



CÓMO FUNCIONA EL SEGURO MÉDICO EN ESTADOS UNIDOS



EDICIÓN
LIMITADA
2027

DR. ALEXANDER FIGUEREDO



Cómo Funciona el Seguro Médico en Estados Unidos

Guía completa para entender, elegir y usar tu seguro de salud
y proteger a tu familia de la ruina médica

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre

RP #108356

Biblioteca Latina de Supervivencia en EE.UU. · Edición Limitada · 2027

AVISO IMPORTANTE

Esta obra tiene **finés exclusivamente educativos e informativos**. Explica, en lenguaje claro, cómo funciona el sistema de seguros de salud en Estados Unidos. **No constituye asesoría de seguros, médica, fiscal ni legal, ni reemplaza la orientación de un profesional.**

El seguro médico en Estados Unidos es **complejo y cambia constantemente**. Los precios, las reglas, las fechas de inscripción, los subsidios y los requisitos de elegibilidad **varían según el estado, el año, la aseguradora y tu situación particular**, y se modifican con frecuencia por nuevas leyes y decisiones. Las cifras y fechas mencionadas son **de referencia** y pueden estar desactualizadas al momento en que lees esto.

Verifica siempre la información vigente en fuentes oficiales: el Mercado de Seguros federal en **CuidadoDeSalud.gov** (o HealthCare.gov), el mercado de tu estado si lo tiene, y los programas Medicaid/Medicare. Para elegir un plan, puedes recibir ayuda **gratuita** de un *navegador* o agente certificado. Para preguntas sobre cómo tu **estatus migratorio** afecta tu elegibilidad, consulta a un abogado de inmigración acreditado; este libro no da garantías sobre casos individuales.

El autor es médico graduado en Cuba; esta obra no implica que posea licencia profesional en los Estados Unidos. El término “Dr.” corresponde a su formación médica.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356

Contents

Por qué necesitas entender esto	4
Capítulo 1: Por qué el seguro médico es tan importante aquí	6
Capítulo 2: Los términos que debes conocer	8
Capítulo 3: Cómo funciona tu seguro en la práctica	10
Capítulo 4: Los tipos de planes	12
Capítulo 5: De dónde se obtiene el seguro	14
Capítulo 6: El seguro médico y los inmigrantes	17
Capítulo 7: Cómo elegir el plan correcto	20
Capítulo 8: Cómo usar bien tu seguro y ahorrar	22
Una última palabra	24
Sobre el autor	25
Otros títulos de la Biblioteca Latina de Supervivencia en EE.UU.	26

Por qué necesitas entender esto

Si hay un tema que confunde —y asusta— a casi todos los latinos que llegamos a Estados Unidos, es el seguro médico. Y con razón: es uno de los sistemas más complicados del mundo, lleno de palabras raras, números, siglas y reglas que parecen diseñadas para marear. Muchos de los nuestros, por no entenderlo, terminan sin seguro, o con un seguro que no les sirve, o con deudas médicas que los persiguen por años.

Como médico, he visto las dos caras de esta historia. He visto a familias arruinarse por una sola emergencia sin seguro, y he visto a otras protegidas y tranquilas porque entendieron el sistema y eligieron bien. La diferencia entre unas y otras casi nunca fue el dinero: fue el **conocimiento**. Por eso escribí este manual: para que tú entiendas, de una vez y en lenguaje claro, cómo funciona el seguro médico en este país, para que puedas protegerte y proteger a los tuyos.

Te lo voy a explicar paso a paso, como si estuviéramos sentados en mi consultorio. Vamos a ver por qué el seguro es tan importante aquí; qué significan todas esas palabras (prima, deducible, copago y demás); cómo funciona en la práctica; qué tipos de planes existen; de dónde se obtiene el seguro; qué pueden y no pueden obtener los inmigrantes según su situación; cómo elegir el plan correcto; y cómo usar tu seguro de manera inteligente para ahorrar.

Una advertencia desde el principio, que repito porque importa: este sistema **cambia todo el tiempo**. Las reglas, los precios y sobre todo los requisitos para los inmigrantes se modifican con frecuencia. Por eso, además de entender los conceptos de este libro —que son la base estable—, siempre debes verificar los detalles vigentes en las fuentes oficiales que te indico. Lo que aprenderás aquí te dará el mapa; los detalles del momento, los confirmas en el camino.

Entender el seguro médico no es solo cosa de papeleo: es proteger la salud

y el dinero de tu familia, que son lo más valioso que tienes. Vamos a entenderlo juntos. Empecemos.

Capítulo 1: Por qué el seguro médico es tan importante aquí

Para entender por qué el seguro médico es tan vital en Estados Unidos, hay que entender primero una verdad dura: **aquí, la atención médica es carísima**. Posiblemente más cara que en ningún otro país del mundo.

Te pongo ejemplos reales para que dimensiones. Una sola visita a la sala de emergencias puede costar miles de dólares. Una ambulancia, más de mil. Un parto sin complicaciones, decenas de miles. Una cirugía, una hospitalización de varios días, el tratamiento de un cáncer o de una enfermedad grave pueden costar **cientos de miles de dólares**. Estos no son números inventados: son precios reales que se le cobran a quien no tiene seguro. Y aquí está el peligro: en este país, una sola enfermedad grave o un solo accidente, sin seguro, puede llevar a la ruina total a una familia trabajadora. De hecho, las facturas médicas son una de las principales causas de bancarrota en Estados Unidos.

Por eso el seguro médico no es un lujo aquí: es un **escudo**, como el que aparece en la portada de este libro. ¿Y de qué te protege ese escudo? Fundamentalmente, de dos cosas:

- **De la ruina financiera.** El seguro pone un límite a cuánto puedes llegar a pagar en un año (lo veremos en el próximo capítulo). Sin seguro, no hay límite: una emergencia te puede costar todo lo que tienes. Con seguro, aunque te enfermes gravemente, tu pérdida está acotada.
- **De descuidar tu salud por miedo al costo.** El que tiene seguro va al médico a tiempo, se hace sus chequeos, atiende los problemas cuando son pequeños. El que no lo tiene, por miedo a la factura, espera hasta que la enfermedad es grave —y más cara, y más peligrosa—. El seguro te da acceso, y el acceso salva vidas.

Hay algo más que quiero que entiendas, porque va al fondo del asunto. El

sistema de salud de Estados Unidos funciona, en su mayor parte, a través de seguros **privados y públicos**, no como un servicio gratuito del Estado para todos (como sí existe en muchos de nuestros países). Aquí, salvo programas específicos para ciertos grupos, **cada quien debe conseguir su propia cobertura**, ya sea a través de su trabajo, comprándola, o calificando para un programa público. No entender esto es el primer gran tropiezo de muchos inmigrantes, que llegan esperando un sistema parecido al de su país y se topan con uno completamente distinto.

La buena noticia es que, una vez que entiendes cómo funciona, el sistema se vuelve manejable, y hay más opciones y más ayuda de las que mucha gente cree—incluso para quien gana poco o no tiene papeles, como veremos—. Pero todo empieza por entender los conceptos básicos. Y el más básico de todos es aprender el idioma del seguro: esas palabras que vienen en el próximo capítulo.

Capítulo 2: Los términos que debes conocer

Si no entiendes las palabras del seguro, no puedes entender el seguro. Así de simple. Por eso este capítulo es el más importante de todo el libro: aquí vas a aprender, de una vez por todas y en lenguaje claro, las **cinco palabras clave** que definen cualquier plan de salud en Estados Unidos. Apréndetelas bien, porque las verás en cada plan que evalúes.

1. La prima (*premium*). Es lo que pagas cada mes para tener el seguro, lo tengas que usar o no. Es como la mensualidad de tu cobertura. Aunque no vayas al médico en todo el mes, igual pagas la prima. Una prima alta significa que pagas más cada mes; una prima baja, menos. Pero ojo: una prima baja no siempre es mejor, porque suele venir con otros costos más altos cuando te enfermas, como verás ahora.

2. El deducible (*deductible*). Es la cantidad que TÚ debes pagar de tu bolsillo, cada año, ANTES de que el seguro empiece a pagar la mayoría de los servicios. Por ejemplo, si tu deducible es de \$3,000, tú pagas los primeros \$3,000 de tus gastos médicos del año; después de eso, el seguro empieza a cubrir. Un deducible alto significa que pagas más de tu bolsillo antes de que el seguro ayude; un deducible bajo, menos. (Importante: algunos servicios, como los chequeos preventivos, suelen ser gratis aunque no hayas alcanzado el deducible.)

3. El copago (*copay*). Es una cantidad fija que pagas cada vez que usas cierto servicio. Por ejemplo, \$30 cada vez que vas al médico, o \$15 por una receta. Es un monto pequeño y predecible que pagas en el momento, sin importar el costo total del servicio.

4. El coaseguro (*coinsurance*). Es un porcentaje del costo que pagas DESPUÉS de haber alcanzado tu deducible. Por ejemplo, un coaseguro del 20% significa que, una vez pasado el deducible, tú pagas el 20% de cada factura y el seguro paga el 80%. Es distinto del copago (que es fijo); el coaseguro es un porcentaje.

5. El máximo de gastos de bolsillo (*out-of-pocket maximum*). Esta es, quizás, la palabra más importante de todas, y la que da tranquilidad. Es el **tope**: la cantidad MÁXIMA que tú puedes llegar a pagar de tu bolsillo en todo un año por servicios cubiertos. Una vez que alcanzas ese tope (sumando deducible, copagos y coaseguro), el seguro paga el **100%** del resto de tus servicios cubiertos por el resto del año. Este tope es lo que te protege de la ruina: por más grave que sea tu enfermedad, sabes que no pagarás más que esa cantidad. Por eso, al evaluar un plan, fíjate siempre en cuál es su máximo de bolsillo.

Ahora, lo importante: estas cinco cosas **trabajan juntas**, y casi siempre hay un balance entre ellas. La regla general es:

Mientras más baja la prima (lo que pagas cada mes), más altos suelen ser el deducible y los costos cuando te enfermas. Y al revés: mientras más alta la prima, más bajos suelen ser esos otros costos.

Es decir: o pagas más cada mes y menos cuando te enfermas, o pagas menos cada mes y más cuando te enfermas. No existe el plan que sea barato en todo. Por eso elegir un plan es, en el fondo, decidir **cuándo prefieres pagar**: poco a poco cada mes, o de golpe cuando te enfermes. Volveremos a esto en el capítulo de cómo elegir.

Dominaste lo más difícil. Con estas cinco palabras claras, ya puedes leer y comparar cualquier plan. Sigamos con cómo funciona todo esto en la vida real.

Capítulo 3: Cómo funciona tu seguro en la práctica

Ya sabes las palabras clave. Ahora veamos cómo funciona el seguro en el día a día, porque hay reglas prácticas que, si no las conoces, te pueden costar caro.

Lo primero y más importante: **la red (*network*)**. Cada plan de seguro tiene una lista de médicos, hospitales, laboratorios y farmacias con los que tiene acuerdos de precios. A esos se les llama proveedores “dentro de la red” (*in-network*). Si te atiendes con ellos, el seguro paga según lo acordado y tú pagas poco. Pero si te atiendes con un proveedor “fuera de la red” (*out-of-network*), el seguro paga mucho menos o nada, y tú puedes terminar con una factura enorme. **Esta es una de las trampas que más dinero les cuesta a los latinos:** ir a un médico u hospital sin verificar si está en la red de su plan. Regla de oro: **antes de cualquier cita o procedimiento que no sea una emergencia, confirma que el proveedor está en tu red.** Puedes verificarlo llamando a tu seguro (el número está en tu tarjeta) o buscando en su sitio web.

Segundo: el **médico de cabecera o primario (*Primary Care Physician, PCP*)**. Algunos planes te piden elegir un médico primario, que es tu primer punto de contacto para casi todo. En esos planes, si necesitas ver a un especialista, primero tu médico primario debe darte un **referido (*referral*)**. Si vas al especialista sin el referido, el seguro puede no pagar. Otros planes no exigen esto y te dejan ir directo al especialista. Saber qué tipo de plan tienes (lo veremos en el próximo capítulo) te dice si necesitas referidos o no.

Tercero: la **autorización previa (*prior authorization*)**. Para ciertos servicios caros —algunas cirugías, estudios, medicamentos especiales—, el seguro exige aprobar el servicio ANTES de que se realice. Si no se obtiene esa autorización previa, el seguro puede negarse a pagar. Por lo general, tu médico se encarga de pedirla, pero conviene que sepas que existe y preguntes si tu servicio la necesita.

Cuarto: **qué cubre y qué no cubre tu plan.** Todos los planes que cumplen con la ley deben cubrir un conjunto de servicios esenciales (atención preventiva, emergencias, hospitalización, maternidad, medicinas, salud mental, y más). Pero los detalles —qué medicamentos específicos cubren, qué especialistas, cuánto pagas por cada cosa— varían de un plan a otro. Esa información está en los documentos de tu plan, como la “Póliza Médica” y el resumen de “Cobertura y Beneficios” que aparecen en la portada de este libro. Tómate el tiempo de revisarlos.

Quinto: **tu tarjeta de seguro.** Cuando tienes seguro, recibes una tarjeta (como las que sostiene la familia de la portada). Llévala siempre contigo. En ella están tu número de miembro, el nombre de tu plan, los montos de tus copagos y el teléfono de tu aseguradora. La presentas cada vez que vas al médico, al hospital o a la farmacia.

Y un punto crucial sobre **las emergencias.** Por ley, en una emergencia real, debes recibir atención sin importar la red, y existen protecciones (como la ley contra “facturas sorpresa”) que limitan lo que te pueden cobrar de más por atención de emergencia fuera de la red. Así que **en una verdadera emergencia, ve al hospital más cercano sin dudar:** tu vida vale más que cualquier regla de red. Las reglas de red aplican sobre todo a la atención que SÍ puedes planear.

En resumen, usar bien tu seguro en la práctica se reduce a unas pocas costumbres: quédate en la red, entiende si necesitas referidos, ten presente la autorización previa, conoce qué cubre tu plan, y carga tu tarjeta. Con eso evitas la mayoría de los sustos y las facturas inesperadas.

Capítulo 4: Los tipos de planes

Cuando vas a conseguir un seguro, te vas a topar con unas siglas que parecen sopa de letras: HMO, PPO, EPO, POS. No te asustes: solo describen **qué tan libre eres de elegir médicos y si necesitas referidos**. Te las explico de la más restrictiva a la más flexible, para que sepas cuál te conviene.

HMO (*Health Maintenance Organization*). Es de las más comunes y económicas. Te pide elegir un médico primario y obtener referidos para ver especialistas. Solo cubre proveedores dentro de su red (salvo emergencias). **Ventaja:** primas y costos más bajos. **Desventaja:** menos libertad de elección y el trámite de los referidos. Buena opción si quieres ahorrar y no te molesta seguir las reglas de la red.

PPO (*Preferred Provider Organization*). Es de las más flexibles. No te exige médico primario ni referidos: puedes ir directo a cualquier especialista. Y cubre algo de la atención fuera de la red (aunque pagas más por ella). **Ventaja:** mucha libertad. **Desventaja:** primas y costos más altos. Buena opción si valoras la flexibilidad y puedes pagar un poco más.

EPO (*Exclusive Provider Organization*). Es un punto intermedio. Generalmente no exige referidos (como el PPO), pero solo cubre dentro de su red (como el HMO), salvo emergencias. **Ventaja:** no necesitas referidos y suele costar menos que un PPO. **Desventaja:** nada de cobertura fuera de la red.

POS (*Point of Service*). Mezcla de HMO y PPO: te pide médico primario y referidos (como HMO), pero te deja salir de la red pagando más (como PPO).

Y hay un tipo más que debes conocer, porque combina un plan con una cuenta de ahorro especial:

HDHP con HSA (*High-Deductible Health Plan con Health Savings Account*). Es un plan de **deducible alto** (pagas mucho de tu bolsillo antes de que el seguro entre), pero con **prima baja**. Su gran atractivo es que viene

con una **HSA: una cuenta de ahorros para gastos médicos con ventajas fiscales**, donde puedes guardar dinero libre de impuestos para pagar tu salud. **Ventaja:** prima baja y ahorro con beneficio fiscal; bueno para gente joven y sana que casi no usa el médico. **Desventaja:** si te enfermas, pagas mucho de tu bolsillo hasta alcanzar el deducible alto. (Dato útil: a partir de 2026, más planes del Mercado —incluidos los de nivel Bronce— se volvieron elegibles para HSA.)

¿Cuál elegir? Depende de ti, y lo veremos a fondo en el capítulo 7. Por ahora, la regla rápida: si usas poco el médico y quieres pagar poco al mes, un HMO o un plan de deducible alto pueden servirte; si necesitas ver médicos seguido, tienes una condición de salud, o valoras la libertad de elegir, un PPO te dará más tranquilidad aunque cueste más. Lo importante es que ya no te asustan las siglas: sabes lo que significan.

Capítulo 5: De dónde se obtiene el seguro

Ya entiendes los términos y los tipos de planes. Ahora la pregunta clave: ¿de dónde sale el seguro? En Estados Unidos hay, básicamente, cuatro grandes caminos para tener cobertura. Veámoslos.

1. A través de tu trabajo (seguro del empleador). Es la forma más común de tener seguro en este país. Muchos empleadores ofrecen seguro de salud a sus empleados y pagan una buena parte de la prima, lo que lo hace más barato para ti. Si tu trabajo ofrece seguro, suele ser de las mejores opciones, justamente porque el empleador comparte el costo. Te inscribes cuando entras al trabajo o durante el periodo de inscripción anual de la empresa. Pregunta siempre en tu empleo si ofrecen este beneficio.

2. Comprándolo en el Mercado de Seguros (Marketplace / ACA / “Obamacare”). Si no tienes seguro por tu trabajo, puedes comprarlo por tu cuenta en el Mercado de Seguros creado por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA), en **CuidadoDeSalud.gov** (o en el mercado de tu estado). Aquí hay dos cosas importantes que debes saber:

- **Los planes vienen en cuatro niveles, llamados “metales”:** *Bronce* (prima más baja, pero pagas más cuando te enfermas), *Plata* (intermedio), *Oro* y *Platino* (prima más alta, pero pagas menos cuando te enfermas). Es el mismo balance de siempre: prima baja = costos altos al enfermarse, y al revés.
- **Puede haber ayuda económica según tus ingresos.** Históricamente, el gobierno ofrece créditos fiscales (subsidios) que reducen tu prima si tus ingresos están dentro de cierto rango. **Aquí una advertencia muy importante y muy actual:** estas ayudas cambian con la ley. Unos subsidios ampliados que existieron en años recientes **expiraron a finales de 2025**, lo que hizo que para 2026 las primas subieran de manera importante para mucha gente. Todavía existe ayuda económica basada en tus ingresos, pero es menos generosa que antes, y algunos estados (como California, Colorado,

Maryland y otros) ofrecen subsidios estatales propios que ayudan a compensar. **Como esto cambia cada año, verifica siempre los subsidios y precios vigentes en CuidadoDeSalud.gov o con un navegador certificado antes de decidir.**

Otra cosa clave del Mercado: solo puedes inscribirte durante el **periodo de inscripción abierta** (que suele empezar el 1 de noviembre y cerrar a mediados de enero, aunque las fechas exactas varían por estado y cambian), salvo que tengas un “evento de vida calificado” (como perder otro seguro, casarte, mudarte o tener un hijo), que te abre un periodo especial. No dejes pasar la inscripción abierta.

3. Programas públicos según tu situación. Existen programas del gobierno para grupos específicos:

- **Medicaid:** cobertura para personas de **bajos ingresos**. Es administrado por cada estado, así que los requisitos y la generosidad **varían mucho de un estado a otro**. Si ganas poco, vale la pena averiguar si calificas.
- **Medicare:** cobertura principalmente para personas de **65 años o más** (y algunas personas con discapacidades). Tiene varias partes: la Parte A (hospital), la Parte B (médicos), la Parte C (planes privados que combinan todo, llamados *Medicare Advantage*) y la Parte D (medicamentos).
- **CHIP (*Children’s Health Insurance Program*):** cobertura de bajo costo para **niños** de familias que ganan demasiado para Medicaid pero no lo suficiente para pagar un seguro privado. Un recurso valiosísimo para proteger a los hijos.

4. Sin seguro: las redes de seguridad. Aunque no tengas ningún seguro, **NO** te quedas sin opciones de atención (le dediqué una guía entera a esto). Existen los **centros de salud comunitarios (FQHC)**, que atienden a todos —sin importar el seguro ni el estatus migratorio— cobrando según lo que ganas; las clínicas gratuitas; los programas de medicinas baratas; y la aten-

ción de emergencia, que por ley no se le niega a nadie. No tener seguro es difícil, pero no te deja sin ningún cuidado.

¿Cuál de estos caminos es el tuyo? Depende de tu trabajo, tus ingresos, tu edad y —un tema crucial para nosotros— tu situación migratoria, que merece su propio capítulo. Vamos a él.

Capítulo 6: El seguro médico y los inmigrantes

Este es, para nuestra comunidad, el capítulo más importante y a la vez el más delicado, porque **tu situación migratoria afecta mucho a qué tipo de seguro y de ayuda puedes acceder**. Voy a explicarte cómo está el panorama de forma clara y neutral —sin opiniones políticas, solo los hechos—, pero con una advertencia que repito de entrada: **estas reglas cambian con frecuencia y varían por estado, y solo un abogado de inmigración puede decirte con certeza qué aplica a tu caso particular**. Lo que sigue es un mapa general, no una respuesta para tu situación específica.

Residentes permanentes (*green card*) y ciertos inmigrantes legalmente presentes. En general, los residentes permanentes pueden comprar seguro en el Mercado (CuidadoDeSalud.gov) y, según sus ingresos, pueden calificar para ayuda económica. Para Medicaid, muchos residentes permanentes deben cumplir un periodo de espera (con frecuencia de cinco años) antes de poder calificar, aunque hay excepciones. Si tienes residencia o una situación migratoria legal, lo más probable es que tengas opciones; confírmalas para tu caso.

Un dato relevante para la comunidad cubana. Dentro de los cambios recientes a las reglas de elegibilidad para la ayuda del Mercado, los llamados “entrantes cubanos y haitianos” (*Cuban and Haitian entrants*) se mantienen entre los grupos que conservan acceso a esa ayuda económica. Para muchos cubanos que llegaron por las vías correspondientes, esto puede significar que siguen teniendo opciones de cobertura asequible. Aun así, como todo en este tema, **confírmalo según tu situación**, porque los detalles importan.

Los cambios recientes (2026 y en adelante). Es justo que sepas que las reglas se endurecieron. A partir de 2026, ciertos inmigrantes recientes con ingresos muy bajos perdieron el acceso a los subsidios del Mercado que antes tenían. Y a partir de 2027, la ayuda económica del Mercado

quedará restringida a ciertos grupos de inmigrantes legalmente presentes. Además, los beneficiarios del programa DACA dejaron de ser elegibles para la cobertura del Mercado. No te doy estos datos para asustarte, sino para que no te sorprendan y verifiques tu situación actual con fuentes oficiales y con un abogado.

Inmigrantes indocumentados. En general, las personas sin estatus legal **no pueden** comprar en el Mercado de Seguros federal ni calificar para Medicaid regular. Pero —y esto es importante— **eso no significa quedarse sin ninguna atención.** Existen caminos:

- Los **centros de salud comunitarios (FQHC)** atienden a TODOS, sin importar el estatus migratorio, cobrando según lo que ganas. Búscalos; son la red de seguridad más importante.
- El **Medicaid de Emergencia** cubre la atención de emergencias graves (como un parto o una urgencia que ponga en peligro la vida) sin importar el estatus migratorio, si cumples los demás requisitos.
- Los **niños** de familias indocumentadas pueden, en algunos estados, calificar para Medicaid o CHIP, porque varios estados extienden cobertura a los menores sin importar su estatus. Y un niño nacido en Estados Unidos es ciudadano y califica plenamente.
- Algunos estados tienen **programas propios** que ofrecen más cobertura a inmigrantes, incluso indocumentados. Varía mucho de un estado a otro; averigua qué ofrece el tuyo.

Una palabra sobre la “carga pública” (*public charge*). Muchas familias inmigrantes tienen miedo de usar programas de salud por temor a que les perjudique en su proceso migratorio. Este es un tema **complejo, que ha cambiado entre distintas administraciones, y que no se puede resolver con una regla general.** Por eso no te voy a dar garantías de ningún tipo. Lo único responsable que puedo decirte es: **antes de tomar decisiones sobre usar o no programas públicos por miedo a afectar tu caso migratorio, consulta a un abogado de inmigración acreditado.** Es la única persona que puede orientarte bien según tu situación, y muchas organiza-

ciones ofrecen consultas a bajo costo o gratis.

Cierro este capítulo con un mensaje de calma. Sí, las reglas son complicadas y han cambiado, y sí, tu estatus influye mucho. Pero casi siempre hay **algún** camino para cuidar tu salud y la de tu familia, aunque no sea el ideal. Infórmate, busca ayuda profesional para tu caso, y no des por hecho que no tienes opciones sin antes preguntar. En la salud, rendirse sin averiguar es el peor error.

Capítulo 7: Cómo elegir el plan correcto

Si tienes que elegir un plan —en tu trabajo o en el Mercado— y te sientes abrumado por las opciones, este capítulo es tu brújula. Elegir bien no es cuestión de suerte: es cuestión de hacerte las preguntas correctas. Aquí están.

Pregunta 1: ¿Cuánto y cómo uso el médico? Esta es la pregunta central, porque define todo lo demás.

- Si eres **joven y sano**, casi no vas al médico y solo quieres protección contra una catástrofe, te puede convenir un plan de **prima baja y deducible alto** (como un HMO económico o un plan de deducible alto con HSA). Pagas poco al mes y asumes el riesgo de pagar más en el raro caso de enfermarte.
- Si **usas el médico con frecuencia**, tienes una condición de salud, tomas medicamentos regulares, o tienes hijos pequeños o un embarazo, te conviene un plan de **prima más alta pero costos bajos al usarlo** (como un Plata, Oro, o un PPO). Pagas más al mes, pero te ahorras los golpes grandes cuando vas al médico.

Pregunta 2: ¿Están mis médicos en la red? Si tienes médicos de confianza que quieres conservar, verifica que estén en la red del plan ANTES de elegirlo. No vale la pena un plan barato si te obliga a dejar a los médicos que conoces.

Pregunta 3: ¿Cubre mis medicamentos? Si tomas medicinas de forma regular, revisa la lista de medicamentos cubiertos (el *formulary*) de cada plan, y cuánto pagarías por las tuyas. Un mismo medicamento puede ser barato en un plan y caro en otro.

Pregunta 4: ¿Cuánto es el máximo de bolsillo? Recuerda: ese tope es tu protección contra la ruina. Compáralo entre planes. En el peor de los casos, ¿cuánto es lo máximo que pagarías en un año con cada plan?

Pregunta 5: ¿Cuánto puedo pagar al mes, y cuánto podría pagar de

golpe? Sé honesto con tu presupuesto. De nada sirve un plan con prima baja si, al enfermarte, el deducible alto te deja sin con qué pagar. Equilibra lo que puedes pagar cada mes con lo que podrías pagar en una emergencia.

Y el consejo más valioso de todos: **no tienes que hacer esto solo**. Existen los **navegadores (*navigators*) y agentes certificados** que te ayudan a entender y elegir tu plan **gratis**. Su trabajo es orientarte sin costo. Búscalos a través de CuidadoDeSalud.gov o de organizaciones comunitarias locales; muchos hablan español. Aprovecharlos es una de las decisiones más inteligentes que puedes tomar: te ahorran errores caros y te explican todo en tu idioma.

Elegir el plan correcto es, al final, hacer coincidir el plan con tu vida real: tu salud, tus médicos, tus medicinas y tu bolsillo. Hazte estas cinco preguntas, pide ayuda gratis si la necesitas, y elegirás con seguridad.

Capítulo 8: Cómo usar bien tu seguro y ahorrar

Tener un buen seguro es la mitad de la historia; usarlo bien es la otra mitad. Aquí van los consejos que más dinero y dolores de cabeza te van a ahorrar una vez que ya tienes cobertura.

- **Usa tus servicios preventivos, que suelen ser gratis.** La mayoría de los planes cubren al 100% —sin que pagues nada, aunque no hayas alcanzado tu deducible— los chequeos anuales, las vacunas y muchos exámenes de detección. Aprovechalos: son gratis y pueden salvarte la vida al detectar problemas temprano. No dejar de usarlos es de las mejores decisiones de salud y de dinero que puedes tomar.
- **Quédate dentro de la red.** Ya lo dijimos, pero se repite porque es lo que más cuesta: confirma siempre que el médico, hospital, laboratorio y farmacia estén en tu red antes de cualquier servicio planeado.
- **Revisa TODAS tus facturas médicas.** Los errores de facturación son comunísimos y casi siempre en tu contra. Cuando te llegue una factura, compárala con el resumen que te manda tu seguro (llamado *Explanation of Benefits* o EOB), que explica qué pagó el seguro y qué te toca a ti. Si algo no cuadra, reclama. Pagar sin revisar es regalar dinero.
- **Si el seguro niega un servicio, puedes apelar.** Tienes derecho a apelar las negaciones de tu seguro, y muchas apelaciones se ganan. No te quedes con el primer “no”: pide por escrito la razón de la negación y presenta una apelación. Tu médico puede ayudarte.
- **Pide medicamentos genéricos.** Los genéricos funcionan igual que los de marca y cuestan mucho menos. Pídele a tu médico que te recete genéricos siempre que sea posible. Y aunque tengas seguro, a veces una tarjeta de descuento de farmacia o un programa de medicinas baratas te sale más barato que tu copago; pregunta y compara.
- **Aprovecha la cuenta HSA si tienes un plan de deducible alto.** Si tu plan lo permite, guardar dinero en una HSA te da un beneficio fiscal y un fondo para tus gastos médicos. Es ahorrar para tu salud

y pagar menos impuestos a la vez.

- **Mantén tus datos al día y paga tu prima a tiempo.** Si dejas de pagar la prima, puedes perder el seguro. Y si cambias de ingresos o de dirección, actualízalo, sobre todo si tienes un plan con subsidio, para que no te pidan devolver dinero después.

Usar bien el seguro es, en el fondo, ser un paciente informado y atento: prevén, quédate en la red, revisa todo, reclama lo que no cuadre y pregunta siempre. Esas costumbres, hechas con constancia, te ahorran cientos o miles de dólares al año y te dan algo que no tiene precio: la tranquilidad de saber que tu familia está protegida.

Una última palabra

Hemos recorrido juntos el laberinto del seguro médico en Estados Unidos, y espero que ahora lo veas mucho más claro. Hicimos un viaje completo: entendiste por qué el seguro es vital aquí, aprendiste las palabras clave, viste cómo funciona en la práctica, conociste los tipos de planes, sabes de dónde sale el seguro, entiendes cómo influye tu situación migratoria, y tienes las herramientas para elegir y usar bien tu cobertura.

Quiero cerrar con la convicción que me movió a escribir este libro, como médico que ha visto demasiadas familias sufrir por no entender este sistema: **en Estados Unidos, entender tu seguro médico es proteger lo más sagrado que tienes —la salud y la estabilidad de tu familia—**. No es papeleo aburrido: es un escudo, como el de la portada, que se levanta entre los tuyos y la ruina. Y ese escudo solo funciona si sabes cómo usarlo.

No necesitas volverte un experto. Necesitas lo que ahora tienes: entender los conceptos básicos, saber dónde buscar y a quién pedir ayuda, y verificar siempre los detalles vigentes, porque este sistema cambia sin avisar. Con eso, dejas de ser una víctima del sistema para volverte alguien que lo maneja a favor de su familia.

Hazte el propósito de no quedarte nunca sin protección por no entender o por no preguntar. Busca la ayuda gratuita que existe, infórmate, y toma decisiones con la cabeza fría y la información en la mano. Tu familia merece esa tranquilidad, y tú eres perfectamente capaz de dársela. Ya diste el paso más importante: aprender. El resto es ponerlo en práctica. Adelante, paisano: protege a los tuyos.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356

Sobre el autor

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre es médico de formación (Medicina General Integral y residencia en Urología), graduado en Cuba, donde ejerció antes de denunciar públicamente las carencias del sistema de salud, motivo por el cual fue expulsado del sistema sanitario cubano en 2021. En 2022 emigró a los Estados Unidos por una ruta de varios países que incluyó el cruce de la selva del Darién, y se estableció en Houston, Texas.

Como médico y como inmigrante, conoce desde ambos lados lo confuso y costoso que puede ser el sistema de salud estadounidense para quien acaba de llegar. Escribe para traducir ese sistema a un lenguaje claro y honesto, de modo que ninguna familia hispana quede desprotegida por no entenderlo. Es autor de *Sobreviviendo al caos: La Cuba paralela* y de la *Biblioteca Latina de Supervivencia en EE.UU.*

Nota: el autor es médico formado en Cuba. Esta obra es de carácter educativo y no constituye asesoría de seguros, médica, fiscal ni legal.

Otros títulos de la Biblioteca Latina de Supervivencia en EE.UU.

Si este manual te sirvió, estos títulos completan tu protección de salud y dinero:

- *Qué Hacer si No Tienes Seguro Médico: Guía de Emergencia.*
- *Medicaid, Medicare y Obamacare:Cuál te Conviene.*
- *Cómo Leer y Entender una Factura Médica.*
- *Términos del Seguro Médico que Debes Conocer.*
- *Cómo Proteger a tu Familia Inmigrante.*
- *Tu Salud en Estados Unidos.*

Esta obra tiene fines educativos y no constituye asesoría de seguros, médica, fiscal ni legal. El sistema de seguros de salud cambia con frecuencia y varía por estado y situación; precios, fechas, subsidios y reglas de elegibilidad pueden estar desactualizados. Verifica siempre en CuidadoDeSalud.gov (o HealthCare.gov) y consulta a un navegador o agente certificado, y a un abogado de inmigración para preguntas sobre tu estatus.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356