

ERRORES COMUNES AL COMPRAR SEGUROS • DR. ALEXANDER FIGUERO



ERRORES COMUNES AL COMPRAR SEGUROS

LA FORMA EQUIVOCADA

LA FORMA CORRECTA



- ✗ DESINFORMACIÓN
- ✗ COBERTURAS INSUFICIENTES
- ✗ GASTOS INNECESARIOS
- ✗ FALTA DE PROTECCIÓN
- ✗ ARREPENTIMIENTOS

GUÍA
ESENCIAL

EDICIÓN LIMITADA
2027

- ✓ INFORMACIÓN CLARA
- ✓ COBERTURAS ADECUADAS
- ✓ AHORRO INTELIGENTE
- ✓ PROTECCIÓN REAL
- ✓ TRANQUILIDAD TOTAL



DR. ALEXANDER FIGUERO

EDÚCATE • PROTÉGETE • ASEGURA TU FUTURO

ERRORES COMUNES AL COMPRAR SEGUROS

La forma equivocada vs. la forma correcta

Dr. Alexander Figueredo

Médico formado en Cuba · Residente permanente en EE.UU.

Esta guía tiene propósito exclusivamente educativo e informativo.

No constituye asesoría médica, legal ni financiera profesional.

Las leyes y programas de seguros cambian; verifique siempre la información actualizada con fuentes oficiales y asesores certificados.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356

Contents

Antes de empezar: lo que nadie te explica	5
Capítulo 1: El vocabulario que no te enseñaron pero que necesitas	
dominar	6
Prima (Premium)	6
Deducible (Deductible)	6
Copago (Copay)	7
Coseguro (Coinsurance)	7
Límite de gastos de bolsillo (Out-of-Pocket Maximum)	7
Capítulo 2: Los cuatro tipos de plan y cuándo conviene cada uno	8
HMO — Health Maintenance Organization	8
PPO — Preferred Provider Organization	9
EPO — Exclusive Provider Organization	9
HDHP con HSA — Plan de Deducible Alto con Cuenta de Ahorro	9
Capítulo 3: Los 8 errores que cuestan más dinero	10
Error 1: Elegir el plan con la prima más baja sin revisar el deducible	10
Error 2: Ir al médico o al hospital sin verificar si está en la red . .	11
Error 3: No entender qué servicios están cubiertos antes de recibirlos	11
Error 4: Ignorar la autorización previa	12
Error 5: No revisar si el médico sigue en la red cada año	12
Error 6: Confundir el período de inscripción abierta y perderlo . .	12
Error 7: Asumir que todos los inmigrantes tienen las mismas op- ciones	13
Error 8: No conocer las alternativas cuando el seguro no alcanza .	14
Capítulo 4: Los niveles del Marketplace explicados sin rodeos	15
Capítulo 5: Lo que cambió en 2026 y lo que viene en 2027	17
Lo que ya cambió (vigente desde 2026)	17
Lo que viene (vigente desde 2027)	17
Qué hacer si te afectan estos cambios	18
Capítulo 6: Cómo leer tu plan de seguros sin perderte	18

Capítulo 7: Tu plan de acción en 7 pasos	20
Conclusión: El seguro que funciona no es el más caro ni el más barato	21
Sobre el autor	23

Antes de empezar: lo que nadie te explica

Cuando Carlos llegó de Guadalajara a Houston hace cuatro años, hizo lo que hace casi todo inmigrante latino recién llegado: preguntarle al cuñado qué seguro tenía él. El cuñado le pasó el número de un agente que hablaba español, el agente le ofreció “el plan más popular entre los hispanos”, Carlos firmó sin entender lo que decía el papel, y nueve meses después recibió una factura de \$4,800 por una visita de urgencias. El seguro solo cubrió \$400. ¿El problema? Carlos había ido a una sala de emergencias que estaba *fuera de la red* de su plan.

No fue mala suerte. Fue un error que se repite cada semana en miles de hogares latinos en este país.

El sistema de seguros médicos en Estados Unidos es, con toda honestidad, uno de los más complejos del mundo. No está diseñado para ser fácil de entender. Tiene vocabulario propio, reglas que varían según el plan, fechas límite que nadie anuncia en televisión y trampas sutiles que cuestan miles de dólares a quien no las conoce. Si en tu país de origen el médico era accesible y la burocracia era mínima, aquí todo funciona diferente. No porque seas inmigrante, sino porque así funciona el sistema para todos, incluidos los estadounidenses de toda la vida.

Y en 2026, el panorama cambió todavía más. Subsidios que antes existían desaparecieron. Categorías de inmigrantes que antes calificaban para programas públicos ahora no califican. Las primas brutas del Marketplace subieron en promedio cerca del 26% a nivel nacional. Un millón de latinos podrían perder o ver reducida su cobertura. Si nunca fue el momento de entender bien esto, ese momento es ahora.

Esta guía no te va a explicar lo que ya puedes encontrar en cualquier página del gobierno. Te va a explicar lo que la gente de verdad hace mal, por qué lo hace mal, y cómo evitarlo. Con ejemplos reales, lenguaje claro, y sin venderte nada.

Lo que encontrarás aquí:

- Los 8 errores más costosos que cometen los latinos al comprar o usar

su seguro

- Por qué elegir el plan “más barato” puede salirte cuarenta veces más caro
- Qué significa cada término y cómo usarlo a tu favor
- Los cambios de ley en 2026 que afectan directamente a inmigrantes
- Qué hacer cuando no tienes seguro o cuando el tuyo no alcanza
- Un plan de acción que puedes empezar hoy

Leer esta guía completa puede ahorrarte miles de dólares. Empecemos.

Capítulo 1: El vocabulario que no te enseñaron pero que necesitas dominar

Hay una razón por la que tantas personas firman contratos de seguros sin entender lo que están comprando: el vocabulario es deliberadamente técnico. Pero no hay que ser contador ni abogado para entenderlo. Hay que saber cinco conceptos clave. Sin ellos, nada de lo demás tiene sentido.

Prima (Premium)

Es el dinero que pagas cada mes para tener el seguro, independientemente de si usas o no los servicios médicos. Así funciona: el primero de cada mes, el seguro te cobra su cuota. Si no vas al médico ese mes, igual la pagas. Si te hospitalizas ese mes, la sigues pagando más lo que corresponda según tu plan.

El error más común aquí es pensar que “prima baja” significa “seguro barato”. Una prima de \$80 al mes suena bien hasta que descubres que el deducible es de \$8,000 al año.

Deducible (Deductible)

Es la cantidad que tú pagas primero, de tu propio bolsillo, antes de que el seguro empiece a cubrir gastos. Funciona como una franquicia: tú absorbes el primer golpe.

Ejemplo concreto: tienes un deducible de \$3,000. En enero te rompes el brazo y la atención cuesta \$2,200. Tú pagas \$2,200 completos porque no has alcanzado tu deducible. En marzo te hospitalizan por apendicitis y el costo es \$18,000. Ya tienes \$2,200 acumulados; pagas \$800 más para completar los \$3,000 de deducible, y el seguro cubre los \$14,200 restantes (según el porcentaje de tu plan).

Los deducibles de planes Bronce en el Marketplace pueden llegar a \$7,500 o más por persona.

Copago (Copay)

Es la cantidad fija que pagas en el momento de una consulta o servicio específico. Por ejemplo: \$25 por visita al médico primario, \$50 por especialista, \$0 por exámenes preventivos. El copago existe *además* del deducible, no en lugar de él. En algunos planes, no pagas copago hasta haber cubierto el deducible.

Coseguro (Coinsurance)

Una vez que alcanzas el deducible, muchos planes no cubren el 100% de los gastos. El coseguro es el porcentaje que sigues pagando tú. Un plan 80/20 significa que el seguro paga 80%, tú pagas el 20% restante. Sobre una cirugía de \$50,000, ese 20% son \$10,000 de tu bolsillo.

Límite de gastos de bolsillo (Out-of-Pocket Maximum)

Es el techo. La cantidad máxima que puedes pagar en un año calendario por servicios cubiertos. Una vez que llegas ahí, el seguro cubre el 100% por el resto del año. En 2026, el límite máximo permitido para planes del Marketplace es \$9,450 para una persona y \$18,900 para una familia.

El truco que muchos no ven: ese límite solo aplica para servicios *dentro de la red* del plan. Los servicios fuera de la red pueden no contar hacia ese tope, y en algunos planes no tienen límite.

Tip del inmigrante: Antes de firmar cualquier plan, busca estos cinco números: prima mensual, deducible, copago para médico primario, coseguro, y límite de gastos de bolsillo. Compara esos cinco números entre planes, no solo la prima. Escríbelos en papel. Esos son los que mandan.

Capítulo 2: Los cuatro tipos de plan y cuándo conviene cada uno

Una de las confusiones más grandes entre los latinos recién llegados es pensar que “seguro médico” es una sola cosa. En realidad, hay arquitecturas de plan completamente diferentes, y elegir la equivocada puede significar que tu médico de siempre no acepta tu seguro, o que acabes pagando más del doble por los mismos servicios.

HMO — Health Maintenance Organization

Cómo funciona: Debes elegir un médico primario (PCP) que actúa como tu portero. Para ver a un especialista, necesitas una referencia de ese médico primario. Solo puedes usar médicos y hospitales dentro de la red del plan; si vas fuera, el seguro generalmente no cubre nada (excepto emergencias reales).

Ventaja: Primas y costos más bajos. Ideal si usas el médico regularmente y vives en un área con buena red.

Desventaja: Si el hospital más cercano a tu casa está fuera de la red, un accidente puede ser un desastre financiero. Sin flexibilidad.

Mejor para: Familias con hijos pequeños que van al médico frecuentemente, personas con condiciones crónicas controladas que no necesitan especialistas fuera de la red.

PPO — Preferred Provider Organization

Cómo funciona: Puedes ver cualquier médico, dentro o fuera de la red, sin necesitar referencia. Los médicos dentro de la red son más baratos; los de fuera, más caros pero cubiertos.

Ventaja: Máxima flexibilidad. Si tienes un especialista de confianza o un médico que lleva años tratándote, puedes seguir yendo con él aunque no esté “en red” del plan.

Desventaja: Las primas son significativamente más altas. A veces 30-50% más caro que un HMO equivalente.

Mejor para: Personas con enfermedades crónicas que necesitan ver especialistas específicos, familias con miembros que tienen condiciones de salud complejas.

EPO — Exclusive Provider Organization

Cómo funciona: Funciona como un híbrido entre HMO y PPO. No necesitas referencia para ver especialistas, pero solo puedes usar médicos dentro de la red. Fuera de la red, no hay cobertura salvo emergencias.

Ventaja: Más barato que un PPO, con algo más de flexibilidad que un HMO.

Desventaja: La trampa es que suena flexible, pero si en una emergencia te llevan a un hospital fuera de la red, las consecuencias pueden ser severas.

HDHP con HSA — Plan de Deducible Alto con Cuenta de Ahorro

Cómo funciona: Deducible alto (mínimo \$1,650 individual en 2026), prima baja, pero puedes abrir una cuenta HSA (Health Savings Account) donde depositas dinero libre de impuestos que solo puedes usar para gastos médicos.

Ventaja: Si eres joven, saludable y rara vez usas el médico, pagas menos de prima y acumulas dinero en la HSA para cuando lo necesites.

Desventaja: Si tienes una emergencia antes de llenar la HSA, puedes quedar muy expuesto. No es para familias con hijos pequeños o personas con condiciones crónicas.

Tip del inmigrante: El primer año en EE.UU. suele ser el más difícil para elegir plan porque no sabes cuánto usarás el sistema. Si tienes condición crónica, elige PPO aunque sea más caro. Si eres sano y joven, HDHP puede ser la opción más inteligente. Si tu prioridad es el costo familiar, evalúa un HMO con buena red en tu área.

Capítulo 3: Los 8 errores que cuestan más dinero

Aquí está el núcleo de esta guía. Estos no son errores hipotéticos: son los que aparecen semana tras semana en las salas de emergencia, en las oficinas de navegadores de salud, en las quejas a los departamentos de seguros estatales.

Error 1: Elegir el plan con la prima más baja sin revisar el deducible

Este es el error número uno, sin competencia. La lógica parece perfecta: si la prima es baja, ahorro dinero cada mes. Pero esa lógica falla completamente cuando enfrenta la realidad del sistema americano.

La trampa funciona así: un plan Bronce en el Marketplace puede costar \$80 al mes de prima. Un plan Plata puede costar \$220 al mes. La diferencia es \$140 mensuales, que son \$1,680 al año. Parece mucho. Pero el plan Bronce tiene un deducible de \$7,000; el plan Plata tiene uno de \$1,500. Si ese año tienes una hospitalización de \$15,000 —algo perfectamente posible con una apendicitis, una fractura complicada o un parto— con el plan Bronce pagas los primeros \$7,000 de tu bolsillo; con el plan Plata, solo \$1,500.

La diferencia de deducible es \$5,500, que supera con creces el ahorro anual en prima de \$1,680.

La regla de oro: No compares primas. Compara el *costo total anual* proyectado según tu estado de salud. Suma: (prima mensual × 12) + deducible estimado + copagos probables.

Error 2: Ir al médico o al hospital sin verificar si está en la red

Tener seguro no es sinónimo de poder ir a cualquier médico. Cada plan tiene una red de proveedores con quienes tiene contratos. Si vas a un médico fuera de esa red, el seguro puede cubrir poco, muy poco, o nada.

El problema se agrava en las emergencias. Imagina que te llevan inconsciente en ambulancia a la sala de urgencias más cercana. Esa sala puede estar fuera de tu red. La ambulancia misma puede estar fuera de tu red. Puedes recuperarte perfectamente y recibir una factura de \$40,000.

Dato real: La Ley de Sorpresas Médicas (No Surprises Act), vigente desde 2022, ofrece cierta protección para emergencias y algunos servicios en hospitales en red donde el médico tratante es de fuera de red. Pero tiene límites y no cubre todo. No dependas solo de esa ley.

Cómo evitarlo: Antes de elegir plan, entra al buscador de proveedores de ese seguro y verifica que tu médico de cabecera, los hospitales cercanos a tu casa, y los hospitales cercanos a tu trabajo están dentro de la red.

Error 3: No entender qué servicios están cubiertos antes de recibirlos

Hay una lista de coberturas que el seguro debe incluir por ley (ten essential health benefits): hospitalización, medicamentos, maternidad, salud mental, servicios preventivos, urgencias, laboratorio, entre otros. Pero hay cientos de servicios que pueden estar o no incluidos dependiendo del plan.

Cosas que la gente asume que están cubiertas y no siempre lo están: cirugía bariátrica, fertilización in vitro, ciertos medicamentos de marca, fisioterapia después de cierto número de sesiones, audífonos, servicios dentales y de visión en adultos (en planes del Marketplace generalmente NO están incluidos), tratamientos experimentales.

Cómo evitarlo: Antes de programar cualquier procedimiento no urgente, llama al número de atención al cliente de tu seguro y pide confirmación verbal de que ese servicio está cubierto, con qué porcentaje, y si necesitas autorización previa (prior authorization). Pide que te den un número de confir-

mación de esa llamada.

Error 4: Ignorar la autorización previa

Muchos procedimientos médicos, medicamentos especializados y estudios diagnósticos costosos requieren que el médico solicite autorización al seguro antes de realizarlos. Si el médico no pide esa autorización, o si la pide y el seguro la niega, el costo puede caer completamente en ti.

Ejemplo: tu médico te manda una resonancia magnética. Costo: \$2,500. Si tu seguro requería autorización previa y el médico no la tramitó, el seguro puede negarse a pagar. Tú recibes la factura completa.

Cómo evitarlo: Cada vez que un médico te mande un estudio costoso, un procedimiento o un medicamento nuevo, pregunta explícitamente: “¿Necesita autorización previa del seguro? ¿Quién la tramita?” Si la tramita el médico, haz seguimiento. Si la tramitas tú, llama al seguro antes del procedimiento.

Error 5: No revisar si el médico sigue en la red cada año

Las redes de proveedores cambian. Un médico que estaba en red con tu seguro en enero puede salir de esa red en julio. Un hospital que era “in network” puede renegociar contratos y salir de la red.

Hay personas que llevan años con el mismo médico de cabecera, renuevan el seguro sin revisar, y un día descubren que ese médico ya no está en red y cada visita les cuesta 3 veces más.

Cómo evitarlo: Cada año, durante el período de inscripción abierta (generalmente noviembre a enero), verifica en el buscador del plan que tus médicos habituales siguen en red. No des nada por sentado.

Error 6: Confundir el período de inscripción abierta y perderlo

El Marketplace del ACA tiene un período de inscripción abierta (Open Enrollment) que generalmente va del 1 de noviembre al 15 de enero. Fuera de ese período, solo puedes inscribirte o cambiar de plan si tienes un “evento de

vida” que califica como inscripción especial: pérdida de otro seguro, matrimonio, nacimiento de un hijo, mudanza a otro estado, entre otros.

Si pierdes el período de inscripción sin haberte inscrito y no tienes un evento de vida, puedes quedar sin opciones de seguro subsidiado por meses.

Cómo evitarlo: Anota en el calendario el 1 de noviembre de cada año. Ese es el día para revisar tu situación, comparar planes, y actuar. No lo dejes para enero.

Error 7: Asumir que todos los inmigrantes tienen las mismas opciones

Este es un error especialmente peligroso en 2026. Las reglas de elegibilidad cambiaron significativamente y varían según el estatus migratorio.

Lo que cambió y debes saber:

- Los residentes permanentes (green card) siguen siendo elegibles para el Marketplace y sus subsidios (PTC).
- Los cubanos y haitianos con ciertos tipos de entrada específica también mantienen elegibilidad para subsidios.
- Los inmigrantes legalmente presentes con ingresos bajo el 100% del nivel de pobreza (aproximadamente \$15,650/año para una persona en 2025) que no califican para Medicaid perdieron su elegibilidad para subsidios desde el 1 de enero de 2026.
- Los beneficiarios de DACA perdieron elegibilidad para el Marketplace desde el 25 de agosto de 2025.
- Refugiados, asilados, beneficiarios de TPS y personas con parol humanitario perderán elegibilidad para subsidios del ACA a partir del 31 de diciembre de 2026.
- Los indocumentados no son elegibles para el Marketplace federal ni para Medicaid regular, pero sí para Emergency Medicaid y, en algunos estados, para programas estatales específicos.

La regla del “espera de 5 años” para Medicaid sigue vigente: la mayoría de los residentes legales deben esperar 5 años antes de poder acceder a Medicaid federal (con excepciones para embarazadas, niños y algunos estados

que usan fondos propios).

Cómo evitarlo: No asumas. Ve a [healthcare.gov](https://www.healthcare.gov) o llama al 1-800-318-2596 para verificar tu elegibilidad específica según tu estatus. Si tienes dudas sobre tu estatus migratorio y su efecto en los seguros, consulta con un navegador de salud certificado o un abogado de inmigración.

Error 8: No conocer las alternativas cuando el seguro no alcanza

Muchas personas sin seguro o con seguro insuficiente no saben que existen opciones reales y accesibles. Pagan de su bolsillo o, peor, no van al médico hasta que la situación es una emergencia.

Federally Qualified Health Centers (FQHC): Son clínicas financiadas por el gobierno federal que atienden a toda persona, independientemente de su estatus migratorio o capacidad de pago. Cobran según ingresos, en escala deslizante. Pueden ser la solución para consultas primarias, laboratorio básico, prenatal y vacunas. Localiza la más cercana en findahealthcenter.hrsa.gov.

GoodRx y programas de fabricante: Si tienes recetas costosas, GoodRx y los programas de asistencia al paciente de los laboratorios pueden reducir el costo de medicamentos hasta 80%.

EMTALA: Ninguna sala de emergencias puede negarte atención por falta de seguro o dinero. Es ley federal. Pueden mandarte factura después, pero deben atenderte.

Línea 211: En la mayoría de estados, marcar 2-1-1 conecta con servicios sociales locales que incluyen recursos de salud para personas sin seguro o con seguro insuficiente.

Tip del inmigrante: El sistema no está diseñado para que lo entiendas fácil. Está diseñado para que pagues. Pero quien lo conoce puede navegarlo. Un navegador de salud certificado (certified navigator) puede ayudarte gratis a elegir el plan correcto según tu situación. Son personas reales, en tu comunidad,

pagadas por el gobierno para ayudarte. No te cobran nada.

Capítulo 4: Los niveles del Marketplace explicados sin rodeos

Si compras seguro a través del Marketplace del ACA, encontrarás cuatro categorías llamadas “niveles metálicos”: Bronce, Plata, Oro y Platino. El nombre es engañoso porque sugiere que el más caro es el mejor para todos. No es así.

Cada nivel representa un reparto de costos entre tú y el seguro:

Nivel	El seguro paga	Tú pagas	Prima mensual	Mejor para
Bronce	60%	40%	Más baja	Jóvenes sanos que casi no van al médico
Plata	70%	30%	Media	La mayoría de las familias; único nivel con reducción de costos compartidos
Oro	80%	20%	Alta	Personas que usan el sistema frecuentemente

Nivel	El seguro paga	Tú pagas	Prima mensual	Mejor para
Platino	90%	10%	Más alta	Quien tiene condición crónica costosa o usa el sistema intensamente

El secreto del nivel Plata: Si tus ingresos están entre el 100% y el 250% del nivel federal de pobreza (para 2026, aproximadamente entre \$15,650 y \$39,125 para una persona), el nivel Plata puede darte lo que se llama “Reducción de Costos Compartidos” (Cost-Sharing Reduction o CSR). Esto reduce tu deducible, copago y coseguro de forma significativa, y *solo está disponible en planes Plata*. Si calificas para CSR y eliges Bronce para pagar menos prima, pierdes ese beneficio.

Ejemplo real: Con CSR aplicada, un plan Plata puede tener un deducible de \$500 en lugar de \$3,000, y un copago de \$5 en lugar de \$40. La diferencia en prima mensual puede ser de \$80, pero la protección es exponencialmente mayor.

Tip del inmigrante: Si tus ingresos están en el rango de CSR, nunca elijas Bronce. Elige Plata y aprovecha la reducción de costos compartidos. Es el consejo más valioso de esta guía para personas de bajos y medianos ingresos.

Capítulo 5: Lo que cambió en 2026 y lo que viene en 2027

El panorama de seguros para inmigrantes latinos cambió más en los últimos doce meses que en la década anterior. Ignorar estos cambios puede costarte la cobertura completa.

Lo que ya cambió (vigente desde 2026)

Fin de los subsidios mejorados de la pandemia. Durante la pandemia se aprobaron subsidios adicionales que reducían drásticamente las primas. Esos subsidios expiraron el 31 de diciembre de 2025 y no fueron renovados. Resultado: las primas brutas subieron en promedio cerca del 26% a nivel nacional. Algunos estados vieron aumentos mayores. Si tenías un plan que pagabas \$0 o muy poco por mes, en 2026 esa prima puede ser significativamente más alta.

Cierre del hueco para inmigrantes bajo 100% FPL. Antes existía una protección especial para personas con ingresos tan bajos que no calificaban para Medicaid por su estatus migratorio, pero tampoco podían pagar el mercado sin subsidio. Una nueva ley eliminó esa protección desde enero de 2026. Según la Oficina de Presupuesto del Congreso, aproximadamente 300,000 personas quedarán sin seguro como consecuencia.

DACA fuera del Marketplace. Desde el 25 de agosto de 2025, los beneficiarios de DACA no pueden inscribirse en planes del Marketplace federal.

Lo que viene (vigente desde 2027)

A partir del 1 de enero de 2027, solo podrán acceder a subsidios del ACA: - Ciudadanos estadounidenses - Residentes permanentes legales (green card) - Inmigrantes cubanos y haitianos con ciertos tipos de entrada específica - Personas de naciones del Tratado de Libre Asociación (COFA)

Grupos que perderán acceso: refugiados, asilados, personas con TPS, personas con parol humanitario, titulares de visas de trabajo. Según KFF, esto podría dejar a más de un millón de inmigrantes sin seguro médico.

Medicare para personas mayores inmigrantes: Los adultos mayores que actualmente reciben Medicare con estatus de refugiado, asilo o parol humanitario perderán esa cobertura a partir del 4 de enero de 2027.

Qué hacer si te afectan estos cambios

1. Verifica tu estatus de elegibilidad en healthcare.gov o con un navegador certificado.
2. Si pierdes subsidios, evalúa si calificas para seguro a través del empleador.
3. Localiza el FQHC más cercano como alternativa para atención primaria.
4. Consulta si tu estado tiene programas propios de cobertura más amplios que la ley federal (California, Nueva York, Illinois y otros han expandido coberturas usando fondos estatales).
5. No esperes al último momento: actúa antes de que los cambios entren en vigor.

Tip del inmigrante: Si tienes green card, protege tu cobertura ahora. Eres elegible y lo seguirás siendo. Pero si tu estatus cambia, o si alguien en tu familia tiene estatus diferente, la situación de cada persona puede ser distinta. Las familias de estatus mixto (algunos ciudadanos, algunos residentes, algunos sin documentos) tienen opciones que muchos no conocen: cada miembro puede solicitar de forma independiente.

Capítulo 6: Cómo leer tu plan de seguros sin perderte

Cuando compras un plan, recibes dos documentos fundamentales que la mayoría de las personas guarda en un cajón sin leer:

Summary of Benefits and Coverage (SBC): Es el resumen oficial estandarizado de tu plan. Por ley, todas las aseguradoras deben darte este

documento en el mismo formato. Tiene exactamente 4 páginas y responde las preguntas clave: deducible, copagos, coseguro, límite de gastos de bolsillo, qué cubre y qué no. Es el documento que debes leer y guardar donde lo puedas encontrar en 30 segundos.

Explanation of Benefits (EOB): Cada vez que recibes servicios médicos, el seguro te manda un documento que explica cuánto cobró el proveedor, cuánto negoció el seguro, cuánto paga el seguro, y cuánto te corresponde a ti. Este NO es una factura. Es una explicación. La factura real viene del médico o hospital.

La trampa del EOB: Muchos latinos reciben el EOB, ven una cantidad grande (por ejemplo “\$8,450”) y creen que deben pagar eso. No. Leen: “Amount you owe: \$425”. Ese es el número que importa. Lee cada EOB con calma antes de pagar cualquier cosa.

Cómo disputar cargos incorrectos:

1. Compara el EOB con la factura del proveedor. Deben coincidir.
2. Si ves un cargo que no reconoces, llama al seguro y al proveedor.
3. Si el seguro niega un reclamo, tienes derecho a apelar. El proceso está descrito en tu SBC.
4. Si agotaste el proceso de apelación interno, puedes solicitar una revisión externa independiente.
5. Cada estado tiene un Departamento de Seguros que recibe quejas contra aseguradoras.

Tip del inmigrante: Nunca pagues una factura médica sin antes verificar que coincide con tu EOB. Y nunca pagues sin preguntar si hay opciones de descuento por pago en efectivo o plan de pagos. Los hospitales, especialmente los sin fines de lucro, tienen programas de asistencia financiera que pocas personas conocen y menos aún solicitan.

Capítulo 7: Tu plan de acción en 7 pasos

Toda la teoría del mundo no sirve si no termina en acción. Aquí está lo concreto.

Paso 1 — Esta semana: Localiza o crea una carpeta (física o digital) con todos tus documentos de seguro: tarjeta de seguro, SBC, número de membresía, número de teléfono del seguro para emergencias y para consultas. Si no tienes estos documentos, llama a tu seguro y pídelos.

Paso 2 — Esta semana: Entra al buscador de proveedores de tu plan y verifica que tu médico primario y los hospitales más cercanos siguen en tu red. Si no lo están, anótalo para el próximo período de inscripción.

Paso 3 — Este mes: Lee las primeras dos páginas de tu SBC. Anota: tu deducible, tu copago para médico primario, tu copago para urgencias, tu límite de gastos de bolsillo. Son cuatro números. Ponlos en tu teléfono o en una nota visible.

Paso 4 — Este mes: Si no tienes seguro, entra a findahealthcenter.hrsa.gov y localiza el FQHC más cercano a tu hogar y al trabajo. Guarda el número. Es tu red de seguridad.

Paso 5 — Antes del 1 de noviembre: Verifica tu elegibilidad actualizada en healthcare.gov o con un navegador certificado. Con los cambios de ley, tu situación puede haber cambiado aunque tu estatus migratorio no haya cambiado.

Paso 6 — Del 1 de noviembre al 15 de enero: Período de inscripción abierta. Este es el momento para comparar planes, cambiar si es necesario, o inscribirte si no tienes seguro. Usa healthcare.gov o el marketplace de tu estado. Busca un navegador certificado si necesitas ayuda gratuita.

Paso 7 — Todo el año: Cada vez que vayas al médico para algo no urgente, toma 5 minutos para verificar que el proveedor está en red, que el servicio está cubierto, y si necesitas autorización previa. Esos 5 minutos pueden ahorrarte miles de dólares.

Tip del inmigrante: Un navegador de salud certificado (navegador) es gratuito, habla español, y su único trabajo es ayudarte a elegir el plan correcto. No es agente de seguros ni le pagan comisión. Para encontrar uno: localhelp.healthcare.gov o llama al 1-800-318-2596 (disponible en español).

Conclusión: El seguro que funciona no es el más caro ni el más barato

El seguro que funciona es el que entiendes.

Un plan perfecto en manos de alguien que no sabe cómo usarlo puede salir más caro que ningún seguro. Un plan modesto, bien entendido y bien utilizado, puede proteger a una familia entera de la catástrofe financiera que representa una hospitalización seria en este país.

Los ocho errores que cubrimos en esta guía no son errores de personas ignorantes. Son errores de personas que enfrentan un sistema diseñado para ser opaco, que llegaron a un país nuevo con prioridades urgentes, y que nunca tuvieron quien les explicara esto en lenguaje claro. Ahora lo tienes.

Lo que hace la diferencia entre la foto de la izquierda —el hombre abrumado por facturas y errores— y la de la derecha —quien firma con calma y protege a su familia— no es el dinero. Es la información.

Comparte esta guía con alguien que la necesite. El vecino que acaba de llegar. La tía que no entiende su seguro del trabajo. El amigo que lleva años pagando un plan que no le funciona. Esta información no tiene costo, pero su valor puede medirse en miles de dólares y, más importante, en tranquilidad real.

Esta guía tiene propósito exclusivamente educativo e informativo. Las leyes, programas y elegibilidades de seguros cambian con frecuencia; verifique siempre la información actualizada con fuentes oficiales como

healthcare.gov, medicaid.gov, o con navegadores de salud certificados. No constituye asesoría médica, legal ni financiera profesional.

Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356

Médico formado en Cuba · Residente permanente en los Estados Unidos

“Educate · Protégete · Asegura tu futuro”

Sobre el autor

El Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre es médico cubano, especializado en Medicina General Integral con residencia en Urología. En abril de 2021, después de denunciar públicamente la escasez de medicamentos y las condiciones en el sistema de salud cubano, fue expulsado del sistema sanitario de la isla. En noviembre de ese año, el régimen anuló oficialmente su título médico.

Llegó a los Estados Unidos en julio de 2022, después de un trayecto que lo llevó por Guyana, Brasil, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia y la selva del Darién. En Houston, Texas —donde reside con residencia permanente— trabaja en el sector médico mientras avanza en el proceso de validación de credenciales para ejercer en este país.

Es autor de *Sobreviviendo al caos: La Cuba paralela*, y creador de la **Biblioteca Latina de Supervivencia en EE.UU.**: una colección de guías, manuales y libros en español diseñados para que el inmigrante latino entienda cómo funciona este país y tome decisiones informadas en salud, finanzas, trabajo y vida cotidiana.

Su plataforma educativa Figueredo Med ofrece contenido médico verificado en español para la comunidad hispanohablante.

“Perdieron un médico pero ganaron un patriota.”

“Volveré el día que seas libre, Cuba.”

{© 2026 Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre. Todos los derechos reservados. Esta guía tiene propósito exclusivamente educativo. No constituye asesoría médica, legal ni financiera profesional. Las leyes y programas descritos están sujetos a cambios; verifique siempre con fuentes oficiales. Dr. Alexander Jesús Figueredo Izaguirre · RP #108356.}