que un tratamiento, examen o procedimiento es necesario para la salud de una persona o para tratar un problema médico diagnosticado. Los procedimientos estéticos, por ejemplo, no están cubiertos bajo las disposiciones de necesidad médica.
- **Copago** es un monto monetario especificado que el paciente debe pagar al médico o a la institución cada vez que solicita un servicio o una visita. Los copagos usualmente se requieren al momento del servicio y son establecidos por la aseguradora (típicamente una HMO o un PPO) como parte de la política.
- **Padecimientos preexistentes** son problemas médicos que una persona ya tiene al momento de comprar una póliza de seguro. Los padecimientos preexistentes no pueden ser cubiertos por las pólizas de seguros.
- **Las cuentas de ahorros médicos** (MSAs) permiten a las personas ahorrar dinero de su sueldo (muchas veces antes de impuestos) para utilizarse en gastos médicos. Estos gastos pueden incluir montos deducibles, copagos, gastos médicos no cubiertos (anteojos, cuidado dental, medicamentos con receta) o gastos que exceden los límites de la póliza.

Es importante leer su póliza con mucho cuidado y entender qué cubre. Puesto que usted será responsable de pagar las cuentas médicas que sean rechazadas por la compañía aseguradora, debe familiarizarse con lo que cubre o no cubre su póliza.

PARA MÁS INFORMACIÓN

- Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
877/267-2323
www.cms.gov
www.medicare.gov
- Centro Nacional de Información sobre Salud Mental
800/789-2647
www.mentalhealth.samhsa.gov

INFÓRMESE

Para obtener ésta y otras Páginas para Pacientes de *JAMA*, visite el Índice de Páginas para Pacientes en el sitio web de *JAMA*: www.jama.com. Muchas páginas están disponibles en inglés y en español.

Redacción: Janet M. Torpy, MD

Ilustración: Alison E. Burke, MA

Edición: Richard M. Glass, MD

La Página de *JAMA* para Pacientes es un servicio público de la revista *JAMA*. La información y las recomendaciones que aparecen en esta página son adecuadas en la mayoría de los casos, pero no sustituyen un diagnóstico médico. Para información específica relacionada con su situación personal, *JAMA* le sugiere que consulte a su médico. Los médicos y otros profesionales de la medicina pueden fotocopiar esta página sin fines comerciales para compartirla con sus pacientes. Para adquirir reimpresiones por volumen, llame al 203/259-8724.

