



MÁS BENEFICIOS DE SEGURO 2026-2027

*Una guía en lenguaje sencillo sobre Medicare,
Medigap, seguro de vida y más para personas mayores
y sus familias*

TOTAL INSURANCE HUB

www.totalinsurancehub.com · 786-964-2433



MÁS BENEFICIOS DE SEGURO 2026-2027

Una guía en lenguaje sencillo sobre Medicare, Medigap, seguro de vida y más, para personas mayores y sus familias

Presentado por **Total Insurance Hub**

www.totalinsurancehub.com • 786-964-2433

Aviso Legal y Derechos de Autor

Derechos de autor © 2026 Total Insurance Hub. Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, distribuida ni transmitida de ninguna forma ni por ningún medio, incluyendo fotocopiado, grabación u otros métodos electrónicos o mecánicos, sin el permiso previo por escrito del editor, excepto en el caso de breves citas incluidas en reseñas críticas y otros usos no comerciales permitidos por la ley de derechos de autor.

Este libro tiene fines exclusivamente educativos e informativos generales. No pretende ser, ni debe interpretarse como, asesoramiento médico, legal, financiero o de seguros para la situación específica de ningún individuo. La lectura de este libro no crea una relación de agente-cliente ni de asesoría. Las necesidades de seguro varían según cada persona, y los lectores deben consultar a un agente de seguros con licencia, a un asesor financiero o al recurso gubernamental correspondiente antes de tomar decisiones de cobertura.

Se ha hecho todo lo posible por garantizar la exactitud de la información sobre Medicare y seguros presentada en este libro al momento de su redacción. Sin embargo, los programas gubernamentales, las primas, los deducibles, las reglas de cobertura y los períodos de inscripción cambian, con frecuencia cada año. Las cifras presentadas para 2026 reflejan los datos confirmados más recientes disponibles al momento de la redacción; las cifras presentadas para 2027 son solo proyecciones preliminares y se identifican claramente como tales a lo largo del libro. Los lectores siempre deben confirmar las cifras y reglas vigentes directamente a través de fuentes oficiales como Medicare.gov, SSA.gov, o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Total Insurance Hub es una agencia de seguros independiente, con licencia y de propiedad privada. Total Insurance Hub y sus agentes **no** están afiliados ni son avalados por el gobierno de los Estados Unidos, Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), ni la Administración del Seguro Social. Total Insurance Hub no ofrece todos los planes disponibles en su área; cualquier información sobre planes mencionada se limita a los planes ofrecidos en su área. Para obtener información sobre todas sus opciones, comuníquese con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE, o con el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) de su localidad.

Total Insurance Hub Sitio web: www.totalinsurancehub.com Teléfono: 786-964-2433

Índice

1. Introducción
2. Medicare 101: cómo funciona el Medicare Original
3. Medicare Advantage (Parte C): cómo funciona y qué debe buscar
4. Medicare Supplement (Medigap): cómo llenar los vacíos
5. Medicare Advantage frente a Medigap: cómo elegir el camino correcto
6. Cobertura de medicamentos recetados (Parte D) y la conexión con Medicaid
7. Seguro de indemnización hospitalaria: una red de seguridad para las hospitalizaciones
8. Cobertura dental, de visión y audición
9. Seguro de vida para personas mayores: gastos finales y más
10. Anualidades: cómo convertir sus ahorros en un ingreso de jubilación confiable
11. Cómo entender los costos de Medicare en 2026
12. Mirando hacia adelante: qué esperar en 2027
13. Períodos de inscripción: cuándo puede (y no puede) hacer cambios
14. Cómo obtener ayuda adicional con los costos
15. Cómo comparar planes como un experto (y evitar errores comunes)
16. Cómo trabajar con un agente de seguros con licencia
17. Reglas de mercadeo de CMS y regulación estatal de seguros: sus protecciones como consumidor
18. Glosario de términos

Conclusión

Capítulo 1: Introducción

Si tomó este libro porque Medicare está empezando a sentirse como un idioma que se supone que usted ya debería hablar —lleno de letras (A, B, C, D), siglas (IRMAA, SNP, MOOP), plazos y cifras en dólares que parecen cambiar cada año—, se encuentra exactamente en el lugar correcto, y está lejos de ser el único. Todos los días, miles de personas cumplen 65 años, o ayudan a un padre o una madre a cumplir 65 años, y se topan de frente con un sistema que claramente fue creado por personas que lo entendían a fondo y que, en algún momento del camino, olvidaron lo que se siente no entenderlo.

Este libro existe para cerrar esa brecha.

Las decisiones de seguros dentro y alrededor de la jubilación no son decisiones menores. Afectan cuánto paga usted de su bolsillo cuando se enferma, a qué médicos puede acudir, si una estadía en el hospital se convierte en un gasto manejable o en una emergencia financiera, y cuánto de su ingreso fijo se destina a primas frente a todo lo demás en lo que preferiría gastarlo. Se trata de decisiones de alto riesgo tomadas bajo presión de tiempo real, muchas veces durante períodos de inscripción que no esperan a que usted se sienta listo. Y para complicar aún más las cosas, las reglas y las cifras detrás de todo esto — primas, deducibles, umbrales de ingresos, beneficios de los planes— se reinician cada año. Lo que era cierto y correcto para su vecino el año pasado, o incluso para usted el año pasado, puede no serlo este año.

Precisamente por eso este libro se titula *More Benefits Insurance 2026-2027*, y no simplemente “Cobertura de Seguros”. Quisimos ofrecerle algo actual, específico y verdaderamente útil, no un panorama vago y atemporal que lo deje adivinando si una cifra sigue siendo correcta. A lo largo de estos capítulos encontrará cifras reales de 2026, junto con una mirada honesta a lo que podría venir en 2027. Un poco más adelante en este capítulo le explicaremos exactamente cómo distinguir entre ambas cosas, y cómo verificar cualquier dato antes de basarse en él.

Sobre todo, queremos que termine este libro sintiendo algo que quizás no siente en este momento: calma. Sentirse confundido es una reacción completamente normal ante este tema —el sistema no fue diseñado pensando en un lenguaje sencillo, y si a usted le resulta abrumador, eso refleja cómo fue construido el sistema, no su capacidad para entenderlo—. Nuestro objetivo, capítulo a capítulo, es entregarle el vocabulario, el marco de referencia y la confianza necesarios para tomar decisiones que se ajusten a su vida, ya sea que termine tomándolas completamente por su cuenta o con la ayuda de un agente con licencia.

Para quién es este libro

Escribimos este libro pensando en tres grupos de lectores que se superponen entre sí, y si usted se identifica con alguno de ellos, está en el lugar correcto.

Personas que se acercan por primera vez a la elegibilidad para Medicare. Si se aproxima a su cumpleaños número 65, o ya está recibiendo avisos por correo sobre plazos de inscripción, este libro lo guiará por los conceptos fundamentales desde cero. No damos

por sentado que usted ya sabe qué significa la “Parte B”, y no nos apresuraremos a pasar por alto lo básico.

Personas ya inscritas en Medicare que quieren reevaluar su cobertura. Tal vez se inscribió en un plan hace años y no lo ha revisado de cerca desde entonces. Tal vez sus necesidades de salud han cambiado, sus medicamentos recetados han cambiado, o simplemente ha escuchado que los planes y los precios varían de un año a otro y quiere asegurarse de seguir en el lugar correcto. El Período de Inscripción Anual existe precisamente porque sus necesidades actuales pueden no coincidir con el plan que eligió hace cinco años —o incluso hace uno solo—, y este libro le ayudará a evaluar eso con una mirada renovada.

Hijos adultos y cuidadores que ayudan a un padre, madre o ser querido a manejar estas decisiones. Gran parte de esta investigación y toma de decisiones recae en hijos, hijas y otros familiares cuidadores que intentan entender un sistema en nombre de otra persona, a menudo a distancia y a menudo mientras hacen malabares con sus propias responsabilidades. Si ese es su caso, este libro está escrito para serle igual de útil a usted que a la persona a quien está ayudando: lenguaje sencillo, sin dar por sentado ningún conocimiento previo, y una estructura que pueden usar juntos para repasar las decisiones.

Sin importar en cuál de estos grupos se encuentre, el hilo conductor es el mismo: este libro no asume ninguna experiencia previa, respeta su tiempo, y está organizado para que pueda encontrar exactamente lo que necesita sin tener que revisar todo lo demás.

Los siete tipos de cobertura que abarca este libro

Medicare en sí mismo es realmente solo el punto de partida. Para la mayoría de las personas, un panorama de seguros completo en la jubilación implica añadir cobertura adicional sobre esa base, adaptada a su salud, su presupuesto y sus prioridades. Este libro recorre siete tipos principales de cobertura que más importan a las personas jubiladas o próximas a jubilarse, y aquí tiene un adelanto de por qué cada una merece su lugar:

Medicare Advantage (Parte C) es una alternativa de plan privado a Medicare Original que a menudo incluye beneficios adicionales, pero que viene con sus propias reglas en cuanto a redes y costos; entender cómo funciona realmente es esencial antes de considerarlo. (Capítulo 3)

Medicare Supplement (Medigap) son pólizas diseñadas para funcionar junto con Medicare Original, ayudando a absorber parte de los deducibles y el coseguro que Medicare Original deja a su cargo. (Capítulo 4)

La cobertura de medicamentos recetados (Parte D), junto con Medicaid para quienes tienen ingresos limitados, importa porque Medicare Original no incluye cobertura de medicamentos por sí sola, y los costos de medicamentos pueden ser una de las partes menos predecibles de un presupuesto de jubilación. (Capítulo 6)

El seguro de indemnización hospitalaria ofrece un beneficio en efectivo vinculado a las estadías hospitalarias, brindando una capa adicional de protección financiera precisamente

para el tipo de evento impredecible y de alto costo que más preocupa a muchos jubilados. (Capítulo 7)

La cobertura dental, de la vista y auditiva cubre un vacío que sorprende a muchas personas recién inscritas en Medicare: la atención dental de rutina, los exámenes de la vista para anteojos y los audífonos generalmente no están cubiertos en absoluto por Medicare Original. (Capítulo 8)

El seguro de vida para personas mayores, incluidas las pólizas de gastos finales, importa porque puede ayudar a garantizar que los costos del funeral y del final de la vida no se conviertan en una carga financiera transmitida a los seres queridos. (Capítulo 9)

Las anualidades importan porque, para muchos jubilados, convertir los ahorros en un flujo de ingresos predecible y confiable es tan importante como cubrir los costos de atención médica; este libro trata el ingreso de jubilación como parte del mismo panorama general. (Capítulo 10)

No necesita convertirse en un experto en las siete áreas para tomar buenas decisiones. Parte de lo que este libro busca hacer es ayudarle a identificar cuáles de ellas importan más para su situación específica, para que pueda dedicar su tiempo y atención donde realmente cuenta.

Cómo está organizado este libro y cómo usarlo

Este libro está diseñado para leerse en orden si quiere el panorama completo, pero es igual de útil como una referencia a la que recurre cuando la necesita. No tiene que leerlo de principio a fin de una sola sentada, y no debería sentirse obligado a hacerlo.

Así es la forma del recorrido. El Capítulo 2 sienta las bases con Medicare Original —las Partes A y B—, ya que casi todo lo demás en el libro se construye sobre esa comprensión. Los Capítulos 3 a 5 cubren Medicare Advantage y Medigap de forma individual, y luego los colocan uno junto al otro para que pueda pensar en cuál camino podría ajustarse mejor a usted. El Capítulo 6 aborda la cobertura de medicamentos recetados y su conexión con Medicaid. Los Capítulos 7 a 10 exploran protecciones adicionales que muchos jubilados consideran: el seguro de indemnización hospitalaria, la cobertura dental, de la vista y auditiva, el seguro de vida y las anualidades. Los Capítulos 11 y 12 se alejan para ofrecerle el panorama financiero completo: una mirada detallada a los costos de 2026, seguida de una mirada honesta hacia lo que podría traer 2027. Los Capítulos 13 a 16 forman un conjunto de herramientas orientado a la acción: cuándo puede realmente hacer cambios, cómo obtener ayuda si los costos son ajustados, cómo comparar planes de manera metódica en lugar de por conjetura, y qué esperar si decide trabajar con un agente con licencia. El Capítulo 17 explica las reglas federales de mercadeo de los CMS y las regulaciones estatales de seguros que lo protegen en cada una de esas interacciones, vale la pena leerlo con detenimiento antes de reunirse con cualquier agente. Y el Capítulo 18 es un glosario de términos, un lugar al que recurrir cada vez que una sigla o un término técnico lo confunda, ya sea que esté en el Capítulo 3 o en el Capítulo 15.

Si ya conoce bien Medicare Original y solo quiere comparar Medicare Advantage y Medigap, avance directamente a los Capítulos 3 a 5. Si principalmente está tratando de entender cuánto le costará realmente 2026, diríjase al Capítulo 11. Si se acerca un plazo y necesita conocer sus opciones ahora mismo, el Capítulo 13 sobre períodos de inscripción está diseñado para leerse de forma independiente. Use este libro de la manera que le resulte más útil, como un compañero al que regresa, no como un examen que debe aprobar en orden.

Una nota sobre el enfoque “2026-2027”

Notará que este libro está titulado para dos años, no uno, y vale la pena dedicar un momento a explicar exactamente por qué, porque eso influye en cómo debe usar las cifras que contiene.

Las cifras que verá a lo largo de este libro para **2026** —primas, deducibles, umbrales de ingresos y montos similares— reflejan cifras confirmadas y publicadas para ese año. Cuando citamos un monto en dólares específico vinculado a 2026, puede considerarlo actual y preciso al momento de escribir esto.

Cuando este libro habla de **2027**, particularmente en el Capítulo 12, queremos ser completamente transparentes: esas cifras son proyecciones tempranas y expectativas generales basadas en tendencias históricas y en la orientación disponible al momento de escribir, no cifras finales confirmadas. Las agencias gubernamentales normalmente no finalizan las cifras de Medicare del año siguiente hasta el otoño del año anterior, lo que significa que, para cuando usted esté leyendo esto, algunas cifras de 2027 ya podrían estar finalizadas y podrían diferir de lo que proyectamos aquí.

Esto no es una falla del libro, es simplemente la naturaleza de escribir sobre un sistema que se actualiza cada año. Nuestro objetivo al hablar de 2027 es ayudarlo a entender las tendencias generales y prepararse mental y financieramente para el tipo de cambios que suelen ocurrir, no darle cifras que deba considerar definitivas.

Por eso, queremos ser directos en un punto: **siempre confirme las cifras finales usando fuentes oficiales antes de tomar una decisión**, particularmente cada otoño, cuando normalmente se anuncian las cifras nuevas. Los dos lugares más confiables para verificar son **Medicare.gov** y **SSA.gov (la Administración del Seguro Social)**, ambos publican cifras oficiales y actualizadas cada año. Un agente de seguros con licencia también puede ayudarlo a confirmar las cifras actuales relevantes para su situación específica. Piense en este libro como su orientación y su marco de referencia para entender, y en esas fuentes oficiales como la última palabra sobre cualquier cifra específica.

Una nota sobre quién escribió este libro

Este libro es presentado por **Total Insurance Hub**, una agencia de seguros independiente con licencia. Queremos ser completamente claros sobre lo que eso significa: Total Insurance Hub no forma parte de Medicare, de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), de la Administración del Seguro Social, ni de ninguna otra agencia gubernamental, y nada en este libro debe confundirse con orientación oficial del gobierno.

Escribimos este libro porque dedicamos nuestros días a ayudar a las personas a resolver exactamente las preguntas que este libro aborda, y vimos cuánto valor había en presentar ese conocimiento con claridad, en un solo lugar, para que cualquiera lo use, se convierta o no alguna vez en cliente nuestro. Si, después de leerlo, desea ayuda personalizada para aplicar cualquiera de estos conceptos a su propia situación, nuestro equipo con gusto lo conversará con usted en totalinsurancehub.com o al 786-964-2433, sin ninguna obligación. Pero esa es solo una pequeña parte de por qué existe este libro. La parte mucho más grande es simplemente esta: ayudarlo a entender sus opciones, para que, decida lo que decida, lo decida con confianza.

Avanzar con confianza

Aquí hay algo que vale la pena tener presente mientras avanza por el resto de este libro: no necesita dominar cada detalle del sistema de Medicare para tomar una buena decisión para usted mismo o para la persona a quien está ayudando. Necesita entender la forma general de sus opciones, saber qué preguntas hacer, y saber a dónde acudir para obtener respuestas confiables cuando una cifra o una regla específica le importe. Eso es exactamente lo que el resto de este libro está diseñado para darle.

Tómelo un capítulo a la vez. Salte de un tema a otro cuando lo necesite. Regrese al glosario cada vez que un término deje de tener sentido. Y recuerde que sentirse un poco abrumado al comienzo de este proceso no significa que esté atrasado, significa que está tomando en serio una decisión genuinamente complicada, que es exactamente el instinto correcto. Para cuando cierre este libro, esperamos que esa sopa de letras se haya convertido en un conjunto de herramientas que usted entiende y sabe cómo usar.

Comencemos.

Puntos clave

- Las decisiones sobre Medicare y seguros para personas mayores son de alto riesgo y genuinamente complicadas, y las reglas y cifras en dólares cambian cada año; sentirse confundido al principio es normal, no una señal de que está atrasado.
- Este libro está escrito para tres públicos que se superponen: personas recién elegibles para Medicare, personas ya inscritas que quieren reevaluar su cobertura, e hijos adultos o cuidadores que ayudan a un ser querido durante el proceso.
- Más allá de Medicare en sí, este libro abarca siete tipos principales de cobertura que importan a las personas jubiladas o próximas a jubilarse: Medicare Advantage, Medigap, cobertura de medicamentos de la Parte D/Medicaid, seguro de indemnización hospitalaria, cobertura dental/de la vista/auditiva, seguro de vida y anualidades.
- No necesita leer este libro de principio a fin: está organizado para que pueda usarlo como referencia, saltando directamente al capítulo que corresponde a lo que necesita en este momento, con un glosario en el Capítulo 17 para cualquier término desconocido.
- El título “2026-2027” refleja que las cifras de 2026 en este libro están confirmadas y son actuales, mientras que las cifras de 2027 (principalmente en el Capítulo 12) son

proyecciones tempranas; siempre confirme las cifras finales cada otoño en Medicare.gov o SSA.gov antes de tomar decisiones.

- Este libro es presentado por Total Insurance Hub, una agencia de seguros independiente con licencia que no está afiliada a ningún programa gubernamental; hay ayuda personalizada disponible si la desea, pero el propósito de este libro es ayudarlo a entender sus opciones con confianza, decida lo que decida.

Capítulo 2: Medicare 101: cómo funciona el Medicare Original

Si se acerca a los 65 años, o si está ayudando a un padre o madre a navegar este hito, probablemente ya haya descubierto que Medicare viene con su propio vocabulario, su propia sopa de letras y suficiente letra pequeña como para marear a cualquiera. Respire hondo. Este capítulo está diseñado para darle la base que necesita antes de profundizar en los detalles en capítulos posteriores. Piense en él como la “sesión de orientación” antes de que comience el recorrido.

Al final de este capítulo, comprenderá qué es Medicare, quién califica, cómo encajan entre sí sus piezas principales y, lo más importante, cómo funcionan en la práctica las dos partes centrales de Medicare Original (la Parte A y la Parte B): qué cubren, qué no cubren y por qué tantas personas eligen combinarlas con cobertura adicional.

Qué Es Medicare y Para Quién Es

Medicare es el programa federal de seguro de salud principalmente para personas de 65 años o más. También cubre a algunas personas menores de 65 años que tienen ciertas discapacidades de largo plazo o afecciones médicas específicas, aunque las reglas para esas situaciones son más particulares y vale la pena conversarlas directamente con un agente con licencia o con el Seguro Social si le aplican a usted.

Para la mayoría de las personas, la elegibilidad comienza el mes en que cumplen 65 años, y la inscripción gira en torno a lo que se llama el **Período de Inscripción Inicial (IEP)**, una ventana de siete meses que comienza tres meses antes del mes de su cumpleaños, incluye el mes de su cumpleaños y se extiende tres meses después. Cubriremos el momento de la inscripción con mucho más detalle en el Capítulo 13, pero vale la pena dejarlo señalado aquí: perder esta ventana puede provocar demoras en la cobertura o penalidades por inscripción tardía, así que no es algo que convenga postergar.

Una nota importante antes de continuar: este libro está escrito de manera independiente por Total Insurance Hub, una agencia de seguros con licencia, para ayudarle a entender sus opciones en un lenguaje sencillo. No está afiliado a Medicare.gov, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni a la Administración del Seguro Social, y nada de lo aquí contenido debe tratarse como orientación oficial del gobierno, ni como asesoría legal, financiera o fiscal. Para obtener los detalles más actuales y autorizados, siempre deberá confirmar los datos específicos en Medicare.gov, SSA.gov o con un agente con licencia; le indicaremos exactamente cómo hacerlo a medida que avancemos.

Las Cuatro Partes de Medicare, de un Vistazo

Medicare no es un solo plan: es un sistema compuesto por varias partes, cada una de las cuales cubre una porción diferente de sus necesidades de atención médica. Comprender primero la forma de todo el sistema hará que todo lo demás en este libro encaje en su lugar.

La Parte A se conoce a menudo como “seguro de hospital”. Ayuda a cubrir las estadías hospitalarias como paciente internado, la atención en un centro de enfermería especializada, el cuidado de hospicio y algo de atención médica en el hogar.

La Parte B es el “seguro médico”. Ayuda a cubrir las visitas al médico, la atención ambulatoria, los servicios preventivos, el equipo médico duradero y muchas otras necesidades médicas cotidianas.

Juntas, la Parte A y la Parte B conforman lo que se conoce como **Medicare Original**, la versión tradicional del programa, administrada por el gobierno. Ese es el enfoque de este capítulo.

La Parte C, también llamada **Medicare Advantage**, es una forma alternativa de recibir sus beneficios de Medicare. En lugar de obtener la Parte A y la Parte B directamente a través del gobierno, usted se inscribe en un plan privado que está obligado a cubrir, como mínimo, lo que cubre Medicare Original, y muchos de estos planes incluyen beneficios adicionales. Medicare Advantage se ha convertido en un camino cada vez más popular, y merece —y recibe— su propia discusión completa en el Capítulo 3.

La Parte D es la cobertura de medicamentos recetados, ofrecida a través de compañías de seguros privadas. Medicare Original por sí solo no incluye un beneficio de medicamentos recetados, lo cual es una de las principales razones por las que las personas agregan cobertura adicional. Repasaremos cómo funciona la Parte D, junto con un tema relacionado importante —Medicaid y la Ayuda Adicional para quienes tienen ingresos limitados— en el Capítulo 6.

Durante el resto de este capítulo, nos enfocaremos en las Partes A y B: la base que se sostiene por sí sola (Medicare Original) o que es reemplazada por un plan Medicare Advantage. Comprender cómo funciona esta base es esencial sin importar qué camino elija finalmente, razón por la cual la cubrimos primero.

Cómo Funciona la Parte A

Piense en la Parte A como su cobertura para la atención que recibe mientras está internado en un centro, más comúnmente, un hospital.

Cuando es elegible para Medicare, generalmente recibe la Parte A **sin costo de prima** si usted o su cónyuge pagaron impuestos de Medicare mientras trabajaban durante al menos 10 años (40 trimestres). Este es el caso de la mayoría de las personas, lo cual es parte de la razón por la que a la Parte A a menudo se le considera “la parte gratuita” de Medicare. Si no tiene ese historial laboral, es posible que aun así pueda inscribirse en la Parte A, pero pagaría una prima mensual: en 2026, eso equivale a \$311 por mes para quienes tienen un historial laboral parcial, o \$565 por mes para quienes tienen muy poco o ningún historial laboral que califique.

Incluso cuando la Parte A en sí no tiene costo de prima, no está libre de costos. Así es como generalmente funciona el costo compartido para una estadía hospitalaria en 2026:

- Usted paga un **deducible** de \$1,736 por cada período de beneficios (un “período de beneficios” comienza cuando lo admiten y termina una vez que ha estado fuera del hospital o de un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos). Tenga en cuenta que esto es diferente al seguro de salud típico, donde podría tener

un deducible por año; con la Parte A de Medicare, podría enfrentar este deducible más de una vez en un año si tiene estadías hospitalarias separadas.

- Del día 1 al día 60 de una estadía hospitalaria, la Parte A generalmente cubre el resto, una vez que haya cumplido con ese deducible.
- Del día 61 al día 90, usted paga un monto de coseguro diario de \$434 por día.
- Después del día 90, comienza a utilizar lo que se denominan **días de reserva de por vida**, un banco de 60 días adicionales que puede usar a lo largo de su vida, a \$868 por día. Una vez que se agotan, se pierden definitivamente.
- Si necesita atención en un centro de enfermería especializada después de una estadía hospitalaria que califique, los días 1 al 20 generalmente están cubiertos en su totalidad, pero los días 21 al 100 conllevan un coseguro de \$217 por día. Después del día 100, Medicare generalmente deja de pagar por esa estadía.

Vale la pena detenerse en esa estructura, porque sorprende a muchas personas: una hospitalización prolongada o una estadía extendida en un centro de enfermería podría resultar en miles de dólares en gastos de bolsillo, incluso cuando la Parte A está cumpliendo correctamente su función. Esta es una de las brechas clave que los capítulos posteriores —en particular los dedicados a Medigap y al seguro de indemnización hospitalaria— están diseñados para abordar.

La Parte A también ayuda a cubrir el cuidado de hospicio para quienes tienen un diagnóstico terminal, y atención médica limitada en el hogar, generalmente con poco o ningún costo compartido para esos servicios específicos, aunque existen reglas de elegibilidad asociadas.

Cómo Funciona la Parte B

Si la Parte A se trata de la atención que recibe como paciente internado, la Parte B se trata de casi todo lo demás: consultar a su médico, hacerse análisis de laboratorio, recibir procedimientos ambulatorios, usar equipo médico duradero como un andador o una silla de ruedas, y acceder a servicios preventivos como exámenes de detección y ciertas vacunas.

A diferencia de la Parte A, la Parte B no está libre de prima para nadie. En 2026, la prima mensual estándar de la Parte B es de \$202.90, un aumento respecto a los \$185 de 2025. Vale la pena señalar que su prima específica puede ser más alta que el monto estándar si sus ingresos superan ciertos umbrales, una regla conocida como IRMAA (Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos), aunque los detalles de ese ajuste están fuera del alcance de este capítulo.

La Parte B también viene con un deducible anual —\$283 en 2026— que usted paga antes de que Medicare comience a compartir los costos con usted. Una vez que haya cumplido con ese deducible, Medicare Original generalmente paga el 80% del monto aprobado por Medicare para los servicios cubiertos, y usted es responsable del 20% restante. Ese 20% se llama **coseguro**, y se aplica a la mayoría de los servicios de la Parte B de manera continua, no solo una vez al año.

Este es el detalle que toma por sorpresa a muchos beneficiarios nuevos de Medicare: ese 20% de coseguro no se detiene. Se aplica visita tras visita, servicio tras servicio, durante todo el tiempo que reciba atención cubierta por la Parte B. No existe un tope incorporado que indique “una vez que haya pagado esta cantidad, ha terminado por el año”.

También vale la pena aclarar lo que la Parte B generalmente *no* cubre. La atención dental de rutina, los exámenes de la vista para anteojos y los audífonos generalmente quedan excluidos por completo de Medicare Original. Esa es una brecha importante para muchos jubilados, y es precisamente por eso que el Capítulo 8 está dedicado a las opciones de cobertura dental, de la vista y auditiva.

La Gran Brecha: Sin Límite en los Gastos de Bolsillo

He aquí el concepto más importante que debe llevarse de este capítulo, así que digámoslo claramente: **Medicare Original no tiene un límite anual en lo que usted podría pagar de su bolsillo.**

La mayoría de las personas están acostumbradas a la idea de que un plan de salud tenga algún tipo de tope, un punto en el que, una vez que ha gastado cierta cantidad, el seguro se hace cargo por completo durante el resto del año. Medicare Original no funciona de esa manera. Entre el deducible de la Parte A y el coseguro diario para estadías prolongadas, y el coseguro del 20% de la Parte B que se aplica indefinidamente, una enfermedad grave, un accidente o una hospitalización extendida podrían sumar una factura sustancial e impredecible, aun cuando usted esté inscrito en Medicare y pagando sus primas fielmente.

Esto no es una falla exclusiva de Medicare; es simplemente la forma en que se diseñó el programa hace décadas, antes de que el mercado de seguros privados desarrollara los productos adicionales que tenemos disponibles hoy en día. Comprender esta brecha es precisamente la razón por la que este libro dedica tanto tiempo a las opciones de cobertura que existen para ayudar a llenarla.

Por Qué Tantas Personas Combinan Medicare Original con Cobertura Adicional

Dado lo que ahora sabe —la Parte A sin costo de prima pero con un costo compartido real, una prima de la Parte B más un coseguro continuo del 20%, ningún límite anual de gastos de bolsillo, y brechas en la cobertura dental, de la vista y auditiva— es fácil ver por qué la mayoría de las personas con Medicare Original eligen no depender de él únicamente.

En términos generales, hay dos caminos comunes que las personas toman para abordar estas brechas, y la elección entre ellos es una de las decisiones más trascendentales en todo el recorrido de Medicare:

El primer camino es agregar una **póliza de Medicare Supplement**, también conocida como **Medigap**. Estas son pólizas de seguro privadas diseñadas específicamente para funcionar junto con Medicare Original, ayudando a pagar algunos o todos los deducibles y coseguros que acabamos de repasar. Dedicaremos todo el Capítulo 4 a cómo funcionan las pólizas Medigap.

El segundo camino es inscribirse en un plan **Medicare Advantage** en lugar de permanecer en Medicare Original. Como se mencionó anteriormente, estos planes de la Parte C son ofrecidos por aseguradoras privadas, están obligados a cubrir todo lo que cubre Medicare Original y, con frecuencia, incluyen beneficios adicionales, aunque vienen con sus propias reglas en cuanto a redes de proveedores y estructuras de costo compartido. El Capítulo 3 aborda esto en detalle.

Muchas personas también eligen agregar un **plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D**, ya que, como señalamos, Medicare Original no incluye cobertura de medicamentos por sí solo. Y algunas personas agregan productos suplementarios como el **seguro de indemnización hospitalaria** (Capítulo 7) o planes dedicados de **cobertura dental, de la vista y auditiva** (Capítulo 8) para abordar brechas específicas que son más importantes para su situación de salud personal.

No existe una única combinación “correcta” que se ajuste a todos. El enfoque adecuado para usted depende de sus necesidades de salud, su presupuesto, los proveedores que desea seguir consultando y dónde vive, ya que la disponibilidad y los costos de los planes varían según el código postal. Es precisamente por eso que existe el resto de este libro: para guiarlo a través de cada opción para que pueda tener una conversación informada con un agente con licencia, en lugar de sentir que está adivinando.

Cómo Está Organizado el Resto de Este Libro

Ahora que comprende la base —las Partes A y B de Medicare Original, qué cubren, qué cuestan y dónde están las brechas— los siguientes capítulos se construyen a partir de aquí. Los Capítulos 3 al 5 profundizan en Medicare Advantage y Medigap individualmente, y luego los comparan uno al lado del otro para ayudarlo a reflexionar sobre qué camino podría adaptarse a su situación. El Capítulo 6 cubre la cobertura de medicamentos recetados y la conexión con Medicaid para quienes tienen ingresos limitados. Los Capítulos 7 al 10 exploran protección adicional que muchos jubilados consideran: el seguro de indemnización hospitalaria, la cobertura dental/de la vista/auditiva, el seguro de vida y las anualidades. Los Capítulos 11 y 12 se alejan para darle el panorama completo de los costos de 2026 y una mirada hacia lo que podría cambiar en 2027. Los Capítulos 13 al 16 son su conjunto de herramientas orientado a la acción: períodos de inscripción, programas que ayudan con los costos, cómo comparar planes de manera metódica y cómo aprovechar al máximo el trabajo con un agente con licencia. El Capítulo 17 cubre las reglas de los CMS y del seguro estatal que lo protegen a lo largo de ese proceso. Y el Capítulo 18 es un glosario al que puede regresar en cualquier momento en que un término lo confunda.

No necesita memorizar cada cifra en dólares de este capítulo. Lo que importa es que ahora comprende la forma de Medicare Original: lo que maneja bien y dónde deja brechas que la cobertura adicional está diseñada para llenar. Tenga presente este marco a medida que avanza; todo lo demás en este libro se construye sobre él.

Puntos Clave

- Medicare es un programa federal de seguro de salud principalmente para personas de 65 años o más (y algunas personas más jóvenes con discapacidades o afecciones

que califican); tiene cuatro partes: A, B, C y D, con las Partes C y D cubiertas en capítulos posteriores.

- Medicare Original = Parte A (seguro de hospital) + Parte B (seguro médico). La Parte A no tiene costo de prima para la mayoría de las personas con suficiente historial laboral; la Parte B conlleva una prima mensual estándar (\$202.90 en 2026) más un deducible anual (\$283 en 2026).
- La Parte A implica un deducible por período de beneficios (\$1,736 en 2026) y un coseguro diario para estadías hospitalarias o en centros de enfermería especializada prolongadas; la Parte B generalmente implica un coseguro continuo del 20% sobre la mayoría de los servicios cubiertos una vez que se cumple el deducible.
- Medicare Original no tiene un límite anual en los gastos de bolsillo, y generalmente no cubre la atención dental, de la vista o auditiva de rutina, brechas importantes que muchos jubilados eligen abordar con cobertura adicional.
- Las formas comunes de llenar estas brechas incluyen agregar una póliza de Medicare Supplement (Medigap) o elegir un plan Medicare Advantage (Parte C) en lugar de Medicare Original, a menudo junto con un plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D.
- Las cifras en dólares de este capítulo reflejan los montos de 2026 y pueden cambiar anualmente; siempre verifique las cifras actuales en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o [SSA.gov](https://www.ssa.gov), y recuerde que este libro es información educativa únicamente, no un sustituto del asesoramiento de un agente con licencia o de los recursos oficiales del gobierno.

Capítulo 3: Medicare Advantage (Parte C): cómo funciona y qué debe buscar

Si ha comenzado a investigar sus opciones de Medicare, probablemente se ha encontrado con el término “Medicare Advantage” más de una vez — quizás en un correo publicitario que llegó a su buzón en octubre, quizás de boca de un vecino que jura por su plan, o quizás de un amigo que cambió de plan y ahora se arrepiente. Medicare Advantage, también llamado Parte C, es uno de los dos caminos principales que sigue la gente a través de Medicare, y vale la pena entenderlo por sí solo antes de compararlo con cualquier otra opción. Esa comparación llegará en el Capítulo 5. Este capítulo trata sobre qué es realmente Medicare Advantage, cómo está estructurado y cómo evaluar un plan específico sin perderse en el lenguaje de mercadeo.

Comencemos con lo básico.

Qué Es Realmente Medicare Advantage

Medicare Original — la Parte A (cobertura hospitalaria) y la Parte B (cobertura médica) que leyó en el Capítulo 2 — es administrado directamente por el gobierno federal. Cuando usa Medicare Original, usted se rige por las reglas y las tarifas de pago de Medicare sin importar a qué médico u hospital acuda, siempre que este acepte Medicare.

Medicare Advantage (Parte C) funciona de manera diferente. En lugar de recibir sus beneficios de la Parte A y la Parte B directamente de Medicare, usted los recibe a través de una compañía de seguros privada que Medicare ha aprobado y a la que le paga para administrar su cobertura. La aseguradora privada se compromete a cubrir todo lo que cubre Medicare Original — ese es un requisito firme — pero entrega esa cobertura mediante la estructura de su propio plan, con su propia red de proveedores de médicos y hospitales, sus propias reglas para asuntos como las referencias, y a menudo con beneficios adicionales propios.

Piénselo de esta manera: Medicare Original es como una autopista de peaje totalmente abierta que el gobierno mantiene y cuyos precios fija directamente. Medicare Advantage es como entregarle sus planes de viaje a una empresa privada que le construye una ruta específica — una que podría incluir paradas adicionales (cuidado dental, de la vista, membresías de gimnasio) pero que también espera que usted, en general, se mantenga dentro de su red de proveedores previamente trazada.

Una manera útil y abreviada de entenderlo, que escuchará con frecuencia: Medicare Original son “las Partes A y B”, mientras que Medicare Advantage a veces se describe como “los beneficios de la Parte A y B, entregados de una manera diferente, a través de la Parte C”. Legal y administrativamente, sigue siendo Medicare — usted no pierde sus derechos de Medicare al elegir un plan Medicare Advantage — pero en el día a día, su experiencia al usarlo se parece mucho más a la de usar un plan de seguro médico privado, porque, en un sentido muy real, eso es exactamente lo que es.

La mayoría de los planes Medicare Advantage también incorporan la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D como parte del mismo paquete, lo cual es una de las razones por las que resultan atractivos: en lugar de tener que manejar piezas separadas (Parte A, Parte B, un plan independiente de medicamentos de la Parte D, y tal vez una póliza de suplemento adicional), a menudo se obtiene un solo plan, una sola tarjeta, una sola estructura mensual que hay que seguir. Cubriremos la Parte D en profundidad en el Capítulo 6, pero vale la pena mencionarlo aquí porque es una característica definitoria de cómo se empaquetan la mayoría de los planes Medicare Advantage.

Un punto fundamental más: no todos los planes Medicare Advantage están disponibles en todas partes. Estos planes se ofrecen condado por condado, y lo que está disponible en un código postal puede ser completamente distinto — o inexistente — a apenas treinta kilómetros de distancia. Esto es una de las cosas más importantes que debe entender desde el principio, porque significa que verdaderamente no puede confiar en una descripción general (incluida esta) para saber qué se le ofrecerá a usted personalmente. Deberá consultar su área específica para ver el menú real de opciones disponibles.

La Cuestión de la Red de Proveedores: Planes Estilo HMO frente a Estilo PPO

Debido a que los planes Medicare Advantage son administrados por aseguradoras privadas, por lo general organizan la atención en torno a una red de proveedores — un grupo definido de médicos, especialistas, hospitales y otros proveedores que han acordado trabajar con ese plan. Esta es una de las mayores diferencias estructurales respecto a Medicare Original, donde en general no está limitado a una lista específica de proveedores mientras estos acepten Medicare.

Dentro de Medicare Advantage, los planes generalmente se dividen en un par de estructuras conocidas, aunque las reglas exactas varían según el plan y la aseguradora:

Los planes estilo HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud, por sus siglas en inglés) suelen exigir que use médicos e instalaciones dentro de la red del plan para que su atención esté cubierta, excepto en emergencias. Muchos planes estilo HMO también le piden que elija un médico de cuidado primario que coordine su atención y le proporcione referencias antes de que vea a un especialista. A cambio de estas reglas más estrictas, los planes estilo HMO suelen tener costos más bajos.

Los planes estilo PPO (Organización de Proveedores Preferidos, por sus siglas en inglés) tienden a ofrecer más flexibilidad. Por lo general, puede consultar a proveedores fuera de la red del plan, aunque normalmente pagará más de su bolsillo por hacerlo, y a menudo no se requieren referencias para ver a especialistas. Esa flexibilidad usualmente conlleva una contrapartida — los planes estilo PPO pueden tener primas o costos compartidos más altos que los planes estilo HMO en la misma área.

También existen otras estructuras, incluidos planes diseñados para personas que necesitan más flexibilidad para viajar o dividir su tiempo entre dos residencias, y planes especializados creados para personas que manejan ciertas condiciones crónicas. Los detalles de estos varían considerablemente según la aseguradora y la ubicación, así que conviene tratar “HMO” y “PPO” como formas generales y no como reglas fijas — siempre

lea los materiales de un plan específico para entender exactamente cómo funciona su red de proveedores antes de asumir nada.

La conclusión sobre las redes de proveedores es la siguiente: si tiene médicos que aprecia y no quiere dejar, o si divide su tiempo entre dos estados, la estructura de red de un plan Medicare Advantage merece toda su atención antes de inscribirse. Esta suele ser la mayor fuente de frustración para las personas que eligen un plan basándose en el precio o en beneficios adicionales sin antes verificar si sus propios médicos realmente forman parte de él.

Los Beneficios Adicionales Que Atraen a la Gente

Una de las características de las que más se habla sobre Medicare Advantage es que muchos planes incluyen beneficios que Medicare Original simplemente no cubre. Dependiendo del plan y de dónde viva, esto puede incluir cosas como:

- Cuidado dental de rutina, desde limpiezas hasta procedimientos más complejos
- Beneficios de la vista, incluyendo exámenes oculares y una asignación para lentes o lentes de contacto
- Beneficios de audición, incluyendo exámenes auditivos y, en ocasiones, ayuda con el costo de los audífonos
- Membresías de programas de acondicionamiento físico o incentivos de bienestar
- Asignaciones para artículos de salud de venta libre
- Asistencia de transporte a citas médicas, en algunos casos
- Entrega de comidas después de una hospitalización, ofrecida por algunos planes

Es importante ser realista respecto a esta lista: estos beneficios adicionales no están garantizados, no son idénticos de un plan a otro, y pueden cambiar de un año a otro. Un plan disponible en un condado podría ofrecer una cobertura dental generosa, mientras que un plan con un nombre similar en el condado vecino no ofrece ninguna. Este es exactamente el tipo de detalle que se pasa por alto en la publicidad, así que si un beneficio adicional en particular — digamos, la cobertura de audífonos — es realmente una prioridad para usted, no acepte una afirmación general al pie de la letra. Consulte el resumen real de beneficios del plan para su código postal específico, o pídale a un agente con licencia que se lo confirme por escrito.

También vale la pena entender por qué las aseguradoras pueden ofrecer estos beneficios adicionales. Medicare le paga a las aseguradoras privadas una cantidad fija por cubrir a cada persona inscrita, y cuando un plan puede ofrecer los beneficios requeridos por Medicare de manera eficiente, parte de ese financiamiento puede redirigirse hacia beneficios adicionales como forma de atraer miembros. Esto no es un vacío legal ni un truco de mercadeo — así es simplemente como está diseñado el programa para funcionar — pero explica por qué los beneficios adicionales que se le ofrecen pueden variar tanto según el plan y la ubicación, y por qué nunca son algo con lo que se pueda contar de manera universal.

Cómo Entender el Sistema de Calificación de Estrellas

Cada año, los planes Medicare Advantage (junto con los planes de medicamentos de la Parte D) son evaluados y reciben una calificación en una escala de cinco estrellas, donde cinco estrellas representan la más alta calidad y una estrella la más baja. Estas calificaciones de estrellas tienen el propósito de darle una manera independiente y estandarizada de comparar planes más allá de los folletos de mercadeo — toman en cuenta factores como la satisfacción de los miembros, qué tan bien maneja el plan las condiciones crónicas, la capacidad de respuesta del servicio al cliente, y otras medidas de la calidad de la atención.

Hay algunas cosas útiles que debe saber sobre cómo funciona este sistema en la práctica:

Primero, las calificaciones se actualizan anualmente, y la calificación de un plan puede subir o bajar de un año a otro a medida que cambian las circunstancias. Un plan que obtuvo cuatro estrellas este año no tiene garantizado mantener esa calificación el próximo año, así que vale la pena verificar las calificaciones actuales cada vez que esté evaluando sus opciones, en lugar de confiar en lo que recuerda de un año anterior.

Segundo, las calificaciones pueden variar según el contrato incluso dentro de la misma compañía de seguros, así que dos planes de la misma aseguradora en diferentes partes del país podrían tener calificaciones de estrellas distintas. No asuma que una calificación de la que ha oído hablar se aplica a todos los planes que ofrece una compañía determinada.

Tercero — y este es un detalle que toma a la gente por sorpresa — existe una oportunidad especial de inscripción vinculada a este sistema de calificación. Si un plan de 5 estrellas está disponible en su área, generalmente tiene la posibilidad de cambiarse a él durante un período que va del 8 de diciembre al 30 de noviembre de cada año, fuera de los períodos de inscripción estándar. Esta es una flexibilidad bastante inusual dentro del calendario de inscripción de Medicare, y existe específicamente para facilitar que las personas se cambien a los planes de más alta calidad cuando hay uno disponible donde viven. Entraremos en los detalles del funcionamiento de los períodos de inscripción con mucha más profundidad en el Capítulo 13, pero vale la pena saber que esta opción existe mientras piensa en las calificaciones de estrellas ahora.

Las calificaciones de estrellas son una herramienta genuinamente útil, pero son un punto de partida, no la historia completa. Un plan puede tener una calificación de estrellas sólida y aun así no ser el más adecuado si su propio médico no está en su red de proveedores o si no cubre los medicamentos específicos que usted toma. Use la calificación como un factor más entre varios, no como el elemento decisivo por sí solo.

Quién Suele Elegir Medicare Advantage, y Por Qué

No existe un solo “tipo” de persona que elija Medicare Advantage, pero hay algunos patrones que aparecen con la frecuencia suficiente como para merecer mención.

A las personas atraídas por Medicare Advantage a menudo les gusta la idea de la agrupación de beneficios — un solo plan, a menudo una sola estructura mensual, que

combina la cobertura hospitalaria, la cobertura médica y usualmente la cobertura de medicamentos, a veces con beneficios dentales, de la vista o de audición incorporados. Para alguien que no quiere manejar varias pólizas separadas, esa simplicidad tiene un atractivo real.

El costo es otro factor común. Dependiendo de dónde viva y qué plan esté considerando, algunos planes Medicare Advantage pueden tener primas mensuales bajas, e incluso algunos pueden tener una prima tan baja como cero dólares, más allá de lo que ya paga por la Parte B. Dicho esto, “prima baja” no es lo mismo que “costo total bajo” — de todos modos tendrá copagos, coseguro y otros costos compartidos cuando realmente use la atención médica, y lo que esté disponible depende en gran medida de su código postal y del plan específico. No debe asumirse que la prima de ningún plan es cero en todas partes; siempre vale la pena verificar las cifras reales para su área en lugar de asumir que una cifra publicitaria se aplica a usted.

Las personas que en general se sienten cómodas con una estructura de atención administrada — consultar a médicos dentro de una red definida, obtener referencias cuando sea necesario — a menudo encuentran que los planes Medicare Advantage les funcionan bien, especialmente si sus médicos actuales resultan ya estar dentro de la red. Y las personas que desean los beneficios adicionales descritos anteriormente, en particular la cobertura dental y de la vista, que Medicare Original no incluye en absoluto, a menudo encuentran que Medicare Advantage es la manera más práctica de obtener esos beneficios agrupados en su cobertura.

Por otro lado, las personas que viajan con frecuencia, dividen su tiempo entre dos residencias en distintos estados, o tienen médicos y especialistas que no están dispuestos a cambiar, a menudo encuentran que la estructura de red de Medicare Advantage es más limitante de lo que desearían — lo cual es parte de la razón por la que la comparación del Capítulo 5 importa tanto. Aquí no existe una opción universalmente “mejor”; solo existe la opción que se ajusta a sus necesidades de salud, sus finanzas, sus hábitos de viaje y su relación con sus proveedores actuales.

Un Marco Práctico para Evaluar un Plan

Con todo esto como contexto, a continuación presentamos un enfoque práctico para evaluar realmente un plan Medicare Advantage específico que esté considerando, en lugar de simplemente reaccionar a un folleto o a un anuncio publicitario.

Comience por sus proveedores. Antes que nada, verifique si sus médicos actuales, especialistas y hospitales preferidos están en la red del plan. Este único paso elimina más dolores de cabeza que cualquier otro, porque un plan puede verse excelente en papel y aun así obligarlo a cambiar de médico.

Revise el formulario de medicamentos. Si el plan incluye cobertura de medicamentos, busque sus medicamentos específicos en el formulario de medicamentos del plan — su lista de medicamentos cubiertos — y vea en qué nivel se encuentran y cuánto le costarán. Un plan que en general parece asequible aún puede resultar costoso para usted en

particular si sus medicamentos específicos tienen un precio alto en el formulario de ese plan.

Observe el máximo de gastos de bolsillo. Todo plan Medicare Advantage está obligado a poner un límite a cuánto pagará usted de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B en un año determinado, pero ese límite varía según el plan. Esta cifra es la que más importa si alguna vez tiene un evento de salud grave, así que no la pase por alto solo porque hoy se sienta saludable.

Revise los beneficios adicionales de manera realista. Si los beneficios dentales, de la vista, de audición o de acondicionamiento físico le importan, observe exactamente qué está cubierto, cuál es la asignación anual, y si existen restricciones de red para usarlos — no solo si el beneficio existe de nombre.

Verifique la calificación de estrellas de ese plan y año específicos. Úsela como una señal de calidad junto con todo lo demás, recordando que puede cambiar anualmente y que se aplica a un contrato de plan específico, no a toda la línea de productos de una aseguradora.

No se detenga en la prima. Una prima baja, o incluso de cero, le dice casi nada sobre lo que pagará cuando realmente necesite atención médica. Observe el panorama completo — prima, copagos, coseguro, deducibles si los hay, y ese máximo de gastos de bolsillo — en conjunto.

Repasar esta lista de verificación toma más tiempo que hojear un correo publicitario, pero es la diferencia entre elegir un plan que se ajusta a su vida y descubrir las brechas solo después de ya estar inscrito.

Puntos Clave

- Medicare Advantage (Parte C) entrega sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare a través de una aseguradora privada en lugar de directamente del gobierno, y la mayoría de los planes también incluyen la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- Los planes generalmente utilizan redes de proveedores — los planes estilo HMO suelen exigir permanecer dentro de la red y obtener referencias, mientras que los planes estilo PPO por lo general ofrecen más flexibilidad para salir de la red a un costo más alto — y las reglas exactas varían según el plan y la ubicación.
- Muchos planes, aunque no todos, ofrecen beneficios adicionales como cobertura dental, de la vista, de audición o de acondicionamiento físico, pero la disponibilidad y la generosidad varían ampliamente según el plan y el código postal, así que siempre verifique los detalles específicos en lugar de asumirlos.
- CMS le asigna a cada plan una calificación de estrellas de 1 a 5 según medidas de calidad, y una oportunidad especial de inscripción (que va del 8 de diciembre al 30 de noviembre) le permite cambiarse a un plan de 5 estrellas en su área si hay uno disponible.
- El plan adecuado depende de sus médicos específicos, sus medicamentos, sus hábitos de viaje y su presupuesto — siempre verifique la participación en la red y el

formulario de medicamentos antes de inscribirse, no solo la prima o los beneficios publicitados.

- Debido a que la disponibilidad, los costos y los beneficios cambian anualmente y varían según el código postal, confirme los detalles actuales directamente en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o con un agente de seguros con licencia antes de tomar una decisión; nada en este capítulo constituye asesoramiento personalizado.

Capítulo 4: Medicare Supplement (Medigap): Cómo llenar los vacíos

Si ha pasado algún tiempo leyendo sobre Medicare Original, probablemente haya notado algo que sorprende a muchas personas: Medicare no paga por todo, y no existe un límite máximo de lo que usted podría llegar a deber de su bolsillo en un año determinado. La Parte A (seguro de hospital) viene con un deducible cada vez que lo internan. La Parte B (seguro médico) generalmente paga el 80% del costo aprobado para atención ambulatoria y visitas al médico, lo que significa que usted es responsable del 20% restante, sin ningún límite de cuánto puede llegar a ser ese 20% si tiene una enfermedad o lesión grave. Para alguien que maneja una condición crónica, se está recuperando de una cirugía, o simplemente intenta planificar un presupuesto de jubilación fijo, ese tipo de exposición abierta puede resultar inquietante.

Este es exactamente el vacío que el seguro Medicare Supplement — conocido comúnmente como Medigap — fue diseñado para atender. En este capítulo, repasaremos qué es Medigap, cómo funciona junto con Medicare Original, por qué las letras de los planes que usted verá (Plan G, Plan N, entre otros) están más estandarizadas de lo que podría esperar, y por qué elegir el momento correcto para inscribirse puede importar más que casi cualquier otra decisión que tome en este proceso. También cubriremos lo que Medigap no hace, para que usted parta con expectativas realistas.

Como con todo en esta guía, este capítulo tiene fines educativos generales únicamente. No constituye asesoría legal, financiera, fiscal ni de seguros, y no sustituye una conversación con un agente de seguros con licencia ni la verificación de los detalles oficiales en Medicare.gov. Los costos, las reglas y las cifras pueden cambiar de un año a otro, así que confirme siempre los números vigentes antes de tomar una decisión.

Qué es Medigap en realidad

Medigap es un seguro privado que funciona *junto con* Medicare Original, no en lugar de este. Piense en él como una segunda capa que se coloca sobre las Partes A y B. Cuando usted recibe atención médica, Medicare paga su parte primero, y luego su póliza de Medigap puede cubrir una parte o la totalidad de los costos restantes, dependiendo de qué plan tenga. Eso podría incluir cosas como:

- El deducible de hospital de la Parte A que de otro modo pagaría de su bolsillo al comienzo de una estadía hospitalaria.
- El coseguro del 20% que normalmente debería pagar por los servicios ambulatorios de la Parte B.
- El coseguro por estadías hospitalarias prolongadas o atención en un centro de enfermería especializada.
- En algunos casos, una parte de los costos asociados con la atención de emergencia médica en el extranjero.

La combinación exacta de lo que está cubierto depende por completo de qué letra de plan elija, tema que abordaremos en breve. Pero la idea central es la misma en todos los casos: Medigap existe para suavizar la imprevisibilidad financiera que conlleva la estructura de

costos compartidos de Medicare Original. No está ahí para reemplazar su cobertura de Medicare, sino para cubrir parte de lo que queda sin cubrir.

Vale la pena detenerse en por qué ese vacío es tan importante. Medicare Original, por sí solo, no tiene un máximo anual de gastos de bolsillo. Si usted necesitara atención hospitalaria extensa o una serie de procedimientos en un solo año, únicamente el coseguro del 20% en los servicios de la Parte B podría sumar una cantidad considerable, sin nada que lo detenga. Los planes Medigap son una de las principales herramientas que las personas usan para protegerse de ese tipo de riesgo abierto, convirtiendo un gasto impredecible en una prima mensual más predecible.

Cómo funcionan las letras de los planes y la estandarización

Si comienza a investigar sobre Medigap, rápidamente se encontrará con una serie de letras: Plan A, Plan G, Plan N, y así sucesivamente. Esto puede parecer confuso al principio, pero el sistema detrás de ello en realidad está pensado para facilitar la comparación, no para complicarla.

En la mayoría de los estados, los planes Medigap están estandarizados. Eso significa que un Plan G vendido por una aseguradora debe ofrecer el mismo conjunto de beneficios básicos que un Plan G vendido por cualquier otra compañía. Las aseguradoras no pueden reducir lo que está incluido en un plan de una letra determinada; en realidad, solo pueden competir en precio, servicio al cliente y estabilidad financiera. Así que, en lugar de tener que descifrar una lista densa de servicios cubiertos cada vez que revisa el folleto de una compañía diferente, usted puede concentrar su comparación principalmente en el costo de la prima y la reputación de la aseguradora, ya que los beneficios subyacentes de esa letra son los mismos sin importar quién la venda.

Dicho esto, las primas para exactamente la misma letra de plan pueden variar bastante de una aseguradora a otra, y según el lugar donde usted viva. Las aseguradoras fijan el precio de sus pólizas Medigap de manera diferente según su propia experiencia con reclamos, los costos de atención médica locales y su estrategia comercial, por lo que realmente vale la pena comparar cotizaciones de varias compañías para la misma letra de plan, en lugar de asumir que la primera que ve es representativa.

Un matiz regional importante: tres estados —Massachusetts, Minnesota y Wisconsin— estandarizan sus planes Medigap de manera diferente al resto del país. Si usted vive en uno de esos estados, el sistema de letras de planes descrito aquí puede verse algo distinto, y le convendrá consultar el enfoque específico de su estado en lugar de asumir que se aplica la estructura estándar de letras. El departamento de seguros de su estado o un agente con licencia familiarizado con su estado pueden explicarle la versión local.

Acceso a nivel nacional, sin necesidad de red

Una de las características que más aprecian las personas en Medigap es la forma en que maneja el acceso a proveedores. Los planes Medicare Advantage (que cubrimos en el Capítulo 3) generalmente operan con redes, lo que significa que a menudo se espera que

usted use médicos, especialistas y hospitales que participan en la red de ese plan, o que pague más si sale de ella. Medigap no funciona así.

Debido a que Medigap complementa a Medicare Original en lugar de reemplazarlo, por lo general usted no está restringido a ninguna red. Si un médico, especialista u hospital acepta Medicare —lo cual hace la gran mayoría a nivel nacional—, generalmente puede consultarlo, ya sea un proveedor local cerca de su casa o un especialista al otro lado del país mientras visita a su familia o pasa parte del año en otro lugar. Para los jubilados que viajan con frecuencia, dividen su tiempo entre dos estados, o simplemente desean la libertad de elegir a sus propios médicos sin tener que consultar antes un directorio de red, esta ausencia de restricciones de red suele ser uno de los mayores atractivos de una póliza Medigap. Tampoco suele ser necesario obtener referencias para ver a un especialista, ya que esa es una característica del propio Medicare Original, sobre el cual se construye Medigap.

La ventana de 6 meses que importa más que casi cualquier otra cosa

Si hay un solo punto de este capítulo para subrayar, resaltar y recordar, es este: elegir el momento correcto para inscribirse en Medigap puede marcar la diferencia entre una aceptación garantizada y un camino mucho más difícil.

Así es como funciona. Usted tiene un Período de Inscripción Abierta de Medigap único, de 6 meses, que comienza el mes en que cumple 65 años y está inscrito en la Parte B de Medicare. Durante esta ventana de 6 meses, usted cuenta, en la mayoría de las circunstancias, con lo que se conoce comúnmente como derechos de “emisión garantizada”, lo que significa que una aseguradora no puede negarle una póliza Medigap, cobrarle más, ni hacerlo esperar para la cobertura de una condición preexistente basándose en su historial de salud. Usted puede inscribirse sabiendo que su estado de salud, en esencia, no es un factor.

Esta es una experiencia significativamente distinta de lo que puede ocurrir fuera de esa ventana. Una vez que su Período de Inscripción Abierta de 6 meses ha pasado, las aseguradoras en la mayoría de los estados generalmente pueden aplicar suscripción médica cuando usted solicita una póliza Medigap. La suscripción médica significa que la aseguradora puede revisar su historial de salud y, dependiendo de lo que encuentre, negar su solicitud, cobrarle una prima más alta o, en algunos casos, imponer un período de espera antes de que ciertas condiciones queden cubiertas. En otras palabras, las protecciones que tenía durante esa ventana inicial en gran medida desaparecen una vez que esta se cierra, a menos que usted califique para uno de un conjunto limitado de circunstancias especiales que pueden restablecer los derechos de emisión garantizada (como ciertas situaciones relacionadas con la pérdida de otra cobertura), situaciones que vale la pena conversar con un agente con licencia si cree que alguna podría aplicarse a su caso.

Por eso se anima a tantas personas que se inclinan hacia Medigap a tomar esa decisión a los 65 años, justo cuando se inscriben por primera vez en la Parte B, en lugar de esperar y ver qué pasa. Si usted retrasa la inscripción en la Parte B —por ejemplo, porque todavía trabaja y tiene cobertura de un plan de su empleador—, su ventana de 6 meses para Medigap no

comienza hasta que efectivamente se inscriba en la Parte B, por lo que el reloj no necesariamente empieza a correr en el momento en que cumple 65 años si tiene una razón válida para retrasarlo. Pero una vez que esa ventana se abre, tratarla como una oportunidad por tiempo limitado, en lugar de algo a lo que puede volver indefinidamente, puede beneficiarlo. Si cree que Medigap podría formar parte de su plan más adelante, vale la pena entender exactamente cuándo se abre y se cierra su ventana personal, ya que las reglas pueden variar según su situación individual.

Lo que Medigap no cubre

Los planes Medigap son valiosos, pero es igual de importante entender sus límites, porque ningún plan lo cubre todo.

Medigap por lo general no incluye cobertura de medicamentos recetados. Ese es el papel de la Parte D de Medicare, un tipo de plan independiente que abordamos en el Capítulo 6, junto con la forma en que se conecta con Medicaid para quienes califican para asistencia adicional. Si usted se inscribe en Medigap, típicamente necesitará combinarlo con un plan independiente de la Parte D si desea cobertura de medicamentos recetados.

Medigap tampoco suele cubrir la atención dental, de la vista o auditiva de rutina; cosas como exámenes de la vista anuales, limpiezas dentales o audífonos. Esto queda fuera de lo que Medicare Original y Medigap están diseñados para manejar, y se aborda por separado en el Capítulo 8. Si mantener cobertura para esos servicios de rutina es importante para usted, probablemente querrá considerar un plan dental, de la vista y auditivo independiente, u otra opción suplementaria junto con su póliza Medigap.

Más allá de eso, Medigap no ofrece el tipo de beneficios adicionales que a veces se incluyen en los planes Medicare Advantage, como membresías a programas de acondicionamiento físico o asignaciones para artículos de venta libre; esos beneficios son específicos de ciertos planes Medicare Advantage y no forman parte de la estructura de Medigap. Y debido a que Medigap funciona junto con Medicare Original en lugar de reemplazarlo, usted seguirá teniendo que pagar su prima de la Parte B además de su prima de Medigap; Medigap es una capa adicional de protección, no un sustituto de sus costos actuales de Medicare.

Quiénes tienden a beneficiarse más de Medigap

La situación de cada persona es diferente, y el Capítulo 5 presentará una comparación más completa entre Medigap y Medicare Advantage para ayudarlo a reflexionar sobre qué camino podría adaptarse a sus circunstancias. Pero, en términos generales, Medigap tiende a atraer más a las personas que le dan un alto valor a algunas cosas en particular.

Si los costos predecibles y estables le importan más que una prima mensual más baja, la estructura de Medigap —en la que el plan absorbe gran parte del costo compartido impredecible que conlleva Medicare Original— puede valer la pena a cambio de una prima más alta, a cambio de menos sorpresas durante una estadía hospitalaria o un evento médico importante. Si usted tiene necesidades de salud continuas, ve a varios especialistas, o simplemente desea la flexibilidad de elegir a casi cualquier proveedor que acepte Medicare sin preocuparse por referencias o restricciones de red, esa flexibilidad a nivel

nacional es una de las fortalezas más claras de Medigap. Y si viaja con frecuencia, pasa parte del año en un estado diferente, o divide su tiempo entre residencias, no estar atado a una red local puede ser una conveniencia genuina y no solo algo agradable de tener.

Por otro lado, las personas que se sienten cómodas con una estructura basada en redes a cambio de costos mensuales potencialmente más bajos, o que desean extras combinados como cobertura dental y de la vista incluidos en un solo plan, a veces se inclinan por Medicare Advantage en su lugar. Ningún camino es universalmente “mejor”; depende de su situación de salud, su presupuesto, sus hábitos de viaje y qué compensaciones le parezcan adecuadas. Ese es exactamente el terreno que el Capítulo 5 está diseñado para ayudarlo a recorrer.

Uniendo todo

Medigap existe para responder a un problema específico: Medicare Original cubre una gran cantidad de cosas, pero no limita lo que usted podría llegar a deber, y su estructura de costos compartidos puede crear una exposición financiera real. Una póliza Medigap, adquirida durante su Período de Inscripción Abierta de 6 meses, cuando su salud generalmente no es una barrera para la cobertura, puede convertir parte de esa imprevisibilidad en un costo mensual más estable y más fácil de planificar, todo mientras conserva su capacidad de ver a casi cualquier proveedor que acepte Medicare en todo el país sin que una red se interponga en el camino.

No es una solución completa por sí sola. Usted todavía tendrá que pensar en la cobertura de medicamentos recetados, la atención dental y de la vista de rutina, y si la compensación entre el costo de la prima y el riesgo reducido de gastos de bolsillo tiene sentido para su situación de salud y financiera particular. Pero para muchos jubilados, especialmente aquellos que valoran la flexibilidad y la previsibilidad por encima de todo, Medigap llena un vacío que de otro modo quedaría completamente abierto.

Debido a que las reglas de Medigap, los derechos de emisión garantizada y los precios pueden variar según el estado y cambiar de un año a otro, vale la pena confirmar los detalles vigentes en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o con el departamento de seguros de su estado, y hablar con un agente de seguros con licencia que pueda evaluar su situación específica antes de que usted se inscriba.

Puntos clave

- Medigap funciona junto con Medicare Original (no en lugar de este) para ayudar a cubrir los deducibles y el coseguro que las Partes A y B dejan bajo su responsabilidad, atendiendo el hecho de que Medicare Original no tiene un límite máximo anual de gastos de bolsillo.
- Las letras de los planes Medigap están estandarizadas en la mayoría de los estados, de modo que la misma letra (como el Plan G) ofrece los mismos beneficios básicos sin importar qué aseguradora lo venda, aunque las primas para esa misma letra pueden variar según la compañía y la ubicación, por lo que vale la pena comparar.

- Massachusetts, Minnesota y Wisconsin estandarizan Medigap de manera diferente al resto de los estados; consulte las reglas específicas de su estado si vive en uno de ellos.
- Medigap generalmente le permite consultar a cualquier proveedor a nivel nacional que acepte Medicare, sin una red en el sentido tradicional.
- Su Período de Inscripción Abierta de Medigap de 6 meses —que comienza el mes en que cumple 65 años y está inscrito en la Parte B— es generalmente el mejor momento para inscribirse, ya que las aseguradoras no pueden negarle la cobertura ni cobrarle más según su salud durante esa ventana; fuera de ella, la suscripción médica puede aplicarse en la mayoría de los estados.
- Medigap generalmente no cubre medicamentos recetados ni la atención dental, de la vista y auditiva de rutina, por lo que probablemente necesitará planificar esas coberturas por separado.

Este capítulo tiene fines educativos generales únicamente y no constituye asesoría legal, financiera, fiscal ni de seguros. No sustituye la orientación de un agente de seguros con licencia ni los recursos oficiales disponibles en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov). Las cifras y las reglas mencionadas aquí pueden cambiar anualmente; verifique siempre los detalles vigentes antes de tomar decisiones de cobertura.

Capítulo 5: Medicare Advantage frente a Medigap: cómo elegir el camino correcto

A estas alturas, usted ya ha leído cómo funciona Medicare Advantage y cómo funciona el Seguro Suplementario de Medicare, comúnmente llamado Medigap. Ha visto el funcionamiento de cada uno. Lo que probablemente todavía necesita es una forma de pensar en cuál se ajusta mejor a su vida. Para eso está este capítulo.

No existe una opción universalmente “mejor” entre Medicare Advantage y Medigap. Ambas son formas legítimas y ampliamente utilizadas de cubrir los vacíos que deja Medicare Original, y millones de personas están felizmente inscritas en cada una. La respuesta correcta depende de cómo utiliza los servicios de salud, dónde vive y viaja, cómo se siente respecto al papeleo y la previsibilidad, y qué concesiones está personalmente dispuesto a aceptar. Este capítulo no le dirá qué camino tomar. Lo guiará a través de las dimensiones que suelen ser más importantes, para que pueda sopesarlas en función de sus propias circunstancias, idealmente con la ayuda de un agente de seguros con licencia que pueda analizar su situación específica (más sobre cómo trabajar con un agente en el Capítulo 16).

Analicemos la decisión a través de algunas perspectivas prácticas.

Previsibilidad de costos frente a primas iniciales más bajas

Una de las mayores diferencias entre estos dos caminos no es solo “cuánto pago”, sino “cómo lo pago y cuándo”. (Cubriremos las cifras concretas en el Capítulo 11; aquí nos enfocamos en la forma del costo, no en su tamaño).

Las pólizas Medigap generalmente se basan en un intercambio: a menudo usted paga una prima mensual más alta, pero más constante, a cambio de que la póliza cubra la mayor parte o la totalidad del costo compartido que deja Medicare Original: deducibles, copagos, coseguro. Una vez que entiende su prima, su exposición financiera en un año determinado tiende a ser bastante previsible, ya sea que tenga un año tranquilo en cuanto a salud o un año lleno de citas y procedimientos. Esa previsibilidad es lo principal por lo que la gente está pagando.

Los planes Medicare Advantage generalmente invierten ese arreglo. Las primas mensuales suelen ser más bajas, y en muchos casos pueden ser de \$0, pero por lo general usted está expuesto a copagos, coseguro y deducibles a medida que utiliza atención médica durante el año, hasta un máximo anual de gastos de bolsillo establecido por el plan. Para alguien que utiliza muy pocos servicios de salud, esto puede significar un costo total más bajo. Para alguien que termina necesitando mucha atención en un año determinado, los gastos de bolsillo pueden acumularse antes de que el máximo del plan entre en vigor y limite el gasto adicional.

Ninguna estructura es inherentemente más económica. Depende de cuánta atención médica realmente termine utilizando en un año determinado y de cuánta incertidumbre esté dispuesto a asumir de mes a mes.

Flexibilidad de la red de proveedores frente a redes estructuradas

Esta suele ser la dimensión que más importa en el día a día, especialmente para las personas que tienen relaciones establecidas con médicos o especialistas específicos.

Medigap se combina con Medicare Original, lo que significa que, en general, usted puede consultar a cualquier médico u hospital del país que acepte Medicare, sin necesidad de referidos ni de preocuparse por si un proveedor está “dentro de la red”. Si divide su atención entre un especialista al otro lado de la ciudad y un médico de cabecera cerca de su hogar, o simplemente desea la libertad de elegir a cualquier proveedor que participe en Medicare sin pensarlo dos veces, esta estructura elimina una capa de fricción.

Los planes Medicare Advantage, por otro lado, generalmente operan a través de redes de proveedores definidas, de manera similar a como funcionan muchos planes de salud patrocinados por empleadores. Dependiendo del plan, esto puede significar una red de estilo HMO, en la que usted elige un médico de atención primaria y necesita referidos para ver a especialistas, o una red de estilo PPO, con más flexibilidad para acudir a proveedores fuera de la red a un costo más alto. Algunos planes requieren autorización previa antes de aprobar ciertos servicios o procedimientos. Nada de esto convierte a Medicare Advantage en una mala elección; muchas personas están perfectamente satisfechas con la red de proveedores de su plan y nunca notan una limitación, particularmente si sus médicos preferidos participan en ella. Pero sí significa que debe pensar si sus médicos actuales, o los especialistas que pueda necesitar en el futuro, forman parte de la red de proveedores del plan que está considerando, y si la idea de los referidos y las autorizaciones previas le parece un inconveniente menor o una verdadera fuente de fricción.

Beneficios adicionales: incluidos en el paquete o comprados por separado

Muchos planes Medicare Advantage incluyen beneficios adicionales que Medicare Original no cubre por sí solo, como cobertura dental, de la vista o auditiva de rutina, y a veces otros extras según el plan y el lugar donde usted viva. Para algunas personas, esta combinación de beneficios en un solo paquete es una verdadera comodidad: un plan, una tarjeta, beneficios incluidos.

Medigap no funciona de esta manera. Está diseñado específicamente para cubrir los vacíos de costo compartido de Medicare Original, y no incluye beneficios dentales, de la vista o auditivos. Si opta por la vía de Medigap y desea ese tipo de cobertura, generalmente necesitará comprarla por separado, lo cual cubriremos en el Capítulo 8.

Al sopesar esta disyuntiva, vale la pena preguntarse no solo “¿este plan incluye beneficios adicionales?”, sino “¿qué tan sólidos son esos beneficios y realmente cubrirían lo que necesito?”. Los beneficios adicionales incluidos en el paquete pueden variar bastante de un plan a otro, y una póliza dental o de la vista independiente, comprada por separado, puede, dependiendo de sus necesidades, ofrecer una cobertura más sólida que la incluida en un plan Medicare Advantage en particular. No hay atajos aquí más que comparar lo que realmente se ofrece con lo que probablemente usted usaría.

Patrones de viaje: quienes pasan parte del año en otro estado y viajeros frecuentes

Si usted pasa parte del año en un estado diferente, conduce por todo el país para visitar a su familia, o simplemente le gusta la idea de no preocuparse por la cobertura sin importar dónde se encuentre, esta dimensión merece un peso real en su decisión.

Las pólizas Medigap generalmente viajan con usted. Debido a que funcionan junto con Medicare Original, y Medicare Original es aceptado por proveedores en todo el país, un titular de una póliza Medigap normalmente puede consultar a cualquier proveedor que participe en Medicare en cualquier estado sin preocuparse por restricciones de la red de proveedores. Esta es una de las razones más comunes por las que las personas que dividen su tiempo entre dos estados, a veces llamadas “snowbirds” (quienes pasan parte del año en otro estado), se inclinan hacia Medigap.

Los planes Medicare Advantage generalmente se construyen en torno a una red de proveedores local o regional, y esa red normalmente no se extiende a nivel nacional. Algunos planes Medicare Advantage sí ofrecen cobertura limitada fuera de la red para emergencias o atención de urgencia, y algunos diseños de planes más recientes ofrecen mayor flexibilidad para viajar, pero esto varía significativamente según el plan y no es algo que deba darse por sentado. Si tiene una residencia principal en un estado durante parte del año y otra residencia en otro lugar, vale la pena examinar detenidamente si la red de proveedores de un plan Medicare Advantage determinado realmente le serviría bien en ambos lugares, o si en la práctica solo estaría cubierto para emergencias mientras se encuentra fuera.

Su estado de salud y la frecuencia con la que espera necesitar atención

Es incómodo pensar en esto, pero una parte útil de esta decisión implica ser honesto consigo mismo respecto a su salud actual y la frecuencia con la que probablemente necesitará atención médica en los próximos años.

Si goza de buena salud, visita al médico con poca frecuencia y no anticipa procedimientos importantes, un plan Medicare Advantage con una prima más baja podría significar que pague menos en total en un año determinado, ya que no estaría pagando tanto por una cobertura que no utiliza intensamente. Si maneja una afección crónica, consulta a varios especialistas o anticipa procedimientos o estadías hospitalarias, la previsibilidad que ofrece Medigap —saber que sus costos principales están en gran medida cubiertos independientemente de cuánta atención utilice— puede valer más para usted que la prima inicial más baja de un plan Medicare Advantage.

Esto tampoco se trata solo de la salud actual. Vale la pena pensar unos años hacia el futuro. Las necesidades de salud tienden a aumentar con la edad, y la elección que haga ahora puede ser más fácil o más difícil de cambiar más adelante, dependiendo de su salud en el momento en que intente cambiarla, lo cual nos lleva a un punto que sorprende a muchas personas.

El punto que a menudo se pasa por alto: cambiar más adelante no siempre es sencillo

Aquí hay algo que vale la pena considerar detenidamente, porque es una de las partes más importantes y menos comprendidas de toda esta decisión.

Cuando se vuelve elegible para Medicare por primera vez, generalmente tiene un período, a menudo vinculado a su período de inscripción abierta de Medigap, durante el cual puede comprar una póliza Medigap sin responder preguntas sobre su salud ni ser rechazado por su historial médico. Durante ese período, las compañías de seguros generalmente no pueden rechazarlo ni cobrarle más debido a condiciones preexistentes.

Una vez que ese período se cierra, las reglas cambian. Si se inscribe primero en Medicare Advantage y más adelante decide que prefiere cambiarse a Medigap, tal vez porque su salud ha cambiado, se mudó a una zona con una red de proveedores que no le gusta, o simplemente desea la previsibilidad que ofrece Medigap, puede encontrarse con que las aseguradoras tienen permitido hacer preguntas sobre su salud y, dependiendo de su estado y de su historial médico, podrían cobrarle más o negarse a venderle una póliza. Esto se conoce comúnmente como suscripción médica (“medical underwriting”). Algunos estados tienen sus propias reglas que ofrecen protecciones adicionales o derechos de emisión garantizada en determinadas situaciones, por lo que esto varía según el lugar donde viva, y vale la pena consultar las reglas específicas de su estado o preguntarle a un agente con licencia al respecto. Pero, como norma general, la capacidad de cambiarse libremente de Medicare Advantage a Medigap más adelante no está garantizada de la misma manera que podría estarlo durante su período inicial de inscripción.

Esto no significa que Medicare Advantage sea una puerta sin retorno para todos; algunas personas sí cambian más adelante, especialmente durante los períodos de inscripción anual que se cubren en el Capítulo 13, o si a su situación le corresponde un derecho de emisión garantizada. Pero sí significa que elegir Medicare Advantage ahora, suponiendo que simplemente podrá cambiarse a Medigap cuando quiera, no es algo con lo que deba contar. Si la flexibilidad a largo plazo para pasarse a Medigap le importa, vale la pena tenerlo en cuenta en su decisión de hoy, no después de que su salud cambie.

El movimiento inverso, de Medigap a Medicare Advantage, generalmente no conlleva esta misma preocupación de suscripción médica, ya que los planes Medicare Advantage por lo general no pueden negarle la cobertura según su estado de salud durante períodos de inscripción válidos. Esta asimetría es parte de la razón por la que tantas personas dicen que vale la pena reflexionar detenidamente sobre esta decisión desde el principio, en lugar de tratarla como algo fácilmente reversible.

Una lista de autorreflexión

Antes de seguir adelante, puede ser útil sentarse con una libreta, o con esta lista, y responder estas preguntas con honestidad. No hay respuestas correctas, solo respuestas que son correctas para usted.

- **¿Qué tan previsibles quiero que sean mis costos de atención médica?**
¿Preferiría pagar un poco más cada mes para tener menos sorpresas, o aceptar cierta imprevisibilidad a cambio de una prima mensual más baja?
- **¿Son importantes para mí conservar a mis médicos y especialistas actuales?**
¿He verificado si participan en la red de proveedores de algún plan Medicare Advantage que esté considerando?
- **¿Cuánto viaje y a dónde?** ¿Divido mi tiempo entre estados, hago viajes prolongados, o quiero la libertad de consultar a cualquier proveedor a nivel nacional sin pensarlo dos veces?
- **¿Cómo describiría mi salud actual, con honestidad?** ¿Manejo alguna afección crónica, y con qué frecuencia consulto actualmente a médicos o especialistas?
- **¿Cómo me siento respecto a los referidos y las autorizaciones previas?** ¿Me molestaría esa estructura adicional, o apenas la notaría?
- **¿Quiero que la cobertura dental, de la vista o auditiva esté incluida en el paquete, o preferiría comprarla por separado** y comparar lo que realmente cubre?
- **¿Cuánto me importa la flexibilidad a largo plazo?** Si mi salud cambia en cinco o diez años, ¿querría tener la opción de cambiarme a Medigap, y me siento cómodo con el hecho de que esto puede no estar garantizado una vez que se cierre mi período inicial?
- **¿He hablado de esto con un agente de seguros con licencia** que pueda analizar los planes específicos disponibles donde vivo y ayudarme a compararlos uno al lado del otro?

No es necesario responder estas preguntas solo. Un agente con licencia puede analizar con usted su situación específica, los planes realmente disponibles en su área, y cómo se traducen estas disyuntivas en cifras reales, lo cual abordaremos en el Capítulo 11.

Qué sigue

Cualquiera que sea el camino que le parezca correcto hasta ahora, hay otra capa que considerar y que atraviesa ambos caminos: la cobertura de medicamentos recetados. Ya sea que se incline por Medicare Advantage o por Medigap, la forma en que cubrirá sus medicamentos es una decisión separada con su propio conjunto de reglas, y está estrechamente vinculada a los programas que ayudan con los costos a las personas que califican. Ahí es hacia donde nos dirigimos a continuación.

Puntos clave

- Medicare Advantage y Medigap representan disyuntivas diferentes, no una elección de “mejor frente a peor”; la opción adecuada depende de su salud, sus finanzas, sus hábitos de viaje y su nivel personal de comodidad con la previsibilidad frente a la flexibilidad.
- Medigap tiende a ofrecer costos más previsibles y acceso a proveedores en todo el país, lo cual puede importar más si viaja con frecuencia, divide su tiempo entre estados o maneja necesidades de salud continuas.

- Medicare Advantage a menudo tiene primas iniciales más bajas y puede incluir beneficios adicionales como cobertura dental o de la vista, pero por lo general viene con redes de proveedores estructuradas, referidos o autorizaciones previas, según el plan.
- Cambiarse de Medicare Advantage a Medigap más adelante no siempre está garantizado que sea sencillo; fuera de su período inicial de inscripción, las aseguradoras pueden usar la suscripción médica, por lo que vale la pena pensar en la flexibilidad a largo plazo ahora, en lugar de asumir que podrá cambiarse libremente más adelante.
- Tómese el tiempo para evaluar honestamente su estado de salud, sus relaciones con proveedores y sus patrones de viaje utilizando la lista de autorreflexión, y no dude en analizar los detalles con un agente de seguros con licencia.
- Este capítulo es solo información educativa, no asesoramiento personalizado de seguros, legal, financiero o fiscal; su decisión debe basarse en sus propias circunstancias y, idealmente, en la orientación de un agente con licencia y de los recursos oficiales de Medicare.

Capítulo 6: cobertura de medicamentos recetados (Parte D) y la conexión con Medicaid

Si alguna vez se ha quedado parado frente al mostrador de la farmacia y ha sentido que el estómago se le encoge al ver el precio en la caja registradora, ya entiende por qué este capítulo es importante. Los costos de los medicamentos recetados son uno de los mayores factores de incertidumbre financiera durante la jubilación, y la Parte D de Medicare existe precisamente para ayudarle a manejar ese riesgo. Este capítulo le explica cómo funciona la Parte D, un cambio reciente muy importante que limita lo que pagará de su bolsillo cada año, qué sucede si no se inscribe cuando es elegible por primera vez, y cómo encaja Medicaid en el panorama para quienes califican para ambos programas.

Como en cada capítulo de este libro, lo que sigue es información educativa general, no asesoría legal, financiera, fiscal ni de seguros personalizada. Los detalles de los planes, los costos y las reglas pueden cambiar —y de hecho cambian— de un año a otro, así que siempre confirme las cifras actuales directamente en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o con un agente de seguros con licencia antes de tomar decisiones.

Qué Es Realmente la Parte D

La Parte D de Medicare es la porción de Medicare que ayuda a pagar los medicamentos recetados de uso ambulatorio, es decir, los medicamentos que usted recoge en una farmacia, no los medicamentos que se le administran durante una estadía hospitalaria (eso generalmente lo cubre la Parte A) ni ciertos medicamentos que se administran en el consultorio de un médico, como algunas infusiones o inyecciones (que a menudo cubre la Parte B). La Parte D es opcional, pero como verá más adelante en este capítulo, no inscribirse cuando es elegible por primera vez puede costarle más adelante.

A diferencia de Medicare Original, que se administra como un solo programa federal, la cobertura de la Parte D se ofrece completamente a través de compañías de seguros privadas que tienen contratos para ofrecer estos planes. Eso significa que usted tiene decisiones que tomar, y esas decisiones importan.

Puede obtener cobertura de medicamentos de la Parte D de dos maneras:

- **Un plan independiente de la Parte D (PDP, por sus siglas en inglés)**, que usted combina con Medicare Original (Parte A y Parte B) si así es como obtiene su cobertura hospitalaria y médica. Esta es la ruta tradicional: usted elige un plan de medicamentos por separado de su cobertura médica.
- **Incluido dentro de un plan Medicare Advantage (Parte C)**, a menudo denominado plan “MA-PD”. Muchos planes Medicare Advantage incluyen cobertura de medicamentos como parte del paquete, de modo que usted no tiene que administrar dos planes separados ni dos tarjetas separadas.

Cuál ruta le conviene a usted a menudo depende de decisiones que ya ha tomado sobre cómo obtiene su cobertura de Medicare en primer lugar, un tema que se trata a fondo en los Capítulos 3, 4 y 5 de este libro. Lo importante que debe saber aquí es que la cobertura

de la Parte D no es igual para todos: viene en muchos planes distintos, ofrecidos por muchas compañías distintas, cada uno con sus propios costos y reglas, y la disponibilidad varía según el lugar donde usted viva.

Cómo Funcionan los Formularios de Medicamentos y los Niveles de Costo

Cada plan de la Parte D —ya sea independiente o incluido dentro de Medicare Advantage— mantiene lo que se conoce como un **formulario de medicamentos**. Un formulario de medicamentos es simplemente la lista de medicamentos recetados que ese plan acepta cubrir. Ningún plan individual cubre todos los medicamentos que existen en el mercado, así que el formulario es esencialmente el “menú” de medicamentos cubiertos del plan.

Los formularios de medicamentos generalmente se organizan en **niveles**, que son categorías de costo que determinan cuánto pagará usted por un medicamento determinado. Aunque la estructura exacta varía según el plan, un formulario típico podría verse más o menos así:

- **Nivel 1** — Medicamentos genéricos preferidos, generalmente el costo más bajo para usted.
- **Nivel 2** — Medicamentos genéricos.
- **Nivel 3** — Medicamentos de marca preferidos.
- **Nivel 4** — Medicamentos de marca no preferidos, a menudo con costos más altos.
- **Nivel de especialidad** — Medicamentos de alto costo, a veces para condiciones complejas o poco frecuentes, generalmente el nivel más caro.

El mismo medicamento puede estar en un nivel de bajo costo en un plan y en un nivel de costo mucho más alto en otro. Precisamente por eso el “mejor” plan de la Parte D es un cálculo tan personal: depende por completo de qué medicamentos específicos toma usted.

Aquí está la parte que confunde incluso a los compradores más astutos: **los formularios de medicamentos pueden cambiar de un año a otro**. Un medicamento que este año estaba cubierto en un nivel favorable podría pasar a un nivel más alto, quedar sujeto a nuevas restricciones, o ser eliminado por completo del formulario para el año siguiente. Por lo general, se exige a los planes que notifiquen a los miembros sobre los cambios en el formulario, pero la responsabilidad de realmente verificarlo recae en usted.

Por eso vale la pena adoptar el hábito: cada otoño, durante el Período de Inscripción Anual de Medicare (que se trata en el Capítulo 13), saque su lista de medicamentos actual y compárela con el formulario de su plan para el año próximo, incluso si ha estado satisfecho con su plan. Este simple hábito puede ser una de las formas más eficaces de evitar sorpresas desagradables en el mostrador de la farmacia y, dependiendo de su situación, podría ayudarle a encontrar un plan que se ajuste mejor a sus necesidades.

Algunos otros conceptos del formulario de medicamentos que vale la pena conocer:

- **Autorización previa** — Algunos medicamentos requieren que su médico obtenga la aprobación del plan antes de que este cubra el medicamento.

- **Terapia escalonada** — Es posible que se le exija probar primero un medicamento de menor costo antes de que el plan cubra una alternativa más costosa.
- **Límites de cantidad** — Los planes pueden limitar la cantidad de un medicamento que cubrirán durante un período determinado.

Ninguno de estos mecanismos es exclusivo de un solo plan o compañía; son herramientas comunes que se usan en todo el mercado de la Parte D para ayudar a controlar los costos. Pero subrayan por qué es importante leer la letra pequeña (o pedirle a un agente con licencia que le ayude a leerla).

El Límite Anual de \$2,000: Un Cambio Verdaderamente Importante

Si ha tenido un plan de la Parte D durante años, quizás recuerde haber temido un tramo de cobertura al que a veces se le llamaba coloquialmente el “donut hole”: una brecha de cobertura en la que, después de que usted y su plan gastaran cierta cantidad en medicamentos juntos, su parte de los costos aumentaba durante un tiempo antes de que entrara en vigor la cobertura catastrófica. Era confuso, y para las personas con medicamentos costosos, podía significar unos meses genuinamente difíciles con facturas más altas.

Ese concepto ha sido efectivamente eliminado. Desde que entró en vigor la Ley de Reducción de la Inflación, la Parte D de Medicare ahora incluye un **límite anual de gastos de bolsillo**: \$2,000 como cifra de referencia para 2025, sujeta a ajustes por inflación en los años siguientes. Una vez que sus propios gastos de bolsillo en medicamentos cubiertos alcanzan ese límite en un año del plan determinado, sus medicamentos cubiertos le cuestan \$0 durante el resto de ese año.

Vale la pena detenerse a considerar la magnitud de este cambio. Durante décadas, prácticamente no existía un tope de lo que una persona podía llegar a pagar de su bolsillo por medicamentos recetados en un año bajo la Parte D; para las personas que manejaban condiciones graves o crónicas que requerían medicamentos costosos, los costos podían llegar a muchos miles de dólares al año sin ningún límite a la vista. Ahora existe un respaldo firme. Este es uno de los cambios más relevantes para los consumidores que ha tenido Medicare en años, y si usted o un ser querido toma medicamentos de alto costo, merece su atención.

Algunos matices importantes:

- El límite se aplica a sus medicamentos **cubiertos** bajo el formulario de su plan. Los medicamentos fuera del formulario, en general, no cuentan para el límite ni están cubiertos por el beneficio de \$0.
- La cifra en dólares es un valor de referencia que puede ajustarse anualmente, así que el número exacto que verá para el año del plan actual siempre debe confirmarse en Medicare.gov, en lugar de asumir que se mantendrá igual.
- Algunos planes también pueden ofrecer una opción de **plan de pago de medicamentos recetados**, que le permite distribuir sus costos de bolsillo de medicamentos en pagos mensuales más predecibles a lo largo del año, en vez de

enfrentar costos elevados al principio del año antes de alcanzar el límite. Pregunte a su plan o a un agente con licencia si esta opción está disponible y si podría convenirle a su situación.

Para muchos jubilados, este cambio por sí solo puede ser razón suficiente para revisar si su cobertura actual de medicamentos de la Parte D o de Medicare Advantage sigue siendo la más adecuada, no porque la cobertura necesariamente deba cambiar, sino porque el panorama financiero que la sustenta ha cambiado de manera significativa.

Qué Sucede Si No Se Inscribe a Tiempo

Es tentador pensar: “Ahora mismo no tomo ningún medicamento, así que ¿por qué pagar por una cobertura de medicamentos que no necesito?”. Esta es una de las suposiciones más comunes —y costosas— que la gente hace sobre Medicare.

La Parte D, al igual que la Parte B, funciona bajo el principio de “úselo o pierda el precio favorable”. Si no se inscribe en un plan de la Parte D (o en un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) cuando es elegible por primera vez, y no cuenta con otra **cobertura acreditable de medicamentos recetados** —es decir, una cobertura que se considere al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos de Medicare, como la que podría tener a través de un empleador actual—, es posible que enfrente una **multa por inscripción tardía** si decide inscribirse más adelante.

Esta multa no es un cargo único. Por lo general, se agrega a su prima mensual de la Parte D y, en la mayoría de los casos, continúa durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare. El cálculo exacto depende de cuánto tiempo estuvo sin cobertura acreditable, y las cifras específicas en dólares pueden cambiar, por lo que este libro no intentará citar un número; pero el concepto es lo que importa: el costo de esperar puede seguirlo durante años.

El razonamiento detrás de esta regla refleja la lógica general de los seguros: si las personas pudieran esperar a inscribirse hasta enfermarse y necesitar medicamentos costosos, todo el sistema de riesgo compartido se derrumbaría, y es probable que las primas de todos aumentarían como resultado. Al inscribirse a tiempo —incluso si hoy está sano y no toma medicamentos—, usted participa en el fondo común que mantiene los costos más predecibles para todos, incluido usted mismo en el futuro.

La conclusión práctica: aunque actualmente no tome ningún medicamento recetado, generalmente vale la pena inscribirse en alguna forma de cobertura de la Parte D (o confirmar que cuenta con otra cobertura acreditable) durante su Período de Inscripción Inicial. El Capítulo 13 trata en detalle los períodos de inscripción, incluidas las ventanas durante las cuales puede tomar estas decisiones sin penalización.

Qué Es Medicaid, en Términos Generales

Medicare y Medicaid se confunden con frecuencia, en parte porque sus nombres suenan muy parecidos. En realidad, son dos programas completamente distintos:

- **Medicare** es un programa federal de seguro de salud basado principalmente en la edad (65 años o más) o en ciertas discapacidades, en gran medida independiente de los ingresos.
- **Medicaid** es un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos de atención médica de personas con ingresos y recursos limitados. Atiende a una población amplia, que incluye a muchos adultos mayores de bajos ingresos, personas con discapacidades y otras personas que cumplen con los criterios de elegibilidad específicos de su estado.

Debido a que Medicaid se administra a nivel estatal, las reglas de elegibilidad, los beneficios cubiertos y el proceso de solicitud varían según el lugar donde usted viva. No existe una única respuesta nacional a la pregunta “¿califico para Medicaid?”; realmente depende de los límites de ingresos y recursos y de las reglas de su estado. Si cree que usted o un ser querido podría calificar, verificarlo directamente con el programa de Medicaid de su estado es la forma más confiable de averiguarlo, ya que las reglas pueden diferir de manera significativa de un estado a otro.

Para los jubilados con ingresos fijos, Medicaid puede ser una pieza fundamental del rompecabezas. Puede ayudar a cubrir costos que Medicare no paga en su totalidad, y en algunos casos, puede ayudar con cosas como los costos de atención a largo plazo, que quedan fuera del alcance de Medicare. Vale la pena hacer el esfuerzo de averiguar si usted podría calificar, incluso si supone que no lo hará.

Elegible Dual: Cuando Medicare y Medicaid Trabajan Juntos

Algunas personas califican para Medicare y Medicaid al mismo tiempo. A estas personas a menudo se les llama **elegibles duales** (o “duals”, en la jerga de la industria). Si esto lo describe a usted o a alguien de quien usted cuida, vale la pena entenderlo, porque puede afectar de manera significativa los costos de los medicamentos recetados.

Cuando alguien es doblemente elegible, Medicaid puede ayudar a cubrir costos que Medicare por sí solo no cubriría, lo que podría incluir primas, deducibles y montos de costos compartidos, dependiendo del tipo específico de estatus de elegible dual y de las reglas del programa de su estado. Existen distintas categorías de elegibilidad dual, y la combinación específica de beneficios que recibe una persona puede variar, por lo que esta es un área en la que verificar su situación específica importa más que basarse en generalizaciones.

Una conexión especialmente importante para este capítulo: **las personas elegibles duales a menudo califican automáticamente para un programa llamado Ayuda Adicional** (a veces llamado el Subsidio por Bajos Ingresos), diseñado específicamente para reducir los costos de la Parte D, incluidas las primas, los deducibles y los copagos de los medicamentos cubiertos. Si usted es elegible dual, es posible que no necesite solicitarlo por separado; la calificación puede ocurrir automáticamente en muchos casos, aunque siempre vale la pena confirmar su estatus directamente.

La Ayuda Adicional es lo suficientemente importante como para que este libro le dedique un capítulo completo, el Capítulo 14, “Cómo Obtener Ayuda Adicional con los Costos”, que

explica cómo funciona el programa, quiénes más además de las personas elegibles duales podrían calificar, y cómo solicitarlo si no está inscrito automáticamente. Si los costos de los medicamentos recetados son una fuente de estrés financiero para usted o para alguien que usted quiere, ese capítulo vale la pena leerlo con detenimiento.

Uniando Todo

La cobertura de medicamentos recetados es una de esas áreas de Medicare en las que un poco de atención anual rinde beneficios reales. El panorama de los planes cambia cada año: los formularios de medicamentos se modifican, los niveles cambian, los costos se recalculan, y la mejor defensa individual contra costos sorpresa es simplemente comparar su cobertura con su lista de medicamentos cada otoño. El nuevo límite anual de gastos de bolsillo de \$2,000 ha cambiado de manera fundamental, y para mejor, el perfil de riesgo financiero de la Parte D, ofreciendo una tranquilidad genuina para las personas que manejan condiciones crónicas o medicamentos costosos. Y para quienes enfrentan ingresos limitados durante la jubilación, entender la conexión con Medicaid —y si el estatus de elegible dual o la Ayuda Adicional podrían aplicarse— puede abrir puertas a un alivio de costos significativo que muchas personas no se dan cuenta de que existe.

Nada de esto reemplaza una conversación con un agente de seguros con licencia que pueda analizar sus medicamentos específicos, las reglas de su estado y su situación financiera. Pero llegar a esa conversación con una buena comprensión de cómo encajan estas piezas le ayudará a hacer mejores preguntas y a tomar decisiones con más confianza.

Puntos Clave para Recordar

- La cobertura de medicamentos de la Parte D viene ya sea como un plan independiente combinado con Medicare Original, o incluida dentro de un plan Medicare Advantage (MA-PD); la ruta correcta depende de cómo obtenga el resto de su cobertura de Medicare.
- Cada plan de la Parte D tiene un formulario de medicamentos (lista de medicamentos cubiertos) organizado en niveles de costo, y los formularios de medicamentos pueden cambiar anualmente, así que compare sus medicamentos con el formulario de su plan cada otoño.
- Desde que entró en vigor la Ley de Reducción de la Inflación, la Parte D incluye un límite anual de gastos de bolsillo de \$2,000 como cifra de referencia para 2025, ajustado por inflación después, tras el cual los medicamentos cubiertos cuestan \$0 durante el resto del año del plan; esto eliminó efectivamente la antigua brecha de cobertura (conocida como el “donut hole”, ahora eliminada).
- No inscribirse en la Parte D cuando es elegible por primera vez, sin contar con otra cobertura acreditable de medicamentos, puede resultar en una multa por inscripción tardía que se agrega a su prima durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos de Medicare.
- Medicaid es un programa administrado a nivel estatal para personas con ingresos y recursos limitados, separado de Medicare, con reglas de elegibilidad que varían según el estado.

- “Elegible dual” significa calificar tanto para Medicare como para Medicaid; las personas elegibles duales a menudo califican automáticamente para la Ayuda Adicional, que puede reducir significativamente los costos de la Parte D; consulte el Capítulo 14 para una explicación completa.

Capítulo 7: Seguro de indemnización hospitalaria: una red de protección para las estadías hospitalarias

Si ha leído los capítulos sobre Medicare Advantage y el seguro Medicare Supplement, ya sabe que incluso una buena cobertura puede dejarle con gastos de bolsillo reales cuando es hospitalizado. Una estadía en el hospital puede generar un deducible, pagos de coseguro y una lista de gastos menores que Medicare nunca fue diseñado para cubrir en primer lugar: cosas como un taxi de ida y vuelta al hospital, una habitación de hotel para un cónyuge que se hospeda cerca, o simplemente las cuentas cotidianas que no se detienen solo porque usted está en una cama de hospital. Esta es la brecha que el seguro de indemnización hospitalaria está diseñado para atender. En este capítulo, repasaremos qué es este tipo de cobertura, por qué existe junto con Medicare, cómo suele pagar los beneficios, qué buscar al comparar pólizas y algunos ejemplos realistas de cuándo puede marcar la diferencia.

Qué es realmente el seguro de indemnización hospitalaria

El seguro de indemnización hospitalaria es un tipo de póliza complementaria que le paga un beneficio en efectivo si es admitido en un hospital. A diferencia de Medicare o Medicare Advantage, que pagan directamente a los proveedores por los servicios médicos cubiertos, una póliza de indemnización hospitalaria le paga el beneficio directamente a usted, el titular de la póliza, no al hospital, ni al consultorio de un médico, ni a una factura específica. Esa distinción es importante, porque significa que el dinero no está restringido a gastos médicos en absoluto. Puede usarlo para pagar un deducible hospitalario, por supuesto, pero también puede usarlo para el alquiler, los alimentos, el boleto de avión de un cuidador o cualquier otra cosa que surja mientras se recupera.

A esto a veces se le llama plan de “indemnización fija”, y vale la pena detenerse en la palabra “indemnización”, ya que es exactamente el tipo de jerga de seguros que este libro busca desmitificar. En el lenguaje cotidiano de los seguros, un beneficio de indemnización es un pago que se activa por un evento definido —en este caso, una admisión hospitalaria— en lugar de un reembolso vinculado a una factura médica específica. La aseguradora no pregunta “¿cuánto le costó esto?”. Pregunta “¿ocurrió el evento cubierto?”. Si la respuesta es sí, la póliza normalmente paga una cantidad fija en dólares, sin importar cuál resulte ser el monto real de su factura hospitalaria.

Vale la pena aclarar qué no es el seguro de indemnización hospitalaria. No es un sustituto de Medicare, de un plan Medicare Advantage ni de una póliza Medicare Supplement (Medigap). No cubre visitas al médico, medicamentos recetados ni atención médica continua de la manera en que lo hacen esas formas principales de cobertura. Es un producto complementario, lo que significa que está diseñado para funcionar junto con su cobertura de salud principal, añadiendo una capa adicional de apoyo financiero para un tipo específico de evento: una estadía hospitalaria.

Por qué existe este tipo de cobertura

Para entender por qué el seguro de indemnización hospitalaria se ha convertido en un complemento popular para los jubilados, ayuda observar cómo Medicare Original maneja

realmente los costos hospitalarios. Bajo Medicare Original, la Parte A ayuda a cubrir la atención hospitalaria como paciente internado, pero viene con un deducible —en 2026, ese deducible es de \$1,736 por período de beneficios— y si una estadía hospitalaria se extiende más allá de 60 días, se suman cargos de coseguro diario. (Cubriremos el panorama más completo de los costos de Medicare de 2026 en el Capítulo 11; el punto aquí es simplemente el “por qué” detrás de la cobertura de indemnización hospitalaria). Además de eso, Medicare Original no tiene un límite máximo de cuánto podría terminar pagando de su bolsillo en un año determinado. Los planes Medicare Advantage sí incluyen un máximo anual de gastos de bolsillo, lo que ofrece más previsibilidad, pero aun así podría enfrentar copagos diarios por estadías hospitalarias y otros costos compartidos según el plan.

En otras palabras, incluso las personas con una buena cobertura de Medicare pueden llevarse una sorpresa por lo que realmente les cuesta una estadía hospitalaria. Y las facturas médicas suelen ser solo el comienzo. Piense en los costos que suelen surgir en torno a una hospitalización y que no tienen nada que ver con la factura propia del hospital:

- Transporte hacia y desde citas o visitas de seguimiento, especialmente si ya no conduce o vive lejos de un hospital
- Alojamiento para un familiar que viaja para estar con usted o ayudar a coordinar su atención
- Comidas y gastos incidentales para un cónyuge o hijo adulto que lo acompaña
- Ayuda en el hogar —un servicio de jardinería, un servicio de limpieza o cuidado pagado— mientras se recupera
- Ingresos perdidos de un cuidador que trabaja y toma tiempo libre sin goce de sueldo para estar con usted
- Cuentas cotidianas como servicios públicos, pagos de hipoteca o alquiler, y alimentos que no se detienen durante una estadía hospitalaria

Ninguno de estos costos aparece como partida en una factura hospitalaria, por lo que Medicare, Medicare Advantage y las pólizas Medigap nunca fueron diseñados para abordarlos. Esa es la brecha que el seguro de indemnización hospitalaria pretende llenar. Debido a que el beneficio en efectivo no está restringido a gastos médicos, puede adaptarse para cubrir lo que surja, sea médico o no.

También vale la pena señalar que los planes de indemnización hospitalaria generalmente se venden como pólizas independientes relativamente asequibles, lo cual es parte de la razón por la que se han convertido en una pieza común de una estrategia de seguros de jubilación más amplia: una capa más de protección apilada sobre su cobertura principal, en lugar de un sustituto de esta.

Cómo suelen estructurarse los beneficios

Las pólizas de indemnización hospitalaria generalmente pagan de una de dos maneras, y algunos planes combinan ambos enfoques:

Beneficios por día (diarios). Con esta estructura, la póliza paga una cantidad fija en dólares por cada día que está hospitalizado, hasta un número máximo de días por año o por

período de beneficios. Por ejemplo, una póliza podría pagar una cantidad diaria definida a partir del primer día de una admisión, continuando por cada día que permanezca hospitalizado, hasta un límite establecido. Algunas pólizas ofrecen un beneficio mayor para el primer día o los dos primeros días, reconociendo que los costos relacionados con la admisión tienden a concentrarse al inicio, y una cantidad algo menor por cada día adicional después de eso.

Beneficios por admisión (suma global). En lugar de —o además de— un pago diario, algunas pólizas pagan una cantidad fija única cada vez que es admitido en un hospital, sin importar cuánto dure la estadía. Esto puede resultar atractivo porque es simple y predecible: sabe la cifra general que recibiría en el momento en que es admitido, ya sea que le den de alta al día siguiente o una semana después.

Muchas pólizas combinan ambas modalidades, ofreciendo un beneficio de admisión en suma global más una cantidad diaria adicional por cada día después del primero. Algunos planes también incluyen beneficios complementarios más pequeños para eventos relacionados, como una estadía en una unidad de cuidados intensivos, transporte en ambulancia o estado de observación (cuando un hospital lo mantiene en monitoreo sin admitirlo formalmente, una distinción que importa muchísimo a efectos de la cobertura de Medicare, por lo que vale la pena entenderla por sí sola).

Los montos de los beneficios, los períodos máximos de beneficios y cualquier función adicional varían significativamente de una póliza a otra, razón por la cual comparar los planes cuidadosamente es tan importante, un tema al que volveremos en el Capítulo 15.

Qué buscar al comparar pólizas

Si está considerando una cobertura de indemnización hospitalaria, algunas características merecen atención particular, ya que pueden afectar significativamente qué tan útil resulta realmente una póliza cuando la necesita.

Monto del beneficio. Observe detenidamente cuánto paga la póliza por día o por admisión, y si esa cantidad compensa de manera realista el tipo de costos contra los que busca protegerse: un deducible, gastos de viaje o ingresos perdidos de un cuidador. Un beneficio diario muy bajo puede sonar económico, pero podría no brindar mucha ayuda práctica cuando llegue el momento.

Períodos de espera. Muchas pólizas de indemnización hospitalaria incluyen un período de espera, a veces llamado período de eliminación, entre la fecha en que comienza su cobertura y la fecha en que los beneficios se vuelven pagaderos. Esto significa que si es hospitalizado poco después de comprar la póliza, es posible que no reciba ningún beneficio. Los períodos de espera varían según la aseguradora y la póliza, por lo que es importante preguntar directamente cuánto duraría el suyo antes de asumir que está cubierto.

Cláusulas de condiciones preexistentes. Algunas pólizas incluyen una disposición que limita o excluye los beneficios para estadías hospitalarias relacionadas con una condición de salud que usted tenía antes de que la póliza entrara en vigor, al menos durante un período inicial. Si tiene una condición de salud continua, vale la pena preguntar

específicamente cómo define la póliza una condición preexistente, cuánto tiempo hacia atrás considera y cuánto dura cualquier período de exclusión relacionado, ya que esto puede variar considerablemente de una póliza a otra.

Renovabilidad. Pregunte si la póliza es garantizada renovable, lo que significa que la aseguradora debe seguir renovando su cobertura mientras usted pague sus primas, independientemente de los cambios en su salud. Algunas pólizas pueden permitir que la aseguradora haga cambios al momento de la renovación, como ajustar las primas para toda una clase de titulares de pólizas. Comprender los términos de renovación de antemano puede ayudarle a evitar una sorpresa desagradable dentro de unos años.

Máximos y límites de beneficios. Verifique si existe un tope en el número de días por año que la póliza pagará, un número máximo de admisiones cubiertas anualmente, o un beneficio máximo de por vida. Estos límites determinan cuánta protección puede realmente ofrecer la póliza si experimenta más de una hospitalización en un año determinado.

Cómo se pagan los reclamos. Confirme con qué rapidez suelen pagarse los beneficios después de presentar un reclamo, y qué documentación o papeleo se requiere. Debido a que uno de los atractivos de esta cobertura es el acceso rápido a efectivo cuando más lo necesita, un proceso de reclamos lento o complicado puede socavar parte de ese valor.

Costo en relación con el beneficio. Como con cualquier producto de seguro, sopesa la prima que pagaría frente al beneficio que realmente recibiría. Una póliza que cuesta más cada mes de lo que probablemente pagará con el tiempo —dependiendo de su salud, su historial de hospitalizaciones y las circunstancias familiares— puede no ser la opción adecuada para su presupuesto, y ese cálculo es diferente para cada persona.

Debido a que estas características varían tanto entre aseguradoras, generalmente es una buena idea revisar el documento real de la póliza en lugar de basarse únicamente en un resumen, y pedirle a un agente de seguros con licencia que revise los detalles con usted antes de inscribirse. (Hablaemos más sobre cómo trabajar eficazmente con un agente en el Capítulo 16).

Escenarios realistas donde ayuda

Para hacer esto menos abstracto, considere algunos ejemplos genéricos e ilustrativos —no vinculados a ninguna aseguradora o plan específico— de cómo la cobertura de indemnización hospitalaria podría entrar en juego.

Escenario uno: una estadía corta pero costosa. Imagine a una jubilada con Medicare Original que es hospitalizada durante cuatro días después de una caída. El deducible de la Parte A se aplica a la estadía, y para cuando le dan de alta, también ha pagado un viaje compartido para llegar a casa, ya que ya no puede conducir cómodamente después de la lesión, y ha contratado ayuda a tiempo parcial durante algunas semanas mientras recupera fuerzas. Una póliza de indemnización hospitalaria con un beneficio por día podría proporcionar efectivo que ayude a compensar el deducible y le dé flexibilidad para pagar esa ayuda externa, sin tener que recurrir aún más a sus ahorros.

Escenario dos: una estadía más larga con un cuidador que viaja para ayudar. Imagine a una pareja de jubilados en la que uno de los cónyuges es hospitalizado durante más de una semana por un evento cardíaco, y su hijo adulto viaja en avión desde otro estado para ayudar a coordinar la atención y apoyar al otro cónyuge en casa. Entre el boleto de avión, un hotel por algunas noches y las comidas, la visita se suma rápidamente, costos que no tienen nada que ver con la factura del hospital en sí. Un beneficio de suma global por admisión, posiblemente combinado con un beneficio diario para la estadía prolongada, podría ayudar a compensar esos costos incidentales para que la familia no tenga que hacer malabares con ese gasto además de todo lo demás que está sucediendo.

Escenario tres: un afiliado a Medicare Advantage que enfrenta copagos diarios. Considere a alguien inscrito en un plan Medicare Advantage que incluye un copago diario durante los primeros días de una estadía hospitalaria. Aunque el plan limita su gasto de bolsillo anual en general, esos copagos diarios de todos modos deben pagarse en el momento de la estadía. Un beneficio de indemnización hospitalaria pagado directamente a ella podría ayudar a cubrir esos copagos a medida que vencen, aliviando la presión inmediata sobre el flujo de efectivo, aunque sus costos anuales generales estén finalmente limitados por su plan.

En cada uno de estos ejemplos, el beneficio de indemnización hospitalaria no reemplaza a Medicare ni a un plan Medicare Advantage; lo complementa, interviniendo específicamente para el tipo de costos que la cobertura principal no alcanza. Y debido a que el dinero va al titular de la póliza en lugar de a un proveedor, la forma en que se usa depende enteramente de la persona o familia que lo recibe.

Un complemento, no un sustituto

Vale la pena repetirlo: el seguro de indemnización hospitalaria está diseñado para funcionar junto con la cobertura de Medicare, Medicare Advantage y Medigap, no en lugar de ellas. No cubre las visitas médicas de rutina, los medicamentos recetados ni la atención continua a largo plazo, y no es un sustituto de contar con una buena cobertura de salud principal en primer lugar. Dependiendo de su historial de salud, las circunstancias de su familia y su margen financiero, este tipo de póliza puede ser o no una adición significativa a su panorama de cobertura. Como con cualquier decisión de seguros tratada en este libro, lo correcto es examinar de cerca su propia situación, comparar los documentos reales de las pólizas en lugar de los resúmenes de marketing, y hablarlo con un agente de seguros con licencia que pueda ayudarle a evaluar si la protección adicional vale la prima para usted.

Puntos clave

- El seguro de indemnización hospitalaria le paga un beneficio en efectivo directamente a usted si es hospitalizado, y ese dinero puede usarse para cualquier propósito: facturas médicas, viajes, ayuda de cuidado o gastos cotidianos.
- Existe para llenar los vacíos que Medicare, Medicare Advantage y Medigap no abordan, como deducibles, coseguro y costos incidentales como el transporte o los gastos de viaje de un cuidador.

- Los beneficios normalmente se estructuran como un pago por día, una suma global por admisión, o una combinación de ambos, con límites en el número de días o admisiones cubiertas.
- Al comparar pólizas, preste mucha atención al monto del beneficio, a cualquier período de espera antes de que comience la cobertura, a las disposiciones sobre condiciones preexistentes y a si la póliza es garantizada renovable.
- Este tipo de cobertura es un complemento, no un reemplazo, de su cobertura principal de Medicare o Medicare Advantage y de cualquier póliza Medigap que pueda tener.
- Debido a que los términos de las pólizas varían ampliamente entre aseguradoras, revise los documentos reales de la póliza y consulte a un agente de seguros con licencia antes de inscribirse para determinar si esta cobertura se ajusta a sus necesidades y presupuesto.

Capítulo 8: cobertura dental, de visión y de audición: la brecha de cobertura que Medicare deja atrás

Si es nuevo en Medicare, es muy probable que ya se haya topado con una de las sorpresas más frustrantes del programa: una visita de rutina al dentista, al oftalmólogo o a un audiólogo que usted suponía que Medicare ayudaría a pagar, y que finalmente no cubrió. No son imaginaciones suyas, y no está solo. Este es uno de los puntos de confusión más comunes entre las personas recién inscritas en Medicare, y sorprende incluso a quienes están bien informados.

Este capítulo explica por qué existe esta brecha, qué significa para su salud y su presupuesto diarios, y las dos formas principales en que las personas suelen cubrirla. Como siempre, esto es información educativa general, no asesoramiento personalizado: considérelolo un punto de partida para una conversación con un agente de seguros con licencia o un recurso de confianza, no la última palabra.

Por Qué Medicare Original No Cubre Esto

Medicare Original —es decir, la Parte A (cobertura hospitalaria) y la Parte B (cobertura médica)— fue diseñado hace décadas en torno a una definición bastante estrecha de atención “médicamente necesaria”. Las limpiezas dentales de rutina, los exámenes de la vista para anteojos y los audífonos generalmente quedaron fuera de esa definición cuando se creó el programa, y esa estructura básica no ha cambiado mucho desde entonces.

En términos prácticos, esto significa lo siguiente:

- **Dental:** Medicare Original generalmente no cubre limpiezas de rutina, exámenes, radiografías, empastes, extracciones, dentaduras postizas, coronas ni otros trabajos dentales. Existen algunas excepciones muy específicas —por ejemplo, un trabajo dental directamente vinculado a un procedimiento médico cubierto, como un examen requerido antes de ciertas cirugías de trasplante de corazón u órganos—, pero la atención dental cotidiana no está incluida.
- **Visión:** Medicare Original generalmente no cubre exámenes de la vista de rutina para recetas de anteojos o lentes de contacto, ni cubre los anteojos o lentes en sí. Puede cubrir cierta atención oftalmológica médicamente necesaria, como exámenes relacionados con la retinopatía diabética o el tratamiento posterior a una cirugía de cataratas, pero eso es una categoría distinta de un chequeo de visión de rutina.
- **Audición:** Medicare Original generalmente no cubre exámenes de audición de rutina, audífonos ni el ajuste de audífonos. Puede cubrir exámenes de audición diagnósticos cuando los ordena un médico para ayudar a diagnosticar una afección médica específica, pero no la atención auditiva continua que la mayoría de las personas imagina cuando piensan en “ir al audiólogo”.

Vale la pena detenerse a considerar por qué esto sorprende a tantas personas. La mayoría de los estadounidenses pasan sus años laborales con un seguro médico patrocinado por el empleador que, con frecuencia, incluye al menos algo de cobertura dental y de visión, por lo que esto se convierte en una parte incuestionable de “tener seguro médico”. Cuando las

personas hacen la transición a Medicare, es natural suponer que ese patrón continúa. A menudo no es así, al menos no de forma automática. Y dado que las necesidades dentales, de visión y de audición tienden a aumentar con la edad, esta es precisamente la brecha de cobertura que se abre justo cuando muchas personas más necesitan este tipo de atención.

También existe una dimensión de salud real aquí, no solo una financiera. Los problemas dentales no tratados se han relacionado con complicaciones de salud más amplias. Los problemas de visión no corregidos pueden aumentar el riesgo de caídas. La pérdida auditiva no tratada se ha asociado, en algunos estudios, con el aislamiento social y con preocupaciones cognitivas. En otras palabras, esto no es simplemente una cuestión de comodidad o apariencia: es una pieza significativa de su panorama de salud general, y precisamente por eso merece un plan deliberado en lugar de una idea de último momento.

Las Dos Rutas Principales Hacia la Cobertura

Si desea ayuda para pagar la atención dental, de visión o de audición, generalmente tiene dos rutas principales a considerar. Ninguna es universalmente “mejor”: la elección correcta depende de su situación de salud, su presupuesto y lo que más valore en un plan.

Ruta Uno: Un Plan Medicare Advantage que la Incluye

Los planes Medicare Advantage (Parte C) son ofrecidos por compañías de seguros privadas que contratan con Medicare para brindarle sus beneficios de la Parte A y la Parte B, a menudo empaquetados con beneficios adicionales que Medicare Original no incluye. Muchos —aunque no todos— los planes Medicare Advantage incluyen cierto nivel de cobertura dental, de visión y de audición como parte del propio plan, en lugar de como una póliza separada que usted deba comprar.

El atractivo aquí es la conveniencia: un solo plan, una sola prima (que en algunos casos puede ser de \$0, dependiendo del plan y de su área), una sola tarjeta de miembro, y beneficios que ya están coordinados con su cobertura médica. Para algunas personas, este enfoque combinado es una forma eficiente de abordar varias brechas de cobertura a la vez.

La contrapartida es que los beneficios específicos de cobertura dental, de visión y de audición incorporados en un plan Medicare Advantage pueden variar significativamente de un plan a otro, y a menudo son más limitados que lo que podría ofrecer una póliza independiente dedicada. Un plan podría cubrir una limpieza y un examen anuales, pero muy poco para trabajos dentales importantes como coronas, endodoncias o dentaduras postizas. O podría ofrecer una asignación modesta para anteojos, pero nada para lentes especializados. Estos beneficios combinados tampoco están garantizados de mantenerse iguales año tras año; dado que los planes Medicare Advantage pueden cambiar sus beneficios anualmente, vale la pena revisar los detalles de cobertura de su plan cada otoño durante el período de inscripción abierta, en lugar de suponer que los beneficios del año pasado se mantuvieron sin cambios.

Ruta Dos: Una Póliza Independiente Dental, de Visión o de Audición

La segunda ruta consiste en adquirir un seguro complementario independiente: una póliza dedicada específicamente a los costos dentales, de visión o de audición, que se compra por separado, sin importar si usted tiene Medicare Original o un plan Medicare Advantage. Estas a veces se combinan en una sola póliza “DVH” (dental-visión-audición, por sus siglas en inglés), o se venden individualmente según sus necesidades.

Debido a que estas pólizas están diseñadas en torno a una sola categoría de atención, en ocasiones pueden ofrecer beneficios más sólidos en esa categoría que los que encontraría incluidos en un plan Medicare Advantage; por ejemplo, un máximo anual más alto para trabajos dentales, o cobertura que se extiende a procedimientos que un beneficio combinado podría excluir. La contrapartida es una prima mensual adicional, sumada a lo que ya paga por su cobertura de Medicare, además de una póliza separada que llevar al día, una tarjeta de identificación separada y una red de proveedores separada que navegar.

Las pólizas independientes suelen atraer a personas que tienen necesidades específicas y conocidas: alguien que ya sabe que probablemente necesitará una corona o un reemplazo de audífonos en el próximo año o dos, por ejemplo, y que prefiere una póliza diseñada para atender eso en lugar de depender de una asignación combinada modesta.

Qué Comparar al Evaluar Cualquier Cobertura Dental, de Visión o de Audición

Ya sea que esté considerando un beneficio incluido en un plan Medicare Advantage o una póliza independiente, las preguntas de evaluación son, en gran medida, las mismas. Esto es lo que merece una revisión cuidadosa antes de comprometerse con cualquier opción.

Máximos anuales. La mayoría de la cobertura dental —combinada o independiente— viene con un límite en la cantidad que el plan pagará en un año determinado. Esto puede ser modesto o bastante generoso, según el plan. Si anticipa necesitar un trabajo dental significativo, comparar los máximos anuales entre planes es una de las cosas más importantes que puede hacer, porque un máximo bajo puede agotarse rápidamente con un solo procedimiento importante.

Períodos de espera. Muchos planes dentales, en particular, imponen períodos de espera antes de que se cubran ciertos servicios, especialmente para servicios “importantes” como coronas, puentes, endodoncias o dentaduras postizas. Es común que la atención preventiva (limpiezas, exámenes) esté cubierta desde el primer día, mientras que el trabajo importante podría no estar cubierto hasta que haya estado inscrito durante seis meses, doce meses o más. Si sabe que necesitará un trabajo dental importante pronto, un plan con un período de espera prolongado podría no resolver su problema inmediato, incluso si la cobertura parece atractiva sobre el papel.

Qué servicios específicos están cubiertos. No dé por sentado que “cobertura dental” significa cobertura dental integral. Algunos planes se inclinan fuertemente hacia la atención preventiva (limpiezas, exámenes, radiografías) con solo ayuda limitada para trabajos importantes. Los planes de visión pueden cubrir un examen de la vista, pero tratar los anteojos o lentes de contacto como una asignación separada con su propio límite. La

cobertura de audición puede pagar por un examen auditivo, pero ofrecer solo una asignación fija para los audífonos en sí, y los audífonos pueden variar ampliamente en características y costo, por lo que una asignación fija puede cubrir más o menos dependiendo de lo que elija. Lea la lista real de servicios cubiertos en lugar de confiar en la etiqueta de la categoría.

Acceso dentro de la red versus fuera de la red. Al igual que la cobertura médica, muchos planes dentales, de visión y de audición funcionan a través de una red de proveedores participantes. Permanecer dentro de la red puede reducir su costo de bolsillo, mientras que acudir fuera de la red puede costar más o, en algunos diseños de plan, podría no estar cubierto en absoluto. Antes de inscribirse, vale la pena verificar si su dentista, oftalmólogo o audiólogo actual —si ya tiene alguno de confianza— participa en la red del plan. Cambiar de proveedor debido a una decisión de cobertura es posible, pero es mejor saberlo de antemano que descubrirlo después de una visita.

Primas y costos compartidos. Más allá de la prima principal, observe los copagos, el coseguro y los deducibles que puedan aplicarse por separado de su cobertura médica. Un plan con una prima baja pero con altos costos compartidos en servicios importantes podría terminar costando más que un plan con una prima más alta y una cobertura más completa, dependiendo de cuánta atención realmente utilice.

Hablando del Costo en Términos Realistas

Es tentador querer cifras exactas en dólares aquí, pero los costos de la atención dental, de visión y de audición varían enormemente según dónde viva, qué proveedor consulte y qué servicio específico necesite, por lo que las generalizaciones amplias tienden a ser más útiles, y más honestas, que cifras inventadas.

Lo que se puede afirmar con confianza es esto: la atención preventiva de rutina —una limpieza y examen básicos, un examen de la vista estándar, una prueba de audición— tiende a tener un costo relativamente modesto por sí sola. Es el trabajo importante lo que tiende a acumularse. Una corona, un puente, una dentadura postiza parcial o completa, una endodoncia, lentes progresivos o especializados, o un audífono moderno pueden representar un gasto significativo si paga todo de su bolsillo, y en ocasiones llegan a los miles de dólares dependiendo del procedimiento y de dónde viva. Precisamente por esto las preguntas sobre el máximo anual y el período de espera mencionadas anteriormente importan tanto: un plan que maneja bien la atención de rutina, pero que se agota rápidamente o retrasa el trabajo importante, podría dejarlo expuesto justo en el momento en que más necesita ayuda.

El objetivo al evaluar cualquier cobertura dental, de visión o de audición no es eliminar todo costo de bolsillo —algo poco realista con este tipo de cobertura— sino reducir el riesgo de que un solo procedimiento inesperado genere una tensión financiera importante.

Decidiendo Qué le Conviene

No existe una única respuesta correcta entre la cobertura combinada y la independiente: realmente depende de sus circunstancias. Algunas preguntas pueden ayudarlo a orientarse en la dirección correcta:

- **¿Qué tan predecibles son sus necesidades?** Si sus necesidades dentales, de visión y de audición son bastante rutinarias —limpiezas anuales, un examen de la vista, nada importante en el horizonte—, un beneficio combinado de Medicare Advantage puede ser suficiente para cubrir lo básico de manera conveniente. Si ya sabe que se avecina un trabajo significativo, una póliza independiente diseñada en torno a esa categoría puede ofrecer un mejor máximo anual y una cobertura más específica.
- **¿Ya tiene un plan Medicare Advantage, o está en Medicare Original?** Si está inscrito en Medicare Original (a menudo combinado con una póliza Medigap, que se aborda en el Capítulo 4), una póliza independiente dental, de visión o de audición puede ser su única vía hacia este tipo de cobertura, ya que las pólizas Medigap generalmente tampoco incluyen estos beneficios. Si está considerando o ya está inscrito en Medicare Advantage, vale la pena comparar qué está incluido antes de suponer que necesita una póliza separada.
- **¿Cuánto le importa la elección de proveedor?** Si tiene una relación de larga data con un dentista, oftalmólogo o audiólogo en particular, verificar la participación en la red debería pesar mucho en su decisión, sin importar hacia qué ruta se incline.
- **¿Qué tan cómodo se siente manejando varios planes en lugar de uno solo combinado?** Algunas personas prefieren decididamente la simplicidad de un solo plan y una sola tarjeta. A otras no les molesta gestionar una póliza separada si eso significa una mejor cobertura en la categoría que más les importa.

Debido a que estos detalles —máximos anuales, períodos de espera, servicios cubiertos y redes— varían tanto de un plan a otro y cambian con el tiempo, esta es un área en la que sentarse con un agente de seguros con licencia puede ser genuinamente útil. Un agente puede repasar con usted lo que realmente está disponible en su área, comparar los beneficios combinados frente a las opciones independientes lado a lado, y ayudarlo a sopesar las ventajas y desventajas frente a sus necesidades específicas dentales, de visión y de audición. El Capítulo 16 explica cómo aprovechar al máximo esa conversación.

Puntos Clave

- Medicare Original generalmente no cubre la atención dental de rutina, los anteojos o lentes de contacto, ni los audífonos y exámenes de audición: una brecha que sorprende a muchos beneficiarios nuevos que suponen que esta cobertura continúa desde planes anteriores del empleador.
- Generalmente tiene dos rutas para cubrir esta brecha: algunos planes Medicare Advantage incluyen beneficios dentales, de visión y de audición, o puede adquirir una póliza complementaria independiente dedicada a una o más de estas categorías.
- Al comparar cualquier opción, observe de cerca los máximos anuales, los períodos de espera para trabajos dentales importantes, exactamente qué servicios están cubiertos y si sus proveedores preferidos están dentro de la red.

- La atención preventiva de rutina tiende a ser relativamente asequible, pero el trabajo importante como coronas, dentaduras postizas o audífonos puede representar un gasto significativo sin una cobertura adecuada, razón por la cual la letra pequeña importa más que el beneficio destacado.
- La cobertura combinada puede ofrecer conveniencia y simplicidad, mientras que las pólizas independientes pueden ofrecer una cobertura más profunda en una categoría específica: la mejor opción depende de sus necesidades predecibles, su configuración actual de Medicare y cuánto le importa la elección de proveedor.
- Debido a que los detalles del plan varían ampliamente y pueden cambiar cada año, revisar sus opciones anualmente y hablar con un agente de seguros con licencia puede ayudarlo a hacer coincidir la cobertura con sus necesidades reales dentales, de visión y de audición.

Capítulo 9: Seguro de vida para personas mayores: gastos finales y más

Por qué el seguro de vida en esta etapa de la vida tiene que ver con el cuidado, no con el miedo

Puede parecer extraño pensar en un seguro de vida una vez que se encuentra en sus 60, 70 años o más. Muchas personas suponen que este tipo de cobertura es solo para adultos más jóvenes con hipotecas y familias en crecimiento. Pero para muchos jubilados, adquirir una póliza en esta etapa de la vida no tiene que ver con el miedo, sino con el cuidado. Es una forma práctica de asegurarse de que las personas que ama no tengan que luchar para cubrir gastos durante un momento que ya de por sí es difícil.

Piense en lo que suele ocurrir después del fallecimiento de una persona. Hay costos de funeral y entierro, que pueden ascender a miles de dólares. Puede haber facturas médicas pendientes, saldos de tarjetas de crédito u otras deudas que no simplemente desaparecen. Alguien tiene que pagar estos gastos, a menudo en cuestión de días o semanas, mucho antes de que se liquide un patrimonio o de que otros bienes estén disponibles. Sin un plan establecido, esa carga recae con frecuencia sobre un cónyuge, un hijo adulto u otro familiar, justo en el momento en que también están de duelo.

Una póliza modesta de seguro de vida es una forma de eliminar esa carga. Es un regalo de claridad y alivio que les da a las personas que ama, una manera de decir: “Ya me encargué de esto, para que usted no tenga que preocuparse”. Ese es el espíritu detrás de este capítulo, y vale la pena tenerlo presente a medida que lea los detalles: se trata de dignidad y preparación, no de temor.

También vale la pena decirlo con claridad: no todas las personas necesitan un seguro de vida en esta etapa de la vida. Si cuenta con ahorros significativos reservados específicamente para gastos finales, si sus deudas son mínimas, o si su familia es financieramente estable sin su ayuda, es posible que una póliza no sea necesaria. Este capítulo no pretende convencerlo de que necesita cobertura; su propósito es ayudarlo a entender sus opciones para que pueda tomar una decisión informada, idealmente con la opinión de su familia y de un profesional de seguros con licencia.

¿Qué es el seguro de gastos finales (de entierro)?

El seguro de gastos finales, a veces llamado seguro de entierro o seguro funerario, es un tipo de seguro de vida diseñado para un propósito específico y limitado: cubrir los costos relacionados con un fallecimiento, en lugar de reemplazar años de ingresos perdidos como podría hacerlo una póliza de mayor cuantía para una familia más joven.

Algunas características distintivas separan las pólizas de gastos finales de otros productos de seguro de vida:

- **Montos de cobertura más pequeños.** Las pólizas de gastos finales suelen oscilar entre aproximadamente \$5,000 y \$25,000 o \$30,000, aunque los rangos exactos

varían según la aseguradora. El objetivo es que sea suficiente para cubrir los costos del funeral, un ataúd o cremación, facturas médicas y, quizás, un poco de sobrante, no reemplazar décadas de ingresos.

- **Suscripción simplificada.** Muchas pólizas de gastos finales no requieren un examen médico. En cambio, la solicitud generalmente incluye una serie de preguntas sobre salud.
- **Cobertura permanente.** Las pólizas de gastos finales son generalmente una forma de seguro de vida entera (más sobre esto a continuación), lo que significa que, mientras pague sus primas, la póliza no vence, sino que permanece vigente por el resto de su vida.
- **Primas niveladas.** El monto que paga cada mes generalmente está diseñado para mantenerse igual con el tiempo, en lugar de aumentar a medida que envejece.

Estas pólizas existen porque las aseguradoras reconocieron un vacío: muchos adultos mayores desean y necesitan cobertura, pero no quieren, o no pueden fácilmente calificar para, una póliza de mayor cuantía con evaluación médica de riesgo. El seguro de gastos finales llena ese vacío con algo más pequeño, más simple y más accesible, aunque, como verá a continuación, esa accesibilidad a menudo viene con compensaciones que vale la pena entender.

Seguro de vida entera frente a seguro de vida temporal: los conceptos básicos

Para entender dónde encaja el seguro de gastos finales, ayuda comprender las dos grandes categorías del seguro de vida.

El **seguro de vida temporal** (a término) ofrece cobertura durante un período específico y definido, a menudo 10, 20 o 30 años. Si usted fallece durante ese plazo, sus beneficiarios reciben el beneficio por fallecimiento (la cantidad de dinero que se paga). Si usted sobrevive al plazo, la cobertura simplemente termina, generalmente sin pago alguno ni reembolso de las primas (a menos que haya adquirido una cláusula adicional específica, o característica complementaria, que lo prevea). El seguro de vida temporal tiende a ser menos costoso por cada dólar de cobertura, especialmente cuando se adquiere a una edad más joven, porque solo cubre una ventana limitada de tiempo.

El **seguro de vida entera**, por el contrario, es una forma de cobertura permanente. Mientras se paguen las primas, dura toda su vida; no hay un plazo que sobrevivir. Las pólizas de vida entera también suelen acumular valor en efectivo con el tiempo, un componente similar a un ahorro contra el cual quizás pueda pedir prestado o al que pueda acceder bajo ciertas condiciones, aunque los detalles varían según la póliza, y esta característica en general es secundaria frente al beneficio por fallecimiento en sí para alguien que busca cobertura de gastos finales.

Esta es la razón por la que esta distinción importa especialmente para los adultos mayores: el seguro de vida temporal se vuelve menos práctico, y en ocasiones menos disponible, con la edad. Las aseguradoras fijan el precio de las pólizas temporales según la probabilidad de un pago durante el plazo, y esa probabilidad aumenta con la edad. Como resultado, las primas de los seguros temporales para alguien de 70 u 80 años pueden ser muy altas en

relación con el monto de cobertura, y muchas aseguradoras dejan de ofrecer nuevas pólizas temporales a solicitantes a partir de cierta edad (comúnmente alrededor de los 70 años, aunque esto varía según la compañía). Incluso cuando la cobertura temporal está disponible, existe un desajuste práctico: si tiene 75 años y compra una póliza temporal de 20 años, necesitaría llegar a los 95 años para que la cobertura siga activa, lo cual puede no reflejar lo que realmente busca lograr.

Esta es una razón importante por la que el seguro de gastos finales y otras pólizas permanentes de menor beneficio suelen ser la opción más común y práctica para los jubilados. Están diseñadas para una necesidad, los costos finales, que no tiene una fecha de vencimiento como sí la tiene una póliza temporal.

Pólizas de emisión simplificada y emisión garantizada: qué son y las compensaciones

Dentro del mundo de las pólizas diseñadas para adultos mayores, típicamente encontrará dos enfoques de suscripción: emisión simplificada y emisión garantizada. Entender la diferencia puede ayudarlo a saber qué esperar durante el proceso de solicitud, y qué compensaciones vienen con cada una.

Las **pólizas de emisión simplificada** no requieren un examen médico, pero sí le piden que responda una serie de preguntas de salud, por ejemplo, si le han diagnosticado ciertas afecciones graves, u hospitalizado recientemente. Sus respuestas determinan si califica y, en algunos casos, qué tarifa pagará. Debido a que todavía existe cierta evaluación de salud, las pólizas de emisión simplificada a veces pueden ofrecer un beneficio por fallecimiento completo desde el primer día, siempre que responda las preguntas de salud con veracidad y califique.

Las **pólizas de emisión garantizada** van un paso más allá: no hay preguntas de salud ni examen médico alguno. Como su nombre lo indica, si se encuentra dentro del rango de edad elegible (comúnmente de 50 a 80 u 85 años, según la aseguradora) y paga su prima, es aceptado. Esto puede resultar atractivo para alguien a quien le han negado cobertura en otro lugar debido a su historial de salud, o que simplemente no desea pasar por un cuestionario de salud.

Esa accesibilidad viene con compensaciones reales que vale la pena entender antes de comprar:

- **Beneficio por muerte gradual (beneficio escalonado por fallecimiento).** Muchas pólizas de emisión garantizada (y algunas de emisión simplificada) incluyen un período de espera, a menudo de dos a tres años, durante el cual no se paga el beneficio por fallecimiento completo si la muerte ocurre por causas naturales. En cambio, los beneficiarios generalmente reciben la devolución de las primas pagadas, a veces con un interés modesto, en lugar del monto total asegurado. Si la muerte ocurre por accidente, el beneficio completo a menudo se paga incluso durante este período de espera, aunque esto varía según la póliza. Este es un detalle fundamental que hay que entender: una póliza de emisión garantizada no es necesariamente cobertura completa desde el momento en que se inscribe.

- **Mayor costo por cada dólar de cobertura.** Debido a que las aseguradoras asumen más riesgo al no evaluar la salud, las pólizas de emisión garantizada y, en menor medida, las de emisión simplificada, tienden a costar más por cada \$1,000 de cobertura de lo que costaría una póliza con evaluación médica de riesgo completa para un solicitante saludable. Esencialmente, usted está pagando por la comodidad y la certeza de ser aceptado.
- **Montos máximos de cobertura más bajos.** Estas pólizas a menudo tienen un tope en niveles de beneficio más bajos que el seguro de vida tradicional, en consonancia con su propósito como cobertura de gastos finales en lugar de una protección financiera más amplia.

Nada de esto significa que estas pólizas sean una mala elección; para muchas personas, son exactamente la herramienta adecuada. Pero sí significa que vale la pena leer la letra pequeña, entender el período gradual si aplica, y comparar cómo se alinea el costo con la cobertura antes de firmar.

Cómo pensar en el monto de cobertura

Una de las preguntas más comunes que hace la gente es simplemente: ¿cuánta cobertura realmente necesito? No existe una única respuesta correcta, pero algunas categorías de costos pueden ayudarlo a pensarlo con detenimiento.

Costos de funeral y entierro o cremación. Estos varían bastante según la región y las decisiones que tome una familia, y los promedios nacionales han seguido cambiando en años recientes, por lo que vale la pena consultar estimaciones actuales y locales en lugar de basarse en cifras antiguas. Los costos pueden incluir los servicios de la funeraria, un ataúd o urna, la parcela de entierro y la lápida (o los costos de cremación), y gastos relacionados como flores, un obituario o una reunión posterior.

Deudas pendientes. Considere si tiene facturas médicas, deuda de tarjetas de crédito, un préstamo de automóvil, u otras obligaciones que no simplemente se perdonarían. En muchos casos, las deudas pasan a ser responsabilidad de un patrimonio en lugar de transferirse automáticamente a los familiares, pero liquidarlas de todos modos puede reducir los bienes que su familia de otro modo heredaría, y en algunas situaciones (como una deuda mancomunada) un sobreviviente podría ser directamente responsable. Vale la pena tener una idea general de lo que debe.

Dejar algo atrás. Algunas personas quieren que su póliza haga más que cubrir gastos; les gustaría dejar un regalo para un cónyuge, ayudar a un nieto con la escuela, apoyar a una organización benéfica favorita, o simplemente aliviar las finanzas de su familia durante un período de ajuste. No hay una razón equivocada para querer un colchón un poco más grande, siempre y cuando la prima siga siendo cómodamente asequible para su presupuesto.

Una forma sencilla de abordar el cálculo: sume una estimación razonable de los costos de funeral y gastos médicos finales, agregue cualquier deuda que le gustaría ver saldada, y agregue cualquier cantidad adicional que le gustaría dejar atrás. Ese total le da un punto de partida para un monto de cobertura que puede conversar con un agente con licencia, quien

puede ayudarlo a sopesarlo frente a lo que resulta realmente asequible en términos de prima.

También vale la pena ser honesto consigo mismo respecto a la asequibilidad. Una póliza que caduca porque las primas se vuelven inasequibles unos años después no ayuda a nadie, y dependiendo de la póliza, podría perder parte o la totalidad de lo que ha pagado. Generalmente es mejor elegir un monto de cobertura con una prima que pueda sostener cómodamente a largo plazo, en lugar de aspirar a la póliza más grande para la que técnicamente puede calificar hoy.

Preguntas para hacer antes de comprar

Antes de firmar una solicitud, vale la pena tomarse un momento y hacer algunas preguntas aclaratorias, ya sea a usted mismo, a un familiar, o al agente con quien está trabajando:

- **¿Hay un período de beneficio por muerte gradual y, de ser así, cuánto dura, y qué paga durante ese tiempo?**
- **¿Mi prima tiene garantizado permanecer nivelada, o podría aumentar con el tiempo?**
- **¿La póliza acumula valor en efectivo y, de ser así, cómo funciona eso?**
- **¿Qué sucede si no realizo un pago? ¿Hay un período de gracia, y podría caducar la póliza?**
- **¿Existen exclusiones, como pagos reducidos por ciertas causas de muerte?**
- **¿Quiénes son mis beneficiarios designados, y les he dicho que la póliza existe y dónde encontrar los documentos?**
- **¿Cómo se compara este monto de cobertura con mis necesidades reales estimadas, y es la prima algo que puedo sostener por el resto de mi vida?**
- **¿Se está vendiendo esta póliza para reemplazar una póliza existente que tengo y, de ser así, tiene sentido, o estaría renunciando innecesariamente a valor (como el valor en efectivo acumulado)?**

Esa última pregunta merece atención especial. Si alguien le sugiere cancelar o reemplazar una póliza de seguro de vida existente, haga preguntas cuidadosas sobre lo que podría perder en el proceso y considere obtener una segunda opinión antes de hacer un cambio.

Un paso práctico más que a menudo se pasa por alto: una vez que tenga una póliza, cuénteles a alguien. Una póliza de la que nadie sabe, o que se pierde en un archivador, no puede ayudar a su familia si no saben que deben buscarla. Guarde los documentos en un lugar accesible y hágale saber a su beneficiario, o a un familiar de confianza, que existe.

El seguro de vida para personas mayores no se trata de una venta agresiva ni de una decisión apresurada; es una herramienta que, utilizada con reflexión, puede brindar verdadera tranquilidad. Tómese su tiempo, haga preguntas, compare opciones, y considere hablar con un agente de seguros con licencia que pueda repasar con usted los detalles específicos de lo que está disponible según su salud, edad, presupuesto y objetivos.

Puntos clave

- El seguro de vida en esta etapa de la vida generalmente tiene que ver con proteger a los seres queridos de los costos de funeral, las facturas médicas y las deudas, un acto práctico de cuidado en lugar de algo que temer.
- El seguro de gastos finales (de entierro) ofrece montos de cobertura más pequeños, solicitudes simplificadas, y primas permanentes y niveladas, diseñadas específicamente para cubrir los costos de fin de vida.
- El seguro de vida temporal a menudo se vuelve poco práctico o no disponible con la edad; las pólizas permanentes como el seguro de gastos finales generalmente son una opción estructural más adecuada para los jubilados.
- Las pólizas de emisión simplificada involucran preguntas de salud; las pólizas de emisión garantizada no requieren ninguna, pero la emisión garantizada a menudo viene con un período de beneficio por muerte gradual y un mayor costo por cada dólar de cobertura.
- Para estimar la cobertura, sume los costos esperados de funeral y entierro, las deudas pendientes, y cualquier monto que le gustaría dejar atrás, mientras se asegura de que la prima siga siendo asequible a largo plazo.
- Antes de comprar, pregunte sobre los períodos graduales, las garantías de prima, las exclusiones y, si va a reemplazar una póliza existente, qué podría estar renunciando, y siempre hágales saber a sus beneficiarios que la póliza existe.
- Este capítulo es solo información educativa, no asesoramiento legal, financiero, fiscal o de seguros; consulte a un agente de seguros con licencia o a un asesor financiero para obtener orientación específica a su situación.

Capítulo 10: Anualidades: cómo convertir sus ahorros en ingresos confiables para la jubilación

Si ha pasado décadas ahorrando para la jubilación, probablemente se ha vuelto muy bueno en una habilidad: acumular. Contribuyó a un plan 401(k) o a una IRA, tal vez compró algunos certificados de depósito (CD) y vio crecer un saldo. La jubilación le exige algo distinto. En lugar de construir un monto de ahorros, ahora necesita convertir ese monto en un pago que llegue mes tras mes, durante el resto de su vida. Ese cambio —de la acumulación al ingreso— es precisamente donde entran las anualidades.

Este capítulo explica qué son las anualidades, cómo funcionan los principales tipos y qué ventajas y desventajas vale la pena considerar antes de contemplar una. Como en cada capítulo de este libro, esto es educación general, no asesoría financiera o de inversión personalizada. Las anualidades son contratos con letra pequeña real, y la decisión correcta (si la hay) depende por completo de sus propias finanzas, su salud, otras fuentes de ingresos y sus objetivos. Hable con un agente de seguros con licencia o un asesor financiero antes de tomar cualquier decisión, y lea cuidadosamente los detalles del contrato.

Qué es realmente una anualidad

Una anualidad es un contrato entre usted y una compañía de seguros. En términos sencillos, usted le entrega dinero al asegurador —ya sea una suma global o una serie de pagos— y, a cambio, el asegurador se compromete a devolverle dinero, con frecuencia como un flujo de ingresos, conforme a los términos que usted acepte. Ese es todo el concepto en su esencia. Todo lo demás es una variación de este intercambio básico.

Las anualidades existen para resolver una preocupación específica que mantiene despiertos por las noches a muchos jubilados: sobrevivir a su propio dinero. El Seguro Social proporciona un ingreso garantizado de por vida, pero para muchas personas no cubre todos sus gastos. Las pensiones solían llenar ese vacío para muchos trabajadores, pero las pensiones tradicionales se han vuelto mucho menos comunes. Una anualidad es una herramienta —no la única, y no adecuada para todos— que puede crear un tipo similar de flujo de ingresos garantizado y predecible a partir de sus propios ahorros.

Vale la pena detenerse en la palabra “garantizado” en este contexto, porque se usa de manera imprecisa en la conversación cotidiana, pero significa algo específico dentro de un contrato de anualidad. Cualquier garantía en una anualidad es tan sólida como la fortaleza financiera de la compañía de seguros que la respalda. Por lo general también existe un respaldo de la industria aseguradora (las asociaciones estatales de garantía) que ofrece cierta protección si un asegurador quiebra, pero esa protección tiene límites y varía según el estado. Una garantía es una promesa contractual, no una promesa gubernamental, y no está libre de riesgo simplemente porque la palabra “garantizado” aparezca en el folleto.

Los elementos fundamentales: acumulación y pago

La mayoría de las anualidades tienen dos fases posibles. Durante la fase de acumulación, su dinero permanece con el asegurador y puede crecer, según el tipo de anualidad. Durante la

fase de pago (o anualización), el asegurador convierte su saldo en un flujo de pagos, que podría durar un número determinado de años o el resto de su vida —y, con la opción adecuada, también el resto de la vida de su cónyuge.

No todas las anualidades usan ambas fases de la misma manera. Algunas comienzan a pagarle ingresos casi de inmediato. Otras pasan años acumulando antes de que comience cualquier ingreso. Comprender en qué punto de esta línea de tiempo se ubica una anualidad determinada es el primer paso para entender qué es lo que realmente hace por usted.

Los principales tipos de anualidades

Existen muchas variaciones de productos en el mercado, pero casi todas se construyen a partir de cuatro conceptos centrales. Comprender estos cuatro conceptos le ayudará a entender casi cualquier anualidad que encuentre.

Anualidades inmediatas

Una anualidad inmediata tiene que ver con el momento: usted le entrega al asegurador una suma global, y los pagos de ingresos comienzan de inmediato —normalmente dentro de un mes o un año, según el contrato. Esta estructura atrae a los jubilados que cuentan con una reserva específica de dinero (por ejemplo, de la venta de una casa o de una cuenta de jubilación) y desean convertirla en un pago que comience ahora, en lugar de seguir haciéndola crecer. La contrapartida es que, una vez que entrega esa suma global, generalmente pierde el acceso fácil a ella. Está intercambiando el control de una parte de su efectivo por la certeza de pagos continuos.

Anualidades diferidas

Una anualidad diferida también tiene que ver con el momento, pero en la dirección opuesta: su dinero se acumula durante un período de años antes de que comiencen los pagos de ingresos. Podría comprar una anualidad diferida a finales de sus 50 años o principios de sus 60, con la intención de activar los pagos de ingresos más adelante, quizás a los 70 años o después, para complementar el Seguro Social una vez que otras fuentes de ingresos disminuyan. Durante los años de acumulación, su saldo puede crecer conforme a los términos del contrato. Muchos de los productos descritos a continuación —las anualidades fijas y las anualidades fijas indexadas— suelen estructurarse como anualidades diferidas, es decir, primero crecimiento y después ingresos (aunque algunas también pueden anualizarse de inmediato).

Anualidades fijas

Una anualidad fija tiene que ver con cómo crece su dinero durante la acumulación: el asegurador acredita a su saldo una tasa de interés fija durante un período definido, de manera similar en concepto a un certificado de depósito (CD), pero emitido por una compañía de seguros en lugar de un banco. La tasa está garantizada durante ese período, lo que le da previsibilidad: usted sabe de antemano cuánto ganará su dinero, al menos durante ese tramo de tiempo. Cuando finaliza el período de garantía, el asegurador puede

restablecer la tasa para un nuevo período, a veces más baja, a veces más alta, según el contrato y las condiciones del mercado en ese momento.

Las anualidades fijas atraen a las personas que desean la disciplina de un producto de seguro con la transparencia de una tasa simple y comprensible. Lo que ve es, en gran medida, lo que obtiene, lo cual forma parte de su atractivo —y también parte de su limitación. No participará en las fuertes ganancias del mercado bursátil, pero tampoco verá caer su capital cuando el mercado baje.

Anualidades fijas indexadas

Una anualidad fija indexada es una prima más compleja de la anualidad fija. En lugar de una tasa fija garantizada, el interés que se le acredita está vinculado, en parte, al desempeño de un índice de mercado (como un índice bursátil), sujeto a topes, tasas de participación o márgenes establecidos por el asegurador. En términos sencillos: si el índice sube, es posible que se le acredite una parte de esa ganancia, hasta un límite. Si el índice baja, por lo general no pierde capital debido al desempeño del mercado; su interés acreditado para ese período podría simplemente ser cero.

Este argumento de venta de “potencial de ganancia con protección del capital frente a pérdidas del mercado” es el principal atractivo de las anualidades fijas indexadas, y es una característica real y estructural del producto, pero conlleva una complejidad real que merece un análisis objetivo. Los topes, las tasas de participación y los márgenes pueden cambiar con el tiempo (con frecuencia cada año, dentro de los límites establecidos por el contrato), lo que significa que el trato que aceptó en el primer año puede no ser exactamente el mismo en el quinto año. Las fórmulas utilizadas para calcular el interés acreditado pueden ser genuinamente difíciles de comparar entre productos, y “vinculado al mercado” no significa que usted gane lo mismo que gana el mercado; normalmente gana solo una fracción de ello, y los dividendos pagados por el índice subyacente por lo general no se incluyen en el cálculo. Las anualidades fijas indexadas tampoco son una forma de evitar todo riesgo mientras se persiguen rendimientos similares a los del mercado bursátil; representan un perfil de riesgo y recompensa completamente distinto, generalmente con un potencial de ganancia más modesto que la inversión directa en el mercado, a cambio de la protección del capital frente a pérdidas del índice.

Si le presentan una anualidad fija indexada, solicite por escrito el tope, la tasa de participación o el margen específicos, pregunte cómo y cuándo pueden cambiar esas cifras, y pida una explicación en lenguaje sencillo de cómo se habría calculado su interés en un buen año y en un año sin variación. Si una explicación no tiene sentido después de que se la han dado dos veces, eso es información útil, no un fracaso personal: los productos indexados son intencionalmente complejos, y es razonable pedir tiempo para revisar el contrato antes de firmarlo.

Dónde encajan las anualidades variables

También es posible que escuche el término “anualidad variable”, un producto en el que su dinero se invierte en subcuentas similares a los fondos mutuos, lo que significa que su saldo puede subir o bajar directamente con el desempeño del mercado, sin la protección

del capital incorporada que ofrecen los productos fijos o fijos indexados. Las anualidades variables conllevan un riesgo de inversión que usted asume directamente, junto con sus propias estructuras de comisiones, y funcionan mucho más como un producto de inversión basado en el mercado envuelto en un contrato de seguro. Debido a ese riesgo de inversión y complejidad adicionales, merecen su propia conversación cuidadosa y por separado con un asesor calificado, y se mencionan aquí solo para que usted reconozca el término si lo encuentra; el enfoque de este capítulo está en las estructuras fijas, fijas indexadas, inmediatas y diferidas, más comúnmente utilizadas para la planificación de ingresos de jubilación por parte de ahorradores conservadores.

Por qué los jubilados consideran las anualidades

El atractivo de una anualidad, en esencia, es convertir un monto incierto de ahorros en un flujo de ingresos más certero. Algunas razones por las que los jubilados exploran esta opción:

- **Llenar el vacío entre el Seguro Social y los gastos reales.** Si sus facturas mensuales superan lo que proporciona el Seguro Social, una anualidad puede ser una forma de crear un ingreso mensual adicional y predecible.
- **Protegerse contra la posibilidad de sobrevivir a sus ahorros.** Una opción de ingreso vitalicio significa que los pagos continúan durante el tiempo que usted viva, sin importar cuánto tiempo resulte ser eso, un riesgo genuinamente difícil de planificar por cuenta propia, ya que ninguno de nosotros conoce de antemano su propia esperanza de vida.
- **Reducir la tentación de gastar en exceso o la ansiedad de administrar inversiones durante la jubilación.** Algunos jubilados simplemente no desean gestionar activamente una cartera y ver cómo fluctúa; un pago predecible elimina esa carga constante de toma de decisiones.
- **Diversificar las fuentes de ingresos.** Así como podría diversificar sus inversiones, algunos jubilados usan una anualidad como una pata más de un banco de ingresos más amplio, junto con el Seguro Social, las pensiones y los ahorros personales, en lugar de depositar todo su ingreso de jubilación en una sola fuente o estrategia.

Nada de esto significa que una anualidad sea adecuada para usted, ni que lo sea para una gran parte de sus ahorros incluso si resulta ser una buena opción. Es una herramienta más entre varias, y funciona mejor cuando se ajusta apropiadamente a sus necesidades reales.

Las verdaderas ventajas, desventajas y riesgos

Esta es la parte de la conversación que más importa, y es la parte que se omite en muchos discursos de venta. Las anualidades no son gratuitas, ni simples, ni están libres de desventajas. Esto es lo que merece un verdadero escrutinio.

Cargos por rescate y liquidez limitada. La mayoría de las anualidades tienen un período de cargo por rescate —con frecuencia varios años— durante el cual retirar más de un pequeño porcentaje permitido de su dinero genera una penalización, a veces sustancial. Esta es una de las características más importantes que debe comprender antes de comprar,

porque significa que una anualidad generalmente debería financiarse con dinero que usted tenga la confianza de no necesitar tener disponible con poca anticipación. Si surge una emergencia y su dinero está inmovilizado dentro del período de rescate de una anualidad, acceder a él puede resultar costoso.

Comisiones y costos. Dependiendo del producto, podría encontrar comisiones administrativas, cargos por cláusulas adicionales (riders) (para funciones opcionales como beneficios por fallecimiento mejorados u opciones de retiro garantizado de por vida) y, en el caso de los productos indexados, el costo incorporado de los topes y las tasas de participación que limitan su potencial de ganancia. Las anualidades fijas tienden a ser más simples y a tener comisiones más bajas que los productos indexados, pero siempre pida un desglose completo de los costos por escrito.

Complejidad, especialmente en los productos indexados. Como se comentó anteriormente, las anualidades fijas indexadas involucran múltiples elementos móviles — topes, márgenes, tasas de participación, métodos de acreditación de índices— que pueden ser genuinamente difíciles de comparar entre aseguradores y productos. La complejidad en sí misma es un riesgo: es difícil evaluar si está obteniendo un trato justo en un producto que no comprende del todo.

La protección del capital frente al riesgo de inversión varía según el tipo. Esta distinción vale la pena repetirla con claridad: las anualidades fijas y las fijas indexadas generalmente están estructuradas para proteger su capital frente a pérdidas basadas en el mercado (aunque las comisiones o los retiros anticipados pueden seguir reduciendo su saldo). Las anualidades variables exponen su capital directamente al riesgo de inversión. No suponga que todas las anualidades funcionan de la misma manera en este aspecto: lea el contrato específico.

Inflación. Un pago fijo que hoy parece generoso puede comprar notablemente menos dentro de quince o veinte años. Algunos contratos ofrecen cláusulas adicionales (riders) de ajuste por inflación, por lo general con un costo adicional, pero una gran parte de las opciones de ingreso por anualidad no se ajustan automáticamente por inflación. Tenga esto en cuenta al decidir cuánto de su plan de ingresos desea comprometer en un pago fijo.

Costo de oportunidad. El dinero comprometido en una anualidad es dinero que no se invierte en otro lugar. Dependiendo del producto y del entorno de mercado, esto puede significar renunciar a un crecimiento potencial a cambio de previsibilidad. Esa contrapartida es precisamente el propósito de una anualidad, pero sigue siendo un costo real que vale la pena reconocer.

Complejidad de los períodos de rescate y los ajustes de valor de mercado. Algunos contratos incluyen un Ajuste de Valor de Mercado (MVA, por sus siglas en inglés), que puede reducir aún más (o en algunos casos aumentar) lo que usted recibe si retira dinero durante el período de rescate, en función de los movimientos de las tasas de interés. Pregunte específicamente si un contrato incluye un MVA.

Preguntas que debe hacer antes de comprar

Antes de firmar cualquier contrato de anualidad, es razonable —y se recomienda— preguntarle al agente o asesor que se la presenta:

- ¿Qué tipo de anualidad es exactamente, y cómo genera (o acredita) intereses?
- ¿Cuál es el calendario de cargos por rescate, y cuánto tiempo dura?
- ¿Existen comisiones, cargos por cláusulas adicionales (riders) u otros costos continuos, y a cuánto ascienden por año?
- Si se trata de un producto indexado, ¿cuáles son el tope, la tasa de participación o el margen actuales, y cómo y cuándo puede modificarlos el asegurador?
- ¿Qué sucede con mi dinero, y con mis beneficiarios, si fallezco durante la fase de acumulación o de pago?
- ¿Qué opciones de ingreso están disponibles (solo de por vida, vida conjunta con un cónyuge, un período mínimo garantizado), y cómo afecta cada una al monto del pago mensual?
- ¿Qué tan sólida es financieramente la compañía de seguros que emite este contrato?
- ¿Cuál es el período de revisión gratuita (el plazo posterior a la compra durante el cual puede cancelar sin penalización), y cuánto dura en mi estado?

Si alguna de estas preguntas recibe respuestas vagas o evasivas, considere eso como información útil.

Cómo encaja una anualidad en el panorama general

Una anualidad no existe de manera aislada. Es una pieza de un plan de ingresos de jubilación que probablemente también incluye el Seguro Social, ahorros personales, posiblemente una pensión y —muy relevante para este libro— sus costos continuos relacionados con Medicare, incluidas las primas, los deducibles y los gastos de bolsillo que se abordan en otros capítulos. Al decidir cuánto (si acaso) de sus ahorros comprometer en una anualidad, ayuda observar el panorama completo: sus fuentes de ingresos garantizados, sus ahorros flexibles para emergencias y gastos de salud, y sus objetivos a largo plazo sobre lo que desea dejar, si acaso, a su familia o a las causas que le importan.

Debido a que las anualidades implican inmovilizar dinero durante un período de tiempo, generalmente es prudente mantener un fondo de emergencia separado y accesible fuera de cualquier anualidad, dimensionado para cubrir gastos inesperados, incluidos los gastos de salud que Medicare y los seguros complementarios podrían no cubrir por completo. Una anualidad funciona mejor como una pieza deliberada de un plan, no como un lugar donde poner dinero que podría necesitar alcanzar rápidamente.

Debido a que estos productos son complejos y lo que está en juego es la seguridad de su jubilación, esta es un área en la que resulta especialmente importante trabajar con un agente de seguros con licencia o un asesor financiero que cobre honorarios, y leer el contrato completo antes de firmarlo. El Capítulo 16 de este libro explica cómo encontrar y trabajar con un agente con licencia, y vale la pena revisarlo antes de tomar cualquier decisión sobre anualidades.

Puntos clave

- Una anualidad es un contrato con una compañía de seguros que puede convertir los ahorros en un flujo de ingresos, a menudo para complementar el Seguro Social y otros ingresos de jubilación.
- Las anualidades fijas ofrecen una tasa de interés garantizada durante un período determinado, de manera similar en concepto a un CD; las anualidades fijas indexadas vinculan el crecimiento potencial a un índice de mercado (con topes o límites de participación) mientras generalmente protegen el capital frente a pérdidas del mercado; inmediata y diferida describen cuándo comienzan los pagos de ingresos.
- Los cargos por rescate normalmente restringen el acceso sin penalización a su dinero durante un período de años, por lo que las anualidades se financian mejor con ahorros que no necesite para emergencias o para uso a corto plazo.
- Las comisiones, los costos de las cláusulas adicionales (riders) y —especialmente en el caso de los productos indexados— la complejidad de los topes y las tasas de participación merecen una explicación cuidadosa y por escrito antes de comprar.
- Las garantías en un contrato de anualidad son tan sólidas como la compañía de seguros emisora, respaldadas en parte por las protecciones de las asociaciones estatales de garantía, que tienen sus propios límites.
- Una anualidad debe evaluarse como una pieza más de su plan general de ingresos de jubilación, junto con el Seguro Social, los ahorros y los gastos de salud, y no como una decisión que se toma sin comparar opciones y consultar a un profesional con licencia.

Capítulo 11: Cómo entender los costos de Medicare en 2026

Si alguna vez ha intentado leer una factura de Medicare o una carta de “Explicación de Beneficios” y ha sentido que se le nublaba la vista, no está solo. Los costos de Medicare no son una cifra única: son un conjunto de deducibles, montos de coseguro y primas que se actualizan cada año y que dependen, en parte, de sus ingresos. Eso puede hacer que planificar un presupuesto para el cuidado de la salud se sienta como adivinar al azar.

Este capítulo lo guiará a través de las cifras exactas en dólares para 2026: lo que cuestan la Parte A de Medicare Original (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y cómo un cargo aparte llamado IRMAA puede elevar sus primas si sus ingresos superan ciertos umbrales. Ya cubrimos los costos de la Parte D (cobertura de medicamentos recetados) de manera conceptual en el Capítulo 6, así que aquí nos enfocaremos exclusivamente en los costos hospitalarios y médicos.

Una nota breve pero importante antes de comenzar: cada cifra de este capítulo refleja los montos de 2026 según fueron investigados al momento de escribir este texto. Los costos de Medicare son establecidos anualmente por el gobierno federal, y pueden actualizarse o corregirse después de la publicación. Confirme siempre las cifras vigentes en [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o llamando al 1-800-MEDICARE antes de tomar una decisión financiera. Este capítulo es información educativa únicamente; no constituye asesoría financiera ni fiscal, y no sustituye la orientación de [Medicare.gov](https://www.medicare.gov), la Administración del Seguro Social ([SSA.gov](https://www.ssa.gov)), o un agente de seguros con licencia que pueda evaluar su situación particular.

Parte A: Costos del seguro hospitalario

La Parte A ayuda a cubrir estadías hospitalarias como paciente internado, atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y algunos servicios de salud en el hogar. La mayoría de las personas no paga una prima mensual por la Parte A porque ellas (o su cónyuge) pagaron impuestos de nómina de Medicare durante al menos 10 años (40 trimestres) mientras trabajaban. Pero incluso la Parte A sin prima no es gratuita en el momento de recibir atención: todavía existen deducibles y montos de coseguro de los que usted es responsable.

El deducible de la Parte A. A diferencia de muchos planes de seguro privados, la Parte A no funciona con un deducible por año calendario. En cambio, utiliza algo llamado “período de beneficios”, que comienza el día en que usted es admitido en un hospital y termina después de que haya estado fuera del hospital (y no haya recibido atención de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Cada vez que comienza un nuevo período de beneficios, el deducible se reinicia, lo que significa que técnicamente es posible pagarlo más de una vez en un mismo año si tiene varias estadías hospitalarias separadas en el tiempo.

Para 2026, el deducible hospitalario de la Parte A para pacientes internados es de **\$1,736 por período de beneficios**, un aumento de \$60 respecto a los \$1,676 de 2025. Ese deducible cubre sus primeros 60 días de una estadía hospitalaria como paciente internado dentro de ese período de beneficios. No hay coseguro diario durante esos primeros 60 días; el deducible es su único costo por los servicios hospitalarios cubiertos durante ese período.

Estadías hospitalarias prolongadas. Si su estadía hospitalaria se extiende más de 60 días, entra en vigor un coseguro diario adicional:

- **Días 61 a 90:** Usted paga **\$434 por día** de coseguro.
- **Días de reserva de por vida:** Si continúa hospitalizado después del día 90, Medicare le otorga un banco de 60 “días de reserva de por vida” de los que puede disponer a lo largo de su vida (no por período de beneficios). Estos cuestan **\$868 por día**, y una vez que utiliza los 60, desaparecen de forma definitiva.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF). Si necesita atención de enfermería especializada o rehabilitación a corto plazo después de una estadía hospitalaria que califique, Medicare cubre los primeros 20 días en su totalidad. Del **día 21 al día 100**, usted paga un coseguro de **\$217 por día**. Después del día 100, la Parte A de Medicare no cubre en absoluto la atención en un SNF, lo cual es una de las razones por las que algunas personas consideran cobertura complementaria o planificación de cuidados a largo plazo, un tema que se aborda en otra parte de este libro.

Si tiene que pagar una prima de la Parte A. La mayoría de los jubilados han acumulado suficientes créditos de trabajo para tener la Parte A sin prima. Pero si usted (o su cónyuge) no trabajaron, o no trabajaron el tiempo suficiente, es posible que deba pagar una prima mensual:

- Si tiene entre **30 y 39 trimestres** de trabajo cubierto por Medicare, la prima reducida es de **\$311 al mes**.
- Si tiene **menos de 30 trimestres**, la prima completa es de **\$565 al mes**.

Si esto se aplica a su caso, vale la pena conversar con la SSA o con un agente con licencia sobre su historial laboral específico, ya que en algunas circunstancias los trimestres de cobertura pueden provenir del historial de un cónyuge.

Parte B: Costos del seguro médico

La Parte B cubre la atención ambulatoria: visitas al médico, servicios preventivos, equipo médico duradero, procedimientos ambulatorios y más. A diferencia de la Parte A, casi todas las personas pagan una prima mensual por la Parte B, y normalmente se deduce automáticamente de su cheque del Seguro Social.

La prima estándar de la Parte B para 2026 es de \$202.90 al mes, un aumento de \$17.90 respecto a los \$185.00 de 2025. Este es el monto que paga la mayoría de las personas, pero como verá en la siguiente sección, los beneficiarios con ingresos más altos pagan más.

El deducible anual de la Parte B para 2026 es de \$283, un aumento de \$26 respecto a los \$257 de 2025. Este es un deducible que se paga una vez al año (no por período de beneficios, como en la Parte A). Una vez que haya pagado \$283 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte B durante el año, Medicare generalmente comienza a pagar su parte, típicamente el 80% del monto aprobado por Medicare para la mayoría de los servicios, dejándolo a usted responsable del 20% restante como coseguro, a menos que cuente con cobertura complementaria que ayude a cubrir esa brecha.

Vale la pena detenerse un momento en ese 20% de coseguro, porque no tiene un límite máximo bajo Medicare Original por sí solo. Si tiene una enfermedad prolongada o una serie de procedimientos ambulatorios costosos, ese 20% puede acumularse rápidamente, y por eso muchos jubilados combinan Medicare Original con una póliza Medigap o eligen un plan Medicare Advantage con un máximo de gastos de bolsillo. Cubrimos ambas opciones en detalle en los Capítulos 3, 4 y 5.

IRMAA: Por qué algunas personas pagan más que la prima estándar

Aquí es donde las cosas se complican un poco más, y donde muchos jubilados se llevan una sorpresa desagradable la primera vez que les sucede.

IRMAA significa Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA, por sus siglas en inglés). Es un recargo que se suma a la prima estándar de la Parte B (y a la prima de la Parte D) para las personas cuyos ingresos superan ciertos umbrales. La idea detrás de IRMAA es que los beneficiarios con ingresos más altos contribuyan con una mayor parte del costo del programa de Medicare.

Hay varias cosas importantes que debe entender sobre cómo funciona IRMAA:

Se basa en sus ingresos de hace dos años. Para 2026, Medicare toma en cuenta su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés) según lo declarado en su declaración de impuestos federal de 2024. Ese desfase de dos años es una de las fuentes de confusión, y frustración, más comunes entre los jubilados. Significa que un año de altos ingresos en 2024 (por ejemplo, por la venta de una vivienda, un retiro grande de una cuenta de jubilación, o un último año de trabajo a tiempo completo) puede generar primas de Medicare más altas en 2026, aunque sus ingresos hayan disminuido sustancialmente desde entonces.

Se aplica tanto a la Parte B como a la Parte D. Si sus ingresos cruzan un umbral, verá un recargo añadido a su prima de la Parte B y un recargo aparte, más pequeño, añadido a su prima de la Parte D (ya sea que obtenga la Parte D a través de un plan de medicamentos independiente o de un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos).

Funciona como un sistema de “precipicio”, no como una transición gradual. Esto es fundamental de entender: IRMAA no aumenta de manera uniforme a medida que suben sus ingresos. En cambio, existen categorías de ingresos fijas, y pasar de una categoría a la siguiente, incluso por \$1, mueve toda su prima al siguiente nivel. Estar \$1 por encima de un umbral no le cuesta \$1 más; puede costarle decenas de dólares más al mes, todos los meses, durante el año completo.

Categorías de IRMAA para 2026

La siguiente tabla muestra las categorías de ingresos de 2026 y los recargos mensuales correspondientes. “Soltero/a” se refiere a los declarantes de impuestos individuales; “Conjunta” se refiere a los matrimonios que presentan una declaración de impuestos conjunta. La columna “Total” de la Parte B incluye la prima estándar de \$202.90 más el recargo.

Ingresos (soltero/a)	Ingresos (casado/a, declaración conjunta)	Recargo de la Parte B	Prima total de la Parte B	Recargo de la Parte D (se suma a la prima de su plan)
\$109,000 o menos	\$218,000 o menos	\$0	\$202.90	\$0
\$109,001 – \$137,000	\$218,001 – \$274,000	+\$81.20	\$284.10	+\$14.50
\$137,001 – \$171,000	\$274,001 – \$342,000	+\$202.90	\$405.80	+\$37.50
\$171,001 – \$205,000	\$342,001 – \$410,000	+\$324.60	\$527.50	+\$60.40
\$205,001 – \$500,000	\$410,001 – \$750,000	+\$446.30	\$649.20	+\$83.30
\$500,001 o más	\$750,001 o más	+\$487.00	\$689.90	+\$91.00

Algunas observaciones que vale la pena considerar detenidamente:

- En la categoría más alta, un declarante soltero paga **\$689.90 al mes** solo por la Parte B, más de tres veces la prima estándar, además del recargo de la Parte D que se suma a lo que sea la prima base de su plan de medicamentos.
- El salto entre las dos primeras categorías es el más pronunciado en términos porcentuales: pasar de no tener recargo a la primera categoría añade \$81.20 al mes, es decir, aproximadamente \$975 al año, solo por la Parte B.
- Estas categorías y montos en dólares están establecidos para 2026 y se espera que se ajusten nuevamente para 2027 (hablaremos de qué debe observar en el Capítulo 12). Verifique siempre las cifras del año en curso en Medicare.gov, ya que los montos de IRMAA cambian anualmente.

Cómo apelar una determinación de IRMAA

Debido a que IRMAA se basa en ingresos de dos años antes, puede terminar siendo muy diferente de su realidad financiera actual, especialmente si algo significativo ha cambiado en su vida desde que se presentó esa declaración de impuestos. Medicare y la SSA reconocen esta situación, y existe un proceso formal para solicitar una reducción de su IRMAA con base en ciertos **eventos que cambian la vida**, los cuales pueden incluir situaciones como:

- Jubilación o reducción de las horas de trabajo
- Divorcio o anulación
- Fallecimiento del cónyuge
- Pérdida de una propiedad generadora de ingresos debido a un desastre u otra circunstancia fuera de su control
- Un acuerdo con el empleador o el cierre de un plan de pensiones que afectó sus ingresos

Si alguna de estas situaciones se aplica a usted, generalmente puede solicitar que la SSA utilice un año fiscal más reciente, o un estimado de sus ingresos actuales, en lugar de la cifra de hace dos años. Este capítulo no explicará el proceso de apelación paso a paso (ese nivel de detalle se maneja mejor directamente con la SSA o con un profesional de impuestos), pero es importante que sepa que esta opción existe. Demasiados jubilados asumen que una determinación de IRMAA es definitiva y simplemente pagan la prima más alta durante todo un año sin darse cuenta de que podrían tener motivos para apelar.

Cómo se relaciona esto con su cheque del Seguro Social

Para la mayoría de los jubilados, las primas de Medicare no se pagan con cheque ni mediante pago de facturas en línea: se deducen directamente de su beneficio mensual del Seguro Social. Eso hace fácil pasar por alto cómo se mueven juntas estas dos cifras, y por qué es importante prestar atención a ambas.

Para 2026, los beneficios del Seguro Social recibieron un **Ajuste por Costo de Vida (COLA) del 2.8%**, lo que eleva el beneficio mensual promedio de un trabajador jubilado a aproximadamente **\$2,071**. A primera vista, eso suena como un aumento directo. Pero el incremento de la prima de la Parte B de Medicare, \$17.90 más al mes, junto con un deducible más alto, reduce directamente ese aumento del COLA antes de que llegue a su cuenta bancaria. Si además está sujeto a un recargo de IRMAA, la brecha entre su aumento bruto del COLA y su beneficio neto puede ser aún mayor.

Esto no es motivo de alarma, pero sí es un recordatorio útil de revisar su panorama completo cada año, en lugar de fijarse únicamente en su carta de adjudicación del Seguro Social. Un aumento en el beneficio, sobre el papel, no siempre se traduce en ese mismo aumento en ingresos disponibles una vez que se deducen las primas de Medicare.

Qué debe hacer en realidad con esta información

Leer sobre deducibles, coseguros y categorías de IRMAA puede resultar abrumador, así que resumamos todo esto en algunos pasos concretos y realizables:

1. **Conozca cómo funciona el período de beneficios de la Parte A.** Si usted o un ser querido anticipan una estadía hospitalaria, entienda que el deducible de \$1,736 se aplica por período de beneficios, no por año, y que los costos aumentan considerablemente después del día 60 y de nuevo después del día 90.
2. **Presupueste para la prima y el deducible de la Parte B.** Como mínimo, planifique \$202.90 al mes más los primeros \$283 de costos elegibles bajo la Parte B cada año, entendiendo que el coseguro del 20% puede continuar después de eso sin límite máximo bajo Medicare Original por sí solo.
3. **Revise su MAGI de hace dos años si está cerca de un umbral de categoría.** Si sus ingresos de 2024 estuvieron cerca de \$109,000 (soltero/a) o \$218,000 (declaración conjunta), o cerca de cualquiera de los umbrales más altos de la tabla anterior, revise esa declaración de impuestos y vea exactamente dónde se ubicó. Estar unos pocos miles de dólares a un lado u otro de una línea importa mucho más con IRMAA

que con la mayoría de las otras partes del código fiscal, debido a la estructura de precipicio.

4. **Si IRMAA pudiera aplicarse a su caso, o si ha tenido un cambio importante en su vida, considere hablar con un profesional de impuestos o financiero.** Puede ayudarlo a entender si tiene sentido apelar, cómo las decisiones futuras sobre ingresos (como conversiones Roth o retiros grandes) podrían afectar sus costos de Medicare dos años más adelante, y cómo planificar en torno a las categorías de precipicio en lugar de que lo tomen por sorpresa.
5. **Verifique cada cifra en la fuente original.** Los costos de Medicare se actualizan anualmente, y sí ocurren errores o correcciones a mitad de año. Antes de tomar cualquier decisión financiera basada en las cifras de este capítulo, confírmelas en Medicare.gov o llamando al 1-800-MEDICARE.

Entender estas cifras no hará que la estructura de costos de Medicare sea simple; sinceramente, no lo es. Pero saber dónde se ubican los deducibles, cómo aumenta el coseguro durante estadías prolongadas, y cómo funcionan las categorías de ingresos de IRMAA, le da la capacidad de planificar con anticipación en lugar de que lo tomen desprevenido. En el próximo capítulo, veremos qué tendencias y cambios vale la pena observar mientras planifica de cara a 2027.

Puntos clave

- Para 2026, el deducible hospitalario de la Parte A es de \$1,736 por período de beneficios, con un coseguro de \$434 al día para los días 61 a 90 y \$868 al día para los días de reserva de por vida; el coseguro de un centro de enfermería especializada es de \$217 al día para los días 21 a 100.
- La prima estándar de la Parte B es de \$202.90 al mes con un deducible anual de \$283; la mayoría de los beneficiarios también deben un coseguro del 20% en servicios ambulatorios, sin límite máximo de gastos de bolsillo bajo Medicare Original por sí solo.
- IRMAA es un recargo basado en los ingresos que se aplica a las primas de la Parte B y la Parte D, calculado a partir de su declaración de impuestos de hace dos años (IRMAA de 2026 usa los ingresos de 2024), y funciona como un “precipicio”, donde cruzar un umbral por tan solo \$1 mueve toda su prima al siguiente nivel.
- Si un evento que cambia la vida, como la jubilación, el divorcio o el fallecimiento de un cónyuge, ha cambiado significativamente sus ingresos desde esa declaración de impuestos, es posible que pueda apelar su determinación de IRMAA.
- El COLA del 2.8% del Seguro Social para 2026 eleva el beneficio promedio a aproximadamente \$2,071 al mes, pero las primas más altas de Medicare (y cualquier recargo de IRMAA aplicable) se deducen de ese beneficio, por lo que su aumento neto puede ser menor de lo que sugiere el porcentaje del COLA.
- Debido a que estas cifras cambian anualmente y pueden afectar significativamente sus finanzas, verifique los montos vigentes en Medicare.gov y considere consultar a un profesional de impuestos o a un agente de seguros con licencia si está cerca de un umbral de IRMAA o tiene preguntas específicas sobre su situación.

Capítulo 12: mirando hacia adelante: qué esperar en 2027

Si acaba de terminar de leer sobre los costos de Medicare de 2026, quizás sienta la tentación de dar un suspiro de alivio, cerrar el libro en cuanto a números por un tiempo y seguir adelante. Es un instinto natural: a nadie le gusta pasar más tiempo del necesario revisando tablas de primas y cifras de deducibles. Pero si está planificando el presupuesto de su jubilación, administrando un ingreso fijo, o ayudando a uno de sus padres a pensar en cómo podría verse el próximo año, vale la pena mirar un año más adelante en el camino.

Este capítulo trata sobre 2027. Específicamente, trata sobre las proyecciones tempranas — las estimaciones que provienen del Informe de los Fideicomisarios de Medicare y del trabajo actuarial gubernamental relacionado— sobre cómo podrían verse el próximo año la prima de la Parte B de Medicare, el deducible, y el ajuste por costo de vida (COLA, por sus siglas en inglés) del Seguro Social. Queremos dejar algo muy claro desde el principio, y vamos a seguir dejándolo claro a lo largo de este capítulo: **todo lo que se analiza aquí sobre 2027 es una proyección, no una cifra confirmada.** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) —la agencia federal que realmente establece las primas y los deducibles de Medicare— por lo general no finalizan las cifras del año siguiente hasta noviembre del año anterior. Así que, al momento en que usted está leyendo esto, las “cifras de 2027” que circulan son estimaciones fundamentadas, no cifras finales que deba anotar en una hoja de cálculo como un hecho consumado.

Entonces, ¿por qué molestarse con las proyecciones? Porque para las personas que viven con un ingreso fijo o semifijo, tener una idea aproximada de “lo que probablemente venga” es genuinamente útil para planificar, incluso cuando no es precisa. Saber que se espera que los costos suban un poco, mucho, o que se mantengan relativamente estables le ayuda a decidir cuánto margen incluir en el presupuesto del próximo año, si vale la pena revisar su cobertura con más cuidado durante el próximo período de inscripción, y cómo pensar en la relación entre su cheque del Seguro Social y sus gastos de atención médica. Piense en este capítulo no tanto como un pronóstico en el que debería confiar plenamente, sino más bien como un sistema de alerta temprana: una manera de evitar que lo tomen por sorpresa cuando lleguen las cifras oficiales.

De Dónde Proviene Estas Proyecciones

Cada año, los Fideicomisarios de Medicare —un grupo de funcionarios del gobierno y expertos externos que la ley obliga a informar sobre la situación financiera de Medicare— publican un informe que analiza las finanzas del programa, tanto actuales como proyectadas. Como parte de ese análisis, estiman los costos futuros, incluidas las proyecciones de las primas y los deducibles de la Parte B para el próximo año o los dos años siguientes. Esto no es una conjetura en el sentido casual del término; se construye a partir de datos reales sobre tendencias del gasto en atención médica, patrones de inscripción y costos del programa. Pero sigue siendo una proyección, construida sobre supuestos que pueden cambiar según nueva legislación, cambios en la utilización de la atención médica, los costos de los medicamentos recetados, y otros factores que no se pueden conocer por completo de antemano.

CMS utiliza este tipo de trabajo actuarial como punto de partida, pero la determinación real y final de la agencia sobre la prima y el deducible de la Parte B del próximo año, por lo general, se anuncia en noviembre, poco antes de que finalice el período de inscripción de Medicare del nuevo año. De manera similar, la Administración del Seguro Social (SSA) anuncia el ajuste por costo de vida (COLA) oficial para el año siguiente en octubre. Hasta que se produzcan esos anuncios oficiales, cualquier cifra que vea para “el próximo año” —incluidas las que aparecen en este capítulo— debe leerse con un asterisco mental al lado: *proyectada, no final*.

Vamos a repetir esa frase, o algo muy parecido, varias veces más en este capítulo. Eso es intencional. Es fácil que una cifra proyectada se repita tantas veces, en tantos lugares, que empiece a sentirse como un hecho consumado para cuando llegue el año en cuestión. Preferimos explicar esto de más antes que dejar que usted se quede con la impresión de que una estimación preliminar es una garantía.

Qué Se Proyecta para 2027

Con esa advertencia firmemente establecida, esto es lo que sugieren las proyecciones actuales para 2027, con base en las cifras publicadas en el Informe de los Fideicomisarios de Medicare más reciente disponible al momento de escribir esto.

Prima de la Parte B. Se proyecta que la prima mensual estándar de la Parte B —lo que la mayoría de las personas paga por la cobertura ambulatoria y médica bajo Medicare Original— suba a aproximadamente **\$209.50** en 2027. Eso representaría un aumento de aproximadamente **\$6.60**, o cerca del **3.5%**, sobre la prima de 2026 de \$202.90. Si esta proyección se mantiene siquiera cerca de la realidad, representaría un aumento considerablemente más moderado que el que experimentaron los beneficiarios de cara a 2026, cuando la prima subió aproximadamente un 10%, uno de los aumentos interanuales más pronunciados en la memoria reciente. En otras palabras, las proyecciones actuales sugieren que se espera un respiro, aunque, de nuevo, la palabra “espera” carga con mucho peso en esa oración.

Deducible de la Parte B. Se proyecta que el deducible anual de la Parte B —la cantidad que normalmente paga de su bolsillo por los servicios cubiertos por la Parte B antes de que Medicare comience a compartir el costo— aumente a aproximadamente **\$292** en 2027, desde \$283 en 2026. Ese es un aumento estimado de alrededor de **\$9**, o aproximadamente **3.2%**.

COLA del Seguro Social. Por separado, pero relevante para el mismo presupuesto familiar, actualmente se proyecta que el ajuste por costo de vida del Seguro Social para 2027 se ubique alrededor del **3.8%**. El COLA es el ajuste anual que la Administración del Seguro Social aplica a los cheques de beneficios para ayudarlos a mantener el ritmo de la inflación, con base en una medida de los precios al consumidor. Al igual que las cifras de Medicare mencionadas anteriormente, esto es una proyección. El COLA real se calcula utilizando datos de inflación del tercer trimestre del año y no se anuncia oficialmente hasta octubre, de modo que un 3.8% proyectado hoy podría terminar siendo un poco más alto o más bajo una vez que se conozcan los datos reales.

Vale la pena entender cómo interactúan estas dos cifras proyectadas, porque para muchos jubilados no operan de manera independiente. Si usted recibe beneficios del Seguro Social, su prima de la Parte B normalmente se deduce directamente de su cheque mensual antes de que este llegue a su cuenta bancaria. Eso significa que, cuando sube la prima de la Parte B, se lleva una parte de cualquier aumento que le brinde el COLA; las dos cifras no son partidas separadas en su vida, están conectadas. Un COLA proyectado del 3.8% suena alentador por sí solo, pero es probable que una parte de ese aumento sea absorbida por la creciente prima de la Parte B antes de que usted llegue siquiera a verla. No vamos a hacer aquí un cálculo matemático detallado, ya que ambas cifras siguen siendo proyecciones y hacer cálculos precisos sobre cifras proyectadas puede crear una falsa sensación de precisión. Lo importante es simplemente comprender que esta relación existe: un cheque del Seguro Social más grande no significa automáticamente una cantidad proporcionalmente mayor de ingreso disponible, porque los costos de Medicare a menudo se descuentan primero de ese mismo cheque.

El Panorama Más Amplio: Costos de Atención Médica y Planificación de la Jubilación

Si nos alejamos de las cifras de un año en particular, hay un patrón más amplio que vale la pena tener presente al planificar la jubilación en general: los costos de atención médica, como categoría, históricamente han tendido a subir más rápido que la inflación general. El precio de los comestibles, la gasolina y el alquiler podría subir a un ritmo en un año determinado, mientras que la atención médica, los medicamentos recetados y las primas del seguro de salud suben a un ritmo más rápido. Esto no se cumple sin excepción en todos y cada uno de los años, pero ha sido un patrón lo suficientemente constante a largo plazo como para que valga la pena incorporarlo en la manera en que usted piensa sobre la jubilación, en lugar de tratarlo como una sorpresa aislada.

¿Por qué esto le importa a alguien que está jubilado o a punto de jubilarse? Porque muchos presupuestos de jubilación se construyen alrededor de fuentes de ingreso fijas o de crecimiento lento —el Seguro Social, las pensiones, los pagos de anualidades, los retiros de ahorros calculados para durar cierta cantidad de años— mientras que la atención médica, una de las categorías de gastos más grandes para los adultos mayores, tiende a crecer a un ritmo más acelerado. Si sus ingresos crecen aproximadamente al ritmo de la inflación general, pero sus costos de atención médica crecen más rápido que eso, la brecha entre ambos puede ampliarse silenciosamente año tras año. Rara vez es un problema dramático que ocurre en un solo año; es más bien una deriva lenta que sorprende a las personas una década después de jubilarse, en lugar de en el primer año.

Precisamente por esto tiene valor la práctica de mirar hacia adelante a las proyecciones, por imperfectas que sean. No se trata de predecir el futuro con precisión. Se trata de entrenarse para esperar que los costos de atención médica son un objetivo en movimiento que tiende a moverse hacia arriba, e incorporar esa expectativa en su planificación en lugar de asumir que el próximo año simplemente se verá igual que este.

Qué Puede Hacer Realmente con Esta Información

Las proyecciones solo son útiles si se traducen en acción. Así es como puede poner este capítulo a trabajar en términos prácticos.

Revise su cobertura en cada Período de Inscripción Anual, incluso si no cree que quiera cambiar nada. Una vez que se ha acomodado en un plan Medicare Advantage, una póliza Medigap, o un plan de medicamentos recetados de la Parte D con el que se siente cómodo, es tentador dejarlo renovarse automáticamente año tras año sin volver a mirarlo. Pero los planes cambian sus primas, los medicamentos cubiertos, las redes de proveedores y las estructuras de costos compartidos cada año, y también lo hace el entorno de costos más amplio descrito en este capítulo. Incluso una revisión anual rápida —comparar los detalles de su plan actual para el nuevo año con un par de alternativas— puede revelar ahorros o detectar una sorpresa desagradable (como que un medicamento pase a un nivel de mayor costo) antes de que le afecte. Cubriremos los detalles de los períodos de inscripción, incluido exactamente cuándo se abre y se cierra esta ventana de revisión anual, en el próximo capítulo.

Incorpore un pequeño colchón en su presupuesto para los aumentos en los costos de atención médica. En lugar de asumir que los costos de atención médica del próximo año coincidirán con los de este año, considere apartar un margen modesto —incluso una cantidad mensual relativamente pequeña— destinado específicamente a la probabilidad de que las primas, los deducibles o los costos de bolsillo aumenten. Dado el patrón histórico de que los costos de atención médica superan a la inflación general, tratar un aumento de costos como un “tal vez” en lugar de una casi certeza puede dejar su presupuesto más expuesto de lo necesario.

Esté atento a las cifras oficiales confirmadas cada otoño, y no finalice su propio presupuesto basándose únicamente en proyecciones. CMS típicamente confirma la prima y el deducible reales de la Parte B para el año siguiente en noviembre. La Administración del Seguro Social típicamente anuncia el COLA oficial en octubre. Cuando se produzcan esos anuncios, consulte directamente Medicare.gov y SSA.gov para obtener las cifras confirmadas, y actualice su planificación en consecuencia. Proyecciones como las de este capítulo están pensadas para ayudarle a prepararse mental y financieramente, no para reemplazar las cifras reales una vez que estén disponibles. Trate este capítulo como un bosquejo temprano, no como un plano final.

Recuerde que nada de esto constituye asesoría financiera. Las cifras y los patrones que se analizan aquí son información general y educativa, pensada para ayudarle a comprender cómo tienden a moverse los costos de Medicare y por qué importa planificar con anticipación. No sustituyen la revisión de su propia situación específica con un agente de seguros con licencia o un profesional financiero, ni la verificación directa de los recursos gubernamentales oficiales. Nada en este capítulo debe interpretarse como una promesa sobre lo que sucederá con sus costos personales en 2027.

Mirando Hacia Adelante

Comprender lo que podría venir es solo la mitad del panorama; saber exactamente cuándo actuar en consecuencia es la otra mitad. Medicare no le permite hacer cambios de cobertura en cualquier momento que usted quiera; en cambio, existen ventanas específicas a lo largo del año —períodos de inscripción— durante las cuales se le permite inscribirse, cambiar o cancelar ciertos tipos de cobertura. Perder una de estas ventanas puede significar esperar meses para otra oportunidad, o, en algunos casos, enfrentar una penalidad permanente. En el próximo capítulo, repasaremos cada uno de estos períodos de inscripción en un lenguaje sencillo: cómo se llaman, cuándo se abren y se cierran, y qué tipos de cambios se le permite hacer durante cada uno, para que, sea lo que sea que traiga realmente 2027, usted sepa exactamente cuándo y cómo responder.

Puntos Clave

- Todas las cifras de 2027 analizadas en este capítulo —la prima proyectada de la Parte B (alrededor de \$209.50), el deducible proyectado de la Parte B (alrededor de \$292) y el COLA proyectado del Seguro Social (alrededor del 3.8%)— son estimaciones del Informe de los Fideicomisarios de Medicare, no cifras finales. CMS típicamente finaliza las primas y los deducibles reales de 2027 en noviembre de 2026, y la SSA típicamente anuncia el COLA final en octubre de 2026.
- Si las proyecciones actuales se mantienen, el aumento de la prima de la Parte B para 2027 (aproximadamente 3.5%) sería considerablemente menor que el aumento de aproximadamente 10% observado de cara a 2026; pero esto, también, es solo una proyección en esta etapa.
- Debido a que las primas de la Parte B por lo general se deducen directamente de los cheques del Seguro Social, una prima en aumento puede compensar parte de un incremento del COLA; las dos cifras están conectadas, no son independientes.
- Los costos de atención médica históricamente han tendido a subir más rápido que la inflación general, lo cual vale la pena tener en cuenta en la planificación de la jubilación a largo plazo en lugar de tratarlo como una sorpresa aislada.
- Revise su cobertura de Medicare en cada Período de Inscripción Anual, incluso si está satisfecho con su plan actual, y considere incorporar un colchón modesto en su presupuesto para los probables aumentos de costos.
- Una vez que CMS y la SSA publiquen las cifras oficiales confirmadas cada otoño, consulte directamente [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) y [SSA.gov](https://www.ssa.gov), y actualice sus planes en consecuencia; no trate las proyecciones tempranas como la palabra final.

Capítulo 13: Períodos de inscripción: cuándo puede (y no puede) hacer cambios

Si hay algo que confunde incluso a los jubilados más organizados, es esto: Medicare no funciona como una compra de seguros ordinaria. No puede simplemente decidir un martes cualquiera de julio que quiere cambiar de plan e inscribirse. Medicare —y los planes privados que funcionan junto con él— operan según un calendario de ventanas específicas. Si se le pasa una, es posible que deba esperar meses para la siguiente oportunidad, pagar una multa que lo acompañará durante años o, en el caso de Medigap, responder preguntas de salud que preferiría no responder.

La buena noticia es que, una vez que entienda el puñado de ventanas que realmente importan, esto deja de ser confuso y se convierte en algo rutinario: algo que revisa una vez al año, como renovar el registro de su automóvil. Este capítulo repasa cada período de inscripción uno por uno: para qué sirve, a quién se aplica y qué puede y no puede hacer durante ese tiempo. Luego reuniremos todo en una sola tabla que puede guardar y consultar cada año.

Una breve nota antes de comenzar: las reglas de inscripción se establecen a nivel federal y se aplican de la misma manera en todo el país, pero las fechas exactas que le importan a *usted* —su cumpleaños número 65, su fecha de jubilación, el día en que perdió la cobertura de su empleo— son personales. Confirme siempre sus fechas y plazos específicos utilizando los recursos oficiales de Medicare o con un agente con licencia que pueda evaluar su situación directamente. Este capítulo busca darle un panorama general, no reemplazar ese tipo de revisión personalizada.

Período de Inscripción Inicial (IEP): su primera oportunidad

Su Período de Inscripción Inicial, o IEP, es la ventana de siete meses que gira en torno a su cumpleaños número 65. Incluye los tres meses previos al mes de su cumpleaños, el mes de su cumpleaños en sí, y los tres meses posteriores: siete meses en total.

Este es el momento en que la mayoría de las personas se inscribe por primera vez en la Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y también es su oportunidad de inscribirse en un plan Medicare Advantage (Parte C) o en un plan independiente de la Parte D de medicamentos recetados, si opta por ese camino. Si sigue trabajando después de los 65 años y cuenta con cobertura de un plan de salud grupal a través de su empleador (o del empleador de su cónyuge), su situación puede ser un poco diferente: es posible que pueda retrasar la Parte B sin penalización, pero ese es un matiz que conviene confirmar con el Seguro Social o con un agente, en lugar de darlo por sentado.

Por qué importa si se le pasa: Si no se inscribe en la Parte B cuando es elegible por primera vez y no cuenta con cobertura calificada del empleador, podría enfrentar una multa por inscripción tardía: un monto que se agrega, de forma permanente, a su prima de la Parte B por cada período de 12 meses en que fue elegible pero no se inscribió. La misma idea general se aplica a la Parte D: si pasa demasiado tiempo sin cobertura de medicamentos “acreditable” (una cobertura al menos tan buena como la de Medicare),

también puede seguirlo una multa por inscripción tardía de la Parte D. Estas multas no son cargos únicos; son adiciones continuas a su prima, y precisamente por eso es tan importante acertar con esta ventana.

Como recordatorio, el Capítulo 4 explicó en detalle la inscripción en Medigap (Medicare Supplement); tiene su propia ventana separada de seis meses vinculada a cumplir 65 años e inscribirse en la Parte B, y funciona de manera diferente a las ventanas de este capítulo. No lo volveremos a explicar aquí, pero téngalo presente al pensar en su cronograma general.

Período de Inscripción Anual (AEP): la revisión anual

El Período de Inscripción Anual, que se realiza cada año del **15 de octubre al 7 de diciembre** —a veces llamado Período de Elección Anual— es la ventana que casi todas las personas con Medicare deberían tener marcada en su calendario. Los cambios que realice durante el AEP entran en vigencia el 1 de enero siguiente.

Durante el AEP, usted puede:

- Cambiar de Medicare Original a un plan Medicare Advantage, o de Medicare Advantage de regreso a Medicare Original
- Cambiar de un plan Medicare Advantage a otro diferente
- Inscribirse por primera vez en un plan de medicamentos recetados de la Parte D, cambiar a un plan diferente de la Parte D, o cancelar la cobertura de la Parte D
- Realizar prácticamente cualquier combinación de estos cambios, todos con vigencia a partir del 1 de enero del año siguiente

Este es el único período de inscripción que no está vinculado a un evento de vida: ocurre automáticamente, cada año, haya cambiado algo en su vida o no. Y precisamente por eso merece su atención incluso cuando se siente perfectamente conforme con su plan actual. Las compañías de seguros pueden modificar sus planes Medicare Advantage y Parte D cada año: las primas cambian, las redes de proveedores cambian y —esto es importante— los formularios de medicamentos (la lista de medicamentos que cubre un plan, y a qué costo) se actualizan anualmente. Un plan que cubría sus medicamentos de manera accesible el año pasado podría manejarlos de forma muy diferente este año. Volveremos sobre este punto al final del capítulo, porque vale la pena repetirlo.

Por qué importa si se le pasa: Si se le pasa el AEP, en la mayoría de los casos quedará vinculado a su plan actual durante todo el año siguiente, a menos que califique para alguna de las ventanas más limitadas descritas a continuación (como el MA OEP, si ya está en Medicare Advantage, o un Período de Inscripción Especial vinculado a un evento de vida específico).

Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP): una segunda mirada, pero solo para algunos

Del **1 de enero al 31 de marzo** de cada año, existe una segunda ventana llamada Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage, o MA OEP. Es fácil confundirla con el AEP

porque las acciones se parecen, pero hay una diferencia importante: el MA OEP solo está disponible para las personas que *ya están inscritas en un plan Medicare Advantage* al 1 de enero. Si usted tiene Medicare Original, esta ventana no es para usted.

Si califica, el MA OEP le permite realizar **un** cambio:

- Cambiar a un plan Medicare Advantage diferente, o
- Dejar Medicare Advantage y regresar a Medicare Original —y si lo hace, también puede agregar un plan independiente de medicamentos recetados de la Parte D al mismo tiempo

Piense en el MA OEP como una segunda oportunidad limitada. Tal vez eligió un plan Medicare Advantage durante el AEP en el otoño, y una vez que empezó a usarlo en enero se dio cuenta de que la red no incluía a su médico preferido, o que un medicamento costaba más de lo esperado. El MA OEP le da la oportunidad de corregir el rumbo, pero solo una vez, y solo durante ese primer trimestre del año.

Por qué importa si se le pasa: Después del 31 de marzo, si está en Medicare Advantage y no usó esta ventana, por lo general deberá esperar hasta el siguiente AEP (15 de octubre) para hacer cambios de plan, a menos que un evento de vida calificado le abra un Período de Inscripción Especial mientras tanto.

Período de Inscripción General (GEP): una segunda oportunidad para inscribirse en la Parte A/B

El Período de Inscripción General, que también se realiza del **1 de enero al 31 de marzo** de cada año, es completamente distinto del MA OEP, aunque las fechas coincidan. El GEP existe para las personas que dejaron pasar por completo su Período de Inscripción Inicial, es decir, que no se inscribieron en la Parte A y/o la Parte B cuando fueron elegibles por primera vez, y que no calificaron para un Período de Inscripción Especial (por ejemplo, porque no tenían cobertura a través de un empleo activo).

Si esa es su situación, el GEP es su oportunidad de finalmente inscribirse en la Parte A y/o la Parte B. Sin embargo, la cobertura no comienza de inmediato: por lo general, entra en vigencia el mes siguiente a su inscripción.

Por qué importa si se le pasa: Esto es en realidad una advertencia de dos partes. Primero, si necesitó recurrir al GEP en primer lugar, generalmente significa que ya estuvo un tiempo sin la Parte B, que suele ser exactamente la situación que desencadena la multa por inscripción tardía mencionada antes. Segundo, si se le pasa el GEP en sí, no se queda sin opciones, pero deberá esperar al GEP del año siguiente para inscribirse en la Parte A/B: otra demora considerable que se suma a la brecha que ya existía. Este es uno de los ejemplos más claros dentro de Medicare de por qué perder una ventana no significa simplemente “inténtelo de nuevo el próximo mes”: puede significar esperar muchos meses, además de una multa continua en la prima.

El Período de Inscripción Especial de 5 Estrellas: una ventana larga para una mejora específica

Cada año, Medicare califica a los planes Medicare Advantage y de la Parte D en una escala de estrellas, siendo 5 estrellas la calificación más alta disponible. Si en su área se ofrece un plan calificado con 5 estrellas, usted tiene acceso a una ventana especial —que va del **8 de diciembre al 30 de noviembre** del año siguiente— que le permite cambiarse a ese plan.

Dos cosas hacen que esta ventana sea inusual en comparación con las demás. Primero, es larga: casi un año completo. Segundo, a diferencia del cambio único del MA OEP, puede usar este Período de Inscripción Especial para hacer un cambio en cualquier momento dentro de esa ventana, no solo una vez. Por supuesto, esta opción solo se aplica si realmente hay un plan de 5 estrellas disponible donde usted vive, lo cual no está garantizado todos los años ni en todas las áreas.

Por qué importa si se le pasa: No hay ninguna multa por no usar esta ventana; es una oportunidad adicional, no una obligación. Pero si hay un plan de 5 estrellas disponible en su área y no actúa, tendría que esperar a una ventana futura (como el próximo AEP) para hacer ese cambio en particular, suponiendo que el plan siga calificando en ese momento.

Períodos de Inscripción Especial (SEP): cuando la vida cambia, Medicare se ajusta con usted

Más allá de las ventanas recurrentes del calendario mencionadas anteriormente, Medicare también reconoce que la vida no siempre coopera con un horario fijo. Los Períodos de Inscripción Especial, o SEP, se abren fuera de las ventanas habituales cuando ocurren ciertos eventos de vida calificados. Algunos ejemplos comunes incluyen mudarse fuera del área de servicio de su plan actual, perder la cobertura del empleador o del sindicato, o volverse elegible para Medicaid o para el programa de Ayuda Adicional (un programa que ayuda con los costos de medicamentos de la Parte D, tratado con más detalle en el Capítulo 14).

Cada SEP tiene sus propias reglas sobre cuánto tiempo permanece abierta la ventana y qué cambios se le permite hacer, y los detalles dependen exactamente de cuál evento de vida lo desencadenó. En lugar de tratar esto como una lista exhaustiva, piense en los SEP como una red de seguridad: si algo importante cambia en su situación de cobertura fuera del AEP o del MA OEP, vale la pena verificar si le corresponde un Período de Inscripción Especial antes de suponer que debe esperar hasta el otoño.

Por qué importa si se le pasa: Las ventanas de los SEP suelen tener un plazo limitado, a menudo de unas pocas semanas a un par de meses después del evento que las desencadena, así que si deja pasar una sin actuar, es posible que deba esperar de nuevo al siguiente AEP o a otro evento calificado.

Todas las ventanas, una junto a otra

Aquí tiene una tabla resumen que puede usar como referencia rápida. Vale la pena revisarla cada año, ya que las acciones disponibles en cada ventana no cambian, aunque las fechas del calendario se repitan anualmente.

Ventana	Fechas	Para quién es	Qué puede hacer
Período de Inscripción Inicial (IEP)	7 meses: 3 meses antes del mes de su cumpleaños número 65, el mes de su cumpleaños y 3 meses después	Todas las personas que se acercan a la elegibilidad para Medicare, típicamente alrededor de los 65 años	Inscribirse en la Parte A y/o la Parte B por primera vez; inscribirse en un plan Medicare Advantage o en un plan independiente de la Parte D
Período de Inscripción Anual (AEP)	15 de octubre – 7 de diciembre de cada año	Cualquier persona con Medicare	Cambiar entre Medicare Original y Medicare Advantage; cambiar de plan Medicare Advantage; inscribirse, cambiar o cancelar la cobertura de la Parte D
Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA OEP)	1 de enero – 31 de marzo de cada año	Solo personas ya inscritas en un plan Medicare Advantage	Un cambio a un plan MA diferente, o de regreso a Medicare Original (con la opción de agregar un plan independiente de la Parte D)
Período de Inscripción General (GEP)	1 de enero – 31 de marzo de cada año	Personas que no se inscribieron en su IEP y no se inscribieron en la Parte A/B cuando fueron elegibles por primera vez	Inscribirse en la Parte A y/o la Parte B; la cobertura comienza el mes siguiente a la inscripción; pueden aplicarse multas por inscripción tardía
Período de Inscripción Especial de 5 Estrellas	8 de diciembre – 30 de noviembre (casi todo el año)	Cualquier persona con acceso a un plan MA o de la Parte D calificado con 5 estrellas en su área	Cambiarse al plan de 5 estrellas; se puede usar en cualquier momento durante la ventana, no solo una vez

Ventana	Fechas	Para quién es	Qué puede hacer
Períodos de Inscripción Especial (SEP)	Varía según el evento que lo desencadena	Personas que experimentan un evento de vida calificado (por ejemplo, mudanza, pérdida de cobertura del empleador, elegibilidad para Medicaid/Ayuda Adicional)	Varía según el SEP; por lo general permite cambios de plan vinculados al evento específico
<i>Ventana de inscripción de Medigap (ver Capítulo 4)</i>	6 meses, a partir de que cumple 65 años o más y está inscrito en la Parte B	Personas recién elegibles para Medigap	Comprar una póliza Medigap sin suscripción médica en la mayoría de los casos

Por qué realmente importa perder una ventana

Vale la pena detenerse en esto, porque las consecuencias de perder una ventana de inscripción no son uniformes, y entender el riesgo específico ayuda a explicar por qué el calendario importa tanto en Medicare:

- **Multas por inscripción tardía.** Si se le pasa el IEP para la Parte B (sin contar con cobertura calificada del empleador) o si pasa demasiado tiempo sin cobertura acreditable de medicamentos para la Parte D, puede enfrentar multas permanentes en la prima, no un cargo único, sino una adición continua a lo que paga, mes tras mes, mientras tenga esa cobertura.
- **Largas esperas para la siguiente oportunidad.** Fuera del AEP, el MA OEP y la ventana de 5 estrellas, la mayoría de los cambios están vinculados a circunstancias específicas. Si se le pasa el GEP, por ejemplo, es posible que deba esperar buena parte de un año para el siguiente.
- **Suscripción médica para Medigap.** Como se explicó en el Capítulo 4, la ventana de inscripción de Medigap es diferente de las demás: durante ese período específico de seis meses, por lo general no se le puede rechazar ni cobrar más debido a condiciones de salud. Si se le pasa, en la mayoría de los estados una aseguradora puede hacerle preguntas de salud, cobrarle más, o negarse por completo a cubrirlo según su historial médico.

Nada de esto pretende alarmarlo; busca explicar por qué las fechas importan tanto como importan, y por qué un poco de disciplina de calendario rinde grandes frutos en este rincón particular de sus finanzas.

Consejo práctico: convierta esto en un hábito anual

La manera más simple de mantenerse al día con todo esto es tratar estas fechas como trataría una factura recurrente o un chequeo médico anual: anótelas en un calendario —de

papel o digital, el que realmente vaya a consultar— y programe un recordatorio unas semanas antes de que comience el AEP cada 15 de octubre.

Aún más importante: revise su cobertura todos los años durante el AEP, incluso si está perfectamente conforme con su plan actual. Esto es fácil de omitir cuando nada parece estar mal, pero recuerde que los planes Medicare Advantage y Parte D pueden cambiar sus primas, redes de proveedores y formularios de medicamentos de un año a otro. Un plan que se ajustaba bien a sus necesidades este año puede verse bastante diferente para enero. Dedicar veinte o treinta minutos cada otoño a comparar su plan con sus medicamentos y proveedores actuales es uno de los hábitos más valiosos que puede desarrollar como beneficiario de Medicare, y no le cuesta nada más que un poco de tiempo.

Puntos clave

- La inscripción en Medicare funciona mediante ventanas específicas y recurrentes, no mediante inscripción a demanda, así que conocer sus fechas importa tanto como conocer sus opciones de cobertura.
- Su Período de Inscripción Inicial (7 meses alrededor de su cumpleaños número 65) suele ser su primera y más importante ventana; perderlo sin contar con cobertura calificada del empleador puede desencadenar multas por inscripción tardía que duran mucho tiempo.
- El Período de Inscripción Anual (15 de octubre al 7 de diciembre) está abierto para todos y es la única ventana que vale la pena revisar cada año, sin importar cuán conforme esté con su plan actual.
- El MA OEP (1 de enero al 31 de marzo) ofrece un cambio adicional, pero solo para personas ya inscritas en Medicare Advantage; el GEP, que corre en las mismas fechas, es una ventana separada para personas que nunca se inscribieron en la Parte A/B en primer lugar.
- El Período de Inscripción Especial de 5 estrellas y los SEP basados en eventos de vida ofrecen flexibilidad adicional fuera del calendario estándar, pero cada uno tiene sus propias reglas y plazos.
- Debido a que los planes, las primas y los formularios de medicamentos cambian anualmente, y debido a que la inscripción en Medigap implica una posible suscripción médica fuera de su propia ventana, vale la pena confirmar sus fechas y opciones personales cada año con los recursos oficiales de Medicare o con un agente de seguros con licencia.

Capítulo 14: cómo obtener ayuda adicional con los costos

Si alguna vez ha mirado sus primas, deducibles y copagos de Medicare y se ha preguntado cómo se supone que todo eso quepa en un ingreso fijo, no está solo, ni mucho menos. Cada año, millones de personas con Medicare batallan en silencio con estos costos — y cada año, una cantidad sorprendente de programas diseñados específicamente para ayudar quedan sin usar. No porque la ayuda no exista, sino porque las personas no saben que pueden pedirla, dan por sentado que no calificarán, o se sienten incómodas solicitando algo que suena a “asistencia pública.”

Este capítulo está aquí para cambiar eso. Ya sea que esté manejando sus propios costos de Medicare o ayudando a un padre o una madre a manejar los suyos, vale la pena dedicar diez minutos a entender qué hay disponible. Podría descubrir que existen programas diseñados específicamente para reducir sus costos de medicamentos de la Parte D, ayudar a pagar sus primas mensuales de Medicare, o reducir lo que paga de su bolsillo por visitas al médico y estadías hospitalarias. E incluso si no está seguro de calificar, la única manera de saberlo con certeza es verificarlo — preguntar no cuesta nada.

¿Qué Es la Ayuda Adicional (el Subsidio por Bajos Ingresos)?

La Ayuda Adicional — oficialmente llamada Subsidio por Bajos Ingresos, o LIS — es un programa federal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. Si leyó el Capítulo 6 sobre la Parte D, sabe que los planes de medicamentos generalmente vienen con una prima mensual, un deducible anual y copagos o coseguro por cada receta que surta. La Ayuda Adicional está diseñada para reducir, o en muchos casos eliminar, esos costos.

Dependiendo de sus circunstancias, la Ayuda Adicional puede:

- **Reducir o eliminar su prima mensual de la Parte D**, de modo que pague poco o nada por estar inscrito en un plan de medicamentos.
- **Reducir o eximir su deducible anual**, lo que significa que su cobertura de medicamentos puede comenzar a funcionar a su favor más temprano en el año.
- **Poner un tope a lo que paga por cada receta**, a menudo bajando los copagos a un monto fijo y modesto por cada medicamento cubierto, en lugar de un porcentaje del costo del medicamento.
- **Eliminar la penalización del “período sin cobertura”** que algunas personas sin Ayuda Adicional experimentan cuando su gasto en medicamentos cruza ciertos umbrales durante el año.

La cantidad de ayuda que recibe depende de su nivel específico de ingresos y recursos — algunas personas califican para el subsidio completo, mientras que otras califican para un subsidio parcial que aun así reduce los costos de manera significativa. Debido a que la elegibilidad se basa en umbrales financieros que el gobierno federal establece y ajusta anualmente, este libro no va a aventurar cifras específicas en dólares. En cambio, piense en la Ayuda Adicional como un beneficio de escala variable: mientras más ajustadas estén sus finanzas, más probable es que le ayude, pero genuinamente vale la pena verificarlo sin

importar dónde crea que se ubica. Muchas personas se sorprenden al descubrir que califican al menos para ayuda parcial.

¿Qué Son los Programas de Ahorros de Medicare (MSP)?

Mientras que la Ayuda Adicional se enfoca en los costos de medicamentos recetados, los **Programas de Ahorros de Medicare (MSP)** trabajan del otro lado del balance: sus primas de Medicare Original y el costo compartido. Los MSP se administran a través de la oficina de Medicaid de su estado, aun cuando asisten específicamente a personas inscritas en Medicare — lo cual es parte de por qué en ocasiones resultan confusos o pasan desapercibidos.

Dependiendo de la categoría de MSP en la que usted se encuentre, estos programas pueden ayudar a pagar:

- **Su prima mensual de la Parte B de Medicare** — para muchos jubilados, este es uno de los gastos recurrentes relacionados con Medicare más grandes, y tenerlo cubierto puede liberar un espacio significativo en un presupuesto mensual.
- **Las primas de la Parte A**, en los casos en que alguien no califica para la Parte A sin costo de prima por su propio historial laboral.
- **Deducibles, coseguro y copagos** bajo las Partes A y B, dependiendo del nivel específico del programa para el cual califique.

Existen varios niveles de Programas de Ahorros de Medicare, cada uno con sus propios requisitos de ingresos y recursos, y cada uno ofreciendo una combinación diferente de beneficios — algunos cubren solo las primas, mientras que otros también ayudan con el costo compartido. Debido a que estos umbrales son establecidos por el gobierno federal y aplicados a través de su estado, y debido a que se revisan y ajustan periódicamente, las cifras exactas de elegibilidad para 2026 no son algo que se deba adivinar aquí. Lo que importa es entender la estructura: los MSP existen, están organizados en niveles según la necesidad financiera, y la oficina de Medicaid de su estado es la fuente definitiva sobre los límites actuales y en qué nivel podría encontrarse usted.

La Conexión con “Elegible Dual”

En el Capítulo 6, presentamos brevemente el término **elegible dual** — alguien que califica tanto para Medicare como para Medicaid al mismo tiempo. Si eso lo describe a usted o a alguien de quien está al cuidado, hay buenas noticias: la elegibilidad dual generalmente viene con la calificación automática para la Ayuda Adicional, y a menudo también para un Programa de Ahorros de Medicare.

Esto importa porque significa que podría no necesitar llenar una solicitud separada para la Ayuda Adicional si ya está inscrito en Medicaid — la conexión entre ambos programas a menudo se establece de forma automática. Sin embargo, esto no siempre resulta perfecto, y sí ocurren vacíos en el papeleo. Si usted cree que debería estar recibiendo Ayuda Adicional debido a su estatus de Medicaid, pero no ve los costos reducidos reflejados en su plan de la Parte D, esa es una señal para dar seguimiento directamente en lugar de asumir que todo se está manejando correctamente entre bastidores.

También vale la pena señalar que el estatus de elegible dual y los Programas de Ahorros de Medicare no son idénticos — usted puede calificar para un MSP sin ser completamente elegible dual para Medicaid, y la combinación específica de beneficios que recibe depende de sus circunstancias individuales. Este es exactamente el tipo de matiz en el que una conversación breve con una fuente conocedora e imparcial (más sobre esto a continuación) resulta mucho más útil que tratar de resolverlo por su cuenta a partir de descripciones generales.

Por Qué Tantas Personas Elegibles Nunca Solicitan

Aquí hay una estadística que vale la pena tener presente: una parte significativa de las personas que califican para la Ayuda Adicional o un Programa de Ahorros de Medicare nunca lo solicitan. Las razones rara vez tienen que ver con que el beneficio no valga la pena — casi siempre se relacionan con la falta de conocimiento, suposiciones erróneas o incomodidad.

Algunas razones comunes por las que las personas no solicitan, incluso cuando probablemente calificarían:

- **Nunca han oído hablar de los programas.** La Ayuda Adicional y los MSP no siempre son lo primero que se menciona cuando las personas se inscriben en Medicare, así que, a menos que alguien los mencione específicamente, pueden permanecer invisibles.
- **Suponen que su ingreso es “demasiado alto.”** Los límites de ingresos y recursos suelen ser más altos de lo que las personas esperan, especialmente para los niveles de beneficio parcial. Suponer la descalificación sin verificar puede significar dejar ahorros reales sobre la mesa.
- **Confunden la solicitud con un estigma.** Estos no son programas de asistencia social en el sentido en que las personas a veces los imaginan — son beneficios federales y estatales estructurados, integrados directamente en el sistema de Medicare, diseñados exactamente para este propósito. No hay ninguna vergüenza en usar un programa creado para usted.
- **El papeleo se siente intimidante.** Los formularios gubernamentales pueden sentirse como un laberinto, y eso por sí solo detiene a las personas antes de empezar. Aquí es precisamente donde la ayuda gratuita y capacitada (que se explica más adelante) marca la diferencia.
- **Piensan que un “no” de hace años todavía aplica.** El ingreso puede cambiar, los recursos pueden cambiar, y los umbrales de elegibilidad mismos cambian anualmente. Una negativa de hace cinco años no dice nada sobre si calificaría hoy.

Si algo de esto le suena familiar — a usted, o a un padre, una madre o un ser querido a quien está ayudando — considere esto como un empujón amable para verificar. Confirmar la elegibilidad toma mucho menos tiempo de lo que la mayoría de las personas espera, y si no califica, no ha perdido nada más que una llamada telefónica o una breve conversación. Si sí califica, los ahorros pueden acumularse hasta una cantidad significativa a lo largo del año.

Cómo Verificar la Elegibilidad y Solicitar

No tiene que resolver esto solo, y no debería basarse en suposiciones sobre los límites de ingresos — esas cifras las establece el gobierno federal, pueden cambiar de un año a otro, y siempre deben confirmarse directamente con una fuente oficial. Aquí es donde puede acudir:

Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). Cada estado cuenta con un programa SHIP, y es uno de los recursos menos utilizados disponibles para los beneficiarios de Medicare. Los consejeros de SHIP están capacitados, son imparciales, y ofrecen sus servicios completamente gratis — no venden nada y no están afiliados a ninguna compañía de seguros. Pueden explicarle si es probable que califique para la Ayuda Adicional o un Programa de Ahorros de Medicare, ayudarle a entender qué nivel podría aplicar, y asistirle con el papeleo real de la solicitud. Si solo recuerda un recurso de este capítulo, que sea SHIP — puede encontrar la información de contacto de su estado a través del localizador de SHIP en Medicare.gov o llamando directamente a Medicare.

Administración del Seguro Social (SSA). Las solicitudes de Ayuda Adicional para la Parte D se procesan a través del Seguro Social. Puede solicitar en línea en SSA.gov, por teléfono, o en persona en una oficina local del Seguro Social. La SSA también puede decirle si una solicitud que presentó en el pasado sigue archivada o necesita actualizarse.

La oficina de Medicaid de su estado. Los Programas de Ahorros de Medicare se administran a nivel estatal a través de Medicaid, aun cuando el beneficio se aplica a sus costos de Medicare. La oficina de Medicaid de su estado puede confirmar los límites de ingresos y recursos vigentes, decirle para qué nivel de MSP podría calificar, y ayudarle a solicitar.

Un siguiente paso práctico: incluso si no está seguro de por dónde empezar, una sola llamada a su oficina local de SHIP puede orientarlo hacia todo lo anterior. Pueden ayudarle a entender su situación específica, decirle qué documentación probablemente necesitará (como estados de cuenta de ingresos recientes o información de activos), y apoyarlo durante la solicitud en lugar de dejarlo interpretar los formularios gubernamentales por su cuenta.

Una nota más alentadora: solicitar la Ayuda Adicional o un Programa de Ahorros de Medicare no afecta su cobertura de Medicare en sí. Sus beneficios de la Parte A y la Parte B, y su capacidad de elegir cobertura de Medicare Advantage o Medigap, permanecen exactamente igual que antes. Estos programas simplemente ayudan con el aspecto financiero — no cambian a qué atención médica tiene derecho.

Una Nota para Cuidadores e Hijos Adultos

Si está ayudando a un padre, una madre u otro familiar mayor a manejar sus finanzas, vale la pena repasar este capítulo con ellos directamente. La asistencia con los costos puede ser un tema sensible — algunos jubilados sienten un fuerte sentido de independencia y pueden resistirse a la idea de “necesitar ayuda,” incluso cuando un programa está diseñado

específicamente para su situación. Enmarcar la conversación en torno al hecho de que estos son componentes estándar del sistema de Medicare, usados por millones de personas, en lugar de algo excepcional o basado en la necesidad de una manera que se sienta personal, puede facilitar la conversación. También podría ofrecerse a hacer la primera llamada a SHIP junto con su padre o madre, para que no tenga que navegar un proceso desconocido en solitario.

Puntos Clave

- La **Ayuda Adicional (también llamada Subsidio por Bajos Ingresos, LIS)** puede reducir o eliminar su prima, deducible y copagos de medicamentos de la Parte D; los **Programas de Ahorros de Medicare (MSP)** pueden ayudar a pagar las primas de las Partes A/B y el costo compartido, administrados a través de la oficina de Medicaid de su estado.
- La elegibilidad para ambos se basa en límites de ingresos y recursos que el gobierno establece y ajusta anualmente — siempre confirme las cifras del año en curso directamente con SSA.gov, Medicare.gov, o la oficina de Medicaid de su estado, en lugar de basarse en suposiciones.
- El estatus de **elegible dual** (calificar tanto para Medicare como para Medicaid) a menudo lleva a la inscripción automática en la Ayuda Adicional y posiblemente en un MSP, pero vale la pena confirmar que sus beneficios se estén aplicando correctamente.
- Muchas personas que calificarían nunca solicitan, simplemente porque no saben que estos programas existen o suponen que no serán elegibles — verificarlo no cuesta nada, y la respuesta podría sorprenderle.
- **SHIP (Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud)** ofrece asesoría gratuita, imparcial y personalizada en cada estado, y es uno de los mejores puntos de partida para verificar la elegibilidad y obtener ayuda con las solicitudes.
- Este capítulo ofrece únicamente información educativa general; para determinaciones oficiales de elegibilidad y los límites de ingresos y recursos del año en curso, comuníquese directamente con la SSA, la oficina de Medicaid de su estado, o Medicare.gov.

Capítulo 15: Cómo comparar planes como un experto (y evitar los errores más comunes)

A estas alturas, usted ya ha aprendido qué hace cada tipo de cobertura: Medicare Advantage, Medigap, la Parte D, la indemnización hospitalaria, la cobertura dental y de la vista, el seguro de vida y las anualidades. Conoce las piezas que la componen. Este capítulo trata de juntarlas: cómo sentarse, año tras año, y decidir realmente: “¿sigue siendo este el plan adecuado para mí?”.

Vale la pena decirlo con claridad: el plan “mejor” no existe en abstracto. Solo existe el mejor plan para *usted*: para sus condiciones de salud, sus medicamentos, sus médicos, su presupuesto y su tolerancia al riesgo. Un plan que es perfecto para su vecino podría ser una mala opción para usted, incluso si tienen la misma edad y viven en la misma calle. Comparar planes bien no consiste en encontrar una opción universalmente superior. Consiste en hacer coincidir un plan con su vida específica.

Este capítulo le ofrece un marco repetible —seis pasos que puede recorrer todos los años— además de un repaso de los errores que más suelen hacer tropezar a la gente, y una lista de verificación que puede imprimir y usar plan por plan.

Paso 1: Comience por su salud, no por el precio

Es natural fijarse primero en la prima mensual: es el número impreso en negrita en todos los anuncios y en todos los resúmenes de planes. Pero la prima es solo una pieza del rompecabezas, y a menudo no la más importante.

Antes de comparar un solo plan, haga un balance de su propio panorama de salud del año pasado y del año que viene:

- ¿Qué condiciones crónicas está manejando (diabetes, enfermedad cardíaca, artritis, EPOC, etc.)?
- ¿Cuántos medicamentos recetados toma, y es probable que alguno cambie?
- ¿Con qué frecuencia consulta a especialistas, y a cuáles?
- ¿Ha tenido —o espera tener— alguna hospitalización, cirugía o procedimiento?
- ¿Viaja con frecuencia, divide su tiempo entre dos estados, o planea mudarse?
- ¿Cuánto puede pagar cómodamente de su bolsillo si tiene un mal año de salud?

Anote estas respuestas. Esto se convierte en su “perfil de necesidades” personal, y es la vara con la que medirá cada plan. Un plan con una prima mínima que no cubre a su especialista ni sus medicamentos no es una ganga: es un vacío que le costará más adelante.

Paso 2: Revise sus medicamentos contra el formulario de medicamentos — todos los años—

Un **formulario de medicamentos** es la lista de medicamentos que cubre un plan, organizada en niveles de costo. Este es uno de los pasos de comparación más importantes —y de los que más se saltan la gente—, porque los formularios cambian cada año. Un

medicamento que el año pasado estaba cubierto en un nivel bajo puede pasar a un nivel más alto, requerir autorización previa, o ser eliminado por completo de la lista este año, incluso si usted no cambió de plan.

Para cada plan que esté considerando (incluido el que ya tiene), consulte el formulario de medicamentos vigente y verifique:

- ¿Aparece cada medicamento que toma actualmente?
- ¿En qué nivel está cada uno, y qué significa eso para su copago o coseguro?
- ¿Hay límites de cantidad, requisitos de terapia escalonada o reglas de autorización previa asociadas a alguno de sus medicamentos?
- ¿La red de farmacias preferidas del plan incluye una farmacia que usted realmente utiliza?

Haga esto incluso si planea quedarse con el mismo plan. “Simplemente me quedo con lo que tengo” solo es una estrategia segura si ha confirmado que el formulario de medicamentos no ha cambiado bajo sus pies.

Paso 3: Confirme que sus médicos, especialistas y hospital estén dentro de la red

Si está considerando cambiar de plan —especialmente al entrar o al moverse entre planes Medicare Advantage—, nunca dé por sentado que sus médicos actuales estarán incluidos. Las redes de proveedores cambian de un año a otro, a veces de manera significativa, incluso para planes ofrecidos por la misma compañía.

Antes de inscribirse en algo nuevo:

- Llame directamente al consultorio de su médico de cabecera y a sus especialistas y pregunte qué planes aceptan actualmente; no confíe únicamente en un directorio en línea, que puede estar desactualizado.
- Confirme que su hospital o sistema de salud preferido esté dentro de la red, y no solo “aceptado” para emergencias.
- Si consulta a varios especialistas, verifique cada uno individualmente. Que su cardiólogo esté dentro de la red no garantiza que su dermatólogo también lo esté.
- Si divide su tiempo entre dos lugares, verifique la cobertura de la red en ambos.

Este único paso evita una de las sorpresas más dolorosas de toda la atención médica en la jubilación: descubrir, cita en mano, que su médico de toda la vida ya no acepta su nuevo plan.

Paso 4: Fíjese en el costo total potencial de bolsillo, no solo en la prima

Una prima baja puede esconder un precio alto una vez que realmente usa el plan. Para comparar de manera justa, necesita estimar su costo potencial *total* para el año, no solo la factura mensual.

Sume (o calcule) estos elementos para cada plan:

- Prima mensual $\times 12$
- Deducible anual (médico y/o de medicamentos, si son separados)
- Copagos o coseguro esperados según su número habitual de visitas al médico
- Costos de medicamentos estimados según la ubicación específica de su formulario por nivel
- El máximo de gastos de bolsillo del plan: lo más que podría pagar en un año en el peor de los casos

Ese último número importa más de lo que la gente cree. Dos planes pueden parecer casi idénticos en prima y copagos, pero tener máximos de gastos de bolsillo muy distintos. Si tuviera un evento de salud grave —una hospitalización, un nuevo diagnóstico, una cirugía mayor—, el plan con el techo más bajo podría ahorrarle miles de dólares. Calcule las cifras tanto para un escenario de “año típico” como de “año difícil”, y compare ambos.

Paso 5: Revise los beneficios adicionales —pero no deje que decidan por usted—

Muchos planes anuncian beneficios adicionales: asignaciones para atención dental o de la vista, membresías de gimnasio, créditos para productos de venta libre, beneficios de transporte, y más. Estos pueden ser genuinamente útiles, y no hay nada de malo en tenerlos en cuenta.

Pero los extras deben ser el factor de desempate, no el factor decisivo. Es fácil dejarse atraer por una tarjeta de asignación llamativa y pasar por alto que la cobertura médica y de medicamentos principal del plan encaja peor con sus necesidades reales. Pregúntese: si eliminara todos los beneficios adicionales, ¿seguiría siendo este plan una buena opción según sus médicos, sus medicamentos y sus costos de bolsillo? Si la respuesta es no, los extras no valen la concesión.

Paso 6: Vuelva a leer su Aviso Anual de Cambios (ANOC) cada otoño

Si está inscrito en un plan Medicare Advantage o de la Parte D, su plan está obligado a enviarle una carta de **Aviso Anual de Cambios (ANOC)** cada septiembre, que describe qué será diferente en su plan a partir del 1 de enero. La mayoría de las personas la hojea o la desecha. No lo haga.

El ANOC le informará sobre cambios en:

- Primas, deducibles y copagos
- La red de proveedores
- El formulario de medicamentos y la red de farmacias
- Beneficios adicionales (añadidos o eliminados)
- El área de servicio del plan

Incluso si le encantó su plan este año, el ANOC podría revelar que está cambiando de maneras que ya no se ajustan a usted, y esta es su señal para volver a comenzar el proceso de comparación antes de que se cierre la próxima ventana de inscripción. Ponga un

recordatorio anual para finales de septiembre para sentarse con esta carta, una taza de café, y veinte minutos de atención concentrada.

Errores comunes que se deben evitar

Incluso las personas que entienden bien su cobertura pueden caer en estas trampas. Esté atento a ellas.

Renovar automáticamente sin revisar. Si usted no toma ninguna acción, la mayoría de los planes simplemente lo continúan en la versión del año siguiente de manera automática. Eso es conveniente, pero también significa que podría terminar en un plan con una red o un formulario de medicamentos cambiado sin darse cuenta jamás, hasta que esté en el mostrador de la farmacia o en el consultorio de un médico y le digan que está fuera de la red.

Elegir un plan porque a un amigo o familiar le gusta el suyo. El plan de otra persona puede ser excelente, para sus medicamentos, sus médicos, su situación de salud. Eso casi no le dice nada sobre si se ajusta a la de usted. Use su recomendación como punto de partida para investigar, nunca como la palabra final.

Perder las ventanas de inscripción. Los cambios de cobertura generalmente no pueden ocurrir cuando a usted le apetezca; están vinculados a períodos de inscripción específicos (que se cubren en el Capítulo 13). Perder una ventana puede significar quedarse atrapado con un plan que ya no le conviene por otro año completo, o enfrentar penalizaciones en algunos casos.

No verificar que su farmacia esté dentro de la red. Los planes a menudo tienen redes de farmacias “preferidas” y “estándar” con precios diferentes, y algunas farmacias pueden no estar incluidas en absoluto. Surtir una receta en la farmacia equivocada puede significar pagar considerablemente más, o que el plan no lo cubra en absoluto.

Subestimar los costos de las visitas al especialista o de una hospitalización. Es tentador basar su presupuesto en “un año típico y saludable”. Pero comparar bien los planes también significa preguntarse: “¿Cuánto me costaría esto si necesitara un especialista cada mes, o fuera hospitalizado?”. A la gente frecuentemente la toman por sorpresa los porcentajes de coseguro en servicios de alto costo, que pueden acumularse rápidamente en comparación con un copago fijo.

Dejarse presionar para decidir en el momento. Ninguna decisión de inscripción legítima necesita tomarse en los mismos cinco minutos en que alguien se la está proponiendo. Si en algún momento se siente apurado, empujado hacia una firma, o le dicen que un plan solo está disponible “si decide ahora mismo”, esa es una señal para reducir el ritmo, decir que necesita tiempo, y retirarse para comparar. Los agentes y los planes de buena reputación siempre le darán espacio para pensarlo.

Su lista de verificación de comparación de plan a plan

Use esta tabla para comparar su plan actual con una o más alternativas, lado a lado. Llene una columna para cada plan que esté evaluando, y luego revise cada fila.

Categoría	Plan actual	Opción A	Opción B
Prima mensual			
Deducible anual (médico)			
Deducible anual (medicamentos)			
Máximo de gastos de bolsillo			
¿Médico de cabecera dentro de la red? (S/N)			
¿Especialista(s) dentro de la red? (S/N — enumere cada uno)			
¿Hospital/sistema de salud dentro de la red? (S/N)			
Medicamento 1 — nivel y costo estimado			
Medicamento 2 — nivel y costo estimado			
Medicamento 3 — nivel y costo estimado			
¿Farmacia preferida dentro de la red? (S/N)			
Copago estimado para visita al especialista			
Coseguro estimado para una hospitalización			
Beneficios adicionales (dental/vista/audición, venta libre, transporte, etc.)			
Costo total anual estimado — año típico			
Costo total anual estimado — año difícil (hospitalización, etc.)			
Cambios del ANOC señalados para el próximo año			

Fotocopie esta tabla o vuelva a crearla en un cuaderno o una hoja de cálculo cada otoño. Llenarla con honestidad, usando sus medicamentos y proveedores reales en lugar de suposiciones, es lo que convierte “comparar planes” de una tarea vaga en una decisión concreta y segura.

Puntos clave

- Compare los planes en función de su propio uso y necesidades de atención médica primero; el precio de la prima es solo un factor, no el decisivo.
- Revise sus medicamentos específicos contra el formulario de medicamentos de cada plan todos los años, ya que la cobertura y los niveles de costo pueden cambiar incluso si mantiene el mismo plan.
- Confirme que sus médicos, especialistas y hospital estén dentro de la red antes de cambiar de plan; llame directamente al consultorio del proveedor en lugar de confiar únicamente en un directorio en línea.
- Estime su costo total potencial de bolsillo tanto para un año típico como para un año difícil, no solo la prima mensual.
- Trate los beneficios adicionales como un factor de desempate, no como un sustituto de una cobertura médica y de medicamentos sólida.

- Vuelva a leer su carta del Aviso Anual de Cambios (ANOC) cada otoño, y nunca permita que nadie lo presione para tomar una decisión de inscripción en el momento.

Este capítulo tiene fines educativos generales únicamente y no sustituye el asesoramiento personalizado de un agente de seguros con licencia ni los recursos oficiales del gobierno.

Capítulo 16: Cómo trabajar con un agente de seguros con licencia

A estas alturas, usted ha dedicado mucho tiempo a aprender sobre Medicare, Medigap, los planes Advantage, la cobertura de medicamentos y todas las demás piezas que conforman su panorama de seguros en la jubilación. Eso no es poca cosa: este es un material genuinamente complicado, y debería sentirse satisfecho por todo el terreno que ha recorrido. Pero surge una pregunta natural en este punto del proceso: ¿debería sentarse a inscribirse en un plan por su cuenta, o debería trabajar con un agente de seguros con licencia que lo ayude a lograrlo?

Este capítulo trata de responder esa pregunta con honestidad. No le va a decir que necesita un agente sin excepción, ni tampoco va a fingir que los agentes son innecesarios. En cambio, repasaremos qué hace realmente un agente, cómo se le paga, cómo debería verse una buena primera conversación y qué preguntas debería hacer antes de confiarle a alguien una decisión tan importante. También nos aseguraremos de que conozca las alternativas gratuitas y sin presión de venta que tiene a su disposición, porque vale la pena conocerlas sin importar lo que decida.

Qué hace realmente un agente de seguros con licencia

Un agente de seguros con licencia es una persona que ha completado los requisitos de licenciamiento estatal y, en la mayoría de los casos, una certificación adicional específica para productos de Medicare, para poder vender y explicar planes de seguro legalmente. Su trabajo, cuando se hace bien, se reduce a algunas tareas concretas:

Lo ayudan a comparar opciones. En lugar de que usted tenga que revisar plan tras plan tratando de descifrar por su cuenta los documentos de “Resumen de Beneficios”, un agente puede mostrarle los planes disponibles en su código postal específico y guiarlo a través de las diferencias significativas: primas, deducibles, redes de proveedores, formularios de medicamentos, beneficios adicionales como cobertura dental o de la vista.

Explican cómo se aplican realmente los detalles del plan a su vida. Un documento de un plan puede decir que un servicio requiere “autorización previa”, pero ¿qué significa eso para usted si necesita un reemplazo de cadera la próxima primavera? Un buen agente traduce la letra pequeña a un lenguaje sencillo y la conecta con sus circunstancias reales.

Ayudan con el papeleo de inscripción. Inscribirse en un plan Medicare Advantage, un plan de medicamentos de la Parte D o una póliza Medigap implica formularios, fechas de vigencia y, a veces, preguntas de suscripción médica (especialmente fuera de su período de inscripción inicial). Un agente puede guiarlo a través de este proceso, ayudarlo a evitar errores comunes —como enviar por accidente una solicitud con la fecha de vigencia equivocada, u omitir una firma— y confirmar que su inscripción realmente se procesó.

Pueden identificar problemas de tiempo. Los períodos de inscripción son inflexibles. Un agente que conoce el calendario puede ayudarlo a evitar vacíos en su cobertura o penalidades por inscripción tardía, que es una de las cosas más valiosas que aportan.

Lo que un buen agente *no* hace es tomar la decisión por usted. Piense en ellos como una guía conocedora, no como quien decide. La decisión final sobre qué plan se ajusta a sus necesidades de salud, su presupuesto y sus preferencias siempre es suya.

Agentes exclusivos frente a agentes independientes

Una de las cosas más importantes que debe entender antes de empezar a trabajar con alguien es la diferencia entre dos tipos de agentes.

Un agente exclusivo representa a una sola compañía de seguros. Solo puede venderle planes ofrecidos por esa compañía. Esto no lo convierte automáticamente en una mala opción: algunos agentes exclusivos conocen extremadamente bien los productos de su compañía y pueden ser una buena opción si esa compañía ofrece planes sólidos en su área. Pero, por definición, un agente exclusivo no puede mostrarle lo que hay disponible de otras compañías, aunque el plan de un competidor le convenga realmente más.

Un agente independiente tiene licencia para vender planes de varias compañías de seguros. Como no están atados a una sola aseguradora, pueden comparar planes de varias compañías uno al lado del otro y, en teoría, tienen más libertad para recomendar la opción que realmente se ajuste mejor a su situación, sin importar qué compañía la respalde.

Ningún tipo es inherentemente más confiable que el otro, y ser independiente no significa automáticamente ser imparcial (más sobre esto en un momento). Pero es una distinción que vale la pena entender antes de sentarse con cualquiera, porque afecta directamente cuántas opciones puede mostrarle en realidad. Si solo quiere comparar dentro de la oferta de una compañía, un agente exclusivo puede ser perfectamente adecuado. Si quiere una visión más amplia de lo que hay disponible, un agente independiente en general podrá ofrecérsela.

De cualquier manera, la primera pregunta que debe hacer es sencilla: ¿qué compañías y planes puede mostrarme?

Cómo funciona realmente la compensación de los agentes

Esta es una parte del proceso que merece una explicación completamente honesta, porque es fácil que quede sin explicar.

Los agentes de seguros con licencia suelen recibir su pago de las compañías de seguros cuyos planes venden, a través de una comisión, y no cobrándole a usted, el cliente, una tarifa directa. Cuando usted se inscribe en un plan a través de un agente, la compañía de seguros le paga a ese agente una comisión por la inscripción y, a menudo, una comisión de renovación más pequeña en los años siguientes si usted permanece inscrito. Por eso los agentes generalmente pueden ofrecer su tiempo y su experiencia sin cobrarle a usted directamente por ello.

Vale la pena tener claro lo que esto significa. Debido a que a los agentes les pagan las compañías de seguros y no usted, en teoría existe cierto incentivo integrado en el sistema: un agente podría estar más familiarizado con (o más inclinado hacia) los planes de compañías que pagan bien o con las que tiene una relación de largo plazo. Las estructuras

de comisiones también están reguladas: para los planes Medicare Advantage y de la Parte D, por ejemplo, las normas federales fijan la compensación en niveles estandarizados y limitan cuánto se les puede pagar a los agentes sin importar hacia qué plan lo orienten, lo cual está pensado específicamente para reducir el incentivo de favorecer un plan sobre otro solo por un pago mayor. Las estructuras de comisiones de Medigap funcionan de manera un poco distinta y pueden variar más según la compañía y el estado.

Nada de esto significa que deba asumir que un agente está actuando en contra de sus intereses. La mayoría de los agentes con licencia construyen su negocio a partir de referidos y relaciones de largo plazo con sus clientes, y orientar a alguien hacia un plan que no se ajusta a sus necesidades es una mala manera de lograr cualquiera de las dos cosas. Pero entender cómo fluye el dinero lo ayuda a hacer mejores preguntas y a seguir siendo un participante activo e informado en la conversación, en lugar de alguien que simplemente acepta una recomendación sin cuestionarla.

Qué esperar en una primera conversación

Una primera reunión o llamada con un buen agente debería sentirse menos como una presentación de ventas y más como una conversación de admisión. Así es como suele verse cuando se hace correctamente.

El agente debería preguntarle sobre **sus necesidades de salud**: cualquier condición en curso, procedimientos próximos o necesidades de atención previstas para el año siguiente. Debería preguntarle sobre **sus medicamentos actuales**, idealmente por nombre y dosis, para poder verificar cómo trataría el formulario de medicamentos y la red de farmacias de cada plan sus recetas específicas. Debería preguntarle sobre **sus médicos y hospitales preferidos**, para poder confirmar si esos proveedores están dentro de la red de los planes que se están considerando. Y debería preguntarle sobre **su presupuesto**: no solo la prima mensual, sino su nivel de comodidad con posibles gastos de bolsillo si necesita atención significativa durante el año.

Un buen agente escucha más de lo que habla en esta primera conversación. Si alguien pasa directamente a recomendar un plan específico antes de hacerle alguna de estas preguntas, esa es una señal para ir más despacio. Todo el valor de trabajar con un agente radica en que la recomendación debería estar construida en torno a *su* situación, no en una presentación genérica que le dan a todo el que entra por la puerta.

También es completamente apropiado que el agente le pregunte sobre sus finanzas en general, su situación familiar (¿participa también un cónyuge o un hijo adulto en la decisión?) y cómo suele utilizar la atención médica: ¿consulta a especialistas con frecuencia, o principalmente se limita a un examen físico anual? Todo esto influye en si un plan Medicare Advantage o una póliza Medigap, por ejemplo, es la opción estructural más adecuada para usted, un tema que cubrimos en el Capítulo 5.

Preguntas para hacerle a cualquier agente que esté considerando

Antes de comprometerse a trabajar con un agente en particular, vale la pena hacer un breve conjunto de preguntas directas. Un profesional con licencia y seguro de sí mismo no tendrá problema en responderlas con claridad:

- **¿A cuántas compañías de seguros representa, y cuáles son?** Esto le indica si está hablando con un agente exclusivo o independiente, y qué tan amplias son realmente sus opciones.
- **¿Tiene licencia para vender seguros en mi estado?** Los agentes deben tener licencia en el estado donde usted vive, y esto se puede verificar a través del departamento de seguros de su estado.
- **¿Cómo le pagan por ayudarme?** Un agente confiable explicará la estructura de comisiones con honestidad, en lugar de evadir la pregunta.
- **Explíqueme por qué este plan específico se ajusta a mi situación.** Pídale que conecte la recomendación con sus medicamentos, sus médicos y su presupuesto, no que simplemente enumere las características generales del plan.
- **¿Qué sucede después de inscribirme? ¿Seguirá disponible si tengo preguntas o problemas con el plan?** Algunos agentes brindan un apoyo continuo significativo; otros desaparecen después de la venta.
- **¿Puede mostrarme al menos dos o tres opciones, no solo una?** Incluso un agente exclusivo debería poder comparar un par de planes dentro de la oferta de su compañía.
- **¿Cuáles son las desventajas de este plan en comparación con las alternativas?** Todo plan implica concesiones. Un agente que dice que un plan no tiene ninguna desventaja no le está dando el panorama completo.

Usted tiene todo el derecho de hacer estas preguntas con claridad, y tiene todo el derecho de tomarse su tiempo. Una respuesta insistente ante cualquiera de ellas —evasivas, presión para firmar hoy mismo, o reticencia a responder— es algo que vale la pena tener en cuenta.

El próximo capítulo profundiza exactamente en este tema: las reglas federales específicas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y las regulaciones estatales de licenciamiento que rigen cómo se les permite a los agentes contactarlo, qué deben divulgar, y cómo verificar una licencia o presentar una queja si algo no le parece correcto.

También hay ayuda gratuita e imparcial disponible

Es importante que sepa que los agentes con licencia no son su única opción, y que no son empleados del gobierno ni están afiliados a Medicare, a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) ni a la Administración del Seguro Social de ninguna manera, aunque los planes que venden estén relacionados con el programa Medicare.

Si prefiere obtener orientación de alguien que no tenga absolutamente ninguna comisión en juego con su decisión, su estado ofrece un programa llamado SHIP, el Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés). Los consejeros de SHIP son voluntarios y personal capacitado que brindan orientación gratuita, individual e

imparcial sobre Medicare, y como no venden seguros ni ganan comisiones, no tienen ningún interés financiero en qué plan elija usted. Puede encontrar el programa SHIP de su estado con una búsqueda rápida o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que es la línea de ayuda oficial de Medicare y también puede orientarlo hacia recursos locales de SHIP.

Algunas personas utilizan la orientación de SHIP por sí sola. Otras la utilizan junto con un agente: obtienen una recomendación de plan de un agente y luego la consultan con un consejero de SHIP como una segunda opinión antes de inscribirse. Cualquiera de los dos enfoques es completamente razonable, y no hay una manera incorrecta de hacerlo. Lo más importante es que termine con una cobertura que realmente se ajuste a sus necesidades de salud y a su presupuesto, obtenida de una manera que se haya sentido informada y no apresurada.

Una nota sobre Total Insurance Hub

Si, después de leer este libro, le gustaría recibir ayuda personalizada para poner en práctica algo de lo aquí expuesto, Total Insurance Hub es una agencia de seguros independiente con licencia, y el equipo estará encantado de conversar sobre su situación específica cuando usted esté listo. No existe ninguna obligación de trabajar con nosotros, y todo lo que se explica en este capítulo sobre hacer preguntas, comparar opciones y conocer alternativas gratuitas como SHIP se aplica tanto a nosotros como a cualquier otro agente que pueda considerar. Simplemente queríamos que supiera que esta opción existe.

Puntos clave

- Un agente con licencia puede ayudarlo a comparar planes, explicar cómo se aplica la cobertura a su situación específica y asistirlo con el papeleo de inscripción, pero la decisión final siempre es suya.
- Los agentes exclusivos representan a una sola compañía de seguros; los agentes independientes representan a varias. Pregunte con qué tipo está hablando desde el principio.
- A los agentes por lo general les pagan las compañías de seguros a través de comisiones, no se les cobra a ustedes directamente; por eso normalmente no hay un costo directo para usted, pero de todas formas vale la pena entender cómo funciona esa compensación.
- Una buena primera conversación se enfoca en sus necesidades de salud, medicamentos, médicos preferidos y presupuesto, no en una presentación genérica para todos por igual.
- Preséntese con preguntas directas sobre licenciamiento, compensación y por qué un plan específico se ajusta a su situación; un agente confiable responderá con claridad.
- Siempre hay ayuda gratuita e imparcial disponible a través del programa SHIP de su estado y del 1-800-MEDICARE si prefiere una opción sin presión de venta, ya sea en lugar de trabajar con un agente o junto con esa opción.

Capítulo 17: Las reglas de mercadeo de CMS y la regulación estatal de seguros — Sus protecciones como consumidor

A lo largo de este libro, ha visto recordatorios de que Total Insurance Hub es una agencia independiente con licencia, no una oficina gubernamental, y de que la información aquí contenida es educativa y no un discurso de ventas. Este capítulo explica exactamente *por qué* existen esos recordatorios, guiándolo a través de las reglas federales y estatales reales que rigen cómo se les pueden comercializar a usted los planes de Medicare y los productos de seguros. Comprender estas reglas cumple dos propósitos: le ayuda a reconocer cuándo un agente o una compañía está actuando correctamente, y le ayuda a detectar las señales de advertencia cuando no es así.

Nada de esto es conocimiento técnico reservado a expertos. Son reglas públicas, establecidas por agencias públicas, específicamente para proteger a personas en su situación. Conocerlas lo coloca en una posición más fuerte en cada etapa del proceso, mucho antes de que llegue a firmar algo.

Dos reguladores distintos, dos funciones distintas

Es útil entender que se aplican dos niveles separados de supervisión a cualquiera que le venda un producto relacionado con Medicare o un producto de seguros:

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal que regula cómo se comercializan y venden a nivel nacional los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. CMS publica reglas detalladas —las Pautas de Comunicaciones y Mercadeo de Medicare (MCMG, por sus siglas en inglés)— que todo agente, agencia y organización de mercadeo involucrada en las ventas de Medicare debe seguir, sin importar en qué estado opere.

El regulador de seguros de su estado otorga licencias a los agentes y agencias individuales, establece normas de conducta, investiga las quejas de los consumidores y puede suspender o revocar una licencia por mala conducta. Cada estado tiene uno, aunque el nombre varía. En Florida, donde tiene su sede Total Insurance Hub, esta función corresponde al **Departamento de Servicios Financieros de Florida (DFS, por sus siglas en inglés)**, específicamente a su División de Servicios para Agentes y Agencias de Seguros. Si usted vive en otro estado, su estado tendrá su propia versión, con frecuencia llamada Departamento de Seguros o División de Seguros, y vale la pena conocer el nombre de la agencia de su propio estado.

Estos dos sistemas trabajan juntos, pero no son idénticos. Las reglas de CMS se enfocan específicamente en el mercadeo de Medicare Advantage y la Parte D. La autoridad de su regulador estatal es más amplia y abarca la concesión de licencias y la conducta de los agentes en todos los productos de seguros: Medigap, seguro de vida, anualidades y más. Un agente confiable opera de manera limpia bajo ambos marcos.

Qué se considera “mercadeo” según las reglas de CMS

Como mencionamos anteriormente en este libro, CMS traza una línea entre la *comunicación* —información educativa general, como gran parte de este libro— y el *mercadeo* —contenido destinado a atraer a un beneficiario hacia un plan específico o a orientarlo hacia la inscripción. La actividad de mercadeo activa un conjunto específico de requisitos federales que no se aplican al material puramente educativo. El resto de este capítulo repasa esos requisitos uno por uno.

El aviso obligatorio que siempre debería ver u oír

Si un agente, agencia o centro de llamadas no representa todos los planes Medicare Advantage o de la Parte D disponibles en su área —lo cual describe a la mayoría de los agentes independientes—, CMS les exige que lo indiquen con claridad cada vez que le comercialicen planes de Medicare. CMS llama a esto el aviso de la TPMO (TPMO significa Organización de Mercadeo de Terceros, la categoría que abarca a los agentes independientes, las agencias, las organizaciones de mercadeo de campo y los centros de llamadas que reciben compensación por el mercadeo de planes de Medicare).

El aviso debe usar un lenguaje aprobado similar a este:

“No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a los planes que sí ofrecemos en su área. Comuníquese con Medicare.gov, 1-800-MEDICARE, o con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) local para obtener información sobre todas sus opciones.”

Este aviso exacto aparece en la página de derechos de autor de este libro, y también lo encontrará en los materiales de mercadeo de Total Insurance Hub. Se requiere que aparezca de forma clara —no oculto en letra pequeña— por escrito en sitios web, anuncios y materiales de inscripción, y debe decirse en voz alta durante las llamadas de venta antes de que se analicen las opciones de plan. Si alguna vez está en una llamada o leyendo un material de mercadeo sobre Medicare Advantage o la Parte D y este aviso falta, es ilegible por su tamaño diminuto, o se dice de forma apresurada, eso vale la pena anotarlo como una señal de alerta en materia de cumplimiento.

Alcance de la Cita: por qué un agente no puede simplemente “improvisar”

Antes de que un agente con licencia se reúna con usted —en persona, por teléfono o por video— para hablar de planes específicos de Medicare Advantage o de la Parte D, CMS le exige que primero documente exactamente qué ha aceptado usted discutir. Este documento se llama **Alcance de la Cita (SOA, por sus siglas en inglés)**, y existe para prevenir una táctica común y predatoria: aceptar hablar de un tema y luego usar la reunión para promover algo que usted nunca acordó escuchar.

Algunos detalles que vale la pena conocer:

- **La regla de las 48 horas.** En la mayoría de los casos, CMS exige que transcurran al menos 48 horas entre el momento en que usted firma o acepta verbalmente un SOA

y el momento en que ocurre la cita real. Esto le da tiempo para reconsiderar, hacer preguntas o cancelar, en lugar de pasar directamente del papeleo a un discurso de ventas. Existen excepciones limitadas, como las citas programadas dentro de los últimos días de un período de inscripción, las reuniones que usted mismo inicia al presentarse en una oficina, o las llamadas que usted hace al agente.

- **Un SOA por tema, por persona.** Si usted y su cónyuge están recibiendo asesoría, cada uno necesita su propio SOA firmado. Si la conversación se desvía hacia un producto que originalmente no acordó discutir —digamos, usted llamó para hablar sobre un plan Medicare Advantage y el agente quiere pasar a un seguro de vida—, se requiere un SOA *nuevo* y separado antes de que esa conversación pueda tener lugar. A esto a veces se le llama la protección contra la venta cruzada, y existe específicamente para que nunca se le convenza de escuchar sobre un producto que usted no pidió conocer.
- **Un SOA firmado solo es válido por 12 meses.** Después de ese plazo, se requiere uno nuevo para cualquier cita futura.

Si un agente intenta lanzarse a un discurso de ventas detallado sobre un plan sin haber discutido ni documentado nunca qué debía cubrir la reunión, eso no es un simple formalismo que se está omitiendo: es una protección específica al consumidor que se está eludiendo.

Grabación de llamadas: responsabilidad incorporada

Para las llamadas de venta de Medicare Advantage y la Parte D, CMS exige que toda la llamada —desde la prospección hasta la inscripción— sea grabada y retenida por el agente, la agencia o la organización involucrada, y conservada en archivo durante **diez años**. Esto no es opcional, y los beneficiarios no pueden optar por no ser grabados en estas llamadas específicas (aunque usted siempre es libre de solicitar una reunión presencial en su lugar, o de terminar la llamada).

El propósito es sencillo: si alguna vez surge una disputa sobre lo que se dijo, se prometió o se representó durante una llamada de venta, existe un registro objetivo, no solo recuerdos contrapuestos. Esto protege tanto a los agentes honestos como a los consumidores.

Reglas sobre cómo se le puede contactar

CMS impone límites firmes sobre cómo los agentes y las organizaciones de mercadeo pueden iniciar contacto con usted:

- **No se permiten llamadas no solicitadas, visitas de puerta en puerta, ni dejar materiales de mercadeo en su domicilio.** Por lo general, un agente no puede presentarse sin invitación ni llamarlo sin haber sido solicitado para hablarle sobre planes Medicare Advantage o de la Parte D, a menos que usted haya dado permiso expreso previo o que usted los haya contactado primero.
- **El correo electrónico requiere su consentimiento**, y todo correo de mercadeo debe incluir una forma de darse de baja de futuros mensajes.

- **Las listas de contactos compradas y los datos de terceros no pueden usarse para contactarlo** sobre planes de Medicare sin que usted haya acordado específicamente ser contactado de esa manera.

Si recibe una llamada no solicitada, una visita inesperada a su domicilio, o correo no solicitado que promueve un plan Medicare Advantage o de la Parte D específico de alguien a quien nunca le dio permiso para contactarlo, eso merece un escepticismo genuino.

Los obsequios e incentivos están estrictamente limitados

CMS limita el valor de cualquier artículo promocional que un agente o una organización de mercadeo pueda ofrecerle a **\$15 por artículo, por encuentro** —piense en un bolígrafo con logotipo o una pequeña libreta, no en nada de valor significativo. Los obsequios nunca pueden ser en efectivo ni nada convertible en efectivo, como una tarjeta de regalo, y —de manera crucial— un obsequio nunca puede ofrecerse como incentivo para inscribirse. Si alguien le ofrece un obsequio de valor significativo, un pago en efectivo o cualquier recompensa vinculada a inscribirse en un plan, eso es una violación directa de las reglas federales, no un beneficio generoso.

Afirmaciones que nunca están permitidas

Existen algunas categorías de afirmaciones que están terminantemente prohibidas en el mercadeo de Medicare, y reconocerlas puede ayudarle a evaluar a cualquier persona con la que esté hablando:

- **No se puede insinuar respaldo gubernamental.** Ningún agente, agencia o plan puede sugerir que Medicare o cualquier otra agencia gubernamental los recomienda, los prefiere o los respalda. Los materiales de mercadeo que parecen correspondencia oficial del gobierno, o que usan un lenguaje que insinúa una conexión gubernamental, son una violación grave.
- **No se permiten superlativos sin verificar.** Afirmaciones como “el mejor plan”, “el plan mejor calificado” o “el número uno en su área” no están permitidas a menos que puedan sustentarse con datos reales y actuales, y aun así, se usan con moderación y de forma específica, no como lenguaje genérico de ventas.
- **No se permite la selección arbitraria ni la segmentación discriminatoria.** No se permite que los agentes seleccionen o excluyan de manera selectiva a beneficiarios según su estado de salud o su rentabilidad percibida.
- **No se permite presionar para decidir de inmediato.** Como comentamos en el Capítulo 15, ninguna decisión legítima de inscripción en Medicare necesita tomarse en la misma conversación en la que se presenta. Los agentes de buena reputación siempre le darán tiempo.

Regulación estatal: licencias, quejas y cómo verificar a un agente

Aparte de las reglas de CMS mencionadas anteriormente, todo agente de seguros con el que usted trabaje —ya sea para Medicare Advantage, Medigap, seguro de vida, anualidades o cualquier otro producto cubierto en este libro— debe tener una licencia activa emitida por

el estado donde usted vive. Los reguladores estatales de seguros son responsables de emitir y renovar esas licencias, establecer normas de conducta profesional, investigar quejas y disciplinar o revocar licencias cuando los agentes violan las reglas.

En Florida, esta función corresponde al **Departamento de Servicios Financieros de Florida (DFS, por sus siglas en inglés)**, a través de su División de Servicios para Agentes y Agencias de Seguros. Algunos aspectos que vale la pena conocer:

- **Usted puede verificar por sí mismo el estado de la licencia de cualquier agente**, de forma gratuita, usando la herramienta de búsqueda de licencias (Licensee Search) en línea del DFS. Antes de trabajar con cualquier agente —incluyendo a cualquiera de Total Insurance Hub—, es completamente razonable verificar que su licencia esté activa y en buen estado.
- **Usted puede presentar una queja directamente ante la Oficina de Investigaciones del DFS** si cree que un agente ha actuado de manera indebida: si incurrió en prácticas de venta engañosas, no siguió las reglas del SOA o del aviso obligatorio, o violó de alguna otra forma la ley estatal de seguros.
- **El DFS también otorga licencias a las agencias de seguros** en sí, no solo a los agentes individuales, y supervisa los requisitos de educación continua que mantienen a los agentes actualizados sobre las reglas descritas en este capítulo.

Si usted vive fuera de Florida, su propio estado tiene un regulador equivalente, comúnmente llamado Departamento de Seguros, División de Seguros o, como en Florida, un Departamento de Servicios Financieros. Una búsqueda rápida de “departamento de seguros de [su estado]” o “verificación de licencias de seguros de [su estado]” normalmente lo llevará al lugar correcto. Cada uno de estos reguladores estatales ofrece alguna versión de una herramienta de búsqueda de licencias y un proceso de quejas, y usarlos no cuesta nada.

Qué hacer si algo no le parece correcto

Si alguna vez experimenta una interacción de venta que parece cruzar alguna de las líneas descritas en este capítulo —una llamada no solicitada, presión para firmar algo de inmediato, un obsequio vinculado a la inscripción, un aviso obligatorio ausente, un agente que afirma tener una afiliación gubernamental, o cualquier cosa que simplemente no le parezca correcta—, usted tiene opciones reales, no solo una vaga sensación de que algo estuvo mal:

- **Repórtelo directamente a Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), que acepta quejas sobre la conducta de mercadeo de Medicare Advantage y la Parte D y puede escalarlas a CMS.
- **Contacte al regulador de seguros de su estado** —en Florida, la Oficina de Investigaciones del DFS— para presentar una queja formal sobre la conducta o el estado de licencia de un agente.
- **Comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP)**, cubierto en capítulos anteriores, para recibir orientación gratuita e imparcial si no está seguro de si algo que experimentó fue apropiado.

Ninguno de estos pasos requiere que usted tenga todos los detalles perfectamente documentados antes de comunicarse. Describir lo sucedido, de la mejor manera que lo recuerde, es suficiente para iniciar la conversación.

El compromiso de Total Insurance Hub

Total Insurance Hub y sus agentes con licencia operan bajo ambos marcos descritos en este capítulo: las Pautas de Comunicaciones y Mercadeo de Medicare (MCMG) de CMS para cualquier conversación relacionada con Medicare, y las normas de licencia y conducta del DFS de Florida (así como el regulador equivalente en cualquier otro estado donde estemos autorizados para hacer negocios) para cada producto que discutimos. Animamos a todo lector —trabaje o no alguna vez con nosotros— a usar las herramientas de verificación de licencias y de quejas descritas en este capítulo con cualquier agente con quien hable. Un agente que confía en la forma en que opera nunca se molestará por un cliente que verifica dos veces.

Puntos clave

- Dos reguladores separados supervisan las ventas de Medicare y de seguros: CMS (reglas federales específicas para el mercadeo de Medicare Advantage y la Parte D) y el regulador de seguros de su estado —el Departamento de Servicios Financieros de Florida (DFS) en el estado sede de Total Insurance Hub—, que otorga licencias a los agentes y atiende quejas más amplias de los consumidores.
- CMS exige un aviso específico, hablado y por escrito, siempre que un agente que no representa todos los planes de su área le comercialice cobertura de Medicare Advantage o de la Parte D.
- Se debe documentar un Alcance de la Cita (SOA) antes de una cita personal de venta de Medicare, generalmente con 48 horas entre la firma y la reunión, y se requiere un nuevo SOA antes de que un agente pueda cambiar de tema a otro producto.
- Las llamadas de venta de Medicare deben grabarse en su totalidad y conservarse durante 10 años; no se le puede llamar sin solicitarlo, visitar de puerta en puerta ni enviar correos electrónicos sobre planes de Medicare sin su permiso previo; los obsequios están limitados a \$15 y nunca pueden ser en efectivo ni estar vinculados a la inscripción.
- Los agentes nunca pueden afirmar contar con respaldo gubernamental, usar afirmaciones superlativas sin sustento, ni presionarlo para que tome una decisión en el momento.
- Usted puede verificar el estado de cualquier agente con licencia en Florida a través de la herramienta de búsqueda de licencias (Licensee Search) en línea del DFS y presentar una queja ante la Oficina de Investigaciones del DFS sin costo alguno; los lectores en otros estados cuentan con un regulador de seguros estatal equivalente, y todos también pueden reportar inquietudes al 1-800-MEDICARE o a su SHIP local.

Este capítulo resume las reglas federales y del estado de Florida tal como se entendían al momento de su redacción, con fines educativos generales. Las regulaciones se actualizan periódicamente; confirme siempre los requisitos vigentes en CMS.gov y MyFloridaCFO.com, o en el departamento de seguros de su propio estado.

Capítulo 18: glosario de términos

El mundo de los seguros y Medicare tiene un vocabulario propio, y es fácil perder de vista un término que usted leyó tres capítulos atrás. Este glosario es un compañero de referencia rápida para el resto del libro, un lugar donde buscar una palabra o frase sin tener que revisar capítulos anteriores. Los términos están organizados alfabéticamente, y las definiciones son intencionalmente breves y en lenguaje sencillo; para obtener una explicación más completa y el contexto detrás de cualquier término, vuelva al capítulo indicado o mencionado a lo largo de este libro.

A

Agente Cautivo — Un agente de seguros que representa y solo puede vender planes de una única compañía de seguros. Esto no lo convierte automáticamente en una mala opción, pero sí significa que no puede mostrarle lo que podría ofrecer una aseguradora competidora.

Agente Independiente — Un agente de seguros con licencia para vender planes de varias compañías de seguros, lo que permite una comparación más amplia entre aseguradoras.

Ajuste de Valor de Mercado (MVA) — Una característica contractual de algunas anualidades que puede aumentar o disminuir la cantidad recibida en un retiro anticipado durante el período de rescate, según los movimientos de las tasas de interés.

Ajuste por Costo de Vida (COLA) — El ajuste anual que la Administración del Seguro Social aplica a los cheques de beneficios, destinado a ayudarlos a mantener el ritmo de la inflación; se anuncia cada octubre para el año siguiente.

Anualidad — Un contrato con una compañía de seguros en el que usted entrega una suma global o una serie de pagos a cambio de la promesa de la aseguradora de devolverle dinero, a menudo en forma de ingresos continuos.

Anualidad Diferida — Una anualidad en la que el dinero se acumula durante varios años antes de que comiencen los pagos de ingresos, en lugar de comenzar de inmediato.

Anualidad Fija — Una anualidad en la que la aseguradora acredita una tasa de interés fija y garantizada durante un período definido, similar en concepto a un certificado de depósito.

Anualidad Indexada Fija — Una anualidad cuyo interés acreditado está vinculado en parte al desempeño de un índice de mercado, sujeto a límites o tasas de participación, a la vez que generalmente protege el capital frente a pérdidas relacionadas con el mercado.

Anualidad Inmediata — Una anualidad en la que los pagos de ingresos comienzan poco después de que se paga una suma global a la aseguradora, en lugar de después de un período de acumulación.

Anualidad Variable — Una anualidad en la que los fondos se invierten en subcuentas similares a los fondos mutuos, lo que significa que el saldo puede subir o bajar directamente con el desempeño del mercado, sin protección incorporada del capital.

Anualización (Fase de Pago) — El punto en el que una anualidad convierte su saldo acumulado en una serie de pagos, los cuales pueden durar un período determinado o de por vida.

Asociación Estatal de Garantía — Un respaldo de la industria aseguradora que brinda protección limitada a los titulares de pólizas si una compañía de seguros quiebra; las protecciones y los límites varían según el estado.

Atención en un Centro de Enfermería Especializada (SNF) — Atención de enfermería o rehabilitación a corto plazo cubierta por la Parte A de Medicare después de una estadía hospitalaria calificada, sujeta a coseguro diario después del día 20.

Autorización Previa — Un requisito según el cual un médico debe obtener la aprobación del plan antes de que ciertos servicios, procedimientos o medicamentos sean cubiertos.

Aviso Anual de Cambios (ANOC) — Una carta que los planes Medicare Advantage y de la Parte D deben enviar a sus miembros cada mes de septiembre, describiendo qué cambiará en el plan —primas, red de proveedores, formulario de medicamentos, beneficios adicionales— a partir del próximo año calendario.

Ayuda Adicional (Subsidio por Bajos Ingresos / LIS) — Un programa federal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos de la Parte D de Medicare, incluidas las primas, los deducibles y los copagos.

B

Beneficiario — La persona o personas designadas para recibir el beneficio por fallecimiento de una póliza de seguro de vida o anualidad, o el valor restante de ciertos contratos. Vale la pena revisar periódicamente a sus beneficiarios designados, ya que cambios de vida como un divorcio o el fallecimiento de un cónyuge pueden convertir una designación desactualizada en un verdadero problema más adelante.

Beneficio por Muerte — La cantidad de dinero que una póliza de seguro de vida paga a los beneficiarios cuando fallece la persona asegurada. En el caso de las pólizas de gastos finales, esta cantidad generalmente está destinada a cubrir los costos del funeral, el entierro y gastos relacionados, en lugar de reemplazar años de ingresos.

Beneficio por Muerte Gradual — Una disposición en algunas pólizas de seguro de vida de emisión garantizada y de emisión simplificada según la cual, si el fallecimiento ocurre por causas naturales durante un período de espera inicial, los beneficiarios reciben una devolución de las primas en lugar del monto total de la póliza.

C

Calificación de Estrellas — Una escala del 1 al 5 con la que Medicare califica anualmente a los planes Medicare Advantage y de la Parte D según medidas de calidad y desempeño. Las calificaciones pueden cambiar de un año a otro y varían según el contrato, incluso dentro de la misma compañía de seguros.

Cargo por Rescate — Una penalidad por retirar más de la cantidad permitida de una anualidad durante su período de cargo por rescate, generalmente los primeros años del contrato. Por esta razón, las anualidades generalmente se financian mejor con dinero que usted confía en que no necesitará con poca anticipación.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) — La agencia federal que administra Medicare y Medicaid y establece las primas, deducibles y reglas de los planes cada año. Total Insurance Hub no está afiliada con CMS, Medicare ni con la Administración del Seguro Social.

Cláusula Adicional (Rider) — Una característica adicional opcional agregada a una póliza de seguro de vida o a una anualidad, a menudo por un costo adicional, que modifica o amplía el contrato base.

Cobertura Acreditable — Cobertura de medicamentos recetados (como la que ofrece un empleador actual) que se considera al menos tan buena como la cobertura estándar de la Parte D de Medicare; tenerla puede ayudarle a evitar una penalidad por inscripción tardía si retrasa su inscripción en la Parte D.

Copago — Una cantidad fija en dólares que usted paga por un servicio cubierto o una receta médica, en contraste con un cargo de coseguro basado en un porcentaje.

Coseguro — El porcentaje de un costo cubierto que usted debe pagar después de cumplir con un deducible, como el 20% que normalmente debe pagar bajo la Parte B de Medicare. A diferencia de un deducible que se paga una sola vez, el coseguro se aplica una y otra vez, visita tras visita, mientras reciba atención cubierta.

D

Deducible — La cantidad que usted paga de su bolsillo por servicios cubiertos antes de que un plan comience a compartir los costos con usted.

Días de Reserva de por Vida — Una reserva de 60 días adicionales de hospital, utilizables una sola vez durante la vida de un beneficiario (no por período de beneficios), que la Parte A de Medicare permite después del día 90 de una estadía hospitalaria prolongada, sujeta a coseguro diario.

E

Elegible Dual — Un término para alguien que califica tanto para Medicare como para Medicaid al mismo tiempo; las personas con elegibilidad dual a menudo califican

automáticamente para Ayuda Adicional y, en ocasiones, para un Programa de Ahorros de Medicare.

Emisión Garantizada — Un derecho, aplicable en ciertas ventanas o circunstancias, según el cual una aseguradora no puede negar cobertura ni cobrar más en función de su historial de salud.

Emisión Simplificada — Un enfoque de suscripción de seguro de vida que omite el examen médico, pero hace preguntas de salud para determinar la elegibilidad y la tarifa.

Equipo Médico Duradero (DME) — Equipo como andadores, sillas de ruedas y camas de hospital que la Parte B de Medicare ayuda a cubrir cuando es médicamente necesario.

Estado de Observación — Una clasificación hospitalaria en la que un paciente es monitoreado sin ser formalmente admitido, lo cual puede afectar la forma en que Medicare cubre la estadía de manera diferente a una admisión completa como paciente hospitalizado.

F

Fase de Acumulación — El período durante la vida de una anualidad diferida en el que su dinero permanece con la aseguradora y puede crecer, antes de que comiencen los pagos de ingresos.

Formulario de Medicamentos — Una lista de medicamentos recetados que un plan cubre, organizada en niveles de costo; los formularios de medicamentos pueden cambiar de un año a otro, incluso para un plan que usted mantiene. Comparar sus medicamentos actuales con el formulario de un plan cada otoño es uno de los hábitos más útiles que puede desarrollar un beneficiario de Medicare.

H

HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) — Una estructura de plan basada en una red de proveedores que generalmente requiere usar proveedores dentro de la red y obtener referidos para ver especialistas, a menudo a cambio de costos más bajos que un plan de tipo PPO en la misma área.

I

Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI) — La medida de ingresos, basada en una declaración de impuestos de dos años antes, utilizada para determinar si un beneficiario de Medicare debe pagar un recargo IRMAA.

IRMAA (Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso) — Un recargo basado en los ingresos que se suma a las primas estándar de la Parte B y la Parte D para los beneficiarios que superan ciertos umbrales de ingresos, con base en los datos de la declaración de impuestos de dos años antes. El IRMAA funciona como un “precipicio”: cruzar un rango de ingresos incluso por una pequeña cantidad puede llevar toda su prima

al siguiente nivel, más alto; existe un proceso formal de apelación para ciertos eventos que cambian la vida.

L

Límite de Gastos de Bolsillo (Parte D) — El límite anual, establecido bajo la Ley de Reducción de la Inflación, sobre lo que un beneficiario de Medicare paga de su bolsillo por los medicamentos cubiertos de la Parte D; una vez alcanzado, los medicamentos cubiertos generalmente cuestan \$0 por el resto del año del plan. Esta cifra se establece anualmente y siempre debe confirmarse para el año en curso.

Límites de Cantidad — Restricciones que algunos planes de la Parte D imponen sobre la cantidad de un medicamento en particular que cubrirán durante un período determinado.

M

MA OEP (Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage) — Una ventana, del 1 de enero al 31 de marzo, disponible únicamente para las personas ya inscritas en un plan Medicare Advantage, que permite un cambio a un plan MA diferente o un regreso a Medicare Original.

MA-PD — Un plan Medicare Advantage que incluye cobertura de medicamentos recetados de la Parte D integrada en el mismo plan.

Máximo de Gastos de Bolsillo — La cantidad máxima que un plan le exige pagar en un año determinado por los servicios cubiertos antes de que el plan pague el 100%; es obligatorio en los planes Medicare Advantage, pero no existe bajo Medicare Original por sí solo, lo cual es una de las principales razones por las que las personas agregan cobertura suplementaria.

Medicaid — Un programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos de atención médica de las personas con ingresos y recursos limitados; la elegibilidad y los beneficios varían según el estado.

Medicare — El programa federal de seguro de salud principalmente para personas de 65 años en adelante, y para algunas personas más jóvenes con discapacidades o condiciones que califican.

Medicare Advantage (Parte C) — Una forma alternativa de recibir los beneficios de Medicare a través de una compañía de seguros privada aprobada por Medicare, la cual debe cubrir al menos lo que cubre Medicare Original, a menudo incluyendo cobertura de medicamentos y beneficios adicionales.

Medicare Original — La combinación tradicional, administrada por el gobierno, de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Medigap (Suplemento de Medicare) — Un seguro privado que funciona junto con Medicare Original para ayudar a cubrir deducibles y coseguro, y que se vende en planes con letras estandarizadas (como el Plan G o el Plan N) en la mayoría de los estados. Una letra de

plan determinada ofrece los mismos beneficios principales sin importar qué aseguradora la venda, aunque las primas de esa letra pueden variar según la compañía y la ubicación.

N

Nivel — Una categoría de costo dentro de un formulario de medicamentos (o un plan dental o de visión) que determina cuánto le cuesta al miembro un servicio cubierto o un medicamento.

P

Parte A — La parte de Medicare que ayuda a cubrir las estadías hospitalarias como paciente internado, la atención en un centro de enfermería especializada, cuidados de hospicio y algo de atención médica en el hogar.

Parte B — La parte de Medicare que ayuda a cubrir las visitas al médico, la atención ambulatoria, los servicios preventivos y el equipo médico duradero.

Parte C — Vea Medicare Advantage.

Parte D — La parte de Medicare, proporcionada a través de aseguradoras privadas, que ayuda a cubrir los medicamentos recetados ambulatorios.

Penalidad por Inscripción Tardía — Un cargo adicional continuo a una prima mensual (de la Parte B o la Parte D) que se cobra cuando alguien se inscribe tarde sin tener cobertura calificada o una razón válida para el retraso.

Período de Beneficios — La forma en que la Parte A de Medicare mide la cobertura hospitalaria: comienza el día en que usted es admitido y termina una vez que ha estado fuera del hospital o de un centro de enfermería especializada durante 60 días consecutivos. Puede comenzar más de un período de beneficios —y un nuevo deducible— en un mismo año.

Período de Eliminación (Período de Espera) — El lapso de tiempo después de que una póliza entra en vigor, común en los seguros de indemnización hospitalaria y en algunas pólizas de seguro de vida, durante el cual ciertos beneficios aún no son pagaderos.

Período de Inscripción Anual (AEP) — La ventana anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre, durante la cual cualquier persona con Medicare puede cambiar entre Medicare Original y Medicare Advantage, cambiar de plan Medicare Advantage, o inscribirse, cambiar o cancelar un plan de medicamentos de la Parte D, con vigencia a partir del 1 de enero siguiente.

Período de Inscripción Especial de Cinco Estrellas (SEP de 5 Estrellas) — Una ventana, del 8 de diciembre al 30 de noviembre, que le permite cambiarse a un plan Medicare Advantage o de la Parte D con calificación de cinco estrellas si hay uno disponible en su área, fuera de los períodos de inscripción estándar.

Período de Inscripción General (GEP) — La ventana, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año, para las personas que no aprovecharon su Período de Inscripción Inicial para

inscribirse en la Parte A y/o la Parte B de Medicare; la cobertura generalmente comienza el mes siguiente a la inscripción.

Período de Inscripción Inicial (IEP) — La ventana de siete meses alrededor de su cumpleaños número 65 (tres meses antes, el mes de su cumpleaños y tres meses después) durante la cual usted se inscribe por primera vez en la Parte A, la Parte B y, si lo desea, la Parte C o la Parte D de Medicare.

Período de Revisión Gratuita — Una ventana después de comprar una póliza de seguro o una anualidad, definida por la ley estatal, durante la cual usted puede cancelar el contrato sin penalidad.

Período sin Cobertura (“Donut Hole”) — Una etapa anterior de la cobertura de la Parte D en la que los costos de un beneficiario aumentaban temporalmente después de alcanzar un umbral de gasto. Desde que entró en vigor la Ley de Reducción de la Inflación, esta brecha ha quedado prácticamente eliminada y sustituida por un límite anual único de gastos de bolsillo.

Plan Independiente de la Parte D (PDP) — Un plan de medicamentos recetados comprado por separado para combinarlo con Medicare Original, a diferencia de la cobertura de medicamentos incluida en un plan Medicare Advantage.

PPO (Organización de Proveedores Preferidos) — Una estructura de plan basada en una red de proveedores que típicamente permite recibir atención fuera de la red a un costo más alto, a menudo sin requerir referidos.

Prima — La cantidad, generalmente pagada mensualmente, para mantener vigente una póliza de seguro o la cobertura de Medicare. Una prima baja por sí sola no le dice mucho sobre el costo total: los copagos, el coseguro y los deducibles siguen siendo importantes una vez que realmente utiliza la atención.

Programa de Ahorros de Medicare (MSP) — Programas administrados por el estado que pueden ayudar a pagar las primas y los costos compartidos de la Parte A y/o la Parte B de Medicare para las personas que cumplen con los límites de ingresos y recursos.

R

Red de Proveedores — El grupo de médicos, especialistas y hospitales que han acordado trabajar con un plan de seguro en particular; usar proveedores dentro de la red generalmente cuesta menos que acudir a proveedores fuera de la red, y algunos planes no cubren en absoluto la atención fuera de la red, salvo en casos de emergencia.

Renovación Garantizada — Una característica de una póliza que significa que la aseguradora debe seguir renovando la cobertura mientras se paguen las primas, sin importar los cambios en su salud.

S

Seguro de Gastos Finales — Un tipo de seguro de vida permanente, de beneficio más reducido, diseñado para cubrir los costos del funeral, el entierro y el final de la vida, generalmente con suscripción simplificada y primas niveladas.

Seguro de Indemnización Hospitalaria — Una póliza suplementaria que paga un beneficio en efectivo directamente al titular de la póliza al ser admitido en el hospital, el cual puede usarse para cualquier propósito, médico o no.

Seguro de Vida Entera — Una forma de seguro de vida permanente que dura toda la vida del asegurado mientras se paguen las primas, generalmente acumulando valor en efectivo con el tiempo.

Seguro de Vida Temporal — Un seguro de vida que ofrece cobertura durante un período definido, como 10, 20 o 30 años, sin pago si el asegurado sobrevive al plazo.

SEP (Período de Inscripción Especial) — Una ventana fuera del calendario de inscripción estándar que se abre cuando ocurre un evento de vida calificado, como mudarse fuera del área de servicio de un plan o perder la cobertura de un empleador.

SHIP (Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud) — Un servicio gratuito e imparcial de asesoría sobre Medicare disponible en todos los estados, atendido por consejeros capacitados que no venden seguros ni ganan comisiones.

Suscripción Médica — El proceso mediante el cual una aseguradora revisa el historial de salud de un solicitante para decidir si ofrece cobertura y a qué precio; generalmente no se aplica durante los períodos de emisión garantizada.

T

Tasa de Participación — En una anualidad indexada fija, el porcentaje de la ganancia de un índice que se acredita a su cuenta, sujeto a los términos de la aseguradora.

Terapia Escalonada — Un requisito de los planes de la Parte D de probar un medicamento de menor costo antes de que el plan cubra una alternativa más costosa para la misma condición.

V

Valor en Efectivo — Un componente similar a un ahorro que se acumula dentro de una póliza de seguro de vida entera con el tiempo, al cual el titular de la póliza puede pedir prestado o acceder bajo ciertas condiciones, separado del beneficio por fallecimiento.

Este glosario cubre los términos que aparecen con más frecuencia a lo largo de este libro, pero no es exhaustivo, y las definiciones aquí presentadas están simplificadas para mayor claridad, en lugar de estar redactadas en lenguaje legal o regulatorio. Si un término genera más preguntas de las que responde, vuelva al capítulo donde se analiza en su contexto

completo, o consulte los detalles oficiales en [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov), [SSA.gov](https://www.SSA.gov), o con un agente de seguros con licencia.

Conclusión

Si ha leído hasta aquí, ahora sabe más sobre Medicare y los seguros para personas mayores que la gran mayoría de la gente, no porque el tema sea exótico, sino porque la mayoría de las personas nunca reciben una explicación clara y paciente, reunida en un solo lugar. Ha visto cómo funciona Medicare Original, cómo Medicare Advantage y Medigap adoptan enfoques distintos para cubrir las brechas, cómo encaja la cobertura de medicamentos recetados en el panorama general, y cómo el seguro de indemnización hospitalaria, la cobertura dental y de visión, el seguro de vida y las anualidades cumplen, cada uno, un papel distinto dentro de un plan de jubilación bien equilibrado. También ha visto las cifras detrás de los costos de 2026, un análisis honesto de lo que podría traer 2027, el calendario de inscripción que determina cuándo puede actuar, los programas de asistencia disponibles si el costo es una preocupación, y un marco práctico para comparar sus opciones cada año.

Nada de esto fue diseñado para convertirlo de la noche a la mañana en un experto en seguros. Fue diseñado para algo más útil: asegurarse de que, cuando llegue el momento de tomar una decisión —ya sea durante su Período de Inscripción Inicial, un Período de Inscripción Anual, o un evento de vida que abra un Período de Inscripción Especial—, la tome desde un lugar de comprensión y no de conjeturas o presión. Ese es el propósito de un libro como este. Las decisiones tomadas con confianza provienen de información clara, no de la suerte.

Unos últimos recordatorios que vale la pena tener presentes. Primero, nada en Medicare ni en los seguros para personas mayores es realmente algo que se configura una vez y se olvida. Los planes cambian sus redes, sus formularios de medicamentos y sus costos cada año, y sus propias necesidades de salud también cambian con el tiempo. Adoptar el hábito de revisar su cobertura anualmente —incluso cuando está satisfecho con ella— es una de las formas más simples de protegerse de una sorpresa desagradable. Segundo, siempre hay ayuda gratuita e imparcial disponible. Su Programa Estatal de Asistencia sobre el Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) y 1-800-MEDICARE existen específicamente para responder sus preguntas sin una agenda de ventas, y vale la pena recurrir a ellos, ya sea que también trabaje con un agente o no. Tercero, las cifras de este libro quedarán desactualizadas con el tiempo. Eso no es un defecto: es la naturaleza de un programa gubernamental que se ajusta cada año. Considere las cifras de 2026 como su punto de referencia actual y las cifras de 2027 como un bosquejo preliminar, y confirme siempre los números más recientes a través de Medicare.gov, SSA.gov, o la oficina de Medicaid de su estado antes de tomar una decisión definitiva.

Si, después de todo lo que ha leído, desea una segunda opinión o ayuda personalizada para aplicar todo esto a su propia situación, el equipo de Total Insurance Hub está disponible para conversar sobre sus opciones, responder preguntas y ayudarlo con la inscripción, sin ningún compromiso, y siempre con el entendimiento de que la decisión final es únicamente suya.

Total Insurance Hub Sitio web: www.totalinsurancehub.com Teléfono: 786-964-2433

Total Insurance Hub es una agencia de seguros independiente con licencia y no está afiliada ni es avalada por el gobierno de los Estados Unidos, Medicare, CMS, ni la Administración del Seguro Social.

Gracias por dedicar este tiempo a estar con nosotros. Sea cual sea su decisión, esperamos que la tome sintiéndose informado, sin prisas y en control de una decisión que es enteramente suya.