

Acerca de la ley

Disposiciones de la nueva ley, por año

[2010](#) [2011](#) [2012](#) [2013](#) [2014](#) [2015](#)

2010

NUEVAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

- **Brindar información a los consumidores en línea.** La ley proporciona [un sitio web fácil de usar](#) en donde los consumidores pueden comparar las opciones de cobertura de seguro médico y elegir la cobertura que mejor satisfaga sus necesidades. *Es efectiva el 1 de julio de 2010.*
- **Prohibir la práctica de negar cobertura a los niños por razones de condiciones preexistentes.** La nueva ley incluye nuevas reglas que [no permiten a las compañías de seguros negarse a brindar cobertura a los niños menores de 19 años debido a una condición preexistente](#). *Es efectiva para los años de planes que comienzan durante o después del 23 de septiembre de 2010 para los planes nuevos y los planes de grupos existentes.*
- **Prohibir a las compañías de seguros la práctica de rescindir la cobertura.** En el pasado, las compañías de seguros podían buscar algún error, o alguna otra equivocación técnica, en la solicitud del cliente y usar este error como justificación para negar el pago de los servicios cuando esta persona se enfermaba. [Con la nueva ley, esta práctica es ilegal](#). Luego de que informes de los medios de comunicación relataran incidentes en los que pacientes con cáncer de mama perdían la cobertura, las compañías de seguro acordaron poner fin a esta práctica de inmediato. *Es efectiva para los años de planes que comienzan durante o después del 23 de septiembre de 2010.*
- **Eliminar los límites de por vida a la cobertura de seguros.** Según la nueva ley, se les prohibirá a las compañías de seguros [imponer de por vida límites en dólares](#) a los beneficios esenciales, tales como las hospitalizaciones. *Es efectiva para los años de planes que comienzan durante o después del 23 de septiembre de 2010.*
- **Regular los límites anuales a la cobertura de seguros.** Bajo la nueva ley, [se restringirá el uso que hacen las compañías de seguros de los límites anuales en dólares](#) a la cobertura de seguro que un paciente puede recibir para los planes nuevos en el mercado individual y todos los planes de grupos. En 2014, se prohibirá el uso de límites anuales en dólares sobre los beneficios esenciales, tales como las hospitalizaciones, para los planes nuevos en el mercado individual y todos los planes de grupos. *Es efectiva para los años de planes que comienzan durante o después del 23 de septiembre de 2010.*
- **Apelar las decisiones de las compañías de seguros.** La ley brinda a los consumidores una manera de [apelar las determinaciones de cobertura o reclamaciones](#) a sus compañías de seguros y establece un proceso de revisión externo. *Es efectiva para los planes nuevos que comienzan el 23 de septiembre de 2010.*
- **Crear programas de asistencia al consumidor en EE. UU.** Según la nueva ley, los estados que lo soliciten recibirán [subsidios federales para ayudarlos a establecer o ampliar oficinas independientes para](#)

[ayudar a los consumidores a "navegar" por el sistema de seguro médico privado.](#) Estos programas ayudan a los consumidores a presentar quejas y apelaciones, inscribirse en una cobertura médica y obtener información acerca de sus derechos y responsabilidades en planes médicos grupales o pólizas de seguro médico individual. Además, los programas reunirán información acerca de los tipos de dificultades que enfrentan los consumidores y enviarán informes al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. para identificar áreas problemáticas que requieran mayor supervisión. [Leer una lista de quiénes recibieron los subsidios del CAP.](#) *Subsidios recibidos en oct. de 2010.*

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Proporcionar a las pequeñas empresas créditos fiscales para seguro médico.** 4 millones [de pequeñas empresas son elegibles para recibir los créditos fiscales](#) con el fin de que puedan brindar beneficios de seguro a sus trabajadores. La primera etapa de esta disposición incluye un crédito por un valor de hasta el 35 por ciento de la contribución que hace el empleador al seguro médico del empleado. Las pequeñas organizaciones sin fines de lucro pueden recibir un crédito de hasta el 25 por ciento. *Es efectiva en este momento.*
- **Ayudar a 4 millones de adultos mayores que alcanzan el período sin cobertura de los medicamentos recetados de Medicare.** Este año, aproximadamente cuatro millones de adultos mayores se verán afectados por la brecha en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, conocida como "período sin cobertura". [Cada uno de estos adultos mayores recibirá un reembolso de \\$250.](#) *Los primeros cheques se enviaron en junio de 2010 y se seguirán enviando mensualmente durante el 2010 a medida que más adultos mayores alcancen el período sin cobertura.*
- **Brindar atención preventiva de manera gratuita.** Todos los planes nuevos deben cubrir determinados servicios de atención preventiva tales como mamografías y colonoscopías sin cobrar deducibles, copagos o coseguros. Es efectiva para los años de planes que comienzan durante o después del 23 de septiembre de 2010. [Conozca más sobre los beneficios de la atención preventiva](#)
- **Prevenir enfermedades.** Se invertirá un nuevo fondo de salud pública y prevención de \$15 mil millones en programas de prevención y salud pública de probada eficacia que pueden ayudar a que los estadounidenses se mantengan saludables, desde dejar de fumar hasta combatir la obesidad. *La financiación comienza en 2010.*
- **Tomar medidas duras contra el fraude en la cuidados de salud.** Los esfuerzos actuales para combatir el fraude han devuelto al fondo fiduciario de Medicare más de \$2.5 mil millones sólo en el año fiscal 2009. La nueva ley invierte nuevos recursos y requiere más procedimientos de control para los proveedores de servicios de salud con el objetivo de mejorar estos esfuerzos y [disminuir el fraude y el despilfarro en Medicare](#), Medicaid, y CHIP. *Muchas disposiciones ya están en vigencia.*

INCREMENTAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA ASEQUIBLE

- **Proporcionar acceso a un seguro médico a estadounidenses sin seguro con condiciones preexistentes.** Un nuevo [Plan de seguro para personas con condiciones preexistentes](#) brindará nuevas opciones de cobertura a personas que hayan estado sin cobertura de seguro durante al menos seis meses debido a una condición preexistente. Los estados tienen la opción de adquirir este nuevo programa. En caso de que un estado decida no adquirirlo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos establecerá un plan en ese estado. *Vigencia del programa nacional a partir del 1 de julio de 2010.*
- **Ampliar la cobertura a adultos jóvenes.** Bajo la nueva ley, [los adultos jóvenes podrán permanecer en el plan de sus padres hasta que cumplan 26 años](#) (en el caso de los planes de salud grupales

existentes, este derecho no aplica si al adulto joven se le ofrece seguro médico en el lugar de trabajo). Mientras que la disposición entra en vigencia en septiembre, muchas compañías de seguros ya han implementado esta nueva práctica. Consulte con su compañía de seguros o empleador para saber si usted es elegible o no. Es efectiva para los años de planes de salud que comienzan posteriormente al 23 de septiembre.

- **Ampliar la cobertura a los jubilados anticipados.** Con mucha frecuencia, los estadounidenses que se jubilan sin seguro subsidiado por el empleador y antes de cumplir con los requisitos para Medicare, ven como sus ahorros de toda la vida desaparecen debido a las tasas altas del mercado individual. [Para que los jubilados anticipados mantengan la cobertura subsidiada por el empleador](#) hasta que los nuevos intercambios pongan a disposición una cobertura más asequible para el 2014, la nueva ley desarrolla un programa de \$5 mil millones para brindar la asistencia financiera que tanto necesitan los planes subsidiados por el empleador con el objetivo de que sigan ofreciendo la valiosa cobertura a personas que se jubilan entre los 55 y los 65 años, como también a sus cónyuges y dependientes. *Solicitudes para los empleadores que desean participar en el programa disponible a partir del 1 de junio de 2010* Para más información sobre el [Programa de reaseguro para jubilados anticipados](#), visite www.ERRP.gov.
- **Reconstruir la fuerza laboral del área de cuidado primario.** Para fortalecer la disponibilidad del área de cuidado primario, la nueva ley incluye nuevas iniciativas para [ampliar la cantidad de médicos de cuidado primario, enfermeros y asistentes médicos](#). Dichas iniciativas incluyen financiación para becas y reintegros de préstamos para médicos de cuidado primario y enfermeros que trabajan en zonas marginadas. Los médicos y enfermeros que reciben pagos a través de un programa de reintegro de préstamos del estado o programa de condonación de préstamos con el objetivo de aumentar la disponibilidad de los servicios de cuidado primario en áreas marginadas o de escasez de profesionales de la salud no tendrán que pagar impuestos sobre esos pagos. *Vigente en 2010.*
- **Responsabilizar a las compañías de seguros del alza desmedida de las tasas.** Según la ley, los estados que cuentan con o piensan implementar medidas que [obligan a las compañías de seguros a justificar los aumentos en las primas](#), pueden ser elegibles para los \$250 millones en nuevos subsidios. Es probable que las compañías de seguros médicos con intercambios de primas injustificados o excesivos no puedan participar en los nuevos intercambios de seguros médicos en el 2014. *Los subsidios comenzarán a entregarse a partir del 2010.*
- **Permitir que los estados proporcionen cobertura a más personas a través de Medicaid.** Los estados podrán recibir fondos complementarios federales para brindar cobertura a través de Medicaid a más personas y familias de bajos ingresos para quienes los fondos federales no estaban disponibles. Esto hará que los estados que deseen hacerlo puedan brindar cobertura a más residentes con mayor facilidad. *En vigencia a partir del 1 de abril de 2010.*
- **Aumentar los pagos a proveedores de servicios de salud rurales.** Actualmente, el 68 por ciento de las comunidades de servicios médicos de todo el país se encuentra en las áreas rurales. Estas comunidades a menudo tienen problemas para conseguir y mantener profesionales médicos. La ley exige aumentar los pagos a proveedores de servicios de salud rurales para ayudarlos a que sigan prestando sus servicios en las comunidades. *En vigencia a partir de 2010.*
- **Fortalecer los centros de salud comunitarios.** La ley incluye [nuevos fondos para apoyar la construcción y la ampliación de los servicios en los centros de salud comunitarios](#), permitiéndole a dichos centros atender a aproximadamente 20 millones de pacientes nuevos en todo el país. *En vigencia a partir de 2010.*

2011

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Ofrecer descuentos en medicamentos recetados.** Los adultos mayores que alcancen la brecha en la cobertura recibirán un descuento del 50 por ciento al comprar medicamentos recetados no genéricos cubiertos por Medicare Parte D. En los próximos diez años, los adultos mayores recibirán más descuentos en medicamentos genéricos y no genéricos hasta que finalice la interrupción de la cobertura en 2020. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2011.* [Descargar un folleto para obtener más información \(PDF, 3.6 MB\)](#)
- **Brindar atención preventiva a los adultos mayores.** La ley exige la prestación gratuita de determinados servicios de prevención, tales como visitas de control de la salud anuales y planes de prevención personalizados para adultos mayores en Medicare. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2011.*
- **Mejorar la calidad y eficiencia de los cuidados de salud.** La ley establece una [innovación para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid](#) que comenzará probando maneras de brindar asistencia a los pacientes. Se espera que estos métodos mejoren la calidad de atención y disminuyan la tasa de aumento de los costos del cuidado de salud para Medicare, Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Asimismo, para el 1 de enero de 2011, el HHS lanzará una estrategia nacional para mejorar la calidad en la cuidados de salud, incluyendo estos programas. *En vigencia antes del 1 de enero de 2011.*
- **Mejorar la atención a los adultos mayores después que abandonan el hospital.** El Programa de transición de los cuidados de salud en comunidades ayudará a los beneficiarios de Medicare de alto riesgo que se encuentran hospitalizados a evitar rehospitalizaciones innecesarias mediante la coordinación de los cuidados de salud y la conexión de pacientes a los servicios en sus comunidades. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2011.*
- **Introducir nuevas innovaciones para reducir costos.** La Junta Asesora de Pago Independiente comenzará a realizar una serie de tareas para desarrollar y enviar propuestas al Congreso y al Presidente con el objetivo de ampliar la vida del Fondo Fiduciario de Medicare. Se espera que la Junta se centre en cómo combatir el despilfarro en el sistema y recomiende maneras de reducir costos, mejorar los resultados de salud para los pacientes y ampliar el acceso a una asistencia de alta calidad. *La financiación administrativa estará disponible el 1 de octubre de 2011.*

INCREMENTAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA ASEQUIBLE

- **Aumentar el acceso a los servicios en el hogar y en la comunidad.** La nueva opción First Choice para las comunidades permite a los estados prestar servicios a domicilio y basados en la comunidad a discapacitados a través de Medicaid en vez de atención institucional en asilos de ancianos. *En vigencia a partir del 1 de octubre de 2011.*

RESPONZABILIZAR A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS

- **Reducir las primas de seguro médico.** Para asegurar que el dinero de sus primas se utilice principalmente en servicios de salud, la nueva ley generalmente exige que [al menos el 85% del dinero de las primas que las compañías de seguros recaudan para grandes planes subsidiados por el empleador se gasten en servicios de salud y mejoras en la calidad de los cuidados de salud.](#) En el caso de los planes vendidos a personas y empleadores pequeños, al menos el 80% de la prima debe invertirse en beneficios

y mejoras en la calidad. En caso de que las compañías de seguros no cumplan con estas metas, porque sus costos o ganancias administrativas son muy altas, deben proporcionar reembolsos a los clientes. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2011.*

- **Tratar los pagos en exceso a grandes compañías de seguros y fortalecer Medicare Advantage.** Actualmente, Medicare paga a las compañías de seguros para Medicare Advantage más de \$1,000 adicionales por persona que lo que se gasta por persona en Traditional Medicare. Esto tiene como resultado un aumento en las primas para todos los beneficiarios de Medicare, incluyendo el 77 por ciento de los beneficiarios que todavía no están inscritos en un plan Medicare Advantage. La nueva ley nivela el campo de juego eliminando gradualmente esta discrepancia. Las personas inscritas en un plan Medicare Advantage seguirán recibiendo todos los beneficios garantizados de Medicare y la ley exige pagos de premio para los planes Medicare Advantage que brindan una asistencia médica de alta calidad. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2011.* [Descargar un folleto para obtener más información \(PDF\)](#)

[Volver arriba](#)

2012

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Acercar los pagos a los resultados de calidad.** La ley establece un programa de compra basado en la calidad (VBP) para hospitales en Traditional Medicare. Este programa ofrece incentivos financieros a hospitales para mejorar la calidad de atención médica. Se requiere que el rendimiento del hospital se dé a conocer públicamente comenzando con medidas relacionadas con ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca, neumonía, intervenciones quirúrgicas, infecciones relacionadas con los cuidados de salud y percepciones del paciente sobre la atención médica. *Vigente para pagos de altas hospitalarias con fecha posterior al 1 de octubre de 2012.*
- **Fomentar los sistemas de salud integrados.** La nueva ley exige incentivos para que los médicos se unan para formar "organizaciones responsables de la atención". Estos grupos permiten a los médicos coordinar mejor la atención al paciente y mejorar la calidad, ayudar a prevenir enfermedades y disminuir hospitalizaciones innecesarias. Si las organizaciones responsables de la atención brindan atención médica de alta calidad y reducen los costos del sistema de salud, pueden quedarse con parte del dinero que gracias a ellas se ha podido ahorrar. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2012.*
- **Reducir el papeleo y los costos administrativos.** Los servicios de salud siguen siendo una de las pocas industrias que se basa en registros en papel. La nueva ley implementará una serie de cambios para estandarizar el proceso de facturación y exige que los planes de salud comiencen a adoptar e implementar medidas para el intercambio electrónico seguro y confidencial de información sobre la salud. El uso de registros de salud electrónicos disminuirá el papeleo y las cargas administrativas, reducirá costos y errores médicos y lo que es más importante, mejorará la calidad de los cuidados de salud. *Primera regulación vigente a partir del 1 de octubre de 2012.*
- **Comprender y combatir disparidades de salud.** Para ayudar a comprender y reducir las disparidades de salud persistentes, la ley exige que cualquier programa de salud federal actual o nuevo recopile e informe datos raciales, étnicos e idiomáticos. El Secretario de Salud y Servicios Humanos utilizará esta información para ayudar a identificar y reducir las disparidades. *Vigente a partir de marzo de 2012.*

INCREMENTAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA ASEQUIBLE

- **Brindar nuevas opciones voluntarias de seguro para asistencia a largo plazo.** La ley crea un programa voluntario de seguro para cuidados a largo plazo, denominado CLASS, que proporciona beneficios en efectivo a los adultos que quedan discapacitados. El Secretario designará un plan de beneficios antes del *1 de octubre de 2012*.

[Volver arriba](#)

2013

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Mejorar la cobertura médica preventiva.** *Para aumentar la cantidad de estadounidenses que reciben atención preventiva, la ley exige una nueva financiación para los programas estatales de Medicaid que cubren servicios preventivos por un bajo costo o en forma gratuita. En vigencia a partir del 1 de enero de 2013.*
- **Ampliar la autoridad para combinar pagos.** La ley establece un programa nacional piloto para alentar a hospitales, médicos y otros proveedores a trabajar juntos para mejorar la coordinación y la calidad de la atención a pacientes. Según la "combinación" de pagos, hospitales, médicos y proveedores reciben una tasa fija por cada servicio de atención que presten en vez del sistema fragmentado actual, en donde cada servicio o examen o combinación de productos o servicios se factura por separado a Medicare. Por ejemplo, en lugar de que un procedimiento quirúrgico genere varias reclamaciones de varios proveedores, se compensa a todo el equipo con un pago "combinado" que proporciona incentivos para prestar servicios de cuidados de salud más eficientes mientras se mantiene o mejora la calidad de atención. Esto equilibra los incentivos de quienes brindan atención médica y los ahorros que comparten los proveedores y el programa de Medicare. *En vigencia antes del 1 de enero de 2013.*

INCREMENTAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA ASEQUIBLE

- **Aumentar los pagos de Medicaid a médicos de cuidado primario.** Mientras que los programas y proveedores de Medicaid se preparan para cubrir a más pacientes en el 2014, la ley exige a los estados pagar a los médicos de cuidado primario no menos del 100 por ciento de las tasas de pago de Medicare en el 2013 y 2014 en concepto de servicios de cuidado primario. El aumento está totalmente financiado por el Gobierno Federal. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2013.*
- **Proporcionar más financiación para el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).** Según la nueva ley, los estados recibirán financiación durante dos años más para seguir brindando cobertura a niños sin elegibilidad para Medicaid. *En vigencia a partir del 1 de octubre de 2013.* [Conocer más](#)

[Volver arriba](#)

2014

NUEVAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN AL CONSUMIDOR

- **Prohibir la discriminación por razones de condiciones preexistentes o género.** La ley implementa fuertes medidas que prohíben a las compañías de seguro negarse a vender una cobertura o renovar las pólizas por razones de condiciones preexistentes. Además, en el mercado individual y de grupos pequeños, la ley elimina la capacidad que tienen las compañías de seguros de cobrar tasas más altas por cuestiones de género o estado de salud. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*

- **Eliminar los límites anuales a la cobertura de seguros.** La ley prohíbe a los planes nuevos y de grupos existentes imponer límites en dólares anuales a la cobertura que puede recibir una persona. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*
- **Garantizar la cobertura para las personas que participan en pruebas clínicas.** Se le prohibirá a los aseguradores discontinuar o limitar la cobertura porque una persona elija participar en una prueba clínica. Se aplica a todas las pruebas clínicas que tratan el cáncer u otras enfermedades que ponen en riesgo la vida. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Hacer que la asistencia médica sea más asequible.** Los créditos tributarios que tienen el objetivo de que sea más fácil para la clase media adquirir un seguro estarán disponibles para personas con ingresos entre el 100 y el 400 por ciento de la línea de pobreza, y que no son elegibles para otra cobertura asequible. (En 2010, el 400 de la línea de pobreza era de unos \$43,000 por persona o \$88,000 para una familia de cuatro integrantes). El crédito fiscal se puede saldar, por lo que puede reducir sus pagos de primas cada mes, en lugar de esperar a que llegue el momento de pagar sus impuestos. También es reembolsable, de modo que incluso las familias con ingresos moderados pueden recibir el beneficio total del crédito. Es probable que estas personas también sean elegibles para la reducción de gastos compartidos (por ejemplo, copagos, coseguros y deducibles). *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*
- **Establecer Intercambios de seguro médico.** A partir de 2014, si su empleador no ofrece seguro, usted podrá adquirir uno directamente en un Intercambio - un nuevo mercado de seguros transparente y competitivo donde las personas y las pequeñas empresas pueden adquirir planes de beneficios de salud calificados y asequibles. El intercambio ofrecerá una opción de planes de salud que cumplan con ciertos beneficios y normas de costo. A partir de 2014, los miembros del Congreso obtendrán su seguro de atención médica a través del Intercambio, y usted también podrá adquirir su seguro a través del mismo. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*
- **Aumentar el crédito tributario para pequeñas empresas.** La ley implementa la segunda fase del crédito tributario para pequeñas empresas que califican y pequeñas organizaciones sin fines de lucro. En esta fase, el crédito es de hasta el 50 por ciento de la contribución del empleador para proporcionar seguro médico a los empleados. También hay un crédito de hasta el 35 por ciento para pequeñas organizaciones sin fines de lucro. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.* [Conozca más.](#)

INCREMENTAR EL ACCESO A LA ASISTENCIA ASEQUIBLE

- **Aumentar el acceso a Medicaid.** Los estadounidenses que ganan menos del 133 por ciento del nivel de pobreza (aproximadamente \$14,000 para una persona y \$29,000 para una familia de cuatro integrantes) serán elegibles para inscribirse en Medicaid. Los estados recibirán el 100 por ciento de la financiación federal durante los tres primeros años para apoyar esta cobertura ampliada, alcanzando el 90 por ciento de la financiación federal en los años posteriores. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*
- **Promover la responsabilidad individual.** Según la nueva ley, se requiere que la mayoría de las personas que puedan hacerlo obtengan una cobertura de seguro médico básico o paguen una tarifa para ayudar a compensar los costos de atención de estadounidenses sin seguro. Si una persona no tiene a disposición una cobertura asequible, dicha persona será elegible para una exención. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*
- **Garantizar la opción libre.** Los trabajadores que cumplen con determinados requisitos y no pueden

adquirir la cobertura subsidiada por sus empleadores pueden obtener cualquiera de los fondos que sus empleadores pueden haber contribuido a sus seguros y utilizar estos recursos para ayudar a comprar un plan más asequible en los nuevos intercambios del seguro médico. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2014.*

[Volver arriba](#)

2015

MEJORAR LA CALIDAD Y REDUCIR LOS COSTOS

- **Pagar a los médicos en base al valor, no al volumen.** Una nueva provisión vinculará los pagos a médicos con la calidad de atención que brindan. Los médicos observarán que sus pagos han sido modificados de manera que aquellos que brinden una atención de mejor calidad reciban pagos más altos que aquellos cuya calidad de servicio es inferior. *En vigencia a partir del 1 de enero de 2015.*

[Volver arriba](#)

El HHS no impondrá estas normas a emisores de planes sólo para jubilados independientes en el mercado de seguros médicos privados.