



American Society of Clinical Oncology

Manejo del Costo de la Atención del Cáncer

Guía práctica para pacientes y familias

INCLUYE INFORMACIÓN SOBRE LA LEY DE REFORMA DE SALUD

Cancer.Net™ 

Doctor-Approved Patient Information from ASCO®



ACERCA DE LA SOCIEDAD ESTADOUNIDENSE DE ONCOLOGÍA CLÍNICA (AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY)

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica es la organización profesional líder en el mundo que representa a los médicos de todas las subespecialidades oncológicas que atienden a personas con cáncer. Los miembros de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica—que, entre aquéllos que residen en los Estados Unidos y el extranjero, suman más de 30.000—establecen los estándares para la atención de los pacientes con cáncer de todo el mundo y lideran la lucha en lo referente a tratamientos más eficaces contra el cáncer, la obtención de recursos económicos para la investigación clínica y básica, con el objetivo final de obtener altos índices de curación para los distintos tipos de cánceres que cada año afectan a más de 12 millones de personas de todo el mundo.



ACERCA DE CANCER.NET

La mejor atención del paciente con cáncer comienza con la información adecuada sobre la enfermedad. Cuando el paciente está bien informado se convierte en su mejor defensor y en un excelente aliado de los médicos. Cancer.Net (www.cancer.net) ofrece la experiencia y los recursos de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology), voz de todos los oncólogos del mundo, a personas que viven con cáncer y a sus seres queridos. Tanto la información como el contenido de Cancer.Net han sido desarrollados y aprobados por oncólogos miembros de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, lo que convierte a este sitio en un recurso actualizado y confiable en cuanto a información sobre el cáncer en Internet. Cancer.Net es patrocinado por la Fundación para Vencer el Cáncer (Conquer Cancer Foundation), que financia investigación pionera contra el cáncer, la formación profesional y el apoyo a los pacientes y sus familias.

MANEJO DEL COSTO DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER

ÍNDICE

Introducción	4
Comprensión de los costos.....	6
Comprensión de la ley de reforma de salud del 2010	10
Preguntas para realizar acerca del costo.....	14
Recursos financieros.....	18
Cómo organizarse.....	22
Ejemplos de seguros	25
Glosario	26

Las ideas y opiniones expresadas en el cuadernillo Manejo del costo de la atención del cáncer no reflejan necesariamente las opiniones de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. La información incluida en esta guía no pretende servir como consejo médico o legal ni como sustituto de la consulta con un médico u otro proveedor de atención médica con licencia. Los pacientes con preguntas relacionadas con la atención de la salud deben llamar o ver sin demoras al médico u otro profesional de atención médica, y no deben desatender el consejo médico profesional ni retrasar la búsqueda de tal consejo debido a la información encontrada en este cuadernillo. La mención de cualquier producto, servicio o tratamiento en esta guía no debe interpretarse como un aval de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica no se responsabiliza de ninguna lesión o daño producido en personas o bienes que surja del uso de materiales educativos de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica para pacientes o que se relacione con estos o con cualquier error u omisión.

INTRODUCCIÓN



El costo del cuidado del paciente con cáncer puede ser alto. Puede haber gastos que no haya planeado durante su atención. En la actualidad, los costos financieros pueden representar una carga económica para las personas con cáncer y pueden afectar las decisiones médicas tomadas por usted y su médico.

La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica está trabajando con oncólogos de todo el país para aumentar la comunicación entre médicos y pacientes sobre este tema crucial. La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica es la primera organización mundial de profesionales que representa a médicos que atienden a personas con cáncer.

Si usted es una persona diagnosticada con cáncer, comprender los costos que puede esperar antes de comenzar el tratamiento puede ayudarlo a manejar el impacto financiero del manejo de su enfermedad de la manera más eficaz posible. La Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica creó esta guía para ayudarlo a hablar con el equipo responsable del cuidado de su salud acerca de cómo sobrellevar los costos de la atención del cáncer. La guía incluye herramientas y recursos para asistirlo en la planificación financiera antes, durante y después del tratamiento.

Independientemente de que tenga seguro de salud privado, seguro gubernamental (como Medicare o Medicaid), o que no tenga seguro, es importante que hable abiertamente poco tiempo después del diagnóstico con el equipo responsable de su cuidado acerca de los costos de su atención. Éstos pueden incluir costos médicos (como el precio de un medicamento específico), así como también costos adicionales (como costos de transporte desde y hasta el centro del tratamiento del cáncer) que pueden dificultar el que obtenga el mejor cuidado posible a la hora de tratar su cáncer.

Los gastos en efectivo se pueden sumar rápidamente y afectar su presupuesto familiar. Estos costos también son el motivo por el cual algunas personas no siguen ni completan su plan de tratamiento del cáncer. Sin embargo, no seguir su plan de tratamiento por cualquiera que sea el motivo puede poner en riesgo su salud y ocasionar costos adicionales más elevados en el cuidado de su salud en el futuro.

El equipo de profesionales al cuidado de su salud puede ayudarlo a identificar los costos relacionados con sus opciones de tratamiento, sugerirle maneras que ayuden a reducir o manejar los costos médicos y asociados, y derivarlo a servicios de apoyo que abordan las dificultades financieras a las que se enfrentan muchas personas con cáncer.

Historia de un paciente

Elisa es trabajadora social y trabaja con la familia de un niño de 8 años que tiene linfoma. Para el tratamiento del niño se requieren varias citas médicas, lo que implica una gran pérdida del salario de su madre, quien se encuentra sola a cargo de sus tres hijos. Su empleador permite que se tome bajas sin ningún tipo de problema, pero esos días libres no son remunerados. Además, a pesar de que la familia cuenta con un seguro, descubrieron que sus pólizas presentan limitaciones en la cobertura de ciertos costos médicos.

Elisa conoció a esta familia poco después de diagnosticada la enfermedad del niño, como parte del procedimiento estándar del centro para nuevos pacientes. Ella y la madre del niño trabajaron juntas para identificar programas de ayuda, entre los que se encontraron los beneficios por discapacidad del Seguro Social, un servicio local en el centro oncológico del niño y dos programas financiados por organizaciones nacionales de cáncer infantil. Si bien el problema no está resuelto, Elisa dice que la familia tiene, actualmente, un mejor control sobre los costos relacionados con la enfermedad.

COMPRESIÓN DE LOS COSTOS RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN MÉDICA

Después de ser diagnosticado con cáncer, es importante pensar en los distintos tipos de costos que podrían sumarse durante los períodos de tratamiento y recuperación. Esto lo ayudará a determinar el tipo de presupuesto, así como el apoyo o asistencia financiera que puede necesitar. Sus costos personales dependerán de varios factores, incluidos la extensión y el tipo de su plan de tratamiento del cáncer y el alcance de su cobertura de seguro de salud.

Algunos costos le pueden resultar más obvios que otros. Por ejemplo, muchas personas piensan rápidamente acerca de cuánto les costará una medicación en particular según la cobertura de seguro que tengan. Sin embargo, también existen otros costos (a menudo llamados “costos ocultos”) que deberá considerar. Estos son costos de la vida diaria que generalmente aumentan debido a la enfermedad y a su tratamiento.

Por ejemplo, sus gastos de gasolina y tarifas de estacionamiento aumentarán mucho si necesita recibir radioterapia a diario en un centro ubicado a 20 millas de su casa. O bien, se sumará un nuevo gasto a su presupuesto si necesita a una persona que cuide de los niños todos los martes para poder ir al consultorio médico para recibir quimioterapia. Al mismo tiempo, quizá deba trabajar menos (y ganar menos dinero) debido a las demandas del programa de tratamiento.

Para comenzar, puede resultar útil agrupar los diferentes tipos de costos en función de su presupuesto y sus necesidades. Las categorías financieras comunes para la atención del cáncer incluyen:

- **Citas con el médico:** incluye pagos para la atención médica que recibe en cada visita al médico, como un examen físico o una revisión médica. En la mayoría de los casos, su proveedor de seguros requiere que usted pague una tarifa llamada copago cada vez que visita al médico. La cantidad del copago está establecida por la compañía de seguros, no por el médico ni por el consultorio médico. Además, normalmente habrá un pago separado necesario para cada prueba de laboratorio, como análisis de sangre u orina, que se llevan a cabo durante su cita con el médico.

- **Costos del tratamiento del cáncer:** incluyen pagos para la atención médica que recibe durante su tratamiento del cáncer, como cada sesión de radioterapia. Si está participando en un estudio clínico, es probable que deba considerar otros factores relacionados con el costo. Algunos aspectos de su tratamiento pueden no estar cubiertos por el seguro. En general, el tratamiento del cáncer puede tener una duración de algunos días hasta meses o años, de manera que deberá planificar con antelación, con la ayuda de un médico o enfermero, con qué frecuencia y durante cuánto tiempo va a tener estos gastos adicionales en efectivo.
- **Costos de medicación:** incluyen pagos para las medicinas específicas recetadas durante su período de tratamiento, como quimioterapia y medicamentos para ayudar a aliviar los efectos secundarios comunes asociados con el tratamiento.
- **Costos de transporte:** incluyen los gastos que pueda tener debido a viajes hacia y desde el consultorio médico o el centro de tratamiento, ya sea en automóvil, autobús, tren o avión. Esta categoría también puede englobar el precio de hoteles u otro alojamiento necesario.



- **Gastos familiares y de vida diaria:** incluyen costos relacionados con la administración de su casa y el cuidado de su familia durante su tratamiento del cáncer, como cuidado de los niños, cuidado de personas mayores y ayuda en las tareas domésticas.
- **Cuidado del paciente, cuidado a domicilio y cuidado a largo plazo:** incluyen costos adicionales en lo referente a lo que el paciente con cáncer pueda necesitar, como preparación de comidas o traslado del paciente a cada cita médica. También podría incluir cuidado prolongado de enfermería en un centro especializado.
- **Aspectos legales, financieros y de empleo:** se trata de los costos que surgen cuando un paciente necesita guía profesional sobre aspectos legales, financieros y de empleo relacionados con su diagnóstico. Esto incluye temas tales como la pérdida del salario del paciente o de su cuidador, aprender sobre derechos de empleados según la ley, entender como incorporar los gastos médicos a la hora de la preparación de los documentos relacionados con el impuesto sobre la renta o como redactar un testamento.

Historia de un paciente

Anita es trabajadora social y trabaja con un hombre de 56 años que padece de cáncer de lengua. Su tratamiento incluía radioterapia cinco veces a la semana y quimioterapia una vez por semana. El paciente reside en la misma ciudad donde se encuentra el centro oncológico, pero presenta dificultades para asistir al tratamiento porque solo cuenta con unos pocos amigos que lo ayuden. Su único ingreso es el cheque mensual del Seguro Social y se encuentra sin seguro porque, a pesar de ser ciudadano estadounidense, no tiene la documentación necesaria para obtener Medicaid. Su plan de tratamiento incluye, además, cremas para la piel y suplementos nutricionales, pero como no podía pagarlo tuvo que abandonar el tratamiento en poco tiempo.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el equipo de atención médica derivó a este paciente a Anita. Ella localizó un programa de transporte patrocinado por la ciudad y, mediante una institución benéfica, consiguió los fondos necesarios para que el paciente pudiera adquirir los suplementos nutricionales y las cremas que necesitaba. Además, lo ayudó a encontrar recursos que cubrieron sus costos de medicamentos. El paciente logró concluir el tratamiento y recibe periódicamente atención de seguimiento.

Una vez que ha identificado las diferentes categorías de posibles gastos, puede comenzar a pensar acerca de los costos individuales, específicos a cada una de estas categorías. Si se siente abrumado, solicite ayuda a un familiar, amigo o miembro de su equipo del cuidado de la salud que sea de su confianza. En este cuadernillo, hay una sección que provee una lista de preguntas en cada una de estas categorías que podría hacer cuando empiece a planificar su futuro financiero.



COMPRESIÓN DE LA LEY DE REFORMA DE SALUD DEL 2010

En marzo de 2010, se promulgó la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act)—a menudo llamada simplemente Reforma de Salud—que modifica varias normas concernientes a la cobertura del seguro de salud en los Estados Unidos. Para las personas con cáncer, esta nueva ley abarca áreas relacionadas tanto con el costo de la atención médica como con el acceso a ella. Algunos cambios entraron en vigencia de inmediato, y otros se harán efectivos en los próximos años. A continuación se presenta un resumen de los puntos destacados de la nueva ley, adaptado de la información proporcionada por la Kaiser Family Foundation, a menos que se indique lo contrario. Esta lista no constituye una descripción completa, sino que está pensada para ofrecer una visión general de las áreas más importantes de la reforma de salud relativas al costo y el acceso a la atención del cáncer. Puede conocer más detalles en el sitio web del gobierno federal www.CuidadoDeSalud.gov.

¿Cómo lo ayuda la reforma de salud ahora?

Reforma general sobre seguros

- Se les prohíbe a los planes de salud privados poner un límite de por vida (llamado “tope”) sobre el valor en dólares de la cobertura de una persona. Aunque sujeto a ciertas restricciones, a las compañías aseguradoras se les permite imponer un límite anual al valor en dólares de la cobertura del plan de salud hasta el 1 de enero de 2014, pero no les estará permitido requerir un límite anual a partir de esa fecha.
- Las aseguradoras no pueden retirar la cobertura excepto en casos de fraude. Antes, las compañías de seguros podían rescindir la cobertura por un error o alguna otra equivocación técnica en la solicitud de seguro presentada por un paciente. Ahora esta práctica es ilegal.
- Los planes de seguro que ofrecen cobertura para dependientes ahora tienen la obligación de ampliar la cobertura para incluir a los hijos hasta los 26 años (aunque algunos planes de salud más antiguos pueden que excluyan este tipo de cobertura en caso de que el hijo adulto sea elegible para ser cubierto por un seguro a través de su propio empleo).

- No se les puede denegar la cobertura a los hijos dependientes menores de 19 años por enfermedades preexistentes.

Para personas sin seguro de salud

- Las personas sin seguro que tienen enfermedades preexistentes ahora pueden acceder a un programa provisional de fondo común nacional de seguros de alto riesgo. Los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes legales que han estado sin seguro durante al menos seis meses pueden inscribirse para recibir cobertura a través de este fondo común de alto riesgo y acceder a primas subsidiadas. (Vigente hasta el 1 de enero de 2014).
- Los estados deben crear un sitio web para ayudar a los residentes a identificar las opciones de cobertura en un formato estandarizado. Esto incluye la página web CuidadoDeSalud.gov, del gobierno federal, que brinda información sobre la nueva ley y las opciones de seguros para los consumidores.

Eliminación de copagos para servicios preventivos

Las estrategias de reducción de factores de riesgo y prevención del cáncer pueden disminuir la carga física, emocional y financiera del cáncer y mejorar la salud general de los supervivientes de esta enfermedad, incluso reducir el riesgo de recidiva de la enfermedad o la probabilidad de un segundo cáncer. La nueva ley incluye varias disposiciones dirigidas a aumentar el acceso a los servicios de prevención del cáncer:

- Los planes de seguro de salud privados emitidos después del 23 de septiembre de 2010 están obligados a eliminar los copagos para los servicios preventivos recomendados por el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. (USPSTF, U.S. Preventive Services Task Force) (www.uspreventiveservicestaskforce.org), entre ellos:
 - Pruebas de detección del cáncer de colon para adultos mayores de 50 años.
 - Mamografías anuales para mujeres mayores de 40. También se cubrirán otros servicios para prevenir el cáncer de mama, que incluyen una derivación para asesoramiento genético y una charla sobre quimio-prevención para las mujeres que tienen mayor riesgo.
 - Pruebas de Papanicolaou periódicas para detectar el cáncer de cuello uterino y cobertura para la vacuna contra el virus del papiloma

humano (HPV, en inglés) que puede prevenir este tipo de cáncer.

- o Intervenciones para dejar el consumo de tabaco, como asesoramiento o medicamentos para ayudar a las personas a dejar de fumar.
- Los copagos para servicios preventivos cubiertos por Medicare y recomendados por el USPSTF han sido eliminados. También se han eliminado el deducible de Medicare para los exámenes de detección del cáncer colorrectal. Ambas modificaciones entraron en vigencia el 1 de enero de 2011.

¿De qué manera la reforma de salud le ayudará en el futuro?

Reforma general sobre seguros

- No se les puede denegar cobertura a los adultos por enfermedades preexistentes. (Vigente desde el 1 de enero de 2014).
- Los períodos de espera para la cobertura del seguro superior a 90 días se eliminarán a partir del 1 de enero de 2014.

Para personas sin seguro de salud

- La mayoría de los ciudadanos estadounidenses y residentes legales estarán obligados a tener un seguro de salud a partir del año 2014.



Se pueden conceder excepciones en casos de dificultades financieras, objeciones religiosas, Indios Americanos, personas sin cobertura durante menos de tres meses, inmigrantes indocumentados, personas encarceladas, personas para quienes el plan de seguros más barato excede el 8% de sus ingresos, y personas con ingresos por debajo del umbral de declaración de impuestos (en 2009, el umbral para los contribuyentes menores de 65 años era de \$9,350 para solteros y \$18,700 para parejas). Las multas por no tener seguro de salud se aplicarán gradualmente a partir de 2014.

- La cobertura de Medicaid se ampliará a todas las personas cuyos ingresos no superan el 133% del nivel federal de pobreza con edad inferior a los 65 años y que no son elegibles para Medicare. (En 2009, el nivel de pobreza era de \$18,310 para una familia de tres integrantes). (Vigente a partir del 1 de enero de 2014).
- Los intercambios de seguro Estatales serán establecidos con el objeto de ayudar a personas y pequeños negocios a adquirir seguros. Cuotas y créditos para costos compartidos estarán disponibles para aquellos individuos y familias que ganen hasta el 400% del nivel federal de pobreza. La Oficina de Administración Personal (Office of Personnel Management), una agencia federal gubernamental, empezara a crear contratos con proveedores de seguros de salud, para que ofrezcan al menos dos planes multi-estatales en cada intercambio. (Vigente a partir del 1 de enero de 2014).

Eliminación de copagos para servicios preventivos

- Se eliminarán los copagos para servicios preventivos cubiertos por Medicaid y recomendados por el USPSTF. (Vigente a partir del 1 de enero de 2013).

Para personas que participan en estudios clínicos

- A partir del 1 de enero de 2014, las compañías aseguradoras no podrán limitar ni cancelar la cobertura para una persona que decida participar en un estudio clínico y las se les requerirá a las aseguradoras cubrir todos los gastos del paciente asociados con su participación en estudios clínicos. Esto se aplica a los estudios clínicos para el tratamiento del cáncer, además de otras enfermedades que ponen en riesgo la vida del paciente.

PREGUNTAS PARA REALIZAR ACERCA DEL COSTO

Qué preguntar y a quién

Plantear sus preocupaciones financieras a otros resulta difícil, especialmente si no sabe bien qué decir o qué preguntar. No siempre está claro cuál es la mejor persona a la que dirigirse para que conteste a sus preguntas, por lo tanto, hablar con su médico es un buen comienzo. Intente comenzar la charla diciendo: “Me preocupan los gastos relacionados con el tratamiento de mi cáncer. ¿Podemos hablar acerca de mis preocupaciones?”

Su médico puede no tener todas las respuestas a sus preguntas financieras, pero puede ofrecerle recursos que lo ayudarán a obtener la mejor información posible. Varias personas y grupos lo ayudarán a encontrar respuestas, entre ellos, médicos y su personal de apoyo, enfermeros, trabajadores sociales, administradores de casos personales, organizaciones de defensa del paciente y el departamento de recursos humanos de su la compañía para la que trabaja. Además, las personas de su compañía de seguros pueden ayudarlo en las preguntas específicas referentes a su cobertura de su salud.

Luego, utilice las siguientes preguntas para ayudar a dirigir la conversación. **No es necesario que haga todas estas preguntas, simplemente elija las que sean más importantes para su diagnóstico y su situación financiera.** Seleccione las preguntas que más le preocupen y hágalas primero. Si piensa que el médico es la mejor persona para responder estas preguntas, avise con anticipación al consultorio que tiene algunas preguntas que le gustaría hacer al médico durante su cita, para que puedan programarle el tiempo necesario. Asegúrese de escribir las respuestas para poder consultar sus notas en otra oportunidad más tarde. Y recuerde: estas charlas entre usted y su equipo al cuidado de su salud continuarán durante su atención.

Cobertura de seguro y cuentas médicas

- ¿Quién se encarga de responder a las preocupaciones y preguntas acerca del seguro de salud en este consultorio o centro médico?
- ¿Esta persona me ayudará a trabajar con mi compañía/proveedor de seguros de salud?

- ¿Esta persona me ayudará a entender mis cuentas médicas y los códigos en las cuentas para asegurarme de que son correctos?
- Si rechazan una reclamación de seguro, ¿quién puede ayudarme a presentar una apelación?
- ¿Existe un límite de cobertura de mi seguro para mi tratamiento? Si existe, ¿es probable que mis cuentas médicas alcancen esa cantidad?
- Ya tengo seguro de salud. ¿Qué representa para mí la ley de reforma de salud?
- No tengo seguro de salud. ¿Qué representa para mí la ley de reforma de salud?
- ¿Dónde puedo encontrar ayuda para organizar mis gastos, de manera que pueda realizar un seguimiento de las cuentas entrantes y planificar mi presupuesto?

Citas con el médico

- ¿Cuál es mi copago para cada visita al médico?
- ¿Cuándo vence este pago?
- Si necesito varias visitas a un consultorio médico, ¿existe una póliza mediante la cual pueda pagar el copago sólo una vez o no tenga que pagarlo (lo que se llama "exención")?
- ¿Ofrece planes de pago?
- ¿Las pruebas de laboratorio, como los análisis de sangre, se me facturarán por separado? ¿Mi seguro de salud cubre estas pruebas?
- ¿Mi seguro cubre otras visitas médicas, por ejemplo, por una segunda opinión?

Costos del tratamiento del cáncer: generales

- ¿Quién puede ayudarme a calcular el costo total del plan de tratamiento recomendado?
- Si no puedo pagar este plan de tratamiento, ¿podemos considerar otras opciones de tratamiento que no sean tan costosas?
- ¿Mi compañía de seguros debe aprobar alguno o todos los planes de tratamiento antes de que comience el tratamiento?
- ¿Tiene algún tipo de conflicto lucrativo o de interés personal en recomendar este plan para mí?
- ¿El centro de tratamiento que me recomienda está en la red de mi plan médico?
- Si necesito ser hospitalizado, ¿qué prestaciones cubre mi seguro de salud?

- Si recibo tratamiento como paciente ambulatorio, ¿qué prestaciones cubre mi seguro de salud?
- ¿Existe la posibilidad de cambiar mi programa de tratamiento, de ser necesario, para coordinarlo con mi trabajo o el cuidado de los niños?
- ¿Habrá un copago para cada tratamiento individual?
- ¿Dónde puedo obtener asesoramiento o apoyo gratuito o de bajo costo que me ayude a sobrellevar mis compromisos financieros?

Costos del tratamiento del cáncer: estudios clínicos

- ¿Qué gastos tendré si ingreso en un estudio clínico?
- ¿Cómo se comparan los costos del estudio clínico con los costos del tratamiento estándar? ¿Uno tiene un costo superior al otro?
- ¿Puedo recibir un reembolso por alguno de los costos del estudio clínico?

Costos de la medicación

- ¿Cuál es mi copago de receta para este medicamento?
- ¿Esta receta es para una sola vez o representará un gasto continuo?
- ¿Esta medicación está en la lista de medicamentos preferidos de mi plan de seguro de salud?
- ¿Puedo cambiar a un medicamento de marca más económico dentro de la misma clase?
- ¿Existe un medicamento genérico disponible que tenga el mismo efecto? ¿Es menos costoso?
- ¿Podemos revisar regularmente mi lista de medicamentos para ver si hay maneras de reducir los costos?
- Con respecto a las medicaciones para los efectos secundarios, ¿existe un medicamento de venta libre que tenga el mismo efecto que el recetado? ¿Es menos costoso?
- ¿Existen programas que puedan ayudar a cubrir los costos de mis medicamentos para el tratamiento del cáncer o los efectos secundarios?

Gastos asociados: transporte

- ¿Existe transporte gratuito o de bajo costo para pacientes en el centro médico donde recibiré tratamiento?
- ¿Existen tarifas de estacionamiento reducidas para pacientes en el consultorio o centro médico?
- ¿Existe una organización que pueda ayudarme a pagar el transporte desde y hacia los tratamientos y las citas médicas?

- Si viajo a larga distancia, ¿existen hoteles o alojamientos gratuitos o de costo reducido cerca del centro de tratamiento?

Gastos asociados: gastos familiares y de vida

- Si tengo problemas para pagar artículos básicos, como alimentos o calefacción, debido al costo de mi tratamiento del cáncer, ¿existen organizaciones que pueden ayudarme?
- ¿Dónde puedo obtener cuidado gratuito o de bajo costo para niños o personas mayores durante mi tratamiento?
- ¿Dónde puedo obtener elementos personales gratuitos o de bajo costo, como una peluca, en caso de necesitarla?
- ¿Existe una organización que pueda proporcionar asesoramiento o apoyo gratuito o de bajo costo a mi familia?

Gastos asociados: cuidado del paciente, cuidado a domicilio y cuidado a largo plazo

- ¿Existe la posibilidad de cambiar mi programa de tratamiento, de ser necesario, para coordinarlo con el trabajo y los horarios de mi cuidador?
- ¿Podemos hablar acerca de los costos del cuidado si no tengo un familiar o amigo que me acompañe a las citas o me cuide en mi hogar?
- ¿Existen organizaciones locales que puedan proporcionar cuidado a domicilio u otros servicios gratuitos o de bajo costo?
- ¿Debo realizar planes financieros de cuidado médico a largo plazo, como una clínica de reposo o un centro de cuidados paliativos?

Gastos asociados: aspectos legales, financieros y de empleo

- ¿Con quién puedo hablar si he perdido ingresos debido a mi cáncer?
- Si tengo dificultades en mi trabajo relacionadas con mi cáncer, ¿quién puede ayudarme a comprender mis derechos legales?
- Si mi cuidador tiene dificultades en su trabajo debido a mi cáncer, ¿quién puedo consultar y ayudarme a comprender nuestros derechos legales?
- ¿Dónde puedo averiguar si mis gastos médicos y relacionados se pueden deducir de mis impuestos federales sobre la renta?
- ¿Dónde puedo obtener ayuda gratuita o de bajo costo con la planificación sucesoria y cuestiones legales, como la redacción de mi testamento o la concesión de un poder legal?

RECURSOS FINANCIEROS

Las siguientes organizaciones nacionales ofrecen ayuda a las personas con cáncer que tienen problemas financieros. Las personas deben comunicarse directamente con las organizaciones para obtener más información sobre los programas y servicios específicos, así como sobre los criterios de elegibilidad. Esta lista no es exhaustiva dado que los programas y servicios cambian constantemente. Por esta razón, se sugiere a los lectores que visiten la página web de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica en la que se incluye información para pacientes con cáncer, Cancer.Net (www.cancer.net/espanol), para encontrar apoyo y organizaciones adicionales.

Asistencia financiera en general y ayuda con copagos

**American Cancer Society
(Sociedad Estadounidense del
Cáncer)**

www.cancer.org/espanol
800-227-2345

**CureSearch: Childhood Cancer
Resource Directory (Directorio de
Recursos para el Cáncer Infantil)**

www.curesearch.org/resources
800-458-6223

CancerCare
www.cancercare.org/espanol
800-813-4673

**Chronic Disease Fund (Fondo de
Enfermedades Crónicas)**

www.cdfund.org
877-968-7233

**CancerCare Co-Payment
Assistance Foundation (Fundación
de Asistencia con Copagos
CancerCare)**

www.cancercarecopay.org
866-552-6729

HealthWell Foundation
[www.healthwellfoundation.org/
espanol.html](http://www.healthwellfoundation.org/espanol.html)

800-675-8416

**Cancer Financial Assistance
Coalition (Coalición de Asistencia
Financiera para el Cáncer)**

www.cancerfac.org

**The Leukemia and Lymphoma
Society (Asociación de Leucemia
y Linfoma)**

www.lls.org/espanol
800-955-4572

**Lymphoma Research Foundation
(Fundación para la Investigación
del Linfoma)**

www.lymphoma.org
800-500-9976

The MAX Foundation

www.themaxfoundation.org
888-462-9368

**National Brain Tumor Society
(Asociación Nacional del Tumor
Cerebral)**

www.braintumor.org/en-espanol
800-934-2873

**National Council on Aging
(Consejo Nacional sobre el
Envejecimiento)**

www.benefitscheckup.org
202-479-1200

**National Marrow Donor Program
(Programa Nacional de Donantes
de Médula)**

www.marrows.org
888-999-6743

**National Organization for Rare
Disorders (Organización Nacional
para Trastornos Poco Frecuentes)**

www.rarediseases.org
800-999-6673

NeedyMeds, Inc.

www.needymeds.com

**Partnership for Prescription
Assistance (Asociación de
Asistencia con Recetas Médicas)**

www.pparx.org/es
888-477-2669

**Patient Access Network
Foundation (Fundación Red de
Acceso de Pacientes)**

www.panfoundation.org
866-316-7263

**Patient Advocate Foundation
(Fundación para la Defensa del
Paciente)**

www.copays.org/espanol.php
866-512-3861

Patient Services Inc.

www.uneedpsi.org
800-366-7741

Sarcoma Alliance

www.sarcomaalliance.org
415-381-7236

Tarjeta "Together Rx Access Card"

www.together-rxaccess.com
800-444-4106

Recursos para viajes y hospedaje

Air Care Alliance
www.aircareall.org
888-260-9707

Air Charity Network/Angel Flight America
http://aircharitynetwork.org
877-621-7177

Air Compassion America
www.aircompassionamerica.org
866-270-9198

Air Compassion for Veterans
www.aircompassionforveterans.org
888-662-6794

Angel Flight Samaritans
www.angelflightsamaritan.org
800-296-1217

Corporate Angel Network
www.corpangelnetwork.org
866-328-1313

Hope Lodge
www.cancer.org/hopelodge
800-227-2345

Joe's House
www.joeshouse.org
877-563-7468

LifeLine Pilots
www.lifelinepilots.org
800-822-7972

National Association of Hospital Hospitality Houses (Asociación Nacional de Casas Hospitalidad del Hospital)
www.nahhh.org
800-542-9730

National Patient Travel Center (Centro Nacional de Viajes para Pacientes)
www.patienttravel.org
800-296-1217

CÓMO ORGANIZARSE

Después del diagnóstico de cáncer, muchas personas sienten que organizarse bien les ayuda a tener una sensación de control sobre toda la información que reciben, incluida la información financiera. Para ello, los primeros pasos incluyen encontrar a las personas que mejor responderán a las preguntas específicas que pueda tener y establecer un sistema organizativo personal. Las siguientes sugerencias pueden ayudarlo a organizar su papeleo de atención del cáncer:

- Busque el sistema de archivo adecuado para usted. En un gabinete de archivo o un simple divisor de escritorio con carpetas individuales podrá guardar toda la información clave en un lugar y le resultará más rápido y fácil encontrarla. Archive la información nueva lo antes posible para no extraviarla. Sus archivos pueden incluir notas hechas durante las citas médicas, copias de los resultados de sus pruebas de laboratorio, su información de seguro personal e información de contacto del consultorio de su médico, el centro médico, la compañía de seguros, organizaciones de apoyo y otros.



- Pregunte a su compañía de seguros de salud si pueden asignarle un administrador de casos, para que pueda hablar con la misma persona cada vez que necesita hacer una consulta. Además, mantenga un registro escrito de cada conversación con un representante de la compañía de seguros, e incluya la fecha, el nombre de la persona con la que habló y qué le dijo. Coloque los registros más nuevos adelante de su archivo, para tener una lista ordenada y actualizada de estas conversaciones.
- Mantenga copias vigentes de todas las pólizas de seguro y refiérase a ellas por nombre y número en las comunicaciones sobre la cobertura de seguro.
- Anote la lista de preguntas que son más importantes para usted; utilice las sugerencias ofrecidas en este cuadernillo o en otros. Comience con sus preguntas más importantes para asegurarse de que éstas sean respondidas primero.
- Intente decidir con suficiente margen de tiempo de qué manera ajustará su presupuesto para resolver toda pérdida de ingresos que resulte del menor tiempo invertido en el trabajo, o los gastos que no están cubiertos por el seguro.

Historia de un paciente

Alicia, una mujer de 48 años, casada y madre de dos hijos en edad escolar, ha sido diagnosticada con cáncer de colon. Su empleo en una escuela le permite contar con un seguro médico, pero la póliza incluye un deducible de \$3.000 que debe abonarse antes de que comiencen los pagos. Su médico local solicita que el tratamiento empiece con una terapia dirigida comprobada, pero ella no puede pagar el deducible inicial para los medicamentos.

Luego de hacer algunas investigaciones en línea, descubrió que no califica para la mayoría de los programas de asistencia con medicamentos porque tiene un seguro médico. Entonces, acudió a una organización nacional que le proporcionó un subsidio para pagar el primer tratamiento, que ya está programado para empezar. El trabajador social de la misma organización ayudó a Alicia a hablar sobre la enfermedad con sus hijos para que ellos pudieran afrontar la situación de la mejor manera.

- Haga una lista de las tareas que necesite llevar a cabo entre las citas médicas, y coloque una marca de verificación al lado de cada una cuando la complete para llevar un registro de su progreso.
- Solicite ayuda a un amigo o familiar para realizar un seguimiento de sus cuentas mensuales regulares, o considere usar un servicio de pago de cuentas que lo ayude a mantener sus pagos al día.

Si desea obtener más orientación, visite el sitio web con información para pacientes de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica, Cancer.Net (www.cancer.net/espanol).

Historia de un paciente

Pamela tenía 44 años cuando le diagnosticaron cáncer de mama hace cuatro años. Se le diagnosticó cáncer de mama metastásico. Tenía un trabajo muy demandante por el que debía viajar mucho, pero el programa de quimioterapia intensiva y sus efectos secundarios la obligaron a reducir las horas de trabajo y, finalmente, a renunciar a su puesto. Como empleada, tenía acceso a una buena cobertura gracias a los beneficios de su seguro de atención a largo plazo y al seguro de salud, pero luego tuvo que dejar su trabajo. Con ayuda del asesor financiero de su centro de tratamiento, pudo solicitar diversos programas. Debido a su edad, no se cualifica para la mayoría de los programas. No obstante, podrá recibir la cobertura por incapacidad del Seguro Social y de Medicare. Está muy agradecida con su asesor financiero por ayudarla a completar el papeleo necesario e indica que, actualmente, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare cubre de manera significativa los costos permanentes del tratamiento.

EJEMPLOS DE SEGUROS

Comprender los beneficios y las limitaciones de su póliza de seguro puede resultar una tarea compleja, pero es importante aprender exactamente qué proporciona su cobertura. Los siguientes ejemplos pueden ayudar a ilustrar cómo funcionan los copagos, el coseguro y los deducibles. Le recomendamos firmemente que hable con un representante de su proveedor de seguros, quien podrá explicarle los detalles de su cobertura específica.

Ejemplo de seguro N.º 1: Copagos

Supongamos que Ana necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. Hernández y el Dr. García. El Dr. Hernández cobra \$100 la visita y el Dr. García cobra \$500 la visita. Si el seguro de Ana establece que ella pague copagos de \$20 por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo en las citas?

RESPUESTA:

Ana pagará \$20 en cada consultorio médico. Dado que un copago es una cantidad establecida de dinero, el pago del paciente no depende de la cantidad de la cuenta.

Ejemplo de seguro N.º 2: Coseguro

Supongamos que Martín necesita ver a dos especialistas esta semana: el Dr. López y el Dr. Pérez. El Dr. López cobra \$100 la visita y el Dr. Pérez cobra \$500 la visita. Si el seguro de Martín establece que él debe pagar un coseguro del 20% por visita, ¿cuánto deberá pagar en efectivo por las citas?

RESPUESTA:

Multiplique cada tarifa por el porcentaje del coseguro.

- El pago de Martín al Dr. López será de \$20, ya que $\$100 \times 20\% = \20
- El pago de Martín al Dr. Pérez será de \$100, ya que $\$500 \times 20\% = \100

Ejemplo de seguro N.º 3: Coseguro y deducibles

Supongamos que Caterina tiene un deducible de \$2,000 por año y su coseguro para una visita al hospital es del 20%. Fue sometida a una cirugía que tuvo un costo de \$10,000. ¿Cuánto tiene que pagar en efectivo?

RESPUESTA:

Paso 1: Reste el deducible del total de la tarifa, de manera que $\$10,000 - \$2,000 = \$8,000$.

Paso 2: A continuación, multiplique esa diferencia por el porcentaje de coseguro, de manera que $\$8,000 \times 20\% = \$1,600$. Esto da como resultado la cantidad de coseguro del paciente.

Paso 3: Suma el deducible (\$2,000) y la cantidad del coseguro (\$1,600) para obtener la cantidad total que deberá pagar el paciente. En este ejemplo, Caterina pagará \$3,600.

GLOSARIO

ADA: Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Incapacidades). Una ley nacional que prohíbe la discriminación de personas con incapacidades. Requiere que los empleadores realicen adaptaciones razonables del lugar de trabajo para personas calificadas que tienen una incapacidad. Obtenga más información en www.dol.gov.

Costos asociados: costos que están relacionados con el diagnóstico de cáncer, pero no específicamente debido a la atención médica brindada para tratar la enfermedad; también llamados costos no médicos. El transporte y el cuidado de los niños durante el tratamiento son dos ejemplos comunes de costos asociados para las personas con cáncer.

Administrador de casos: un profesional del cuidado de la salud, a menudo un enfermero con experiencia en cáncer, que ayuda a coordinar la atención de una persona con cáncer antes, durante y después del tratamiento. En un centro médico, un administrador de casos puede brindar una amplia variedad de servicios a los pacientes, por ejemplo, administrar los planes de tratamiento, coordinar las aprobaciones del seguro de salud y localizar los servicios de apoyo. Las compañías de seguros también disponen de administradores de casos.

Estudio clínico: estudio de investigación para evaluar un tratamiento o medicamento nuevo.

COBRA: Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (Ley de Reconciliación Presupuestaria Consolidada). Una ley federal que permite a los empleados en peligro de perder su seguro de salud por determinadas circunstancias, como el abandono del trabajo, pagar su cobertura de seguro y mantenerla durante un tiempo limitado.

Coseguro: el porcentaje de los costos del cuidado de la salud que un paciente asegurado paga después de alcanzar el deducible anual del plan de cuidado de la salud. Por ejemplo, una tasa de coseguro 80/20 significa que la compañía de seguros paga el 80% de los costos del cuidado de la salud aprobados, y el paciente paga en efectivo el 20% restante de los costos.

Copago: una tarifa establecida, en dólares, que un proveedor de seguros requiere que pague un paciente cada vez que recibe atención. Por ejemplo, cada visita al oncólogo puede costar \$30 a un paciente; el seguro paga el resto de los costos de la visita. La cantidad del copago es establecida por el proveedor de seguros y no por el consultorio médico.

Deducible: la cantidad de los costos del cuidado de la salud aprobados que un paciente asegurado debe pagar en efectivo cada año antes de que el plan de cuidado de la salud comience a pagar los costos.

Seguro por incapacidad: un seguro que proporciona un ingreso ya sea a corto plazo o a largo plazo a una persona con una lesión o enfermedad grave que le impide poder trabajar.

Pago por servicio: es un tipo de seguro de salud en el cual una persona visita a un médico, presenta un formulario de reclamación y el plan de seguro paga la cuenta a través de una estructura de coseguro. Los deducibles y los topes del seguro son comunes.

FMLA: Family and Medical Leave Act (Ley de Licencias Familiares y Médicas). Esta ley federal ofrece protecciones específicas a los empleados durante una baja médica (cuando el empleado está enfermo) y una baja familiar (cuando el empleado debe cuidar a su cónyuge, hijo o padre que está enfermo). Obtenga más información en www.dol.gov.

Tope del seguro: la cantidad de dinero que pagará un plan de seguro en beneficios totales. Una vez que las cuentas médicas del paciente alcanzan el total, o tope, el plan ya no proporcionará cobertura. (Según la Reforma de Salud, se han eliminado los topes de por vida. Se permiten topes anuales hasta el 1 de enero de 2014; consulte página 10.)

HMO: Health Maintenance Organization (Organización para el Mantenimiento de la Salud). Es un tipo de seguro de salud. En una HMO, una persona elige un médico de atención primaria de una lista aprobada de médicos (llamada red); la atención de especialistas debe estar aprobada por ese médico de atención primaria (llamada derivación).

HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud). Un conjunto de leyes nacionales que ayudan a proteger la privacidad de la información médica individual de un paciente, proporcionan a los pacientes acceso a sus registros médicos y ayudan a las personas con problemas de salud, como el cáncer, a obtener seguro de salud para ellos y sus familiares. Obtenga más información en www.cms.gov.

Seguro de atención a largo plazo: seguro que ayuda a las personas con incapacidades o enfermedades de larga duración a pagar cuidados y servicios diarios no médicos que los planes de salud comunes no cubren, como ayuda para comer, bañarse y vestirse. Según el plan, el cuidado se puede proporcionar en el hogar o fuera del hogar.

Medicaid: es un tipo de seguro de salud gubernamental para personas con bajos ingresos que reúnen determinadas condiciones. Medicaid está financiado conjuntamente por el gobierno federal y estatal, y cada estado opera su programa de manera individual (incluida la decisión de quien puede conseguir Medicaid en ese estado). Obtenga más información en www.cms.gov.

Medicare: es un tipo de seguro de salud proporcionado por el gobierno federal a personas de 65 años o más, así como también a algunas personas con incapacidades. Medicare se divide en cuatro partes: las Partes A, B, C y D. La Parte A cubre la atención hospitalaria de pacientes ingresados. La Parte B proporciona coberturas financieras mediante primas, deducibles y una estructura de coseguro para otros gastos médicos, como visitas al médico. Los planes de Medicare Advantage, o la Parte C, son planes de seguros administrados por compañías privadas aprobadas. Y por último, la Parte D proporciona cobertura de medicamentos recetados. Obtenga más información en www.medicare.gov.

Atención fuera de la red: los proveedores o centros del cuidado de la salud que no forman parte de la lista o red aprobada del plan de seguro son considerados “fuera de la red” (en oposición a los que pertenecen a una lista aprobada o están “dentro de la red”) en una HMO o en una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO). La atención fuera de la red a menudo es más costosa que la atención dentro de la red, y puede incluir un deducible y requerir una aprobación previa para determinados servicios.

Costos en efectivo: gastos que deben ser pagados con los recursos financieros personales del paciente; todos los gastos no cubiertos por el seguro.

Asesor de pacientes: una persona, a menudo un enfermero o trabajador social, que ayuda a guiar a los pacientes, supervivientes, familias y cuidadores a través del sistema de cuidado de la salud. Los asesores ofrecen numerosos servicios, que incluyen tramitación de ayuda financiera, transporte y cuidado de niños durante el tratamiento, coordinación de la atención entre varios médicos y apoyo emocional.

Patient Protection and Affordable Care Act (Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud Asequible): a menudo llamada simplemente “Reforma de Salud”, es una ley federal de 2010 que cambia determinadas normas concernientes a la cobertura de los seguros de salud en los Estados Unidos. Consulte la página 10 para conocer más detalles, y obtenga más información en www.cuidadodesalud.gov.

PPO: Preferred Provider Organization (Organización de Proveedores Preferidos). Es un tipo de seguro de salud en el cual una persona tiene acceso a una red de médicos aprobados, llamados médicos dentro de la red. En las PPO, los pacientes normalmente no necesitan una recomendación para consultar a un especialista.

Certificación previa: el proceso de solicitar la aprobación de un plan de seguros para servicios específicos, como un tratamiento, un procedimiento o una estancia hospitalaria, antes de que éstos ocurran; también llamado preaprobación. Muchos hospitales y clínicas tienen coordinadores de certificación previa, asesores de pacientes o administradores de casos que ayudan a los pacientes con cáncer a través de este proceso.

Enfermedad preexistente: un trastorno médico que una persona ya tiene cuando se inscribe en un nuevo plan médico. Muchos planes de salud tienen un período de tiempo durante el cual rechazarán todas las reclamaciones relacionadas con enfermedades preexistentes. Sin embargo, la HIPAA establece límites sobre el tiempo en que una compañía de seguros puede negar cobertura para una enfermedad preexistente. (Conforme a la Reforma de Salud, se cambiarán varias normas relativas a las enfermedades preexistentes; consulte página 10.)

Prima: la cantidad que una persona o compañía paga cada mes para mantener una cobertura de seguro.

Tarifas razonables y habituales: el costo promedio para servicios de salud en un área geográfica que los planes de seguros utilizan para decidir la cantidad de dinero que pagarán por esos servicios. Si las tarifas de un médico por un servicio son mayores que el promedio, el paciente debe pagar la diferencia.

Seguro por Incapacidad del Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario: son dos programas nacionales que asisten a las personas con incapacidades; cada uno tiene requisitos médicos específicos que una persona debe reunir antes de poder obtener estos beneficios. Ambos programas están administrados por la Administración del Seguro Social. Obtenga más información en www.ssa.gov/espanol.

Trabajador social: un profesional que ayuda a los pacientes con cáncer y a sus familiares a sobrellevar las tareas y los desafíos diarios antes, durante y después del tratamiento. Los trabajadores sociales, que pueden trabajar para un hospital, una agencia de servicios o un gobierno local, pueden ayudar a abordar problemas financieros, explicar los beneficios del seguro, proporcionar acceso a asesoramiento y mucho más.

Atención de especialistas: cuidado de la salud proporcionado por un médico que se ha capacitado para tratar un problema de salud específico o un grupo específico de personas. Por ejemplo, un oncólogo es un médico que se especializa en cáncer.



Marcamos la diferencia en el cuidado del cáncer

**American Society of Clinical Oncology
(Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica)**

2318 Mill Road, Suite 800 | Alexandria, VA 22314

Phone: 571-483-1300 | Fax: 571-366-9530

www.asco.org | www.cancer.net

Para obtener más información sobre los recursos de información para pacientes de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (American Society of Clinical Oncology), llame sin cargo al 888-651-3038 o envíe un correo electrónico a contactus@cancer.net.

© 2011 American Society of Clinical Oncology.

Para obtener información sobre permisos, escriba a permissions@asco.org.