



# El VIH/SIDA y los Seguros de Salud

## CONTENIDO

Introducción .....	2
Examine su plan de salud .....	2
Situaciones .....	4
<i>Estoy contratando a un nuevo empleado y me preocupa el SIDA .....</i>	<i>4</i>
<i>Tengo un empleado que está infectado con el VIH .....</i>	<i>6</i>
<i>Mi empleado ya no puede trabajar .....</i>	<i>9</i>
Para obtener ayuda o más información .....	11
Glosario .....	13

## **INTRODUCCIÓN**

Si usted es empleador y ofrece seguro de salud a sus empleados, enfrenta toda clase de preguntas y preocupaciones sobre los beneficios del plan de salud y sus costos. Además de tener la responsabilidad de llevar adelante su negocio, la necesidad de tomar decisiones apropiadas sobre el plan de salud de sus empleados requiere que sea al mismo tiempo supervisor de beneficios de salud, especialista en comunicaciones y analista financiero. Ya es bastante difícil desempeñar estos papeles cuando sus empleados tienen problemas rutinarios de salud, pero cuando un empleado es afectado por enfermedades serias como el cáncer, las enfermedades cardíacas, un bebé prematuro o enfermo o el SIDA, usted podría verse ante una situación difícil.

Tratar el VIH y el SIDA es costoso. Sin embargo, no deje de lado la compasión, la lógica y el sentido común cuando trata de responder al SIDA.

El tratamiento para el SIDA no es más caro que los tratamientos de otras enfermedades graves, incluso el cáncer de pecho, la rehabilitación de heridas cerebrales serias y el cuidado de un bebé prematuro o nacido con muy poco peso.

Este folleto ha sido preparado para ayudar a los empleadores a quienes preocupe el impacto que el SIDA y otras enfermedades de alto costo puedan tener sobre su programa de salud y sobre su empresa, especialmente los empleadores con menos de 100 empleados. El folleto puede ser útil a todo empleador que desea mantener el seguro de salud para sus empleados ante los costos crecientes o que ofrece seguro propio (ver el Glosario). El SIDA es sólo una de las muchas cuestiones que debería considerar al decidir cómo elaborar y administrar su plan de salud.

## **EXAMINE SU PLAN DE SALUD**

Al examinar su plan de seguro de salud hay una serie de cuestiones a considerar, incluso la cobertura de servicios preventivos y de diagnóstico, cobertura de situaciones catastróficas y los co-pagos y gastos deducibles. Los siguientes son algunos puntos de planes de salud que podría considerar para mantener el control de sus costos:

### **Incorpore el cuidado preventivo en su plan**

Muchas empresas están considerando la cobertura de atención preventiva de la salud. También averigüe cuales servicios médicos, como la ayuda psicológica y los análisis de VIH/SIDA, son beneficiosos en relación a los costos e incorpórelos en su plan. Hasta que se encuentre una cura para el VIH/SIDA, la clave está en la educación y en la prevención. (Vea *Educación de sus empleados: Guía para gerentes*)

### **Examine las provisiones de su plan de salud sobre co-pago y deducibles**

El proveedor de atención rutinaria salud de sus empleados puede darle algunas de las mejores oportunidades de ahorrar en el costo del seguro. Un plan que no ofrece deducibles o que ofrece deducibles muy bajos, o que no ofrece co-pago para los participantes, está sufragando muchas cuentas pequeñas y relativamente predecibles. Un aumento de los deducibles y del co-pago de los empleados podría reducir el costo de su plan de manera significativa.

### **Examine los límites de su plan**

Gaste parte de los ahorros que obtenga de los aumentos de deducibles y del co-pago en una protección mejor contra los gastos causados por enfermedades graves. Asegúrese de que los límites anuales de su plan respecto a los gastos en efectivo de los participantes, así como los límites de beneficios anuales o vitalicios, reflejan tanto la inflación como el costo creciente de la tecnología médica.

Asegúrese de estar informado sobre el límite de su plan con respecto a medicamentos prescritos. Algunos planes de seguro tienen límites bajos para medicamentos y no proveen cobertura amplia de las nuevas terapias con drogas antirretrovirales. Estos inhibidores de proteasa pueden rechazar muchas infecciones oportunistas, aumentando la productividad general de sus empleados. Sus empleados podrían estar más dispuestos a aceptar menos cobertura rutinaria de enfermedades si saben que estarán protegidos cuando más lo necesiten.

### **Investigue los beneficios de la atención médica dirigida (ver el Glosario)**

Muchos empleadores pequeños dicen que los planes de atención médica dirigida les ayudan a mantener su cobertura a un costo razonable. Estos planes restringen la libertad de los empleados en cuanto a la elección de sus médicos u hospitales, pero a cambio pueden ofrecer beneficios importantes. Los empleadores se están interesando más y más en los programas de prevención con el fin de mantener a sus empleados sanos y productivos. Los empleadores reciben descuentos significativos y también otros servicios que procuran proveer un servicio de salud a bajo costo que satisfaga y supere los parámetros aceptables de atención médica. Los empleados, a su vez, reciben planes que son fáciles de usar, con poco o ningún papeleo o responsabilidad de pago y médicos que coordinan todos los aspectos de sus necesidades médicas de salud.

### **Averigüe si su plan de salud pagará por la atención en otros lugares**

Los pacientes de SIDA, así como quienes sufren de cualquier otra enfermedad grave, pueden a veces estar mejor en su casa o en una residencia para enfermos, clínica de reposo u otra institución que en un hospital. Asegúrese de que su plan de seguro médico provea cobertura adecuada para esa atención.

### **Al comprar seguro combine sus fuerzas con otros pequeños empleadores**

Usted podría adquirir seguro de salud por medio de un fondo cooperativo compuesto por muchos empleadores, en el cual los empleadores pequeños obtienen el poder de compra de un grupo grande. Estos fondos pueden ofrecerse a través de su asociación comercial o profesional, su cámara de comercio local u otros grupos. Antes de unirse a este esfuerzo, sin embargo, haga que su contador o su abogado examine el estado financiero de dicho fondo y cómo está regulado.

### **Averigüe si su plan paga por medicamentos o tratamientos experimentales**

Es importante saber cuales tratamientos experimentales, incluso el uso experimental de medicamentos ya aprobados, están cubiertos por su plan. Esta es un área en la cual puede haber malentendidos costosos, tanto en dinero como en las relaciones con los empleados. La palabra “experimental” puede significar una cosa para una persona corriente y otra para un médico o para la compañía de seguros o plan de

atención médica dirigida. También puede tener diferentes significados entre las compañías de seguros y los programas de atención médica dirigida. Aunque la práctica establecida en los planes de salud privados y públicos ha sido, y en algunos casos sigue siéndolo, excluir todos los tratamientos experimentales de su cobertura, esto está cambiando.

Dado que el SIDA depende de terapias y tratamientos con medicamentos experimentales como los inhibidores de proteasa y otras drogas antirretrovirales, existen pruebas clínicas que determinan la eficacia de estos tratamientos.

## **SITUACIONES**

La siguiente sección ayudará a responder cualquier pregunta que pueda tener al brindar cobertura de salud a empleados infectados con el VIH.

### **Situación Estoy contratando a un nuevo empleado y me preocupa el SIDA**

El temor de algunos empleadores con respecto al SIDA los ha llevado a considerar la posibilidad de someter a los empleados a análisis para detectar el VIH antes de contratarlos o de enrolarlos en el plan de salud. Esto es lo que preguntan algunos empleadores:

- ¿Puedo exigir que un candidato o candidata se someta a análisis para detectar la presencia de anticuerpos del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) antes de ofrecerle empleo?

No. Tanto las leyes estatales como federales cubren la relación previa y posterior al período de empleo. La Ley de Estadounidenses Minusválidos o ADA prohíbe los cuestionarios y análisis previos a una oferta de empleo, incluso el análisis de los anticuerpos del VIH. Después que se ha hecho un ofrecimiento de empleo, pero antes de que la persona comience a trabajar, los empleadores pueden exigir que los candidatos se sometan a un análisis del VIH, o averiguar si están infectados con el VIH, siempre y cuando el análisis y las averiguaciones sean un requisito que se aplica a todos los nuevos empleados en la misma categoría de trabajo. Sin embargo, dado que casi ningún empleador puede retirar un ofrecimiento de trabajo basándose en un resultado positivo del análisis del VIH, no se recomienda que los empleadores requieran esos análisis.

- ¿Puedo exigir que un empleado se someta a análisis para detectar anticuerpos del VIH?

ADA prohíbe que los empleadores sometan a análisis del VIH a los empleados titulares, excepto en circunstancias muy limitadas en las que un resultado positivo significaría que el empleado ya no podría realizar de manera segura y efectiva las tareas esenciales de su labor, con o sin ajustes razonables en las condiciones de trabajo. Los exámenes médicos y los cuestionarios sobre minusvalidez, incluso el VIH y el SIDA, deben estar relacionados con la función de trabajo y ser consistentes con las necesidades empresariales. Aún si su compañía es demasiado pequeña para estar sujeta a las provisiones de ADA por tener menos de 15 empleados, es posible que las leyes

estatales prohíban los análisis del VIH a candidatos y empleados o prohíban que los empleadores discriminen contra individuos que sean positivos. Los empleadores deberían recordar que deben acatar los requisitos federales y estatales de confidencialidad.

■ **¿Qué pasa con mi compañía de seguros? ¿Puede exigir que los nuevos empleados sean sometidos al análisis del VIH antes de admitirlos en el plan de salud?**

Los proveedores de seguros generalmente no exigen informes médicos de los nuevos empleados que deciden inscribirse en un plan de salud existente. Sin embargo, algunos proveedores de seguros sí exigen certificación médica para los nuevos empleados que se inscriben en un grupo de salud en una empresa muy pequeña. También es posible que se exijan ciertos informes médicos si un empleado al comienzo decidió no participar en el plan de salud y luego cambia de idea. Sin embargo, la mayoría de los estados permite que se realicen análisis para detectar el VIH a un individuo o pequeño grupo.

■ **Una vez suscrito, ¿está mi empleado cubierto por cualquier enfermedad que pudiera tener?**

Las cláusulas de condición médica preexistente (ver el Glosario) no violan ADA siempre que no sean un subterfugio para eludir los propósitos de la ley. ADA identifica cuatro requisitos básicos en el área de los seguros de salud:

1. Las distinciones de cobertura basadas en minusvalidez se permiten solamente si el plan de seguro provisto por el empleador es de buena fe y si las distinciones no se están usando como un subterfugio para evadir la ley.
2. Las decisiones sobre el empleo de un individuo con minusvalidez no pueden ser afectadas por preocupaciones sobre el impacto que la minusvalidez de ese individuo puede tener en el plan de salud provisto por el empleador.
3. Los empleados minusválidos deben recibir igual acceso al seguro de salud que el empleador provee para los empleados sin minusvalidez.
4. Un empleador no puede tomar una decisión laboral sobre una persona, tenga ésta o no una relación con alguien que tenga minusvalidez, debido a la preocupación por el impacto que ello podría tener en el plan de salud provisto por el empleador.

■ **¿Qué sucede cuando empleo a personas que previamente estaban protegidas por Medicare o Medicaid?**

Medicare contiene provisiones que los estados pueden adoptar para continuar la cobertura de Medicaid a personas que pueden perder su derecho a recibir asistencia monetaria bajo el programa “Ayuda temporal para familias necesitadas”. Esta cobertura continuada será por un período específico de tiempo para las personas que están pasando por la transición entre la asistencia pública y la autosuficiencia a través del empleo. La Administración de Seguridad Social tiene programas para gente que recibe Seguro de Minusvalidez de Seguridad Social o Seguro de Seguridad Social que

les permite mantener su calificación para estos programas mientras hacen la transición hacia una actividad que les reporte ingresos sustanciales. Durante este proceso, los individuos probablemente retendrán su cobertura de Medicare o Medicaid.

**Situación Tengo un empleado infectado con el VIH**

Probablemente usted tiene muchas preguntas y preocupaciones acerca de lo que debería hacer si el análisis del VIH de un empleado resulta positivo. Una de las principales preocupaciones para pequeños empleadores es el efecto que un empleado con el VIH tendrá en el costo y la cobertura de los seguros de salud. Es importante notar que puede pasar un largo período — hasta 10 años o más — hasta que un empleado infectado con el VIH desarrolle los síntomas serios del SIDA, si es que esto llega a suceder. Estas son algunas de las preguntas que los empleadores hacen con más frecuencia:

■ **¿Qué pasará con el costo del seguro de salud de mi firma si a uno de mis empleados lo diagnostican VIH positivo?**

Sus costos pueden aumentar cuando un empleado contrae cualquier enfermedad seria o crónica. Sin embargo, es posible que los costos relacionados con el tratamiento del SIDA no aparezcan en seguida. Tenga presente que es posible que los medicamentos y tratamientos experimentales (los cuales se discuten más adelante) retarden o prevengan la aparición de algunas de las enfermedades debilitantes asociadas con el SIDA y, de hecho, reduzcan los costos de salud a largo plazo.

Dos factores principales afectan el costo de su plan de salud: Uno es la manera en que su proveedor de seguros establece sus primas, y otro son los beneficios que usted ofrece en su plan, o en la estructura del mismo.

■ **¿Acaso los proveedores de seguros no establecen las primas de la misma manera?**

No. Las compañías de seguros establecen sus tasas de primas para firmas pequeñas de muchas maneras, y el uso de diferentes métodos producirá diferentes resultados, dependiendo de la condición de salud del grupo. Pregunte a su proveedor de seguro cómo ha sido establecida su tasa de primas.

■ **Si tengo un empleado VIH positivo, ¿podría ello impedir que mi firma consiga seguro de salud o perjudicaría mis posibilidades de cambiar de asegurador?**

Dependiendo de las leyes estatales y de las prácticas de la compañía aseguradora, un empleado con una enfermedad grave o crónica podría hacer que una compañía rechace a todo el grupo si usted está solicitando seguro o tratando de cambiar de asegurador. Por ejemplo, algunas organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO), los planes de *Blue Cross/Blue Shield* y posiblemente otros tipos de seguros que aceptan grupos pequeños, no consideran la condición médica de su grupo durante ciertos períodos del año a los que llaman períodos de admisión abierta, lo cual los hace una buena fuente de cobertura de salud para pequeñas empresas.

■ **¿Qué efecto tiene la estructura de mi plan en mi tasa de primas?**

La estructura de un plan incluye los beneficios que usted ofrece y quién los proveerá, como un HMO o una red de Organizaciones Proveedoras Preferenciales, o PPO. También incluye los deducibles, los co-pagos de los empleados y pagos especiales por medicamentos prescritos y servicios dentales. La estructura de un plan define qué es lo que su seguro pagará y qué es lo que pagarán los empleados cuando usen los servicios médicos. El costo de los servicios médicos es el elemento que más afecta las primas.

■ **Mi plan de salud consiste en seguro propio, de manera que no está sujeto a ciertas leyes estatales de seguros. ¿Podría yo, entonces, excluir a un empleado o miembro de su familia que sea VIH positivo de participar en el plan?**

Según ADA, el empleador no puede excluir a un empleado que sea VIH positivo basándose en dicho diagnóstico.

■ **Mi plan de salud consiste en seguro propio. ¿Puedo, entonces, reducir los beneficios relacionados con el SIDA?**

Según ADA, un plan autoasegurado puede establecer un límite para un tratamiento pero no para un diagnóstico. El límite debe aplicarse a todos los diagnósticos en los cuales se usa ese tratamiento.

■ **¿Qué puedo hacer para reducir el costo de la atención a un empleado seriamente enfermo?**

La coordinación profesional de casos (ver el Glosario) puede reducir costos y también mejorar la calidad de la atención. La coordinación profesional de casos es una de las maneras en que los pacientes con enfermedades serias y de alto costo aprovechan al máximo su seguro de salud. Una vez que el paciente es referido a un coordinador de casos (que trabaja para el asegurador o proveedor de atención médica dirigida), éste, el paciente y el médico coordinan la atención. Los coordinadores pueden a veces hacer arreglos para que se provean servicios que no están incluidos en el contrato, si ello puede ayudar a satisfacer las necesidades del paciente.

La coordinación profesional de casos funciona de manera óptima cuando los pacientes que reúnen los requisitos son identificados tempranamente en el curso de su enfermedad. Gracias a la pronta identificación de una enfermedad, las terapias con medicamentos antirretrovirales pueden retardar o prevenir síntomas como la Neumonía Pneumocistis Carinii (PCP), el Complejo Mycobacterium Avium (MAC) o el Citomegalovirus (CMV), los cuales pueden causar minusvalidez. Sin embargo, a veces los empleados infectados con el VIH o que tienen SIDA no son identificados tempranamente porque están preocupados por mantener su privacidad. Usted debería preguntar a su compañía de seguros o proveedor de atención médica dirigida sobre la coordinación profesional de casos.

- Uno de mis empleados que no pertenece a mi plan de salud está ahora infectado con el VIH y quiere ser admitido en el plan. ¿Cómo afectará esto a mi plan?

Muchas personas que podían ser aceptadas en el plan de salud provisto por el empleador cuando fueron contratadas, tratan de ser admitidas más tarde cuando necesitan la atención médica. Es posible que algunos empleados tengan que proveer evidencia de buena salud. Si tienen enfermedades crónicas o serias, es posible que sean rechazados por el asegurador o que no estén cubiertos respecto a enfermedades preexistentes por un período que se especifique en la póliza.

- ¿Cuánto debería decirle ese empleado a la compañía de seguros?

El empleado debería responder las preguntas con honestidad. De otra manera, el asegurador podría decidir no pagar los gastos debido a la información falsa en la solicitud. Además, dado que la compañía de seguros o el proveedor de atención médica dirigida pueden comunicarse con el médico del empleado, cualquier intento de presentar información falsa sobre el estado de su salud probablemente será contraproducente.

- ¿Puedo proveer cobertura de salud para algunos empleados fuera de mi plan de salud de grupo?

Si algunos empleados no están en condiciones de ser aceptados, es posible que usted pueda inscribirlos en un grupo de alto riesgo, el cual cubre a personas que de otro modo no podrían conseguir seguro médico. Aproximadamente 27 estados tienen algún tipo de grupo de alto riesgo que provee una cobertura integral. En general, el estado forma una asociación con todas las compañías aseguradoras presentes en su jurisdicción y se selecciona una organización para administrar el plan. El estado establece guías sobre beneficios, primas y otros términos del plan. Algunos estados tienen fondos para ayudar a personas de bajos recursos que están aseguradas a pagar sus primas.

- ¿Hay períodos de espera?

Habitualmente hay períodos de espera cuando existen condiciones médicas preexistentes, aunque en algunos estados podrían no exigirse si el participante paga una prima extra o si su cobertura es suspendida por su asegurador. Algunos estados otorgan a los pacientes con SIDA elegibilidad automática.

- ¿Puedo exigir que un empleado infectado con el VIH tome licencia por enfermedad o minusvalidez?

De acuerdo con ADA, usted puede exigir eso solamente si el empleado no puede desempeñar las funciones esenciales de su trabajo. Recuerde que el empleador tiene la obligación de hacer ajustes razonables para la minusvalidez de un empleado al tomar decisiones laborales. Esos ajustes podrían incluir el cambio de las tareas asignadas, proveer un horario flexible, o permitir que el empleado trabaje medio tiempo. Si el empleado no puede desempeñar las funciones esenciales de su trabajo y rehúsa aceptar ajustes razonables, puede dejar de ser un minusválido apto para trabajar.

- Un miembro de la familia de uno de mis empleados tiene SIDA. ¿Estoy obligado a dar licencia al empleado para que pueda cuidarlo?

Según la Ley de Licencia por Razones Médicas o Familiares, si usted emplea a 50 o más personas, tiene la obligación de dar a un empleado hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo dentro de cualquier período de 12 meses, para que ese empleado cuide de su propia enfermedad o de la enfermedad de un miembro de su familia.

#### **Situación Mi empleado ya no puede trabajar**

Es posible que con el tiempo muchos empleados infectados con el VIH pierdan su capacidad para trabajar, más allá de los ajustes que usted haga para ellos. Estas son algunas de las preguntas más frecuentes:

- He oído que los ex empleados pueden seguir inscritos en mi plan de salud. ¿Es esto cierto en el caso de ex empleados que están infectados con el VIH?

Una ley federal conocida como COBRA\* da a sus ex empleados y a sus dependientes (beneficiarios calificados) el derecho de continuar recibiendo la cobertura de su plan de salud por un cierto período desde el momento en el que la cobertura normalmente terminaría debido a la muerte del empleado o algún otro evento. Estos eventos incluyen la terminación del contrato de trabajo por una razón que no sea una infracción grave de conducta, el divorcio o separación legal del empleado, la aceptación del empleado para recibir los beneficios de Medicare, y la bancarrota del empleador. Los niños dependientes que dejan de serlo según los términos del plan podrían elegir la cobertura de COBRA. La cobertura debería ser igual a la que tenía el empleado antes de ser aceptado por COBRA. La clase de enfermedad no tiene relación con el hecho de que un ex empleado o un miembro de la familia de un ex empleado pueda elegir si continúa la cobertura bajo su plan.

COBRA se aplica tanto a firmas que contratan seguro como a las que poseen seguro propio. Es una ley muy compleja y este folleto no está dirigido a brindar una explicación integral de la misma. Por ejemplo, determinar si su compañía es suficientemente grande para estar regulada por COBRA es un proceso complicado. Hable con su compañía de seguros, su abogado, su contador o con la oficina regional del Departamento de Trabajo de Estados Unidos para recibir sugerencias sobre lo que necesita hacer y lo que necesita decirles a sus empleados. Puede haber penalidades importantes si usted no cumple la ley.

\* Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (*Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*), de 1986.

- ¿Quién paga por la cobertura de COBRA?

Su ex empleado u otro participante de COBRA pueden tener que pagar toda o parte de su prima, además de un costo administrativo no mayor al 2 por ciento de la prima.

Si su ley estatal provee un límite más bajo, dicho límite estatal es el que debe aplicarse. Si usted paga parte de la prima de seguros de sus empleados o sus dependientes, no se le exige que pague por los participantes de COBRA. Sin embargo, si decide pagar parte de la prima, sea consistente en sus pagos. Si usted decide pagar parte de

la prima de algunos de los participantes de COBRA y no de otros, es posible que perjudique la condición impositiva del plan.

Algunos estados tienen programas que pagan las primas de COBRA de personas de bajos recursos que solían estar empleadas, incluso personas con SIDA. Consulte con el organismo de servicio social de su estado para averiguar si el mismo cuenta con dicho programa.

■ **¿Durante cuánto tiempo está disponible la cobertura de COBRA?**

COBRA está dirigida a asegurar que las personas tengan la oportunidad de continuar con su seguro de salud hasta que puedan conseguir uno nuevo. Los participantes de COBRA pueden comprar estos beneficios por períodos de entre 18 y 36 meses, dependiendo de la razón por la que tuvieron acceso a COBRA. Si un empleado pierde su trabajo debido a minusvalidez, puede tener disponibles hasta 29 meses de seguro.

Sin embargo, la cobertura de COBRA termina más temprano si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- el empleador termina todos sus planes de salud de grupo
- no se hacen a tiempo los pagos de las primas del participante
- el participante es aceptado en otro plan de salud de grupo
- el participante es aceptado por Medicare

Si el participante es aceptado por otro plan de salud de grupo — por ejemplo, el del cónyuge — todavía puede mantener el seguro de COBRA si el nuevo plan no cubre o limita la cobertura de condiciones médicas preexistentes. En ese caso, los participantes pueden seguir comprando el seguro de COBRA hasta que se dé la primera de las siguientes dos situaciones: que dejen de ser elegibles o hasta que el límite sobre condiciones médicas preexistentes del nuevo plan deje de tener efecto.

■ **¿Cuánto tiempo les doy a estos ex empleados o participantes para pagar sus primas de COBRA?**

Generalmente tienen un período de gracia de 30 días desde la fecha en que reciben la cuenta para hacer sus pagos. Si los empleados activos tienen un período más largo para hacer sus pagos, o si su compañía aseguradora le da a su firma un período más largo para hacer sus pagos, los beneficiarios de COBRA deben recibir el período más largo. Se aplica un período de gracia especial cuando los empleados recién califican para el seguro de COBRA y están decidiendo si desean usarlo.

■ **¿Debo hacer algo una vez que termine la cobertura de COBRA?**

Tal vez. Los beneficiarios de COBRA deben ser aceptados en un programa de salud de conversión individual si su plan provee uno.

■ **¿Qué les sucede a los participantes de COBRA si cambio de asegurador?**

Se les debe permitir que sigan en el programa. Sin embargo, es posible que sus nuevas pólizas contengan provisiones para reducir costos, lo cual limita los beneficios del plan y a veces reduce el valor de la cobertura de COBRA para participantes minusválidos.

COBRA exige que los participantes reciban la misma cobertura que otros empleados en una situación similar. Por ejemplo, si su nueva póliza limita la cobertura de condiciones médicas preexistentes, la cobertura de los beneficiarios de COBRA también será limitada.

Algunos estados regulan esta clase de transferencias de póliza a fin de limitar la pérdida de beneficios. En dichos casos, los beneficiarios de COBRA deben recibir los beneficios de la antigua póliza a menos que la nueva póliza pague menos aún sin los límites de ésta.

### **PARA OBTENER AYUDA O MÁS INFORMACIÓN**

Estas son algunas de las personas y grupos que pueden proveer información sobre preguntas que usted pueda tener:

#### ■ Una compañía o agente de seguros

Las compañías de seguros pueden proveer información sobre las pólizas de costos más convenientes. Los agentes independientes de seguros pueden comparar precios para usted.

#### ■ El comisionado estatal de seguros

Las compañías y las pólizas de seguros y otros planes, como los HMO, están licenciados y regulados por el estado. Si usted tiene preguntas sobre una póliza o una compañía, el departamento de seguros de su estado debería estar en condiciones de ayudarle. Si tiene dificultad para encontrar la oficina apropiada, llame a la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (*National Association of Insurance Commissioners*) para obtener información, al 816-842-3600.

#### ■ Servicio de Recursos para Empresas y Empleados de los CDC

El Servicio de Recursos para Empresas y Empleados de los CDC o BLRS, parte del Centro Nacional de Prevención e Información del CDC, provee información y materiales para empleados sobre recursos relacionados con el VIH/ SIDA en el lugar de trabajo, a nivel nacional, estatal y local. Visite la página de Internet del BLRS en [www.aidsatwork.org](http://www.aidsatwork.org), o llame por teléfono o fax.

1-800-458-5231

1-888-282-7681 (fax)

#### ■ Fuentes de información sobre Medicaid y Medicare

Las fuentes de información sobre Medicaid y Medicare son diferentes. Los organismos estatales de Medicaid están encargados de administrar el programa de Medicaid. Usted puede recibir más información sobre Medicaid a través de su oficina local de asistencia médica y servicios de bienestar social. Para obtener información sobre los requisitos de calificación para recibir beneficios de Medicare o sobre cómo registrarse, comuníquese con su oficina local de Seguridad Social o llame gratuitamente al 1-800-772-1213 los días hábiles de 7 a.m. a 7 p.m. Usted puede solicitar una copia del folleto Medicare

(publicación No. 05-10043) de Seguridad Social, en la oficina local de Seguridad Social o a través del número de teléfono gratuito.

■ **Línea Telefónica de Información de la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleo, Ley de Estadounidenses Minusválidos**

1-800-669-EEOC (voz)

1-800-800-3302 (TDD)

■ **Organismos de salud locales y estatales y las organizaciones dedicadas al SIDA**

Es posible que estas organizaciones puedan proveer información adicional sobre las leyes estatales y sobre los servicios disponibles para individuos con SIDA. Busque en su guía telefónica local o llame a la Línea Nacional del SIDA, al 1-800-342-AIDS (2437).

■ **Su asociación de comercio**

Muchas asociaciones de comercio han desarrollado información sobre seguros para sus miembros y algunas han desarrollado información sobre el SIDA en el lugar de trabajo. La mayoría de las asociaciones tienen oficinas nacionales que se ocupan de sus intereses legislativos y de negocios, además de las oficinas estatales y locales. Si usted no sabe cual es la asociación que representa su clase de empresa, consulte en su biblioteca local el libro *Who's Who in Association Management?* (Quién es quién en la Administración de Asociaciones), una guía de asociaciones o llame a la Sociedad de Ejecutivos de Asociaciones de Estados Unidos (*American Society of Association Executives*) al 202-626-ASAE. Dos asociaciones que representan a las pequeñas empresas son la Cámara de Comercio de Estados Unidos (202-659-6000) y la Federación Nacional de Empresas Independientes (202-554-9000).

■ **Asociaciones de la industria de seguros**

Algunas asociaciones de la industria de seguros han desarrollado información sobre seguros de salud para pequeñas empresas. Entre estas asociaciones se cuenta la de los Agentes de Seguros Independientes de Estados Unidos (*Independent Insurance Agents of America*), la cual también tiene oficinas estatales y locales; la Asociación Nacional de Aseguradores de Vida (*National Association of Life Underwriters*), también con oficinas estatales y locales, y la Asociación de Seguros de Salud de Estados Unidos (*Health Insurance Association of America*). La Línea Telefónica Nacional de Ayuda al Consumidor (1-800-942-4242) también tiene personal dedicado a ayudar a explicar los términos de seguros y a responder preguntas. Además, el Servicio de Recursos para Empresas y Empleados (1-800-458-5231) puede proveer una lista integral de asociaciones de seguros.

## GLOSARIO

**Ley de Estadounidenses Minusválidos (*Americans with Disability Act*)** — Legislación federal que regula a los empleadores con 15 o más empleados y que protege a los empleados y candidatos a empleo contra la discriminados debido a minusvalidez.

**Coordinación Profesional de Casos (*Case Management*)** — El proceso de dirigir el tratamiento prolongado de un paciente con el fin de asegurar que sea llevado a cabo de la manera más apropiada y que se escojan los mejores servicios.

**COBRA** — La Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (*Federal Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1986, la cual provee a un empleado la oportunidad de continuar con su cobertura de salud luego de que la cobertura provista por el empleador haya terminado.

**Co-pago (*Co-payment*)** — La porción de los gastos de cobertura de salud que la persona asegurada debe pagar además del deducible. Se la representa a menudo como un porcentaje, como “80/20”, lo que significa que la compañía de seguros pagará el 80 por ciento de los gastos y la persona asegurada el 20 por ciento.

**Deducible (*Deductible*)** — La porción de los gastos cubiertos que debe pagar la persona asegurada durante cada período de beneficio antes de que el asegurador comience a pagar los gastos permitidos.

**Ley de Licencia por Razones Médicas o Familiares (*Family and Medical Leave Act*)** — La legislación federal que provee a los empleados la oportunidad de tomar hasta 12 semanas de licencia sin goce de sueldo en un período de 12 meses con el fin de atender las necesidades de una enfermedad grave propia o de un miembro de la familia.

**Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organizations* o HMO)** — Estas organizaciones ofrecen servicios de atención que se pagan por adelantado. Las personas participantes por lo general deben usar los médicos y hospitales de la HMO excepto en casos de emergencia. Los empleados pagan habitualmente pequeñas cantidades en efectivo cada vez que visitan a un médico, reciben medicamentos y otras formas de atención.

**Planes de Seguro (*Insured Plans*)** — Tradicionalmente, estos planes abarcan una serie de beneficios bajo las condiciones enumeradas en la póliza de seguros. El empleado puede ir al médico u hospital de su elección y la compañía de seguros paga por su parte de la atención según los términos de la póliza. A veces el empleado debe pagar por la atención y es luego reembolsado por la compañía de seguros por parte o por el total del costo. Otras veces la compañía aseguradora le paga directamente al proveedor de atención médica.

**Restricciones (*Limitations*)** — Ciertas condiciones o circunstancias bajo las cuales el plan de seguro no pagará o pondrá límites a la cantidad que paga.

**Planes de atención médica dirigida (*Managed Care Plans*)** — Uno o más productos que incorporan las funciones financiera y administrativa con los servicios de atención médica para un grupo de personas afiliadas. Estos planes emplean o con-

tratan los servicios de una red organizada de proveedores que dan servicios y que (como red o como proveedor individual) comparten el riesgo financiero o tienen algún incentivo para proveer servicios de calidad a bajo costo. Utilizan un sistema de información capaz de supervisar y evaluar los patrones de uso de servicios médicos por parte de las personas cubiertas por el plan y los costos de dichos servicios.

**Costo máximo que paga el paciente (*Maximum Out-of-Pocket*)** — La mayor cantidad de dinero que un participante del plan tendrá que pagar en un período de beneficios, por encima de sus contribuciones regulares. Habitualmente esto es un máximo de la suma de los co-pagos y de los deducibles. Los gastos no cubiertos son responsabilidad del empleado además de la cantidad antes mencionada y no se tienen en cuenta al calcular ese máximo.

**Condición médica preexistente (*Pre-existing Condition*)** — Una condición médica que está presente antes de que un participante obtenga cobertura y por la cual una persona razonable y prudente buscaría tratamiento médico. Además, una condición por la cual una persona asegurada recibió consejo médico, consulta, medicamentos o tratamiento por un período de tiempo específico antes de la fecha de comienzo de la cobertura.

**Organizaciones Proveedoras Preferenciales (*Preferred Provider Organizations o PPO*)** — Las PPO son redes de médicos y hospitales que cooperan para proveer descuentos a un empleador particular o a sus aseguradores. Los empleados pueden todavía usar médicos y hospitales que no pertenecen a la red, pero pagarán más que si usan los que están dentro de la red. Estos planes son ofrecidos por las compañías de seguros o por compañías que proveen solamente este servicio.

**Planes de autoaseguro o seguro propio (*Self-Insured Plans*)** — Planes bajo los cuales, en lugar de comprarles pólizas a las compañías aseguradoras, los empleadores pagan los gastos relacionados con la atención médica cuando éstos ocurren, sea de sus propios ingresos o de fondos separados establecidos para pagar estos gastos. Estos empleadores generalmente compran un seguro de compensación de pérdidas (stop-loss insurance), el cual los protege contra el riesgo de gastos inusualmente altos. Las leyes estatales de seguros generalmente no abarcan a los planes de autoseguro, aunque deben acatarse las leyes federales que regulan los beneficios de los empleados. Los empleadores con planes de autoseguro pueden contratar una compañía de seguros o un administrador independiente para que maneje el plan y procese las solicitudes de pago de los gastos.

**Administrador de terceros (*Third-Party Administrator o TPA*)** — Una compañía o agente que maneja la administración de un plan de salud. El TPA puede cobrar primas, pagar gastos y manejar los seguros de rutina y las funciones administrativas. Actúa conforme a las políticas establecidas por el plan.

**Proceso de seguro (*Underwriting*)** — El proceso por el cual un asegurador o administrador de un plan determina si aceptará una solicitud de plan de cobertura y bajo cuales condiciones lo hará.

La información en esta publicación es solamente para conocimiento general y con fines educativos y no está dirigida a ser usada como asesoramiento legal. Para obtener asesoramiento legal específico, las empresas y los individuos deberían consultar a un abogado.