

- » Responderemos dudas comunes sobre Medicare
- » Te explicaremos las diferentes partes de Medicare
- » Analizaremos qué opciones tienes y qué decisiones no pueden esperar

Capítulo **1**

Aspectos fundamentales de Medicare: qué es y cómo funciona

Medicare es un sistema federal de seguros diseñado para ayudar a 66 millones de personas mayores y personas con discapacidades a pagar su atención médica. Desde su creación en 1966, es el único programa de salud nacional en Estados Unidos que garantiza acceso sin restricciones de ingresos, estado de salud o lugar de residencia.

Medicare opera de manera diferente a otros programas de seguros conocidos. Para evitar confusiones, es importante entender la estructura del programa y cómo pueden afectarte sus normas.

En este capítulo se proporciona una visión general de Medicare, al abordar dudas comunes sobre cómo se diferencia de otros tipos de seguros de salud, con información sobre las cuatro partes de la cobertura de Medicare (A, B, C y D). También, se ofrece una lista de control para ayudarte con las decisiones que necesitas tomar para poder elegir entre las opciones de cobertura de Medicare.



CONSEJO

Esta información está dirigida principalmente a las personas nuevas del programa. Podrás encontrar más detalles sobre los beneficios y costos en los capítulos posteriores. Pero, si consideras que ya tienes experiencia con Medicare y buscas una guía específica, puedes omitir esta sección y continuar con la Parte 3 o 4.

Respuestas a preguntas comunes

Cuando inicias el proceso de convertirte en un beneficiario de Medicare, es común darte cuenta de lo poco que sabes sobre el programa. Incluso si crees que sabes mucho, es difícil asegurar que la información que tienes es precisa. Muchos de los conceptos erróneos sobre Medicare provienen de internet o correos masivos diseñados para difundir información engañosa y alarmar a los adultos mayores.

Si en algún momento has tenido un seguro de salud por parte de tu empleador, podría ser abrumador pensar cómo se compara con la cobertura de Medicare. Por eso, antes de analizar en profundidad cómo funciona realmente, te compartiremos algunas dudas comunes:

» Como sistema administrado por el Gobierno ¿recibiré una atención inferior con Medicare?

Básicamente, no. Medicare está bajo la administración y supervisión del Gobierno federal, que también financia en gran medida los servicios médicos que recibes. Sin embargo, estos servicios son, en su mayoría, proporcionados por médicos, laboratorios y hospitales privados que eligen si contratan Medicare o no. Son los mismos profesionales independientes a los que podrías haber acudido por un diagnóstico o tratamiento sin necesidad de contratar Medicare.

» ¿Tendré menos opciones con Medicare de las que tengo ahora?

No. Medicare puede ofrecer más opciones que tu seguro anterior. Puedes elegir el programa original de Medicare (con el que puedes consultar con cualquier médico u otro profesional de la salud dentro de Estados Unidos que acepte pacientes de Medicare) o diferentes opciones de planes privados de Medicare Advantage. Según tu ubicación, podrías elegir entre 43 planes de Medicare Advantage y 21 planes de la Parte D para la cobertura de medicamentos recetados.

» ¿Mis problemas de salud y enfermedades preexistentes jugarán en mi contra?

No. Medicare no tiene en cuenta los problemas de salud actuales o pasados. (Tus primas y copagos no se ven afectados por tu estado de salud, incluso si fumas, consumes alcohol o por obesidad).

» ¿Será Medicare menos costoso que el seguro que tengo ahora?

Medicare no es gratuito; requiere primas, deducibles y copagos a menos que reúnas los requisitos para un programa de ayuda de bajos ingresos o tengas un seguro adicional que cubra estos costos (consulta el Capítulo 4 para más información). Sin embargo, es necesario considerar las alternativas. Sin Medicare, la mayoría de las personas mayores y con discapacidades no podrían encontrar un seguro de bajo costo en el mercado.

En comparación con la mayoría de los seguros patrocinados por el empleador, Medicare tiene un costo razonable. En el 2024, las primas de Medicare Parte B son de \$174.70 por mes por persona. En comparación, según los resultados de una encuesta realizada por la Kaiser Family Foundation en el 2023 sobre los beneficios de salud de los empleadores, las primas de los trabajadores al seguro patrocinado por el empleador eran de \$117 para una sola persona y \$548 para una familia de dos o más personas. La Parte A, que cubre la atención hospitalaria y de enfermería, es gratuita si tú o tu cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban durante al menos 10 años. Si no reúnes los requisitos para la Parte A sin primas, podrías comprarla.

» ¿Tendré que pagar un deducible grande antes de obtener cobertura de Medicare?

Los deducibles de Medicare generalmente son más pequeños que los de los planes de salud con deducible alto. (En el Capítulo 3 analizaremos los detalles sobre deducibles, copagos y otros costos).

» ¿Mis gastos de bolsillo tendrán un límite en Medicare?

Medicare Original no fija ningún límite sobre los gastos de bolsillo, pero puedes contratar un seguro Medigap para cubrirlos (consulta el Capítulo 4 para obtener más información). En los planes de Medicare Advantage se fijan límites anuales sobre estos gastos de hasta \$8,850 por año en el 2024. En la Parte D, si alcanzas una cierta cantidad de gastos de bolsillo, puedes optar para la cobertura catastrófica. A partir del 2025, las personas en la Parte D tendrán un límite anual de gastos de bolsillo para medicamentos de \$2,000.



RECUERDA

» ¿Tengo que volver a inscribirme en Medicare cada año?

No. Tu cobertura se renueva automáticamente cada año a menos que elijas cambiarla durante el período de inscripción abierta que se extiende del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año. Durante este tiempo, puedes cambiar de un plan a otro como se explica en el Capítulo 15.

» ¿Medicare cubrirá a mi cónyuge más joven o a otras personas a cargo?

No. Medicare no ofrece cobertura familiar. Cada persona debe unirse individualmente a los 65 años o calificar por discapacidad como se explica en el Capítulo 5. Ambos cónyuges deben pagar primas separadas a menos que reciban ayuda del Gobierno para pagarlas. Medicare no ofrece descuentos para matrimonios, ni siquiera en sus planes de salud privados Medicare Advantage y planes para medicamentos de la Parte D.

» ¿Se cortará mi cobertura de Medicare cuando envejezca?

¡No! La cobertura de Medicare se basa en la necesidad médica, no en la edad. Cubre los procedimientos necesarios sin importar tu edad.

La idea de que Medicare niega la atención y la cobertura basándose en la edad es un mito difundido para desacreditar la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. De hecho, no existe ninguna normativa de Medicare que limite la atención médica de las personas en función de su edad.

Ayuda para entender los conceptos básicos de Medicare Partes A, B, C y D

¿Es realmente importante conocer qué cubren las Partes A, B, C y D de Medicare? ¿No es suficiente con saber que solo cubre una parte de los gastos médicos? No exactamente. La estructura de Medicare es algo compleja, y cada parte afecta la cobertura que recibes y los costos en que incurres.

Además, para comprender el resto de este libro, es crucial entender qué implica cada parte. Las siguientes secciones proporcionan una visión general básica.

Parte A

La Parte A por lo general se describe como *seguro de hospital*, frase acuñada originalmente para distinguirla de la Parte B (seguro médico). Pero esto puede ser

engañoso ya que algunos pueden entender por “seguro de hospital” que la Parte A cubre la totalidad de una factura de una internación, pero no es así. Los servicios que recibes por parte de los médicos, cirujanos o anestesistas durante una internación hospitalaria se facturan por separado bajo la Parte B. Además, no necesitas estar internado para usar la Parte A, ya que también cubre servicios fuera del hospital y en casa.



RECUERDA

Un término más preciso para la Parte A es *seguro de cuidado de enfermería*. Con este seguro se cubre:

- » Los servicios profesionales de enfermería en hospitales, centros de enfermería especializada (como residencias geriátricas o centros de rehabilitación), para internaciones cortas o si cumples con los requisitos para los servicios de salud a domicilio y cuidados paliativos en tu hogar.
- » Una habitación semiprivada en hospitales o centros de enfermería.
- » Todas las comidas proporcionadas por el hospital o centro de enfermería.
- » Otros servicios proporcionados por el hospital o centro de enfermería, incluso las pruebas de laboratorio, medicamentos recetados, suministros médicos y terapia de rehabilitación.
- » Todos los servicios proporcionados por una agencia de servicios de atención médica a domicilio si calificas para el cuidado en el hogar, como se explica en el Capítulo 2.
- » Todos los servicios proporcionados por un programa de cuidados terminales si decides dejar de recibir tratamiento para una enfermedad terminal, como se explica en el Capítulo 2.

La mayoría de las personas en Medicare son elegibles para la Parte A sin pagar primas porque está financiada por los impuestos sobre la nómina de Medicare deducidos de tu cheque de pago o el de tu cónyuge mientras trabajabas. Los detalles sobre esta configuración y las opciones si no reúnes los requisitos para la Parte A sin prima se analizan en el Capítulo 5.

Sin embargo, los servicios de la Parte A no son totalmente gratuitos. Aún necesitas pagar deducibles y copagos por servicios específicos. Estos costos se detallan en el Capítulo 3, y en el Capítulo 4 se brindan opciones para poder reducirlos. En los Capítulos 2 y 14, también se proporciona información adicional sobre ciertos problemas de cobertura de la Parte A.

Parte B



RECUERDA

La mayoría de las personas con Medicare nunca necesitan ir a un hospital, pero casi todos en algún momento visitarán a un médico o necesitarán pruebas diagnósticas o análisis de laboratorio. Aquí es donde la Parte B, conocida como *seguro médico*, es esencial. Cubre una amplia gama de servicios, incluso lo siguiente:

- » Servicios médicos y quirúrgicos de cualquier médico que acepte pacientes con Medicare, ya sea en un consultorio, hospital, centro de cuidados a largo plazo o en casa
- » Pruebas diagnósticas y de laboratorio realizadas fuera de hospitales y centros de enfermería
- » Servicios preventivos como vacunas contra la gripe, mamografías y exámenes de detección de depresión y diabetes, muchos de los cuales son gratuitos
- » Algunos equipos y suministros médicos (por ejemplo, sillas de ruedas, andadores, oxígeno, suministros para pacientes diabéticos y unidades de sangre)
- » Tratamientos hospitalarios ambulatorios en salas de emergencia, clínicas o unidades quirúrgicas ambulatorias
- » Cuidado hospitalario para pacientes bajo observación en el hospital en lugar de ser admitidos formalmente
- » Medicamentos recetados para pacientes hospitalizados administrados en un hospital o en el consultorio del médico, usualmente por inyección (por ejemplo, medicamentos para quimioterapia)
- » Cobertura para fisioterapia, foniatría y terapia ocupacional
- » Atención de salud mental ambulatoria
- » En los casos que se necesiten segundas opiniones para cirugías no urgentes
- » Servicios de salud en el hogar aprobados que no están cubiertos por la Parte A
- » Servicios de ambulancia o rescate aéreo cuando utilizar otro medio de transporte pondría en peligro la salud del paciente
- » Asesoramiento gratuito para ayudar a reducir la obesidad, el tabaquismo o el abuso del alcohol

Para recibir servicios de la Parte B, debes pagar una prima mensual a menos que califiques para recibir ayuda estatal debido a bajos ingresos. La mayoría de las personas pagan la prima estándar de la Parte B, determinada anualmente por una fórmula legal (\$174.70 en el 2024). Sin embargo, las personas con ingresos más altos deben pagar más.

También compartes el costo de la mayoría de los servicios de la Parte B. En Medicare Original, esto por lo general representa el 20% del costo aprobado por Medicare. Con los planes de Medicare Advantage se pueden cobrar diferentes cantidades, usualmente copagos fijos por cada servicio. En el Capítulo 3 encontrarás información detallada sobre los gastos de bolsillo para la Parte B y en el Capítulo 4 encontrarás formas de reducirlos.

Parte C

En las dos secciones anteriores, describí la cobertura proporcionada por la Parte A y la Parte B, que juntas forman lo que se conoce como *Medicare tradicional* u *Original*. Este programa, establecido en 1966, también se llama *Medicare de pago por servicio* porque cada proveedor, ya sea un médico, hospital, laboratorio o proveedor de equipos médicos, recibe un pago por cada servicio.

Hoy en día, Medicare también ofrece una alternativa al programa original: una variedad de planes de salud que principalmente proporcionan atención a través de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) u organizaciones de proveedores preferidos (PPO). Estos planes, gestionados por compañías de seguros privadas, deciden anualmente si continúan en el programa. Medicare paga a cada plan una tarifa fija por cada afiliado, independientemente de la cantidad de atención médica utilizada. Este programa se llama *Medicare Advantage* o *Medicare Parte C*.



RECUERDA

Por ley, los planes Medicare Advantage deben cubrir los mismos servicios que la Parte A y la Parte B de Medicare Original. Por ejemplo, si necesitas un reemplazo de rodilla, estará cubierto tanto si estás inscrito en un plan Medicare Advantage como en el programa original. Sin embargo, estos planes pueden ofrecer beneficios adicionales que no los cubre Medicare Original, como atención rutinaria de la vista, el oído y dental. La mayoría de los planes como parte de su paquete de beneficios también incluyen cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.

Inscribirse en un plan Medicare Advantage difiere significativamente de usar el programa original de Medicare. Los gastos de bolsillo y las opciones de proveedores varían. En el Capítulo 9 analizo las diferencias entre Medicare Original y los planes Medicare Advantage. Además, en el Capítulo 11 explico los diversos tipos de planes y cómo compararlos para encontrar el que mejor se adapte a tus necesidades.

Parte D

La Parte D cubre los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, que son los medicamentos que tomas tú mismo en lugar de aquellos administrados en

un hospital o en el consultorio del médico. Este beneficio se añadió a Medicare en el 2006, 40 años después de la creación de Medicare. Desde entonces, ha reducido significativamente los costos para millones de personas y ha hecho que muchas personas puedan acceder a medicamentos esenciales.



RECUERDA

Sin embargo, la Parte D es compleja y requiere un poco de tiempo para acostumbrarse. A continuación encontrarás algunas diferencias clave con respecto a otras coberturas de medicamentos:

- » Durante un año calendario, la cobertura pasa por cuatro fases distintas y en cada fase el mismo medicamento puede tener diferentes costos.
- » Para obtener la cobertura, debes elegir un plan privado que proporciona medicamentos de la Parte D entre muchas opciones disponibles.
- » Diferentes planes cubren distintos conjuntos de medicamentos; ningún plan cubre todos los medicamentos.
- » Los planes establecen sus propios copagos para cada medicamento, que pueden variar significativamente incluso para el mismo medicamento.
- » Algunos planes pueden requerir que tú o tu médico deban pedir autorización antes de cubrir ciertos medicamentos o pueden pedirte que pruebes una versión menos costosa.
- » Los planes pueden cambiar sus costos y beneficios o retirarse de Medicare completamente cada año.

Navegar por la Parte D puede parecer desalentador, pero es posible hacerlo. En el Capítulo 10 encontrarás estrategias para comparar planes y elegir el que mejor se adapta a tus necesidades. En el Capítulo 12, aprenderás quién puede ayudarte en este proceso. Además, en el Capítulo 2 comparto lo que incluye la Parte D, en los Capítulos 3 y 4 los costos involucrados y en los Capítulos 13 y 14 explico cómo resolver cualquier problema que surja.

Reconocer tus opciones disponibles y cómo tomar decisiones oportunas



RECUERDA

Medicare *no* es un sistema único para todos. Ofrece varias opciones, lo que requiere decisiones oportunas. A continuación encontrarás una lista rápida para ayudarte:

- » **Inscribirse en el momento correcto según tus circunstancias.** Si no entendiste bien las reglas o las ignoraste, puedes recibir multas financieras

permanentes y pasar varios meses sin cobertura. En el Capítulo 6 encontrarás los detalles sobre estas posibles situaciones y cómo evitarlas.

- » **Investiga tus opciones.** Debes entender las diferencias entre el programa Medicare Original y los planes de salud privados de Medicare Advantage. Consulta el Capítulo 9 para más información.
- » **Aprende a tomar decisiones inteligentes si eliges Medicare Original.** Esto significa decidir si necesitas la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D y elegir el mejor plan para ti. También significa que debes decidir si quieres comprar un seguro complementario Medigap y, de ser así, aprender cuándo comprarlo para asegurar garantías y protecciones federales de suma importancia. En el Capítulo 10 analizaremos estas decisiones.
- » **Aprende a tomar decisiones inteligentes si eliges los planes de Medicare Advantage.** Esto significa comparar los planes según tus necesidades y preferencias. Entiende tus opciones si decides volver a Medicare Original. Consulta el Capítulo 11 para obtener más información.
- » **Busca ayuda para tomar tus decisiones cuando la necesites.** En el Capítulo 12 ofrezco ayuda personal de fuentes legítimas e informadas que te ayudarán a evitar estafas y fraudes.
- » **Entiende tu derecho a cambiar de cobertura cada año y en otros momentos según las circunstancias.** En el Capítulo 15 explico el objetivo de los diferentes períodos de inscripción, sus fechas límite y el proceso de cambio de planes o tipos de cobertura.

