

PREGUNTAS QUE SE HACEN CON MAYOR FRECUENCIA

La reforma al sistema de salud y las personas que viven con el VIH

INFORMACIÓN GENERAL

¿Cómo va a ayudar la reforma al sistema de salud a las personas que viven con el VIH?

Dos partes claves de la ley “Patient Protection and Affordable Care Act” (Ley para la protección de pacientes y atención de salud a bajo costo), o ACA, beneficiarán significativamente a las personas que viven con el VIH. La primera, es que hay mejoras importantes y protecciones a los programas actuales de salud que sirven a las personas con VIH, entre los cuales están Medicaid, Medicare, y los seguros de salud grupales e individuales. La segunda, es que hay nuevas opciones de atención de salud para las personas con VIH

Por ejemplo, Medicaid servirá a todas las personas que se encuentren por debajo del 133% del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level) o FPL, (aproximadamente \$14,500 en el 2011), sin importar su estado de salud actual. Las personas que no califiquen para Medicaid podrán adquirir coberturas individuales asequibles así como asistencia financiera para adquirirlas. Se cree que hasta un 70% de las personas VIH positivas sin seguro que ahora obtienen servicios a través de los programas Ryan White y “AIDS Drug Assistance Program” (Programa de asistencia para adquirir medicamentos para el SIDA), o ADAP, van a poder ahora calificar para Medicaid. Muchos del restante 30% van a calificar para obtener una cobertura individual con ayuda federal.

¿Qué es la reforma al sistema de salud?

El Presidente Obama firmó la ley ACA en marzo de 2010. Esta ley, comúnmente conocida como la reforma al sistema de salud, expande de una manera dramática la cobertura de salud a muchos estadounidenses que carecen de seguro o cuya cobertura es deficiente. También ofrece protecciones muy necesarias, además de otros cambios positivos, a todos los programas que constituyen el sistema de salud de los Estados Unidos, incluyendo a Medicaid, Medicare y los seguros de salud grupales e individuales. La ley promete mejorar significativamente y estabilizar la cobertura de salud para las personas con VIH. Aunque ACA ya es una ley, muchos de sus detalles están to-

avía siendo considerados e implementados por las agencias federales y estatales.

¿Cuándo entra en vigor esta ley?

Los cambios serán implementados gradualmente durante varios años. Algunos ya han entrado en vigor, incluyendo el de que los hijos pueden permanecer cubiertos bajo la póliza de los padres hasta la edad de 26 años, la oferta de nuevas opciones de seguro para las personas con enfermedades preexistentes y la garantía de que las compañías de seguros no van a cancelar la cobertura si una persona se enferma.

¿En qué consiste el mandato de una cobertura de seguro individual?

A partir de enero 1 de 2014, a la mayoría de las personas se les exigirá tener un seguro de salud. Quienes no tengan cobertura de seguro no enfrentarán cargos criminales pero se les impondrá una multa. Los padres serán responsables por las coberturas de sus hijos menores de 18 años y las multas para estos serán la mitad de las multas para los adultos. Algunos motivos tales como los siguientes constituyen la excepción:

- Objeciones de tipo religioso;
- Dificultades financieras (debe reunir los requisitos del “State Health Benefit Exchange” [sistema estatal de intercambio de beneficios de salud]);
- Los miembros de las tribus indígenas americanas;
- Las personas que carecen de documentos;
- Las personas que están encarceladas

¿Va a ser diferente la reforma a la salud en cada estado?

Por primera vez, el gobierno federal establecerá un paquete de beneficios mínimos obligatorio. Estos beneficios deben ser ofrecidos por los distintos planes que una persona puede escoger en el sistema de intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchange) y por Medicaid. (Para más detalles sobre el paquete esencial de beneficios (Essential Benefits Pack-

LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

age), vaya a www.familiesusa.org/assets/pdfs/health-reform/benefits-package.pdf). Aunque la ley ya contempla las categorías más amplias, los detalles serán decididos por la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (Secretary of Health and Human Services).

Sin embargo, habrá diferencias de estado a estado. Se espera que los nuevos sistemas de intercambio de beneficios de salud (Health Benefit Exchanges) [ver abajo] jueguen un importante papel en la reforma al sistema de la salud cuando sean implementados en el 2014. Puesto que los estados tienen mucha libertad en cuanto a la creación y puesta en funcionamiento de sus propios sistemas de intercambios, las personas podrán ver grandes diferencias tanto en sus opciones de seguro como en la manera de aplicarlas. Sin embargo, Medicaid y los planes de estado a estado tendrán menos diferencias aunque puede haber ciertas variaciones en cuanto a los tipos de beneficios que ofrezcan.

¿Qué sucede si mi estado trata de salirse de la reforma al sistema de salud?

La expansión de Medicaid requiere que todos los estados tengan un programa de Medicaid. Y aunque algunos estados recientemente han amenazado con eliminar Medicaid, no parece que estén cumpliendo esta amenaza. Resulta difícil imaginar cómo operar estos programas vitales sin recibir la ayuda federal correspondiente.

En cuanto al sistema de intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchanges), solo Minnesota y Alaska no solicitaron subvenciones para empezar a desarrollar los intercambios. La ley ACA garantiza que el gobierno federal intervendrá y desarrollará un sistema de intercambios si un estado en particular se niega a hacerlo. Todavía no se ha determinado cómo se va a desarrollar el paquete de beneficios esenciales (Essential Benefits Package), pero esto estará incluido en la guía del gobierno federal sobre los sistemas de intercambio.

¿Qué son los intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchanges)?

A partir del 2014, los intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchanges) se conformarán como mercados estatales o regionales que venderán una variedad de planes de seguros de salud directamente a los individuos. Los intercambios tienen el objetivo de servir primordialmente a las

personas con ingresos por encima del 133% del FPL y a los pequeños negocios con 100 empleados o menos. Se pretende que estén organizados de tal manera que sea fácil comparar los planes antes de elegir uno.

¿Cómo va a poder la gente pagar su seguro bajo los intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchange)?

En un esfuerzo para lograr que los seguros de salud sean más asequibles, el gobierno federal ofrecerá apoyo financiero (subsidios) y/o créditos con el fin de ayudar a pagar las primas y los otros gastos del propio bolsillo de los individuos. Los subsidios estarán disponibles para personas con ingresos entre el 134% y el 400% del FPL. Además, se pondrá un límite a la suma que los individuos y las familias tengan que pagar de su propio bolsillo para el cuidado de su salud. Health Care Insurance under Reform.

LOS SEGUROS DE SALUD BAJO REFORMA

¿Cómo van a obtener cobertura las personas sin seguro bajo la reforma al sistema de salud?

A partir del 1 de enero de 2014, habrá dos nuevas opciones de seguros. La primera, para las personas sin seguro que tengan ingresos por debajo del 133% del FPL, Medicaid cubrirá los costos de su cuidado de salud. Segundo, las personas con ingresos por encima del 133% del FPL, podrán comprar su seguro a través del sistema de intercambios de beneficios de salud (Health Benefit Exchange). Los subsidios y los créditos en los impuestos estarán disponibles para las personas con ingresos entre el 133% y el 400% del FPL. Se pondrán límites a las sumas que una persona deberá desembolsar de su propio bolsillo para pagar por el cuidado de su salud.

¿A quién se considera sin seguro?

Cualquier persona que no califique para un programa acreditable de salud a nivel público o privado, se considera como sin seguro. Algunos ejemplos de programas acreditables de salud son Medicaid, Medicare, el seguro de salud que ofrece un empleador, los seguros de salud individuales, y la cobertura de la Veterans Administration (administración de veteranos). Los servicios de salud financiados por el programa

LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

Ryan White y/o los medicamentos provistos a través de ADAP no son considerados “acreditables”. La mayoría de las personas que utilizan solo los servicios del programa Ryan White tendrán disponibles nuevas opciones de seguros en el 2014. A la mayoría también se les requerirá que participen de esa cobertura como parte del mandato individual de seguro (discutido anteriormente).

¿Qué va a pasar con las personas que están en Medicare?

Las personas que tienen más de 65 años de edad y las personas con ciertas discapacidades continuarán siendo elegibles para Medicare. La ley ACA propone las siguientes mejoras:

- La ley permite que la suma que una persona gasta en medicamentos a través de ADAP sean parte de sus “gastos verdaderos del propio bolsillo” (True-out-of-Pocket), o costos “TrOOP”. (Este cambio es aplicable a la cobertura de medicamentos del llamado Medicare “Parte D”).
- La ley poco a poco irá eliminando el llamado “agujero de la rosca” (“doughnut hole”) hacia el 2020. (Esta es la brecha en los beneficios de medicamentos de Medicare que obliga a las personas a pagar el costo completo de sus medicamentos o recurrir a ADAP para obtener sus medicamentos recetados.)
- La ley ofrece un 50% de descuento en los medicamentos de marca mientras que las personas se encuentran en esa brecha de la cobertura.

La ley ACA también elimina los copagos y los deducibles para muchos servicios de cuidado preventivo, y cubre las visitas anuales de bienestar (wellness visits). Muchas de las reformas mejoran la calidad de los cuidados para personas con Medicare. Por ejemplo, los hospitales obtendrán incentivos para mejorar el cuidado a los pacientes después del alta hospitalaria y prevenir así las readmisiones innecesarias, y a los médicos se les animará a coordinar los cuidados que sus pacientes reciben de diferentes especialistas. También se creará una nueva agencia para afrontar las necesidades específicas de los individuos que están inscritos tanto en Medicare como en Medicaid.

¿Qué va a suceder con las personas que reciben sus seguros a través de sus empleadores?

A partir del 2014, a los empleadores con al menos 50 emplea-

dos de tiempo completo se les requerirá ofrecer un seguro de salud que sea “integral” y “asequible” o tendrán que pagar una multa. El seguro del empleador deberá cubrir al menos el 60% de los costos del cuidado de salud del empleado; el empleado podrá pagar la porción restante. Sin embargo, el pago de la cobertura debe ser de menos del 9.5% del ingreso familiar de un empleado. A los empleadores que no ofrezcan seguro de salud se les impondrá una multa de \$2,000 por cada empleado de tiempo completo después de los primeros 30 empleados. Si se ofrece un seguro de salud, pero no se considera que sea integral o asequible, el empleador deberá pagar una multa de \$3,000 anuales por cada empleado que rehúse el seguro del empleador y en cambio busque cobertura a través del sistema de intercambio de beneficios de salud estatal. Aunque la ley ACA exime de este requisito a las compañías con menos de 50 empleados, también alienta a las que tienen menos de 25 empleados a ofrecer seguro de salud ofreciéndoles un crédito en los impuestos disponible durante 2 años.

¿Qué sucede con las personas con cobertura de la Veterans Administration (VA)?

La cobertura de salud para los veteranos elegibles continuará suministrándose a través de la Veterans Administration. Las personas cumplirán con el mandato de tener un seguro si están cubiertas bajo el seguro de la VA.

¿Cómo se prevé que sea la expansión de Medicare?

A partir del 1 de enero de 2014, entrará en vigor la disposición de que los individuos con un ingreso inferior al 133% del FPL serán elegibles para recibir Medicaid. A diferencia de las regulaciones actuales de Medicaid, la elegibilidad (capacidad de reunir los requisitos) estará basada solamente en el ingreso; tener cierta cantidad de activos o estar discapacitado no serán requisitos. El gobierno federal reembolsará a los estados en un 100% durante los años iniciales de la expansión e irá disminuyendo los reembolsos hasta el 90% hacia el 2020. Se espera que la mayoría de las personas con VIH que carecen de seguro y que actualmente obtienen sus servicios a través del programa Ryan White y sus medicamentos a través de ADAP vayan a ser elegibles para recibir Medicaid en el 2014.

LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD Y LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

¿Serán los inmigrantes indocumentados elegibles para recibir cobertura bajo la reforma al sistema de salud?

Los inmigrantes indocumentados no serán elegibles para recibir Medicaid o para utilizar el sistema de intercambio de beneficios de salud (Health Benefit Exchange). Esto quiere decir que la ley ACA no crea ninguna nueva opción de seguro para los inmigrantes indocumentados, y estos nos están sujetos al mandato de tener cobertura de salud.

Con algunas excepciones, los inmigrantes legales todavía estarán sujetos a un período de espera de 5 años para recibir Medicaid. Estos pueden adquirir un seguro a través del sistema de intercambio de beneficios de salud (Health Benefit Exchange) durante este período de espera.

A medida que la ley ACA va siendo implementada, uno de los mayores retos será garantizar que los programas de la red de seguridad permanezcan adecuadamente financiados de manera que las personas indocumentadas, y otros inmigrantes, continúen recibiendo atención de salud.

¿Existen opciones para las personas sin seguro entre este momento y el 2014?

La ley ACA actualmente prohíbe a los planes de seguros individuales y grupales que nieguen cobertura a los niños menores de 19 años por enfermedades preexistentes (para los planes que comienzan en o después del 23 de septiembre de 2010).

La prohibición no entra en vigor para los adultos hasta el 2014. Por consiguiente, el gobierno federal ha desarrollado un plan denominado “Pre-existing Condition Insurance Plan” (plan de seguro para enfermedades preexistentes), o PCIP, para servir a los adultos con enfermedades preexistentes hasta el año 2014. Cada estado tiene un PCIP, y aunque las primas son similares a las primas sin enfermedades preexistentes, todavía resultan inasequibles para la mayoría de las personas con VIH. Algunos estados ofrecen asistencia financiera para ayudar a cubrir los costos del PCIP a las personas con VIH.

EL PROGRAMA RYAN WHITE Y LA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

¿Se necesitarán todavía los fondos del programa Ryan White cuando la reforma al sistema de salud haya sido implementada por completo?

La ley ACA incrementa en gran número las personas que pueden obtener atención médica aunque todavía existe una brecha en cuanto lo que cubre y a quiénes cubre. Está claro que seguirá habiendo necesidad de aquellos servicios provistos por el programa Ryan White que apoyan el cuidado de la salud pero que no son totalmente de naturaleza médica, tales como el cuidado dental y los programas de apoyo social. Los fondos del programa Ryan White también se necesitarán para asegurar que el cuidado de la salud siga siendo asequible y costeable para las personas que viven con el VIH. Esto incluye los costos compartidos y/o el apoyo para el pago de primas para las personas que tienen seguros de salud privados a través del sistema de intercambio o de sus empleadores. La cobertura bajo la reforma al sistema de salud no está disponible para las personas indocumentadas, de manera que los fondos del programa Ryan White se necesitarán para apoyar este tipo de cuidados. Por último, se anticipa que la ley ACA creará nuevas necesidades para los fondos del programa Ryan White, incluyendo asistencia para que las personas con VIH encuentren una nueva cobertura de salud, apoyo para los individuos que experimentan brechas en su cobertura debido a cambios en el nivel de ingresos u otras circunstancias, y apoyo para un reembolso adecuado a los proveedores de cuidados para el VIH.

¿Qué va a pasar con las clínicas financiadas por el programa Ryan White?

El programa Ryan White ha creado un poderoso sistema de expertos en el cuidado del VIH. Uno de los mayores desafíos de la reforma al sistema de salud será la transición del sistema de salud actual financiado por el programa Ryan a los programas de Medicaid y los sistemas de intercambio de beneficios de salud (Health Benefit Exchange) en los que la mayoría de las personas con VIH recibirán su atención después del 2014.

Las clínicas del programa Ryan White han sido financiadas a través de un sistema de subsidios y ahora tendrán que desarrollar la capacidad y la habilidad de negociar y contratar, así como de facturar e interactuar con los programas de Medicaid y los planes de seguros de salud. Además, las tasas de reembolso variarán y podrán no ser suficientes para mantener la calidad del cuidado necesaria para servir adecuadamente a las personas con VIH. Habrá que desarrollar estrategias para garantizar un reembolso adecuado para los proveedores de todo tipo de cuidados de calidad.