



Departamento de Estudios y Desarrollo

En marzo de 2010, el Congreso aprobó y el Presidente Obama firmó la Ley de Atención Médica Asequible, que regula una completa reforma del sistema de salud, prometiendo generar reglas para lograr compañías de seguros más responsables, menores costos en salud, garantizar más opciones de atención y mejorar la calidad de la atención de salud para todos los estadounidenses. Permitirá un mayor acceso a los seguros a los propietarios y empleados de pequeños negocios a través de un crédito fiscal para ofrecer cobertura, y en 2014, al proporcionar créditos fiscales a quienes necesitan ayuda para comprar un seguro.

La Ley de Atención Médica Asequible se proyecta para reducir costos de primas para millones de familias y dueños de pequeños negocios que están fuera de la cobertura hoy. Esto podría ayudar a unos 32 millones de estadounidenses que no tienen cobertura para salud. Una vez que la ley esté plenamente implementada, la mayoría de los estadounidenses tendrán acceso a la cobertura de salud.

Introducción

En marzo de 2010, el Congreso aprobó y el Presidente Obama firmó la Ley de Atención Médica Asequible, que regula una completa reforma del sistema de salud, prometiendo generar reglas para lograr compañías de seguros más responsables, menores costos en salud, garantizar más opciones de atención y mejorar la calidad de la atención de salud para todos los estadounidenses. Permitirá un mayor acceso a los seguros a los propietarios y empleados de pequeños negocios a través de un crédito fiscal para ofrecer cobertura, y en 2014, al proporcionar créditos fiscales a quienes necesitan ayuda para comprar un seguro.

La Ley de Atención Médica Asequible se proyecta para reducir costos de primas para millones de familias y dueños de pequeños negocios que están fuera de la cobertura hoy. Esto podría ayudar a unos 32 millones de estadounidenses que no tienen cobertura para salud. Una vez que la ley esté plenamente implementada, la mayoría de los estadounidenses tendrán acceso a la cobertura de salud.

Para ayudar a reducir costos, esta ley:

- establece un nuevo y competitivo mercado seguros de salud privados— mediante bolsas estatales -- que permitirá el acceso a cobertura a millones de estadounidenses y de pequeñas empresas
- hará que las compañías de seguros sean responsables de mantener las primas bajas y de prevenir muchos tipos abusos de la industria de seguros de salud así como las negaciones de cobertura y terminar con la discriminación contra los estadounidenses con condiciones preexistentes.
- sólo al cortar el sobre-gasto y controlando el fraude y los abusos, el gobierno espera reducir el déficit por más de US\$100 mil millones en los próximos diez años y por más de un billón de dólares durante el segundo decenio.

La Nueva Ley y El Programa de Salud Ofrecido

La Ley de Atención Médica Asequible será implementada a partir de este año y gradualmente hasta 2014, creando en 2010 un nuevo programa The Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP) -Plan de Salud para la Condición Preexistente- haciendo accesibles desde este año los seguros de salud a la gente con una o más condiciones preexistentes. El PCIP, que será administrado ya sea por cada estado o por el Departamento de Servicios Humanitarios y Salud, ofrecerá una nueva cobertura de salud para aquellos que han sido asegurados durante al menos seis meses, tienen una pre-existencia o les han denegado la cobertura de salud debido a su condición de salud, y son ciudadanos estadounidenses o residen legalmente en EE.UU. Este programa busca ayudar a aquellos a quienes se les ha bloqueado el ingreso al mercado de seguros, hasta 2014. En 2014, habrá posibilidades de acceder a las opciones económicas de seguro de salud a través de un nuevo mercado competitivo llamado de intercambio o bolsas. Se prohibirá la discriminación en base a una condición pre-existente.

El PCIP estará disponible en todos los estados, pero el programa podrá variar en función de cada uno de ellos. Durante años, muchos estados tuvieron programas de ejecución - a menudo llamadas pools de alto riesgo "- para ofrecer seguros a las personas con una condición pre-existente. Para aprovechar lo que los estados ya están haciendo, los estados pueden ejecutar el nuevo programa con los recursos puestos a disposición por la Ley de Atención Asequible, o confiar en la cobertura ofrecida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.

El programa permitirá experimentar una amplia gama de beneficios para la salud, incluidos los medicamentos recetados, atención primaria y especializada, atención hospitalaria, todos los beneficios cubiertos están a disposición del usuario, incluso para el tratamiento de una condición pre-existente. No se cobrará una prima más alta sólo por tener una condición médica particular. Y no existirá elegibilidad basada en la renta.

Tener que participar en los gastos (incluidos los copagos, el coseguro y deducibles) reduce la probabilidad de que los servicios preventivos sean utilizados.

A menudo, debido al costo, los estadounidenses utilizan los servicios de prevención a la mitad de la dosis recomendada. Sin embargo, las enfermedades crónicas como enfermedad cardíaca, cáncer y diabetes -que son responsables de 7 de cada 10 muertes entre los estadounidenses cada año y representan el 75% del gasto en salud de la nación- a menudo se pueden prevenir.

La Ley de atención asequible ayudará a que el bienestar y los servicios de prevención sean asequibles y accesibles por requerimiento de planes de salud, los que cubrirán los servicios de prevención y la eliminación de costos compartidos. De acuerdo con un nuevo reglamento publicado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Departamento del Tesoro y el Departamento de Trabajo, si el cotizante y su familia se inscriben en un nuevo plan de salud a partir del 23 de septiembre 2010, el plan deberá cubrir los servicios de prevención recomendadas sin cobrarle un copago, coseguro o deducible.

Dependiendo de la edad y el tipo de plan de salud, el beneficiario puede tener un acceso más fácil a servicios tales como:

- Pruebas para la presión arterial, la diabetes y el colesterol
- Pruebas para detección de cáncer
- Asesoramiento del proveedor de atención de la salud en temas tales como dejar de fumar, perder peso, comer mejor, tratar la depresión y la reducción de consumo de alcohol.

- Vacunas para enfermedades como el sarampión, la poliomielitis, la meningitis o la gripe y la neumonía.
- Asesoramiento, diagnóstico y vacunas para un embarazo saludable.
- Regular el bienestar del bebé y del niño sano, desde el nacimiento hasta los 21 años.

Objetivos Principales del Programa:

1. Mantener a sus hijos saludables

Muchos niños no reciben la atención preventiva que necesitan. En EE.UU., 12% de los niños no han tenido una visita al médico en el último año y un estudio reciente encontró que los niños reciben, menos de la mitad del tiempo, la atención recomendada.

Casi un tercio de los niños tienen sobrepeso o son obesos, poniéndolos en riesgo de enfermedades como la diabetes y enfermedades cardíacas. Sólo un tercio de los niños se identifican en consultorios pediátricos antes de la entrada de la escuela. La identificación temprana ayuda a los niños a obtener los servicios para un desarrollo adecuado. El nuevo reglamento garantiza que una serie completa de servicios preventivos estarán disponibles para los niños en los nuevos planes de salud, los cuales se ofrecerán sin copagos. Estos servicios incluyen:

- 1.1 el bienestar del bebé y del niño sano: Esto incluye una visita al médico cada pocos meses cuando su bebé es pequeño y una visita cada año hasta que el/la joven cumpla 21 años. Estas visitas podrán incluir una amplia gama de servicios de salud preventiva:
 - exámenes o mediciones físicas
 - la visión y la audición
 - las evaluaciones de riesgo para la salud oral
 - las evaluaciones del desarrollo para identificar cualquier problema de desarrollo.
 - nivel de hemoglobina, el plomo, la tuberculina, y otras pruebas
- 1.2 asesoramiento y orientación médico acerca del desarrollo de salud del niño. Incluye las pruebas y asesoramiento para prevenir, detectar y tratar los problemas comunes de la niñez como:
 - la obesidad o para ayudar a los niños mantengan un peso saludable,
 - la depresión entre los niños adolescentes,
 - las caries dentales y
 - la anemia.
- 1.3 Las vacunas, como una vacuna anual contra la gripe y muchas otras vacunas de la niñez y de los refuerzos, de la vacuna del sarampión y la polio.

2. Promoción del Embarazo Saludable

La tasa de mortalidad en EE.UU. es de 6,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y el 8,2% de los bebés tienen un bajo peso al nacer. Al menos 13% de las mujeres estadounidenses fuman durante el embarazo y el 12% de las mujeres beben alcohol durante el embarazo.

La nueva ley y los reglamentos permitirán que más madres tengan acceso a los servicios que necesitan para garantizar un embarazo saludable. Estos servicios incluyen:

- Detección de condiciones que pueden dañar a las mujeres embarazadas o los bebés, incluyendo la deficiencia de hierro, hepatitis B, una enfermedad inmune relacionados con el embarazo llamada incompatibilidad Rh, y una infección bacteriana llamada bacteriuria.
- Asesoramiento durante el embarazo por un médico que ayudará a las mujeres embarazadas a dejar de fumar y evitar el consumo de alcohol.
- Consejería de apoyo a la lactancia materna y ayudar a las madres lactantes.

3. Prevención de las Enfermedades del Corazón y la Obesidad

La enfermedad cardíaca es la causa número uno de muerte en mujeres. Más mujeres que hombres tienen problemas de peso, un 36% de las mujeres son obesas, aumentando significativamente su riesgo de enfermedad cardiovascular.

Los nuevos planes de salud deben ofrecer una cobertura sin costo compartido para los servicios de prevención y control de estas enfermedades. Estos servicios incluyen:

- La detección de la obesidad, el asesoramiento de un médico y otros profesionales de la salud para promover la pérdida de peso sostenida, incluido el asesoramiento dietético.
- Medición de la presión.
- Asesoramiento sobre el uso de aspirina diariamente para reducir el riesgo de un derrame cerebral.
- Las pruebas para detectar el colesterol alto y diabetes.

4. Prevención y Control de Cáncer de Mama y Otros Tipos de Cáncer

A pesar del progreso en controlar el cáncer en EE.UU., el cáncer de mama, cervical, de colon y de pulmón siguen causando miles de muertes prevenibles. Acerca de 210.000 nuevos casos de cáncer de mama invasivo se producirá entre las mujeres en los Estados Unidos durante 2010 y se estima que 40,000 mujeres morirán a causa del cáncer de mama este año. Las mujeres afroamericanas tienen alrededor de un tercio más de probabilidades de morir por cáncer de mama en comparación con los demás.

En 2006, 12.000 mujeres en los EE.UU. fueron diagnosticadas cáncer de cuello uterino y casi 4.000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad.

La nueva normativa garantizará que nuevos planes de salud ofrecen cobertura sin costo compartido para una variedad de importantes herramientas de prevención del cáncer. Estos incluyen:

- La prevención del cáncer de mama: mamografías anuales para mujeres mayores de 40. Otros servicios para prevenir el cáncer de mama también estarán cubiertos, incluyendo una referencia para el asesoramiento genético y un análisis de quimio-prevención para ciertas mujeres con mayor riesgo.
- Prevención del cáncer cervical: Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino y la cobertura para la vacuna de VPH que pueden prevenir los casos de cáncer cervical.
- Intervenciones para dejar el tabaco, tales como asesoramiento o medicación para ayudar a las personas a dejar de fumar.
- La prevención del cáncer de colon: Las pruebas de detección de cáncer de colon para los adultos mayores de 50 años.

5. Fortalecimiento del Medicare

- La vida del fondo fiduciario de Medicare se extenderá por lo menos a 2029, una prórroga de 12 años como consecuencia de la reducción del desperdicio, fraude y abuso, y la desaceleración del crecimiento de costes en el Medicare. Esto le proporcionará un ahorro de costos futuros en las primas y coaseguros.
- Medicare tomar medidas enérgicas para reducir los errores de pago, el desperdicio, fraude y abuso en Medicare. El Presidente Obama se ha comprometido a reducir el fraude de Medicare 50 por ciento para 2012.
- En el 2011, obtendrá un descuento del 50% en medicamentos de marca cuando se encuentre en el tramo sin cobertura (donut hole). Sucesivamente este porcentaje aumentará cada año, hasta que haya una cobertura completa en 2020.
- La coordinación de la atención entre los médicos y la calidad global de la asistencia mejorará de manera que haya menos probabilidades de experimentar prevenibles y nocivos reingresos al hospital por una misma condición.

- Los hospitales tendrán fuertes incentivos para mejorar la calidad de la atención.
- A partir de 2014, la Ley de Atención Médica Asequible ofrecerá protecciones adicionales para los miembros del Plan Medicare Advantage, tomando medidas que limitan la cantidad que estos planes pueden gastar en los gastos administrativos, las ganancias de compañías de seguros, y otras cosas que fuera de la atención de la salud.

6. La Cobertura de los Adultos Jóvenes Menores de 26 Años

Comenzando en la edad adulta ya en septiembre de 2010, jóvenes menores de 26 años de edad en general podrán ser asegurados por el seguro de sus padres si la póliza permite la cobertura de dependientes. La única excepción es si el padre tiene un plan en función de su empleo y los hijos adultos jóvenes pueden obtener su propia cobertura en función de su propio empleo. En algunos planes, los niños pueden ser añadidos antes de septiembre de 2010.

Antes de que el Presidente Obama firmara este hito en la legislación, muchos planes de salud podían y de hecho eliminaban los adultos jóvenes de las pólizas de sus padres, debido a su edad, dejando a muchos graduados universitarios sin seguro. Esto ayuda a explicar los problemas como:

- Los adultos jóvenes tienen la mayor tasa de personas sin seguro de cualquier grupo de edad. Aproximadamente el 30% de los adultos jóvenes no tienen seguro médico, lo que representa más de uno de cada cinco de los no asegurados. Esta tasa es más alta que cualquier otro grupo de edad, y es tres veces mayor que la tasa de no asegurados entre los niños.
- Los adultos jóvenes tienen el índice más bajo de acceso a un seguro de empleador. Los adultos jóvenes en el mercado de trabajo, a menudo tienen puestos de trabajo de nivel básico, trabajos a tiempo parcial o en pequeñas empresas, empleos que por lo general vienen sin seguro de salud patrocinado por el empleador. La tasa de no asegurados entre los trabajadores jóvenes es un tercio más alta que los adultos mayores empleados.
- La salud y las finanzas de los adultos jóvenes están en riesgo. Contrariamente al mito de que los jóvenes no necesitan seguro de salud, uno de cada seis adultos jóvenes tiene una enfermedad crónica como el cáncer, la diabetes o el asma. Casi la mitad de éstos adultos no asegurados informan problemas para pagar las facturas médicas.

En este aspecto, los elementos claves de la nueva ley son:

- Cobertura extendida a más niños. El objetivo de esta nueva política es abarcar el mayor número adultos jóvenes menores de 26 años de edad como sea posible. Los planes que ofrecen la cobertura de dependientes deben ofrecer cobertura a los hijos mayores de edad inscritos hasta los 26 años, aunque ellos ya no vivan con sus padres, no sean dependientes en la declaración de la renta de los padres, o ya no sean estudiantes. Hay una transición desde determinados planes grupales ya existente que, en general no tiene que proporcionar la cobertura de dependientes hasta 2014, si el hijo adulto tiene otra oferta de cobertura a través de un empleador. La nueva política de acceso para los jóvenes adultos se aplica tanto a los hijos solteros y casados, a pesar de sus cónyuges e hijos no califiquen.
- Se pidió a las compañías de seguros que cubrieran a los adultos jóvenes voluntariamente antes de la fecha de aplicación legal (23 de septiembre de 2010). La aplicación temprana evitará lagunas en la cobertura para nuevos graduados universitarios y otros adultos jóvenes, ahorrando a las compañías de seguros costos administrativos de des-inscripción y re-inscribirse entre mayo de 2010 y 23 de septiembre 2010. Más de 65 empresas han respondido a esta petición voluntariamente.
- Todos los adultos jóvenes calificados tendrán una oportunidad de inscripción especial. Para los planes que comiencen a partir planes de 23 de septiembre 2010, los emisores deben dar a los niños que califican la oportunidad de inscribirse, por lo menos 30 días, independientemente de si el plan o cobertura ofrece un período de inscripción abierta.

Esta oportunidad de inscripción y una notificación escrita deben ser provistos a más tardar a partir del 23 de septiembre 2010. La nueva política no modificará de cualquier manera el período de inscripción o de inicio del plan o la política de años.

- Beneficios a un mismo precio. A cualquier adulto joven calificado debe ofrecérsele todos los paquetes de beneficios disponibles para las personas en situación similar y no perderán la cobertura en caso de cesar su condición de dependientes. El individuo calificado no puede ser obligado a pagar más por la cobertura que los individuos en situación similar.
- Las primas asequibles. La cobertura de adultos jóvenes aumentaría las primas de la familia en promedio en un 0.7%, en tanto permitirá la cobertura de 1,2 millones de estadounidenses jóvenes bajo el plan de sus padres a través de un empleador o el mercado individual.

El acceso a los seguros para los adultos jóvenes requerirá que tanto ellos como sus padres se preocupen de:

- Comprobar si hay opciones inmediatas: las compañías de seguros privados de salud que cubren la mayoría de los estadounidenses se han ofrecido para dar cobertura antes de la fecha límite de aplicación cuando los adultos jóvenes como resultado de graduarse de la universidad o el envejecimiento pudieran perder la cobertura
- Inscripción Abierta: Si la cobertura temprana no es una opción por medio del empleador o de la compañía de seguros, a continuación, los adultos jóvenes tendrán derecho a un período de inscripción abierta para inscribirse en el plan de los padres de familia o de las pólizas que comiencen a partir del 23 de septiembre 2010. Las aseguradoras y los empleadores estarán obligados a dar aviso de este período de inscripción especial.
- Oferta de inscripción continua: Las aseguradoras y los empleadores que patrocinan planes de salud deben informar a los adultos jóvenes de su elegibilidad para la cobertura hasta la edad de 26 años. Para obtener la cobertura, los adultos jóvenes y sus padres no necesitan hacer nada más que inscribirse y pagar por esta opción.

7. Nuevos Beneficios Fiscales para la Cobertura de Adultos Jóvenes

El nuevo reglamento complementa las directrices establecidas por el Departamento del Tesoro sobre las ventajas fiscales previstas por dicha cobertura a través de la nueva ley. Bajo una nueva disposición, el valor de cualquier cobertura de salud provisto por el empleador para el niño de un empleado es excluido del ingreso del empleado hasta el final del año contributivo en que el menor cumple 26 años. Este beneficio fiscal se aplica independientemente de si el plan es requerido por la ley para ampliar la cobertura de atención médica a los hijos adultos o el plan amplía la cobertura voluntaria.

Los elementos claves son:

- Si bien la Ley atención médica asequible requiere que los planes cubran a niños inscritos hasta los 26 años, algunos empleadores pueden decidir continuar con la cobertura más allá del 26 cumpleaños del niño. En tal caso, la Ley establece que el valor de la cobertura de salud provisto por el empleador se excluye de los ingresos del empleado durante todo el año contributivo en que el niño cumple 26 años. Por lo tanto, si un niño cumple 26 años en marzo, pero se queda en el plan hasta el 31 de diciembre, todos los beneficios para la salud están excluidos de impuesto sobre la renta.
- Disponible de inmediato. Estos beneficios fiscales son eficaces a partir del 30 de marzo 2010. La exclusión se aplica a cualquier cobertura que se proporciona a un hijo adulto partir de esa fecha hasta el final del año contributivo en que el menor cumple 26 años.
- Amplia elegibilidad. Este beneficio fiscal se aplica a los diferentes lugares de trabajo y los planes de salud para jubilados. También se aplica a los trabajadores autónomos que califican para la deducción de seguro de salud por cuenta propia en su declaración de impuestos federales.

8. Programa de Reaseguro de los Jubilados Tempranamente

El aumento de los costos ha hecho difícil para los empleadores poder proporcionar con calidad, seguros de salud asequibles para los trabajadores y los jubilados, al mismo tiempo que mantienen la competitividad en el mercado global. Muchos estadounidenses que se jubilan no tienen seguro patrocinado por el empleador, antes de ser beneficiarios del Medicare ven sus ahorros desaparecer debido a las primas exorbitantes en el mercado individual.

Este programa proveerá ayuda financiera muy necesaria para los empleadores para que los jubilados puedan obtener un seguro asequible de calidad a partir de 2010.

9. Portal Web Cuidado de la Salud

La nueva ley exige que la información que se recopilará se muestre a través de un portal. A través de este sitio web, los particulares y las pequeñas empresas pueden obtener información sobre las opciones de cobertura de seguros que pueden estar disponibles para ellos en su Estado.

10. Crédito Fiscal para las pequeñas empresas

La nueva ley ayuda, a las empresas micro y pequeñas organizaciones exentas de impuestos, a pagar el costo de la cobertura de sus empleados.

Si la empresa tiene menos de 25 empleados y provee seguro de salud (al menos debe cubrir el 50% del valor de la prima) puede calificar para un crédito máximo es un valor de hasta 35% (hasta un 25% en el caso sin fines de lucro) de los costos de las primas de una pequeña en 2010. El 1 de enero de 2014, esta tasa aumenta al 50 por ciento (35 por ciento para los empleadores exentos de impuestos).

Millones de pequeños empleadores recibieron en abril de 2010 avisos de los nuevos Créditos Tributarios para Pequeños Negocios para el Cuidado de la Salud que les animaban a verificar su elegibilidad.

11. Nueva Protección al Consumidor

La nueva Declaración de Derechos que se aplica a la cobertura de salud comienza a partir del 23 de septiembre 2010, seis meses después de la promulgación de la Ley de Atención Médica Asequible. Estos son:

No hay exclusiones por condiciones preexistentes para los niños menores de 19 años. Cada año, a miles de niños que nacieron o que desarrollan una condición médica costosa se les niega la cobertura por las aseguradoras. La investigación ha demostrado que, en comparación con los que tienen seguro, los niños que no tienen seguro son propensos a no usar prevención, incluyendo vacunas y los chequeos de rutina. Eso los deja expuestos al doble de probabilidades de faltar a la escuela y en mucho mayor riesgo de hospitalización por afecciones evitables.

La nueva normativa prohibirá a los seguros negar la cobertura a los niños sobre la base de una condición preexistente. Esta prohibición incluye tanto las limitaciones de prestaciones sociales (por ejemplo, la entidad aseguradora o empleador del plan de salud se niega a pagar por la quimioterapia para un niño con cáncer, porque el niño tenía el cáncer antes de recibir los seguros) y la negación pura y simple de cobertura (por ejemplo, cuando la aseguradora se niega a ofrecer una póliza a la familia para el niño debido a la condición preexistente del niño). Estas medidas de protección aplicables a todo tipo de seguros a excepción de las distintas pólizas que son "derechos adquiridos", y se extenderá a los estadounidenses de todas las edades a partir de 2014.

No se admitirá cancelaciones arbitrarias de la cobertura de los seguros. En este momento, las compañías de seguros pueden cancelar su póliza con efecto retroactivo cuando usted se enferma, si usted o su empleador cometió un error involuntario en su documentación. Conforme a los nuevos reglamentos, las aseguradoras tendrán prohibido el término de la cobertura -para los individuos o grupos de personas- salvo en los casos de fraude o una mala interpretación intencional de hechos materiales.

No se permitirán los topes a la cobertura de por vida. Millones de estadounidenses que sufren de condiciones médicas costosas están en peligro de que su cobertura de seguro de salud se desvanecen cuando los costos de su tratamiento de por vida golpeó límites establecidos por sus compañías de seguros y planes. Estos límites pueden causar la pérdida de cobertura en el momento mismo en que los pacientes más lo necesitan. Más de 100 millones de estadounidenses tienen cobertura de salud que imponen topes o límites de gastos totales.

Topes anuales en la Cobertura. Aún más agresivos que los topes generales son los límites anuales. Los límites anuales en dólares son menos comunes que los topes generales, con una participación del 8% en los planes a través del empleador, y de un 14% en los planes de empleador pequeño y 19 % en los planes de mercado individual. Pero para la gente con los costos médicos que afectó a estos límites, las consecuencias pueden ser devastadoras.

Las normas eliminarán gradualmente el uso de límites en dólares anuales durante los próximos tres años hasta 2014, cuando la Ley de Atención Médica Asequible establece la prohibición para la mayoría de ellos. Para los planes expedidos o renovados a partir 23 de septiembre 2010, se le permitirá establecer los límites anuales de no menos de 750.000 dólares. Este límite mínimo se incrementará a \$ 1.25 millones a partir 23 de septiembre 2011, y 2.000.000 dólares a partir del 23 de septiembre 2012. Estos límites se aplican a todos los planes de empleador y a todos los nuevos planes individuales en el mercado. Para los planes de expedición o renovación a partir 1 de enero 2014, todos los límites en dólares anuales en la cobertura de las prestaciones esenciales de salud será prohibida.

Los empleadores y las aseguradoras que quieren aplazar el cumplimiento de estas normas tendrán que obtener permiso del gobierno federal al demostrar que sus límites anuales actuales son necesarios para evitar una pérdida significativa de la cobertura o el incremento de las primas. Planes de seguro de beneficios - que a menudo son utilizados por los empleadores para proporcionar beneficios a los trabajadores de tiempo parcial- son ejemplos de aseguradoras que podrían buscar este tipo de retraso. Estos límites restringidos anual en dólares se aplican a todos los planes de seguro, excepto para los planes individuales de mercado que son derechos adquiridos.

Protección de la elección de los médicos. Ser capaz de elegir y conservar a su propio médico es un principio clave de la nueva ley, uno que es muy valorado por los estadounidenses. La gente que tiene un proveedor habitual de atención primaria tiene más del doble de probabilidades de recibir atención preventiva recomendada; tiene menos probabilidades de ser hospitalizada, está más satisfecha con el sistema de salud, y tiene costos más bajos. Sin embargo, las compañías de seguros no siempre hacen que sea fácil ver al proveedor que usted elija. Una encuesta encontró que tres cuartas partes de los gineco-obstetras informó que los pacientes necesitan para regresar a sus médicos de atención primaria una autorización para recibir atención de seguimiento.

Las nuevas normas dejan claro que los miembros de planes de salud están facultados para designar a cualquier proveedor de atención primaria disponible como su proveedor. Las normas permiten a los padres elegir pediatra para ser proveedor de sus hijos en atención primaria. Y, prohíben a aseguradoras y los planes del empleador exigir una referencia para la atención obstétrica o ginecológica. Todas estas disposiciones mejorarán el acceso de las

personas a la atención necesaria y preventiva de rutina, que se ha demostrado que mejora la salud de las personas tratadas y evita costos innecesarios de atención médica. Estas políticas se aplican a todos los distintos operadores del mercado y los seguros de salud de grupo, excepto para los planes que son derechos adquiridos.

Las nuevas normas permitirán a los consumidores acceder a los servicios de emergencia más fácilmente. Los planes de salud no podrán cobrar copagos más altos (o coseguro) por los servicios de emergencia que se obtienen fuera de la red del plan. Las normas también establecen requisitos sobre la obligación de los planes de salud de reembolsar a proveedores de urgencia fuera de la red. Esta política se aplica a todos los distintos operadores del mercado y planes de salud grupales, salvo las que son de derechos adquiridos.

Cronograma de Implementación de la Ley de Atención Médica Asequible

2010

PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR

- Prohibir la negación la cobertura a los niños basados en las condiciones pre-existentes.
- Prohibir a las compañías de seguros el término arbitrario de la cobertura.
- La eliminación de los límites de por vida en la cobertura de los seguros (topes totales).
- Regulación de los límites anuales de las aseguradoras.
- Apelación de las determinaciones de cobertura o reclamos a su compañía de seguros, y establece un proceso de revisión externa.
- Poner en línea la información para los consumidores. La ley establece un sitio Web fácil de usar, donde los consumidores pueden comparar las opciones de cobertura de seguro de salud y elegir la cobertura que trabaja para ellos.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Proveer de créditos contributivos a los pequeños negocios que otorgan seguros de salud a sus empleados. Hasta 4 millones de pequeñas empresas son elegibles para créditos tributarios para ayudarles a proporcionar los beneficios del seguro a sus trabajadores.
- Ofrecer alivio para 4 millones de personas mayores de Medicare que, cada año, caen en la brecha de cobertura para recetas médicas conocido como el "donut hole". Cada uno de ellos recibirá un reembolso de \$ 250.
- Prestar atención preventiva gratuita. Todos los nuevos planes deben cubrir ciertos servicios preventivos, como mamografías y colonoscopias sin cobrar un deducible, copago o co-seguro.
- Prevención de las enfermedades: se destinarán 15 mil millones dólares para prevención y el Fondo Nacional de Salud invertirá en la prevención pública que pueda ayudar a mantener a los estadounidenses sanos.
- Tomar medidas fuertes contra el fraude de atención médica. La nueva ley invierte recursos nuevos y exige nuevos procedimientos de detección para los profesionales de la salud para impulsar estos esfuerzos, reducir el fraude y el despilfarro en Medicare, Medicaid y Children's Health Insurance Program (CHIP).
- Aumentar el acceso a servicios asequibles.
- Proporcionar acceso a un seguro a aquellos estadounidenses sin seguro y con condiciones pre-existentes.
- Ampliación de la cobertura para los adultos jóvenes. Bajo la nueva ley, a los adultos jóvenes se les permite permanecer en el plan de sus padres hasta que cumplan 26 años.
- Ampliación de cobertura para los jubilados anticipados.
- Reconstrucción de la Fuerza de Trabajo en la Atención Primaria. Para fortalecer la disponibilidad de la atención primaria, existen nuevos incentivos en la ley para ampliar el número de médicos de atención primaria, enfermeras y asistentes médicos. Éstas

incluyen la financiación de becas y los reembolsos de préstamos para médicos de atención primaria y enfermeras que trabajan en las zonas subatendidas. Los médicos y enfermeras que reciben los pagos efectuados en virtud de cualquier reembolso de los préstamos del Estado o el programa de perdón de préstamos destinados a aumentar la disponibilidad de los servicios de atención de salud en zonas marginadas o de escasez de profesionales de la salud no tendrán que pagar impuestos por esos pagos.

- Las compañías de seguros deberán hacerse responsables de los aumentos irracionales de las primas. La ley permite a los estados exigir a las compañías de seguros justificar sus aumentos de las primas. Las compañías de seguros con primas excesivas o injustificadas pueden quedar excluidas de participar en las Bolsas de Intercambio de seguros de salud en 2014. Habrá subvenciones a partir de 2010, para aquellas que justifiquen sus alzas de precios.
- Permitir que los Estados que puedan cubrir a más personas con Medicaid. Los Estados podrán recibir fondos federales para la cobertura de algunos individuos adicionales de bajos ingresos y familias bajo Medicaid para quienes los fondos federales no estaban disponibles anteriormente.
- El aumento de pagos para las entidades prestadoras de salud rurales. Hoy en día, el 68 por ciento de las comunidades médicamente subatendidas en todo el país se encuentran en zonas rurales. Estas comunidades a menudo tienen problemas para atraer y retener a profesionales de la medicina. La ley proporciona un mayor pago a los proveedores de salud rurales para ayudarles a continuar sirviendo a sus comunidades.
- Fortalecimiento de centros de salud comunitarios. La ley incluye nuevos fondos para apoyar la construcción y ampliación de los servicios en centros de salud comunitarios, permitiendo que estos centros puedan atender a unos 20 millones de nuevos pacientes de todo el país.

2011

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Ofrecer descuentos de medicamentos recetados en Medicare. Las personas mayores que llegar a la brecha de cobertura recibirán una rebaja del 50 por ciento en la compra de medicamentos de marca recetados.
- Proporcionar cuidados preventivos gratis para mayores. La ley establece ciertos servicios gratuitos de prevención, como las visitas de bienestar anual y planes personalizados de prevención para las personas mayores con Medicare.
- Mejorar la calidad asistencial y eficiencia. La ley establece un nuevo Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, innovación que comenzará a probar nuevas formas de prestación de atención a los pacientes. Dichos métodos se espera que mejoren la calidad de la atención y reducir la tasa de aumento de los costos de atención de salud a Medicare, Medicaid y el Children's Health Insurance Program (CHIP). Además, al 01 de enero 2011, el HHS presentará una estrategia nacional para la mejora de la calidad en la atención sanitaria, incluso mediante estos programas.
- Mejorar de atención para las personas mayores después de salir del hospital. El Programa de Cuidados Comunitarios para Transiciones le ayudará a los beneficiarios de Medicare de alto riesgo que son hospitalizados a evitar reingresos innecesarios mediante la coordinación de la atención y la conexión de los pacientes a los servicios en sus comunidades.
- Introducir innovaciones para reducir costes. Un consejo asesor independiente comenzará a elaborar y presentar propuestas al Congreso y al Presidente destinadas a extender la vigencia del Fondo Fiduciario de Medicare. La Junta se centrará en cómo enfocar los residuos en el sistema, y recomendar maneras de reducir costos, mejorar los resultados sanitarios para los pacientes y ampliar el acceso a una atención de alta calidad.

MAYOR ACCESO A SERVICIOS ASEQUIBLES

- Aumentar el acceso a servicios en el hogar y en la comunidad. Permite a los Estados ofrecer en el hogar servicios comunitarios a las personas con discapacidad a través de Medicaid, en vez de la atención institucional en los hogares de ancianos.

HOLDINGS DE EMPRESAS DE SEGUROS RESPONSABLES

- Para garantizar que la prima se gaste principalmente en la atención de la salud, la nueva ley generalmente requiere que al menos el 85% de los dólares de prima recogida por las compañías de seguros a través de los planes de empleador grande se gasten en servicios de atención de la salud y en la mejora de calidad asistencial. Para los planes vendidos a particulares y pequeños empresarios, por lo menos el 80% de la prima debe ser gastado en los beneficios y en la mejora de la calidad. Si las compañías de seguros no cumplen con estos objetivos, debido a que sus gastos administrativos o de los beneficios son demasiado altos, se debe aplicar descuentos a los consumidores.
- Hacer frente a pagos en exceso a grandes compañías de seguros y fortalecimiento de Medicare Advantage. Las personas inscritas en un plan Medicare Advantage seguirán recibiendo todos los beneficios garantizados de Medicare, la ley establece el pago de primas en los planes de Medicare Advantage que brindan atención de alta calidad.

2012

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Vinculación del pago a los resultados de calidad. La ley establece un programa de compras basado en el valor (VBP) en Medicare tradicional. Este programa ofrece incentivos financieros a los hospitales para mejorar la calidad de la atención. Se requiere comunicar el desempeño de los hospitales públicamente, saber cuáles son sus desempeños en relación a: ataques al corazón, insuficiencia cardíaca, neumonía, la atención quirúrgica, las infecciones asociadas a la atención de la salud, y la percepción de los pacientes de la atención.
- Fomentar los sistemas de salud integrados. La nueva ley ofrece incentivos para que los médicos se unan para formar "organizaciones responsables de atención médica". Estos grupos permiten a los médicos coordinar mejor la atención al paciente y mejorar la calidad, ayudar a prevenir la enfermedad y reducir los ingresos innecesarios hospital. Si las organizaciones de atención responsable ofrecen atención de alta calidad y reducen costos para el sistema de salud, podrán quedarse con una parte del dinero que han ayudado a ahorrar.
- Reducción de trámites y de costos administrativos. La atención de salud sigue siendo una de las pocas industrias que se basa en los registros en papel. La nueva ley establecerá un conjunto de cambios para estandarizar la facturación. Los planes de salud requieren comenzar a adoptar y aplicar reglas para el seguro y el intercambio electrónico de información confidencial de salud. El uso de registros electrónicos de salud hará reducir el papeleo y las cargas administrativas, reducir costos, reducir los errores médicos y lo más importante, mejorar la calidad de la atención.
- Comprender y luchar contra las disparidades de salud. Para ayudar a entender y reducir las disparidades de salud persistentes, la ley requiere nuevos programas de salud federal para ayudar a reunir y difundir datos lingüísticos raciales y étnicos. El Secretario de Salud y Servicios Humanos deberá utilizar estos datos para ayudar a identificar y reducir las disparidades.

MAYOR ACCESO A SERVICIOS ASEQUIBLES

- Proporcionar nuevas opciones de contribuciones voluntarias para el seguro de cuidado a largo plazo. La ley crea un programa voluntario de seguro de cuidado a largo plazo para proporcionar las prestaciones a los adultos que se convierten en discapacitados.

2013

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Mejora de la cobertura de salud preventiva. Para ampliar el número de estadounidenses que reciben atención preventiva, la ley establece nuevos fondos para los programas estatales de Medicaid para cubrir los servicios preventivos.
- Ampliación de la Autoridad de Pagos. La ley establece un programa piloto nacional para alentar a los hospitales, médicos y otros proveedores a trabajar juntos para mejorar la coordinación y la calidad de la atención al paciente. A los hospitales, médicos y proveedores se les pagará una tarifa fija por episodio de atención en virtud del pago "agrupado", más que el actual sistema fragmentado donde cada servicio factura por separado a Medicare. Por ejemplo, en lugar de un procedimiento quirúrgico generando múltiples reclamos de proveedores múltiples, todo el equipo se compensa con una agrupación de pago que ofrece incentivos para prestar servicios de atención de salud más eficiente, manteniendo o mejorando la calidad de la atención. Se alinea los incentivos hacia ahorrar y los ahorros se reparten entre los prestadores y el programa de Medicare.

MAYOR ACCESO A SERVICIOS ASEQUIBLES

- Aumento de los pagos de Medicaid para los médicos de atención primaria. Como los programas de Medicaid y los proveedores se preparan para cubrir a más pacientes en 2014, la Ley exige a los estados pagar los médicos de atención primaria no menos del 100 por ciento de las tarifas de pago a los servicios de atención primaria de Medicare en 2013 y 2014. El aumento es totalmente financiado por el gobierno federal.
- Asignación de fondos adicionales para el Programa de Seguro Médico para Niños. Bajo la nueva ley, los estados recibirán dos años más de fondos para continuar la cobertura para los niños que no califican para Medicaid.

2014

PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR

- Prohibida la discriminación de género o debido a las condiciones pre-existentes. La ley implementa reformas fuertes que prohíben que las compañías de seguros se nieguen a vender la cobertura o la renovación de las pólizas debido a las condiciones pre-existentes de un individuo. Además, en el mercado de individuales y de grupos pequeños, la ley elimina la capacidad de las compañías de seguros para cobrar tarifas más elevadas debidas al sexo o estado de salud.
- La eliminación de los límites anuales de las aseguradoras. La ley prohíbe a los nuevos planes y a los planes grupales imponer límites anuales en dólares sobre el monto de cobertura que una persona puede recibir.
- Garantizar la cobertura para las personas que participan en ensayos clínicos. Las aseguradoras tendrán prohibido abandonar o limitar la cobertura, porque una persona decide participar en un ensayo clínico. Se aplica a todos los ensayos clínicos que tratan el cáncer u otras enfermedades que amenazan la vida.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Créditos fiscales para hacer más fácil para la clase media el pago de un seguro, estarán disponibles para las personas con ingresos por encima de 100 por ciento y por debajo de 400 por ciento el nivel de pobreza (\$ 43.000 para una persona o \$ 88,000 para una familia de cuatro en 2010) que no son elegibles.
- El establecimiento de bolsas de intercambios de seguro de salud. A partir de 2014 si no es posible acceder a un seguro a través del empleo se podrán comprar seguros directamente en un mercado nuevo de seguros, transparente y competitivo, donde los individuos y las pequeñas empresas puedan comprar planes de salud asequibles. Estas bolsas de intercambios deberán ofrecer una selección de los planes de salud que

respondan a determinadas prestaciones y a las normas de costos. A partir de 2014, los miembros del Congreso tendrán su seguro de salud a través de intercambios.

- Incrementar el crédito tributario a las pequeñas empresas. La Ley aplica la segunda fase del crédito de impuesto para las pequeñas empresas y organizaciones sin fines de lucro. En esta fase, el crédito es de hasta 50 por ciento de la cuota patronal de seguro de salud para los empleados. También hay un crédito de hasta 35 por ciento para las pequeñas organizaciones sin fines de lucro.

MAYOR ACCESO A SERVICIOS ASEQUIBLES

- Incrementar el acceso a Medicaid. Los estadounidenses que ganan menos de 133 por ciento del nivel de pobreza (aproximadamente \$ 14.000 para un individuo y \$ 29.000 para una familia de cuatro) serán elegibles para recibir Medicaid. Los Estados recibirán el 100 por ciento de fondos federales para los tres primeros años para apoyar esta ampliación de la cobertura, la eliminación será gradual al 90 por ciento de fondos federales en los años siguientes.
- Promoción de la responsabilidad individual. Bajo la nueva ley, la mayoría de las personas podrán obtener una cobertura básica de salud. Si la cobertura asequible no está disponible para un individuo, él o ella serán elegibles para una exención.
- Garantizar la libre elección. Los trabajadores que cumplan ciertos requisitos que no pueden pagar la cobertura ofrecida por su empleador podrán recibir fondos, cualquiera sea su empleador, para ayudarles a comprar un plan más asequible en las nuevas bolsas de seguros de salud.

2015

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y REDUCCION DE LOS COSTOS

- Pago de los médicos basadas en el valor no por volumen. Una nueva disposición para el pago de los médicos permitirá que aquellos que proporcionan una atención de mayor valor reciban pagos más altos que aquellos que proporcionan atención de menor calidad.

Bolsas de intercambios de seguros de salud

En primer lugar, esto no es un mercado abierto donde cualquiera puede limitarse a buscar un precio competitivo para su seguro de salud. Los que pueden ir "de compras" se limitan a aquellos que cumplen uno o más de los siguientes criterios:

- Trabajar en empresas con menos de 100 empleados.
- Trabajar para una compañía que no ofrece seguro de salud.
- Trabajador por cuenta propia.
- Desempleados.
- Jubilados, pero no es elegible para Medicare.
- Pequeñas empresas.
- Después de 2017, medianas y grandes empresas.

Para trabajadores que no pueden permitirse el lujo de adquirir un seguro de salud, la nueva ley permite acceder a subsidios del gobierno para pagar las primas del seguro. Una escala móvil, basada en la necesidad, se utilizará para determinar la cantidad de ayuda que puede obtener cada trabajador.

Para aquellos que quieren comprar su propio seguro, por la razón que sea, aún pueden hacerlo, incluso si no cumplen con los criterios anteriores. Sólo tendrá que hacerlo fuera del canje. Y vale la pena señalar que el proyecto de ley de reforma sanitaria requiere que las aseguradoras que ofrezcan planes de pago en las bolsas cobren las mismas primas en los planes comparables fuera de las bolsas.

¿Cómo van a funcionar? ¿Cómo van a ser financiados?

Originalmente, la idea era tener un intercambio nacional. Sin embargo, dicho plan fue eliminado en favor de permitir a los Estados administrar sus propios intercambios (o contar con organizaciones sin fines de lucro que hagan la gestión de los mismos). El dinero federal ayudará al cambio de fondo estatal a la nueva creación. Los Estados también pueden cooperar entre sí creando bolsas multi-estado, grandes conglomerados de "clientes" y ofreciendo más opciones de seguros, ya que los proveedores pueden competir directamente con los proveedores de otros estados.

Sin embargo, hay reglas que se cotizan en los mercados. Los planes deben ser en el interés de los compradores, dicen los autores del proyecto de ley. Los reguladores estatales de seguros de salud deben tener rubros para certificar que los aseguradores que ofrezcan sus productos en la bolsa. Además, tiene que haber un formato estándar de presentación de las opciones y los costos de una manera que los compradores puedan comparar de manera eficiente sus opciones. Presumiblemente, esto significa que los Estados impedirán a las empresas de seguros que no cumplen "las normas de calidad" la venta en las bolsas.

Los Estados no pueden establecer las primas, sin embargo, las compañías de seguros pueden establecer sus propias primas y pueden decidir qué planes de reducción de la cobertura ofrecen (planes oro, plata, bronce). Sin embargo, los estados están autorizados para exigir a las aseguradoras justificar aumentos de tarifas y precios. Si los estados no están satisfechos con la justificación de los cambios, el plan ofrecido puede ser eliminado de la bolsa. Las aseguradoras tendrán que ser más transparentes acerca de sus precios, y de cómo gastan sus ingresos, sobre todo si quieren ser incluidos en las bolsas.

Los legisladores tienen la esperanza de que con las bolsas de seguros de salud estatales se creará más competencia entre los aseguradores de salud (reducción de los precios de seguro de salud), mientras que se proporciona, a más personas, acceso a la atención de salud asequible.

¿Hay algo de ajuste de riesgo que se vaya o se esté implementando en la reforma americana?

El tema de ajuste de riesgos afecta a Medicare solo en su relación con las HMOs.

La ley no trata la cuestión específicamente.

Las primas de los seguros también se verán directamente afectados por las nuevas disposiciones federales.

El mayor efecto vendrá de una disposición que limita la clasificación por edades de la prima a una proporción de no más de tres a uno. Esta disposición entrará en vigor en 2014 y significa que los planes no se pueden cobrar una persona 64 años de edad, más de tres veces la prima de una de 18 años de edad, por la misma cobertura. Por el contrario, la variación natural en el costo de cobertura es de cinco a uno el sentido de que el grupo más antiguo de individuos (no Medicare) normalmente consume casi cinco veces más atención médica que el grupo más joven.

Este mandato de "compresión" en la clasificación por edades de la cobertura significa que las aseguradoras deben cobrar mayores primas de las personas que son menores que los valores actuariales de su cobertura, con el resultado de que las aseguradoras tendrán que compensar

mediante el cobro de las primas de los individuos más jóvenes valores más altos que el valor actuarial de su cobertura. Por lo tanto, este mandato federal en la fijación de precios de la cobertura para las personas mayores aumentará aún más las primas de los jóvenes-que, debido a su estado de salud general buena y con menos ingresos, son el grupo que es más sensible a los cambios en el precio de la cobertura y los que probablemente más disminuyan la cobertura.

Se crean también nuevas normas federales. A partir de 2011, los planes tienen que gastar una cantidad mínima de ingresos por primas en la atención médica y actividades que mejoren la calidad de atención de salud, o reembolsar la diferencia a los asegurados. Los niveles mínimos serán del 85 por ciento para los planes de gran grupo y 80 por ciento para grupos pequeños y planes individuales. Además, el HHS se da un nuevo poder para llevar a cabo exámenes anuales "de aumentos desproporcionados de las primas para la cobertura de seguro de salud."