

## Sus Opciones de Seguro de Salud

La manera más común para que la gente obtenga cobertura de seguro de salud en los EE. UU. es por medio de su propio empleo o el empleo de un miembro de su familia. Sin embargo, si usted no es elegible para el seguro por su trabajo, está dejando su trabajo o está buscando como recibir cobertura bajo un nuevo plan de salud por cualquier otra razón, hay otras opciones de seguro de salud disponibles para usted. Hay leyes que proporcionan la opción de mantener su seguro si pierde o deja su trabajo (ver la ley COBRA, a continuación), pero también hay opciones nuevas disponibles por medio de los mercados de seguro de salud, que pueden ser alternativas más económicas que COBRA. Además, debido a la expansión bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), Medicaid se ha convertido en una opción para millones de personas en muchos estados.

Navegar en medio de las opciones de seguro de salud puede ser una tarea agotadora. Este manual tiene la intención de darle a usted una visión general de algunas de las opciones de seguro de salud disponibles si lo ha perdido recientemente o está enfrentando una pérdida de su seguro de salud, o si usted no es elegible para el seguro de salud patrocinado por el empleador.

### **COBRA**

Cuando usted pierda su seguro basado en su trabajo, se le podría ofrecer continuación de cobertura de COBRA por parte de su empleador anterior. La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que le permita continuar la misma cobertura de seguro de salud que usted tenía bajo su empleador o del su miembro de familia incluso si usted o su cónyuge ya no esté trabajando. Si usted elige la cobertura de COBRA, su plan de seguro de salud y cobertura no cambia, de manera que usted no tiene que preocuparse por cambiar de doctores o de volver a programar el tratamiento.

COBRA está disponible a un empleado o familiar del empleado después de que el empleado haya terminado su empleo o haya reducido sus horas de trabajo hasta un punto que ya no es elegible para recibir cobertura de su empleador. Esta terminación o reducción de horas se refiere como un “evento habilitante”. Otros eventos habilitantes también pueden hacer que COBRA esté disponible para usted. La cantidad de tiempo que usted puede permanecer en COBRA dependerá de cuál fue su evento habilitante.



<b>Evento Habilitante</b>	<b>Quién tiene derecho a COBRA</b>	<b>Cobertura Máxima</b>
Terminación del empleo (por cualquier razón aparte de falta de conducta grave) o reducción en el número de las horas de empleo	Empleado, Cónyuge, Hijo Dependiente	18 meses
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge, Hijo Dependiente	36 meses
Divorcio o separación legal	Cónyuge, Hijo Dependiente	36 meses
Muerte del empleado	Cónyuge, Hijo Dependiente	36 meses
Pérdida de estado de hijo dependiente	Hijo Dependiente	36 meses

Su elegibilidad para cobertura bajo COBRA esta basada por la ley federal. La ley declara que:

- COBRA se aplica a planes de grupo mantenidos por empleadores con 20 o más empleados.
- La cobertura COBRA generalmente dura hasta 18 meses si usted ha dejado/perdido su trabajo/reducido sus horas de trabajo.<sup>1</sup>
- La persona asegurada se hace responsable de pagar la cantidad total de la prima de seguro mensual.
- El costo de la prima mensual pagado por el empleado puede ser hasta un 102% de lo que el empleador pagaba por los mismos beneficios.
- La persona responsable de decirle al plan de salud que ha ocurrido un evento habilitante depende de cuál evento habilitante ha sucedido.
- El plan de salud tiene 14 días después de que el administrador del plan sea informado del evento habilitante para que se le informe al empleado que él o ella tiene derecho a elegir COBRA.
- Un empleado debe decidir si entrará en COBRA dentro de los 60 días después de habersele informado de sus derechos a COBRA. El empleado luego tiene 45 días después de elegir cobertura para pagar la primera prima.

Si usted elige la cobertura de COBRA, tendrá que pagar las primas de cada mes que usted fue elegible. Entonces, incluso si usted espera hasta el último día de su derecho a elegir

---

<sup>1</sup> La cobertura de COBRA puede durar hasta 29 meses si la persona asegurada es discapacitada y califica para beneficios de discapacidad de Seguro Social dentro de los primeros 60 días de la cobertura COBRA, o hasta 36 meses si la persona llega a tener derecho a cobertura de COBRA debido a ciertos eventos habilitantes o una combinación de eventos habilitantes.

cobertura de COBRA, usted aún tendrá que pagar las primas desde la fecha en que su derecho empezó.

Tenga presente que una vez que su cobertura de COBRA termine, usted necesitará obtener una cobertura de cuidado de salud alternativa.

### **Cobertura estatal o mini-COBRA**

Muchos estados tienen sus propias leyes que son sus versiones de COBRA que permiten a las personas que no califican para COBRA que continúen cobertura en sus planes de salud patrocinados por su empleador cuando suceda un evento habilitante. Por ejemplo, muchas de estas leyes, conocidas como mini-COBRA, se aplican a los empleadores con menos de 20 empleados, y con frecuencia proporcionan cobertura por 12 o 18 meses. También, en algunos estados, como California, la ley estatal COBRA permite a las personas que son elegibles por la versión federal de COBRA que extienden su cobertura de COBRA más de sus 18 meses iniciales. Sin embargo, la prima mensual que el empleado paga por esta cobertura puede ser hasta un 110% de lo que el empleador estaba pagando por los mismos beneficios. Comuníquese con su departamento de seguro estatal para averiguar si su estado tiene una ley de mini-COBRA.

### **Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud**

Algunos estados también tienen un programa llamado el Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés). Si usted califica para Medicaid y actualmente tiene cobertura COBRA, usted podría hacer que sus primas de COBRA se paguen por medio de su programa de HIPP *en vez de* recibir Medicaid. Usted generalmente debe tener una condición de salud que sea cara de tratar o manejar para ser elegible. Tenga presente que su inscripción en el programa de HIPP no es automática: usted debe solicitar el programa, y luego su agencia estatal de Medicaid decide si se ahorra o no el dinero para inscribirle. Comuníquese con su departamento estatal de seguro o agencia de Medicaid para determinar si su estado ofrece un programa de HIPP.

### **El Mercado de Seguro de Salud**

Desde el 1° de enero de 2014, a la mayoría de las personas en EE.UU. se les requiere tener seguro de salud. Para aquellos que no se les ofrezca, o ya no califiquen para seguro de salud por medio de sus empleadores, o que no pueden pagar las primas de COBRA, el mercado de seguro de salud (también conocidos como “intercambios”) ofrecen una alternativa y una manera potencialmente menos cara de comprar seguro de salud.

Estos mercados en línea fueron establecidos bajo la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), y se corren por parte de los estados individuales o por parte del gobierno federal. Solamente 12 estados<sup>2</sup> han creado y continúan haciendo funcionar sus propios Mercados de Seguro de Salud estatales. Estos mercados son como establecimientos comerciales en línea de seguro de salud. Estos estados incluyen California, Colorado, Connecticut, Idaho, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nueva York, Rhode Island, Vermont, Washington, y el Distrito de Columbia. Otros estados han establecido sociedades federales-estatales, y aún otros han decidido dejar que el gobierno federal maneje sus intercambios de seguro de salud.

---

<sup>2</sup> Desde mayo de 2019

Los aseguradores participantes ofrecen 5 opciones de seguro distintas: Bronce, Plata, Oro, Platino, y un plan Catastrófico. El plan de Bronce tiene las primas más bajas, pero solamente cubre el 60% de los costos de seguro de salud, mientras que el plan de Plata cubre 70%, el plan de Oro cubre el 80%, y el plan de Platino cubre el 90% de los costos de cuidado de la salud. Un plan Catastrófico está disponible solamente para aquellas personas de menos de 30 años o aquellos que estén sufriendo una dificultad financiera.

### **Los Créditos Fiscales hacen el Seguro de Salud más Económico:**

Una de las maneras en que el gobierno federal ayuda a las personas a pagar por planes de salud es ofreciendo créditos fiscales para las primas, también referido como “subsidios de primas”, a ciertas personas y familias que necesitan ayuda para pagar sus primas de seguro de salud. El Crédito Fiscal para La Prima ayuda a las personas elegibles y sus familias pagar las primas para su seguro de salud comprado por medio del Mercado de Seguro de Salud.

Para calificar para este crédito fiscal para la prima:

- El ingreso de su hogar debe estar entre el 100 al 400% fuera de la Línea de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés).
- Usted debe estar inscrito en un plan de salud calificado por medio del mercado del cuidado de la salud de su estado o por medio de <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>.
- Usted *no* debe ser elegible para otros planes de cobertura de mínima esenciales, tales como Medicare, Medicaid, o un plan asequible patrocinado por el empleador.
- Usted debe estar presente legalmente en los Estados Unidos, y no debe estar en la cárcel o la prisión.
- Nadie es capaz de reclamarlo como dependiente para fines de impuesto sobre la renta.
- Si usted está casado, también debe presentar un regreso de impuesto en conjunto con su cónyuge para calificar para este crédito.

Si usted no sabe si es elegible recibir Medicaid, el mercado de seguro de salud generalmente le informará, basado en su ingreso, si usted es elegible para recibir créditos fiscales o si usted califica para Medicaid. Para más información, visite <https://www.cuidadodesalud.gov/es/>.

### **Periodos de Inscripción: Inscripción Abierta v. Inscripción Especial**

La inscripción abierta es el período en que todos pueden solicitar un plan de seguro de salud por medio del lugar de mercado de seguros o cambiarse a un plan diferente si ya están inscritos. Sin embargo, una vez que se cierra la inscripción abierta, usted generalmente no puede solicitar seguro de salud por medio del mercado *a menos que* usted califique para un período especial de inscripción<sup>3</sup>.

Las personas pueden calificar para inscripción especial solamente si tienen un *evento de calificado de vida* o bajo ciertas *circunstancias excepcionales*.

---

<sup>3</sup> Los periodos de inscripción abierta típicamente comienzan en noviembre y duran hasta enero del año siguiente.

1. Algunos ejemplos de un *evento de calificado de vida* incluyen:
  - i) Casamiento o Divorcio
  - ii) Tener un bebé, adoptar un menor, o poner un hijo en adopción u hogar de acogida
  - iii) Mudarse a una dirección permanente de casa, obtener la ciudadanía, salir del encarcelamiento
  - iv) Perder otra cobertura de salud – debido a la pérdida de cobertura basada en el trabajo, agotamiento de COBRA, envejecimiento fuera de un plan de los padres, perder elegibilidad para Medicaid o CHIP, y circunstancias similares

**Nota:** Terminar voluntariamente la cobertura (por ejemplo, debido a que ya no puede pagar las primas de COBRA) no le califica para un período especial de inscripción, y tampoco la pérdida de cobertura que no calificaba como cobertura esencial mínima.
  
2. Algunos ejemplos de *circunstancias excepcionales* incluyen:
  - i) una hospitalización inesperada o discapacidad cognitiva temporal,
  - ii) un desastre natural, como un terremoto, inundación masiva, o huracán.

Para más información sobre el mercado de seguro de salud en su estado, incluyendo información sobre varios aseguradores y los detalles específicos de cada uno de los planes que se ofrecen, por favor, visite <https://cuidadodesalud.gov/es/>.

### **Medicaid**

Dependiendo del tamaño e ingresos de su hogar, otra opción de cobertura de la salud que puede estar disponible para usted si usted no está trabajando o ya no es elegible para seguro patrocinado por su empleador es Medicaid. Medicaid es el programa federal de cuidado de salud mantenido por cada estado que proporciona cobertura de cuidado de salud para ciertas personas que tienen ingresos bajos, tienen recursos limitados, y cumplen con otros requisitos determinados por el estado. Medicaid también se conoce por otros nombres en estados diferentes. Por ejemplo, en California, Medicaid se refiere como Medi-Cal, y en Tennessee, Medicaid se refiere como TennCare.

Bajo la ley ACA, muchos estados han elegido expandir sus programas de Medicaid. La expansión de Medicaid hace Medicaid disponible para personas que ganan menos del 138% del nivel de pobreza federal (\$17,236 por individuales; \$35,535 por una familia de cuatro en 2019) y elimina requisitos adicionales, haciendo los programas de Medicaid más accesibles a los estadounidenses no asegurados. A partir de enero de 2019, 37 estados, incluyendo el Distrito de Columbia, han expandido sus programas de Medicaid. Ciertos estados están considerando imponiendo o han impuesto ciertos requisitos adicionales para calificar por Medicaid, incluyendo ciertos requisitos de trabajar.

Para más información sobre su programa estatal de Medicaid, por favor visite: [Medicaid.gov](https://www.Medicaid.gov)

### **Planes de Seguro de Riesgo Mayor**

Antes de que se aprobó la ley ACA, muchos estados operaban planes de seguro manejados por el estado, llamados planes de seguro de riesgo mayor, para proporcionar cobertura de salud a personas con condiciones pre-existentes que no podían obtener otra

cobertura. Aunque la ley ACA ahora prohíbe a las compañías de seguro de negar proporcionar cobertura de seguro de salud a personas debido a una condición pre-existente, algunos estados han continuado manejando estos planes de seguros de riesgo mayor.<sup>4</sup> Si usted no puede obtener seguro por medio de COBRA, Medicaid, Medicare, o el mercado de seguro de salud, entonces usted puede ser elegible para una de estos planes de riesgo mayor.

A partir de la mitad de 2019, los siguientes estados pueden ofrecer actualmente planes de seguro estatales de alto riesgo: Alaska, California, Idaho, Illinois, Iowa, Nuevo México, North Dakota, South Carolina, Tennessee, Washington, y Wyoming.

Tenga presente que debido a la ley ACA, muchos de los Planes de Seguro de Riesgo Mayor aún disponibles ya han cerrado o cerrarán la inscripción, o serán cancelados en un futuro cercano. Comuníquese con su departamento de seguros estatal para enterar si su estado ofrece un Plan/Grupo de Seguro de Riesgo Mayor.

**Recursos**

<p><b>Para preguntas acerca de COBRA:</b>                  Departamento del Trabajo de EE. UU. (DOL),                  Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA)                  200 Constitution Ave, NW, Suite S-2524                  Washington, DC 20210                  (202) 693-8300 o (866) 444-3272  <a href="http://www.dol.gov/ebsa">www.dol.gov/ebsa</a>  <a href="https://www.dol.gov/es/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta">https://www.dol.gov/es/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta</a></p>	<p><b>Para información acerca de todas sus opciones de seguro de salud disponibles:</b>                  Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (HHS)                  (800) 318-2596                  (855) 889-4325 (TTY)  <a href="https://www.cuidadodesalud.gov/es/">https://www.cuidadodesalud.gov/es/</a></p>
<p><b>Para preguntas acerca de Medicaid:</b>                  Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS)                  7500 Security Boulevard                  Baltimore, MD 21244  <a href="http://www.medicaid.gov">www.medicaid.gov</a></p>	

---

**DESCARGO DE RESPONSABILIDAD:** Esta publicación está diseñada para proporcionar información general sobre los asuntos presentados. Se proporciona con el entendimiento que el autor no está involucrado en proporcionar ningún servicio legal o profesional por su publicación o distribución. Aunque estos materiales fueron revisados por un profesional, no deben usarse como sustituto de servicios profesionales. CLRC no tiene relación o afiliación con las agencias referidas, organizaciones o abogados a los cuales referimos a las personas. Los recursos y referencias se proporcionan solamente para información y conveniencia. Por lo tanto, CLRC rehúsa cualquier y toda responsabilidad por cualquier acción tomada por cualquier entidad que aparezca en las listas de recursos y referencias de CLRC.

---

<sup>4</sup> Por ejemplo, California tiene un programa llamado el Programa de Seguro Médico de Riesgo Mayor (MRMIP, por sus siglas en inglés) que proporciona seguro de salud para californianos que no pueden obtener cobertura del mercado de seguro de salud para individuales debido a sus condiciones pre-existentes o su estado de inmigración.