

# EL MES DE LA SALUD DE LAS MINORIAS

## COMO NAVEGAR EL SISTEMA DE SALUD EN LOS ESTADOS UNIDOS

Bienvenido a la iniciativa del mes de la salud de las minorías sobre la complejidad del sistema de salud en los Estados Unidos. Hemos analizado toda la información que usted necesita saber para mantener control sobre su asistencia médica.

## SEGUROS MÉDICOS/PAGOS

### Las categorías de seguros médicos

#### Tradicionales seguros médicos

- Generalmente los más caros
- Los más flexibles en el escogido de los proveedores de servicios médicos

#### Las organizaciones del mantenimiento de salud (HMOs)

- Pagos más baratos al tiempo de servicio (co-pagos)
- Cubrir los precios del cuidado preventivo
- El escogido restringido de los proveedores de servicios médicos

#### Las organizaciones de los proveedores preferidos (PPOs)

- Pagos más baratos al tiempo de servicio
- El escogido más flexible de los proveedores de servicios médicos [con respeto a los HMOs]

#### Los planes del sentido de servicios (los planes de POS)

- La combinación de los tradicionales seguros médicos y los HMOs para permitir el escogido en o fuera de la red
- Los proveedores que están en la red: la cobertura debajo de las reglas generales de los HMOs
- Los proveedores que no están en la red: usar el deducible (como los tradicionales) hasta el importe se alcance y el seguro médico paga por una porción de los gastos

## Tipos de pagos

---

### Pagos al tiempo de servicio (co-pagos)

- El importe de dinero que usted paga por los servicios médicos o las prescripciones

### Coaseguro médico

- Usted y el seguro médico dividen los gastos después del deducible se alcance

### Deducible

- El importe que usted paga antes la empresa de seguro médico paga (cada año)

### Los proveedores que están en la red

- Los proveedores que tienen un acuerdo con la empresa de seguro médico para proveer sus servicios con un precio específico

### Los proveedores que no están en la red

- Los proveedores que no tienen un acuerdo con la empresa de seguro médico; tienen precios más altos que los proveedores en la red

### El máximo anual de gastos extras

- El máximo de dinero que usted tendría pagar en un año para los servicios cubiertos según el acuerdo del plan

## Affordable Care Act (ACA); la Ley de Cuidado de Salud Asequible

---

### ¿Qué es la ACA?

ACA permite los ciudadanos estadounidenses acceder a un seguro médico razonable (médico, dental, visión, etc.) a un precio asequible. Los ciudadanos tienen la opción de obtener los seguros médicos a través de los gobiernos estatal o federal. También ACA se permite que los niños se queden en el plan de la familia hasta la edad de 26.

### ¿Cuándo puedo matricularse?

El tiempo próximo de matrícula es el 1 de noviembre, 2017-31 de enero, 2018, donde puede hacer una de las siguientes:

- Matricularse en el plan actual otra vez
- Escoger un plan de la primera vez
- Escoger un plan nuevo para sustituir por el plan actual
- Cambiar partes del plan actual

### **¿Hay maneras de matricularse o de cambiarse fuera del tiempo de matrícula?**

ACA permite la matriculación o los cambios en su plan actual fuera del tiempo de matrícula si ha experimentado algún de los cambios siguientes en la vida:

- El matrimonio o el divorcio
- Dar a luz o añadir un dependiente a la familia
- La pérdida de otro seguro médico
- Mudarse al otro estado
- La cualificación para recibir Medicaid o CHIP

### **¿Cómo puedo matricularse?**

Necesita solicitar a través de un ACA Marketplace vía una de las maneras siguientes:

- En línea: <http://www.healthcare.gov/>
- Por teléfono: 1-800-318-2593 o TTY 1-855-889-4325
- En persona: encontrar un centro cerca de usted  
<https://localhelp.healthcare.gov/#intro>
- Por correo: descargar la solicitud vía el sitio arriba

## **La Ley Ómnibus de Conciliación Presupuestaria Consolidada (COBRA)**

---

### **¿Qué es la COBRA?**

COBRA da a los trabajadores el derecho para escoger de seguir el seguro colectivo a través del plan de seguro colectivo durante un tiempo específico.

### **¿Cómo cumplo los requisitos?**

COBRA tiene los requisitos específicos de elegibilidad:

- El trabajador tiene el plan de seguro colectivo que COBRA se cubre.
- Un evento aprobado debe ocurrir (el perdido de trabajo, una reducción en las horas, una transición entre trabajos, el muerto, el divorcio).
- El trabajador debe estar calificado como el beneficiario del evento.

### **Estoy calificado para utilizar COBRA. ¿Ahora qué?**

Usted tiene al menos de 60 días para decidir si usted gustaría a seguir el seguro colectivo.

**Más información:** <http://www.dol.gov/ebsa/pdf/cobraemployee.pdf>

## Long-Term Care (LTC); El cuidado prolongado

---

### ¿LTC está incluido en los planes de seguro médico?

LTC no está incluido, o está muy limitado, en la mayoría de los planes.

### ¿Cómo cumpla los requisitos del plan de LTC?

La mayoría demanda que usted no puede desarrollar una cantidad concreta de las actividades de vida diaria (comer, vestirse, andar, moverse de la cama, usar el baño, bañarse).

### ¿Qué tipo de cuidados será cubierto?

Un plan de LTC puede incluir tipos de cuidado como las residencias de ancianos, cuidado del hogar, los servicios especializados, o quehaceres domésticos.

### ¿Cómo funcionan los beneficios?

La mayoría de los planes tiene una ventaja de dólar cada día y el tiempo de las ventajas es normalmente entre 1-6 años. También, es importante de saber si las ventajas estén cambiadas en relación con la inflación y si haya un periodo de carencia antes el inicio de las ventajas.

Más información: <http://publications.usa.gov/USAPubs.php?PubID=5879/>

## El cubierto para la gente con las discapacidades

---

### Medicaid

- Está gratuita (o barata)
- Para la gente con las discapacidades

### Medicare

- El seguro médico para la gente que tienen la edad bajo de 65 años
- Para la gente con las discapacidades específicas o que tienen alguna edad con la enfermedad renal de etapa final

### ACA

- Si algún con una discapacidad que no está calificado para las ventajas de discapacidad
- El cubierto asequible

### **¿Qué es un defensor?**

El defensor se comunica de parte del paciente si el paciente no pudiera hablar eficazmente (se debe a demencia, la tercera edad, la enfermedad) para mejorar la calidad de cuidado.

### **¿Quién puede ser un defensor?**

El defensor puede ser un pariente, un amigo, o un proveedor de salud.

### **¿Cuándo necesita un defensor?**

Hay algunas situaciones en que un defensor puede ser utilizado:

- El paciente no puede decidir solo.
- El paciente pide de ayuda en las decisiones.
- El paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal o crónica.
- El paciente necesita alguna información médica que puede ser difícil de obtener.
- El paciente ha recibido las instrucciones opuestas de sus proveedores.
- El paciente está frustrado con la calidad de su cuidado.

### **¿El paciente puede ser el defensor para su mismo?**

Sí – usted es su defensor mejor para su cuidado de salud si puede decidir solo.

### **Me gustaría un defensor para mí. ¿Qué debo hacer?**

Si usted gustaría un defensor:

- Escoger a alguien que tiene su confianza y que puede comunicar bien.
- Decidir qué le gustaría ayuda y qué le gustaría manejar solo.
- Decidir qué tan involucrado le gustaría que su defensor sea (asistencia de pruebas, citas, etc.).

### **¿Qué es un documento de voluntades anticipadas?**

- Es un documento legal en que usted dicta sus deseos con respecto a su tratamiento médico en el futuro.
- Sólo es utilizado si usted no pudiera comunicar estos deseos.
- Lo incluye los tipos de tratamiento y el alcance de las medidas de emergencia que le gustaría (RCP o soporte vital).

### **¿Qué es el poder (POA)?**

- Se permite al paciente dar acceso a los registros médicos a la familia o al amigo.

- El POA puede firmar los documentos legales en nombre del paciente o puede leer los registros médicos cuando el paciente no está presente.
- El POA termina cuando el paciente pierde su capacidad mental.

### ¿Qué es el mandato de representación?

- Es muy similar con POA pero lo seguía cuando el paciente está incapacitado.

### ¿Qué es el mandato de representación para el cuidado?

- El POA médico decide cuando el paciente no puede.
- El POA médico no puede hacer decisiones que violan los deseos en el documento de voluntades anticipadas.
- El POA médico no puede hacer decisiones financieras, a menos que está nombrado el mandato de representación para finanzas.

## LA INFORMACION NECESARIA PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO

### La información médica

- Una lista corriente de medicina
- Una lista de alergias
- La historia médica

### La información legal

- La información para contactar a su abogado
- El mandato de representación para sus finanzas
- Las directivas adelantadas (el documento de voluntades anticipadas, el mandato de representación para el cuidado)

### La información de seguro médico

- Las tarjetas de seguro médico con la información del plan
- El plan de LTC
- El plan de seguro médicos para las discapacidades

## LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

### La ley federal de portabilidad y responsabilidad de los seguros de salud (HIPPA)

#### ¿Qué es HIPPA?

HIPPA protege los registros médicos del público. Los registros médicos están privados y alguien con el acceso no puede compartir esta información con alguien a menos del paciente.

#### ¿Quién debe seguir esta ley?

- Todos los seguros médicos
- La mayoría de los proveedores (los doctores, los hospitales, las residencias de ancianos, las farmacias, los dentistas, los psicólogos, las clínicas)
- Las empresas que trata la información de salud que ellos reciben en un estándar o viceversa
- Las empresas que ayuda con el pago de los doctores para el cuidado
- Las empresas que distribuye los planes de seguros médicos
- Los abogados, los contadores, los especialistas de TI
- Las empresas que guarda o destruye los registros

#### **¿Quién no debe seguir esta ley?**

- Las empresas de seguro de vida
- Los empleadores
- Los cargadores de compensación de los trabajadores
- Las escuelas
- Las agencias estatales (los servicios que protegen los niños)
- Los cuerpos policiales
- Los puestos municipales

#### **¿Qué información esta ley protege?**

HIPPA protege la información que sus proveedores ponen en sus registros médicos, las conversaciones entre sus proveedores, y la información médica con su seguro médico.

#### **¿Qué derechos tengo sobre mi información médico?**

Usted tiene el derecho de recibir una copia de sus registros médicos, de solicitar las correcciones a su información, de recibir una noticia sobre cómo y por qué su información puede utilizar o compartir, de decidir si le gustaría dar permiso para compartir su información con propósitos específicos, y de recibir un reporte sobre cuándo y por qué su información era compartida.

#### **¿Cómo mi información médica es utilizada o compartida?**

Sus registros médicos pueden utilizar o compartir en las maneras siguientes:

- Para su tratamiento y cuidado
- Para pagar los proveedores y los hospitales que le tratan
- Con los que usted ha nombrados como parte de su cuidado (la familia, los amigos, etc.)
- Para proteger la salud pública (denunciar la presencia de las enfermedades en el área)
- Para denunciar la información necesaria a la policía

## El equipo de los proveedores

---

**Prepare una lista de las preguntas y organiza la información crucial sobre el problema antes su cita.**

- ¿Los efectos secundarios posibles?
- ¿Debo tener cuidado de qué cambios o síntomas?
- ¿Necesita cuáles pruebas y está mirando para qué?
- ¿Con qué frecuencia debo recibir tratamiento?
- ¿Qué son los riesgos?
- ¿Puede sugerir los recursos para aprender más sobre este tratamiento?
- ¿Necesito saber más?

**Mantenga un registro de todo su cuidado incluyendo:**

- Los nombres, las personas de contacto, los números de teléfono
- Las fechas
- La información de los proveedores
- Las experiencias de tratamiento para contar a los proveedores
- Algún que está relacionado con su tratamiento

**Lleve a alguien con usted a las citas.**

**Sea persistente y resuelto – usted está responsable para su propio cuidado.**

**Siempre pida la clarificación si usted está confundido – ¡nunca suponga cualquier cosa!**

**Siempre pida las instrucciones cruciales por escrito.**

## La empresa de seguro médico

---

**Comunique con claridad y confianza.**

**Si una solicitud se ha rechazado, no se dé por vencido.** Sea persistente. Pida un supervisor si no esté satisfecho con los resultados de la conversación.

**Sepa sus ventajas – es su responsabilidad.** Pida su representante explicar cualquier cosa que no entiende.

**Mantenga un registro de comunicación** que incluye las fechas, los tiempos, y los nombres. Tome notas durante toda la comunicación.

**Si la comunicación ocurre sobre el teléfono, siempre continúe por escrito.** Incluya la información de identificar y las fechas, el tiempo, los nombres y la resolución de la conversación.

**Continúe los procesos de las declaraciones, los recursos, y las solicitudes de autorización anterior para evitar retrasos.**

#### CONSEJOS PARA MANTENER SU PROPIO CUIDADO

**Siempre mantenga un registro de todas las pruebas, los tratamientos, las medicinas y los procedimientos.**

**Comparta la información nueva con todos los miembros del equipo de proveedores.**

**Tenga cuidado de:** síntomas nuevas o diferentes, cambios en medicina, cambios en el equipo de proveedores, los resultados de las pruebas, cambios en alimentación, cambios en dormir, indicios de depresión o cambios humor, etc.

**Si está preocupado,** comuníquese con su equipo de proveedores.

#### RECURSOS

**En general:**

<http://ochla.ohio.gov/HispanicServingOrganizations.aspx>

**Seguros médicos:**

<https://www.usa.gov/health-insurance>

**Los derechos de privacidad:**

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/spanish/index.html>

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/spanish/index.html>

<https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/index.html>