



10

10 COSAS QUE DEBES SABER ANTES DE COMPRAR SEGURO MÉDICO

- 1 CONOCE TUS NECESIDADES DE SALUD
- 2 COMPARA COBERTURAS Y BENEFICIOS
- 3 REvisa LA RED DE PROVEEDORES
- 4 VERIFICA DEDUCIBLES Y COASEGUROS
- 5 EVALÚA LOS LÍMITES DE COBERTURA
- 6 CONOCE LAS EXCLUSIONES Y RESTRICCIONES
- 7 ANALIZA EL COSTO TOTAL DEL PLAN
- 8 REvisa LA REPUTACIÓN DE LA ASEGURADORA
- 9 LEE LA LETRA PEQUEÑA
- 10 TOMA UNA DECISIÓN INFORMADA



EDICIÓN LIMITADA
2027

★
GUÍA
RÁPIDA
★★★

DR. ALEXANDER
FIGUEREDO

10 Cosas Que Debes Saber

Antes de Comprar Seguro Médico

Guía rápida para entender, comparar y elegir bien tu plan de salud en Estados Unidos

Lo que nadie te explica en español antes de que firmes.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre

RP #108356

Guía Rápida — Edición Limitada 2027

Esta guía es material educativo y no sustituye la asesoría de un agente o corredor de seguros licenciado, un asesor financiero ni un profesional legal. Las leyes, los precios, los subsidios y los planes cambian cada año; verifica siempre la información actual con las fuentes oficiales antes de tomar decisiones. El autor es un médico formado en Cuba; el uso del título “Dr.” refleja su formación académica y no implica poseer licencia médica en los Estados Unidos.

Índice

Introducción: no compres a ciegas	4
1. Conoce tus necesidades de salud	4
2. Compara coberturas y beneficios	5
3. Revisa la red de proveedores	6
4. Verifica deducibles y coaseguros	6
5. Evalúa los límites de cobertura	7
6. Conoce las exclusiones y restricciones	8
7. Analiza el costo total del plan	8
8. Revisa la reputación de la aseguradora	9
9. Lee la letra pequeña	10
10. Toma una decisión informada	10
Preguntas frecuentes	11
Cierre: tu salud merece una decisión informada	12
Sobre el autor	13

Introducción: no compres a ciegas

El seguro médico en Estados Unidos puede ser la inversión más inteligente que hagas o el gasto más frustrante de tu vida. La diferencia entre una y otra está en una sola cosa: entender lo que estás comprando **antes** de firmar. Demasiadas familias latinas eligen el plan más barato sin leer, o pagan más de lo necesario porque nadie les explicó las opciones, o descubren demasiado tarde que su doctor no estaba en la red, que el deducible era altísimo o que el medicamento que necesitan no estaba cubierto.

Esta guía te da las diez cosas esenciales que debes saber antes de comprar cualquier plan de salud. No necesitas ser experto en seguros: necesitas saber las preguntas correctas. Cada sección es un punto de la lista, breve y directo, con lo que importa y nada más.

Una nota importante sobre el momento actual: a partir de 2026, los subsidios mejorados que existían desde 2021 para los planes del Mercado de Seguros (Marketplace) ya no están vigentes. Eso significa que muchas familias están pagando más por su cobertura. Los subsidios básicos siguen existiendo para quienes califican, pero son menos generosos. Esto hace aún más crítico que compares bien antes de elegir, porque cada dólar cuenta más que antes.

Empecemos.

1. Conoce tus necesidades de salud

Antes de mirar un solo plan, siéntate y responde estas preguntas con honestidad:

- ¿Tomas algún medicamento de forma regular? ¿Cuál y con qué frecuencia?
- ¿Tienes alguna condición crónica (diabetes, presión alta, asma, tiroides)?
- ¿Estás planeando un embarazo o una cirugía en el próximo año?
- ¿Tienes hijos que necesitan visitas pediátricas y vacunas?
- ¿Con qué frecuencia vas al médico: casi nunca, unas pocas veces al año o con regularidad?

La respuesta a esas preguntas determina qué tipo de plan te conviene. Una persona joven y sana que casi nunca va al doctor necesita algo muy distinto a una familia con dos hijos y una mamá con diabetes. El error más común es elegir solo por el precio de la mensualidad sin pensar en lo que realmente vas a usar. Un plan barato al mes puede salir carísimo si llegas al hospital y descubres que el deducible era de miles de dólares.

2. Compara coberturas y beneficios

No todos los planes cubren lo mismo, y los nombres pueden confundir. Lo primero que debes saber es que los planes del Marketplace (el Mercado de Seguros de la ley ACA) están obligados a cubrir diez categorías esenciales, que incluyen: hospitalización, emergencias, maternidad, medicamentos recetados, laboratorio, salud mental, rehabilitación, servicios preventivos, servicios pediátricos y servicios ambulatorios. Esas son las bases.

Pero dentro de eso, cada plan varía en cuánto cubre y cuánto te toca pagar a ti. Aquí es donde entran los “niveles metálicos”:

- **Bronce:** la mensualidad más baja, pero tú pagas más cuando usas servicios (el plan cubre aproximadamente el 60% y tú el 40%).
- **Plata:** mensualidad moderada, cobertura intermedia (70/30). Si tu ingreso es bajo, puedes calificar para reducciones extras del costo.
- **Oro:** mensualidad más alta, pero pagas menos cada vez que vas al doctor o usas servicios (80/20).
- **Platino:** la mensualidad más alta, pero el plan cubre casi todo (90/10).

La regla general: si usas mucho el sistema (medicinas regulares, condiciones crónicas, embarazo planeado), un plan Oro o Platino puede ahorrarte dinero al final del año aunque la mensualidad sea mayor. Si eres joven, sano y casi nunca vas al doctor, un plan Bronce puede funcionar como protección contra una emergencia grande.

3. Revisa la red de proveedores

Este punto atrapa a muchísima gente por sorpresa: **no todos los doctores ni todos los hospitales están en todos los planes.** Cada aseguradora tiene una “red” de proveedores con los que tiene contrato. Si vas a un doctor o un hospital que no está en tu red, puedes terminar pagando la cuenta completa o una parte mucho mayor.

Antes de elegir un plan, verifica que **tu doctor actual, tu hospital preferido y la farmacia que usas estén en la red de ese plan.** La forma de hacerlo es ir al sitio web de la aseguradora y buscar en su directorio de proveedores, o llamar y preguntar directamente. No te fíes solo del nombre del plan o del precio: un plan barato con una red que no incluye a tu doctor te va a costar caro.

Los dos tipos principales de red que debes conocer:

- **HMO (Health Maintenance Organization):** red más cerrada; casi siempre necesitas un doctor primario que te refiera a especialistas; cuesta menos pero limita más tus opciones.
- **PPO (Preferred Provider Organization):** red más amplia; puedes ir a especialistas sin referencia; cuesta más de mensualidad pero te da más libertad.

Si tu doctor ya te conoce, maneja tu condición y confías en él, asegúrate de que esté en la red del plan. Cambiar de doctor solo por ahorrar la mensualidad no siempre es buen negocio.

4. Verifica deducibles y coaseguros

Aquí está el vocabulario que confunde a todo el mundo y que **necesitas dominar** para no llevarte sorpresas:

- **Prima (premium):** lo que pagas cada mes, uses o no uses el seguro. Es la “mensualidad”.
- **Deducible (deductible):** la cantidad que tú tienes que pagar de tu bolsillo **antes** de que el seguro empiece a cubrir. Si tu deducible es

de \$3,000, tú pagas los primeros \$3,000 del año y después el seguro empieza a pagar su parte.

- **Copago (copay):** una cantidad fija que pagas cada vez que usas un servicio. Por ejemplo, \$25 cada vez que vas al doctor.
- **Coaseguro (coinsurance):** un porcentaje del costo que tú pagas después de cumplir el deducible. Si tu coaseguro es del 20%, el seguro paga el 80% y tú el 20%.
- **Máximo de bolsillo (out-of-pocket maximum):** el tope total que puedes pagar en un año. Una vez que llegas a esa cantidad, el seguro cubre el 100%. Este número es tu red de seguridad: asegúrate de que sea un monto que podrías soportar en un año muy malo.

El error clásico: elegir el plan con la prima más baja sin mirar el deducible. Un plan que te cobra \$150 al mes pero tiene un deducible de \$7,000 puede dejarte con una cuenta de miles de dólares si llegas al hospital. Un plan de \$350 al mes con un deducible de \$1,500 puede ahorrarte dinero si realmente usas el servicio. **Suma el costo total, no solo la mensualidad.**

5. Evalúa los límites de cobertura

Aunque los planes del Marketplace no pueden poner un tope al total que pagan por ti en un año (eso lo prohibió la ley ACA), sí pueden limitar otras cosas que afectan lo que recibes:

- **Medicamentos:** algunos planes tienen un “formulario” (la lista de medicamentos que cubren) más completo que otros. Si tomas un medicamento específico, verifica que esté en el formulario de ese plan y en qué nivel de costo. Un medicamento en nivel 1 (genérico) cuesta mucho menos que uno en nivel 3 o 4 (de marca o especialidad).
- **Visitas a especialistas:** algunos planes limitan el número de visitas a ciertos especialistas o requieren pre-autorización. Lee si aplica.
- **Salud mental y terapia:** la cobertura varía. Si tú o alguien de tu familia necesita terapia, verifica cuántas sesiones cubre el plan y si los terapeutas que te interesan están en red.
- **Servicios dentales y de visión:** la mayoría de los planes médicos bási-

cos **no incluyen** cobertura dental ni de visión para adultos (solo para niños). Si necesitas estas coberturas, puede que tengas que comprar un plan aparte.

No asumas que “seguro médico” significa que todo está cubierto. Lee qué sí y qué no.

6. Conoce las exclusiones y restricciones

Todo plan de seguro tiene una sección —casi siempre en letra pequeña— que dice lo que **no** cubre. A esto se le llama “exclusiones”. Algunas exclusiones comunes incluyen:

- Cirugía estética (no médicamente necesaria).
- Ciertos tratamientos experimentales.
- Atención fuera de los Estados Unidos (o con cobertura muy limitada).
- Servicios no pre-autorizados cuando el plan exige pre-autorización.

Las restricciones también importan: períodos de espera para ciertos procedimientos, requisitos de pre-autorización (el seguro tiene que aprobar el procedimiento antes de que te lo hagan, o no lo paga), y la diferencia entre emergencia (cubierta en cualquier hospital) y urgencia no emergente (puede requerir que vayas a la red).

El consejo: **pregunta directamente a la aseguradora** qué excluye el plan. Si hay un servicio que sabes que vas a necesitar, confirma que esté cubierto antes de comprar. “Supuse que estaba incluido” es la frase más cara del seguro médico.

7. Analiza el costo total del plan

No mires solo la prima. El costo real de un plan de salud es la suma de todo lo que vas a pagar en un año:

Costo total estimado = (prima mensual x 12) + deducible probable + copagos y coaseguros por el uso que esperas darle.

Haz este ejercicio con los dos o tres planes que estés considerando. Un plan de prima baja y deducible alto puede parecer barato hasta que sumas lo que gastas al usarlo. Un plan de prima alta y deducible bajo puede ser más caro mes a mes pero más barato al final del año si usas mucho el sistema.

Los subsidios y la ayuda financiera. Si compras tu plan a través del Marketplace y tu ingreso está por debajo del 400% del nivel federal de pobreza (en 2026, eso es aproximadamente \$63,840 al año para una persona sola o \$132,000 para una familia de cuatro), puedes calificar para subsidios que bajan tu prima mensual. Con planes Plata y un ingreso más bajo, puedes calificar además para reducciones del costo compartido que bajan tu deducible y copagos. Verifica tu elegibilidad: la diferencia puede ser de cientos de dólares al mes.

Si tu ingreso es bajo (por debajo de aproximadamente el 138% del nivel de pobreza en estados que expandieron Medicaid), podrías calificar para Medicaid, que es cobertura a costo muy bajo o gratuita. No asumas que no calificas: aplica y deja que el sistema te diga.

8. Revisa la reputación de la aseguradora

No todas las aseguradoras son iguales en servicio. Antes de elegir, investiga:

- **Quejas y calificaciones.** Tu departamento estatal de seguros publica datos de quejas por aseguradora. Algunas compañías tienen muchas más quejas por negación de reclamaciones, retrasos en pagos o mal servicio al cliente.
- **Calificación de estrellas.** Los planes del Marketplace reciben una calificación de estrellas (de 1 a 5) basada en la satisfacción del paciente, la calidad del cuidado y la administración del plan. Busca planes con 3.5 estrellas o más.
- **Servicio en español.** Para la comunidad latina esto importa mucho. Pregunta si la aseguradora tiene servicio al cliente, materiales y portal en español. Un seguro que no puedes entender es un seguro que no puedes usar bien.

No te cases con un nombre solo porque lo conoces o porque te lo recomen-

daron. Investiga: diez minutos de búsqueda pueden ahorrarte un año de frustración.

9. Lee la letra pequeña

Nadie quiere leer treinta páginas de jerga legal, pero hay partes específicas que debes revisar aunque sea por encima:

- **El Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, o SBC).** Todo plan está obligado a darte este documento estandarizado de unas ocho páginas. Es el resumen más claro de lo que cubre, lo que cuesta y lo que no incluye. Léelo completo: es mucho más digerible que el contrato.
- **Las cláusulas de cancelación.** Entiende bajo qué condiciones pueden cancelarte el plan y qué pasa si dejas de pagar.
- **Los períodos de inscripción.** Normalmente solo puedes comprar o cambiar tu plan del Marketplace durante el período de inscripción abierta (generalmente de noviembre a enero). Fuera de esa ventana, solo puedes inscribirte si tienes un “evento calificante” (perder un empleo, mudarte, tener un hijo, casarte, perder otra cobertura). No te quedes sin cobertura por perder la fecha.
- **Renovación automática.** Muchos planes se renuevan automáticamente para el año siguiente si no haces nada. Eso no siempre es malo, pero puede significar que tu prima suba sin que te des cuenta. Revisa cada año.

El SBC es tu mejor amigo. Si solo vas a leer un documento antes de comprar, que sea ese.

10. Toma una decisión informada

Llegaste al punto de elegir. Aquí está la lista de control final:

- Entiendes tus necesidades de salud y las de tu familia.
- Comparaste al menos dos o tres planes (no solo el primero que viste).

- Tu doctor, tu hospital y tu farmacia están en la red del plan que te interesa.
- Sabes cuánto es el deducible, el copago, el coaseguro y el máximo de bolsillo.
- Verificaste que tus medicamentos estén en el formulario y a qué nivel de costo.
- Conoces las exclusiones: lo que el plan no cubre.
- Hiciste la suma del costo total estimado del año, no solo la mensualidad.
- Revisaste si calificas para subsidios o para Medicaid.
- Miraste la reputación y las calificaciones de la aseguradora.
- Leíste (al menos) el Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC).

Si puedes marcar esos diez puntos, estás tomando una decisión mucho mejor que la mayoría. No tienes que ser experto en seguros: tienes que ser un comprador informado.

Un recurso gratuito que debes conocer: si necesitas ayuda para comparar planes y aplicar, puedes usar el servicio de asistencia del Marketplace (HealthCare.gov en inglés, o CuidadoDeSalud.gov en español) o buscar un “asistente certificado de aplicación” (*certified application counselor*) en tu área. Estos asesores te ayudan gratis, porque su trabajo es financiado con fondos públicos. No tienes que navegar esto solo.

Preguntas frecuentes

1. ¿Qué pasa si no tengo seguro médico? Desde 2019, a nivel federal ya no hay multa por no tener seguro (la penalidad individual fue eliminada). Sin embargo, algunos estados (como California, Nueva Jersey, Massachusetts y otros) tienen su propia penalidad estatal. El riesgo mayor de no tener seguro no es la multa: es llegar al hospital y recibir una cuenta que destruye tus finanzas. El seguro existe para que una emergencia no se convierta en una quiebra.

2. ¿Puedo comprar seguro si no soy ciudadano? Residentes permanentes legales pueden comprar en el Marketplace y calificar para subsidios. Per-

sonas con ciertos estatus migratorios también pueden. Inmigrantes indocumentados no son elegibles para el Marketplace ni para Medicaid en la mayoría de los estados (algunos estados ofrecen cobertura estatal limitada). Si tienes dudas sobre tu elegibilidad, consulta con un asesor de seguros o un abogado de inmigración.

3. ¿Mi empleador tiene que darme seguro? Los empleadores con 50 o más empleados a tiempo completo están obligados a ofrecer cobertura a sus empleados. Los empleadores pequeños no están obligados, pero algunos lo hacen. Si tu empleador ofrece seguro, compara ese plan con lo que podrías obtener en el Marketplace con subsidios; a veces el plan del empleador es mejor, a veces no.

4. ¿Qué es Medicaid y cómo sé si califico? Medicaid es un programa de cobertura de salud a costo muy bajo o gratuito para personas con ingresos bajos. En los estados que expandieron Medicaid bajo la ley ACA, adultos con ingresos por debajo del 138% del nivel federal de pobreza (aproximadamente \$22,025 al año para una persona sola en 2026) pueden calificar. Aplica a través del Marketplace o de la agencia estatal de Medicaid de tu estado; el sistema te dice si calificas.

5. ¿Qué hago si mi seguro niega una reclamación o un procedimiento? Tienes derecho a apelar. Todo plan está obligado a tener un proceso de apelación interna. Si la apelación interna falla, puedes pedir una revisión externa independiente. No te rindas al primer “no”: muchas negaciones se revierten en la apelación.

6. ¿Puedo cambiar de plan a mitad de año? Normalmente no. Solo puedes hacerlo durante el período de inscripción abierta o si tienes un “evento calificante” (perder el empleo, mudarte, tener un hijo, casarte, etc.). Planifica con tiempo.

Cierre: tu salud merece una decisión informada

El sistema de seguros de Estados Unidos es complicado, no vamos a fingir que no lo es. Pero tú no necesitas entender cada detalle del sistema: necesitas

entender **tu** plan. Esas diez cosas que acabas de leer te ponen por encima de la mayoría de las personas que compran seguro a ciegas y se arrepienten después.

No dejes que la confusión te paralice ni que la urgencia te apure a firmar sin leer. Toma tu tiempo, compara, pregunta, y decide con información. Tu salud y la de tu familia merecen eso.

Con respeto,

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre RP #108356

Sobre el autor

El Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre es un médico cubano formado en Medicina General Integral, con residencia en Urología. En 2021 fue expulsado del sistema de salud de Cuba y su título fue anulado tras denunciar públicamente la falta de medicamentos y las condiciones del sistema. En 2022 llegó a Estados Unidos después de atravesar ocho países, incluida la selva del Darién. Hoy vive en Houston, Texas, donde trabaja en una clínica mientras valida sus credenciales médicas, y dedica su voz a educar y defender a la comunidad latina. Es autor de *Sobreviviendo al caos: La Cuba paralela* y de la colección **Biblioteca Latina de Supervivencia en EE. UU.**

“Perdieron un médico pero ganaron un patriota.”

Esta guía es material educativo y no sustituye la asesoría de un agente o corredor de seguros licenciado, un asesor financiero ni un profesional legal. Los planes, precios, subsidios y regulaciones cambian cada año y varían según el estado; verifica siempre la información actualizada en las fuentes oficiales. El autor es un médico formado en Cuba; el uso del título “Dr.” refleja su formación académica y no implica poseer licencia médica en los Estados Unidos. © Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356 · Biblioteca Latina de Supervivencia en EE. UU.