Ayuda financiera para el tratamiento de la insuficiencia renal

(Financial Help for Treatment of Kidney Failure)

¿Cuán costoso es el tratamiento de la insuficiencia renal?

El tratamiento de la insuficiencia renal—la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de riñón—es costoso y la mayoría de la gente necesita ayuda financiera. El costo promedio de Medicare por persona en el 2011 era el siguiente:[1]

- casi 88 millones de dólares para la hemodiálisis, un tratamiento para la insuficiencia renal que filtra la sangre fuera del cuerpo
- más de 71 millones de dólares para la diálisis peritoneal, un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento de la cavidad abdominal del paciente como filtro
- casi 33 millones de dólares para un trasplante, una cirugía para colocar un riñón sano de alguien que acaba de morir o de un donante vivo, por lo general un familiar, en el cuerpo del paciente

El Gobierno Federal y otras fuentes proveen ayuda financiera. En 1972, el Congreso de los EE. UU. aprobó una ley que permita que la mayoría de la gente con insuficiencia renal pueda recibir la cobertura de Medicare.

Los proveedores de atención médica con frecuencia le cobran costos adicionales a los planes de salud privados. Los estados y otras fuentes también pueden ayudar. Una persona puede vivir por años con la insuficiencia renal, por lo tanto es importante obtener ayuda para pagar por el tratamiento.

Términos clave

Algunos términos que se enumeran aquí tienen muchos significados; sólo son incluidos aquellos significados relacionados con los aspectos financieros y médicos de la insuficiencia renal y su tratamiento.

copago: una suma que tendría que pagar el paciente por la atención médica. Con frecuencia, un copago es un cargo fijo. Una persona podría pagar 10 o 20 dólares por una visita o receta de un proveedor de atención médica.

coseguro: una suma que necesitaría pagar el paciente, incluso después de haber pagado un deducible para recibir la atención médica. Con mayor frecuencia, la suma es un porcentaje, como el 20 por ciento.

(Continua en la página 2)

[1]U.S. Renal Data System. *USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-stage Renal Disease in the United States.* Bethesda, MD: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2013.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse

(Continuado de la página 1)

Términos clave

deducible: una suma que debe pagar el paciente por recibir atención médica o recetas, antes de que pague el plan de salud por estas cosas.

diálisis: el proceso de la filtración de los desechos y líquidos adicionales del cuerpo por medios aparte de los riñones. Las dos formas de diálisis son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Consulte también "hemodiálisis" y "diálisis peritoneal".

diálisis peritoneal: un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento de la cavidad abdominal del paciente para filtrar la sangre.

ERT (enfermedad renal terminal, ESRD por sus siglas en inglés): el término legal para la insuficiencia renal permanente. *Renal* significa que está relacionado con los riñones.

fuera de la red: los proveedores de atención médica que no se encuentran dentro de la red de un plan. Con algunos planes de salud, la atención médica y las recetas cuestan más si las reciben de estos proveedores.

hemodiálisis: un tratamiento para la insuficiencia renal que filtra los desechos y el líquido adicional del cuerpo. La hemodiálisis utiliza una máquina ubicada fuera del cuerpo para circular la sangre del paciente a través de un filtro, que se llama dializador.

pagador primario: el plan de salud que paga las facturas médicas primero, antes de que las facturas puedan ser enviadas a un pagador secundario.

pagador secundario: el plan de salud que paga las facturas médicas después de que el pagador primario ha pagado su parte.

período de coordinación: si una persona tiene más de un plan de salud, se utiliza un período de coordinación para calcular qué plan paga primero y por cuánto tiempo paga. Por ejemplo, si una persona tiene un plan grupal por parte de su empleador y también un plan de Medicare, el plan grupal del empleador es el primer pagador por los primeros 30 meses que la persona cumple todos los requisitos para obtener los servicios de Medicare.

prima: una suma que debe pagar periódicamente el paciente—por mes o por trimestre—para Medicare, un otro plan de salud o un plan de cobertura de medicamentos.

red: un grupo de proveedores de atención médica que proveen un descuento a sus socios. Algunos planes pagan por la atención médica y las recetas *sólo* si las reciben desde un proveedor de la red.

trabajador social: una persona capacitada para ayudar a las personas a resolver los problemas de la vida cotidiana, especialmente las personas con discapacidades o con bajos ingresos. Un trabajador social puede ayudar con asuntos financieros y laborales. Las clínicas de diálisis y los centros de trasplante deben tener un trabajador social para ayudar a los pacientes.

trasplante de riñón: una cirugía para colocar un riñón sano de alguien que acaba de morir o de un donante vivo, por lo general un familiar, en el cuerpo del paciente para sustituir el trabajo del riñón deficiente.

¿Qué es Medicare?

Medicare es un programa de seguro federal que paga los costos de atención médica de la gente que cumple con los requisitos y

- tiene 65 años o más
- tiene menos de 65 años, pero tiene una determinada discapacidad
- tiene la ERT—*no importa la edad*

¿Cómo se puede obtener los servicios de Medicare para la insuficiencia renal?

Para obtener los servicios de Medicare para la insuficiencia renal, una persona debe cumplir con dos condiciones:

1. Recibir la diálisis o tener un trasplante de riñón por causa de la ERT
2. Haber pagado impuestos suficientes—o ser cónyuge o hijo de alguien que lo ha hecho—a través de
   - Seguro Social
   - Junta de Jubilación de los Empleados Ferroviarios (Railroad Retirement Board en inglés)
   - Empleo del gobierno

¿Qué planes de salud ofrece Medicare?

Existen tres tipos principales de planes de salud de Medicare:

1. **Medicare original** tiene tres partes:
   - La **Parte A** (hospital) cubre la atención de pacientes hospitalizados, el trasplante de riñón, vivir en centros especializados de enfermería y los cuidados para pacientes terminales. La Parte A no tiene primas para aquellos que han pagado suficientes impuestos de Medicare. Una prima es la suma que debe pagar periódicamente el paciente—por mes o por trimestre—para Medicare, un otro plan de salud o un plan de cobertura de medicamentos. La Parte A sí tiene un deducible, una suma que debe pagar el paciente por recibir atención médica o recetas, antes de que pague por estas cosas el plan de salud. El paciente debe pagar una suma diaria por las estadías en el hospital que superen los 60 días.
   - La **Parte B** (pacientes ambulatorios) cubre la mayoría de los tratamientos y suministros de la diálisis, los costos de los proveedores de atención médica y las medicinas contra el rechazo para trasplantes. La Parte B tiene una prima mensual que se basa en el ingreso de la persona. Los precios cambian cada año. Después de que paga el paciente cada año el deducible, la Parte B paga como un pagador primario el 80 por ciento por la mayoría de los servicios cubiertos. El personal de facturación del proveedor de los servicios—un hospital o una clínica—puede calcular cuánto adeudará el paciente.

- La **Parte D** (medicaciones) tiene una prima y cubre algunas medicinas. Las compañías privadas de seguros ofrecen diferentes planes de la Parte D, los cuales son aprobados por Medicare. Los costos y la cobertura varían según el plan. Una persona que tiene pocos activos y gana menos del 150 por ciento del nivel federal de pobreza puede calificar para recibir ayuda adicional para pagar las primas y los costos de las medicinas de la Parte D. Puede encontrar las reglas generales para el año actual en *www.aspe.hhs.gov/poverty* (en inglés) o por llamar al Seguro Social al 1–800–772–1213. Puede encontrar información y solicitudes de los planes para la Parte D en *http://es.medicare.gov*. También puede solicitar los servicios de la Parte D de una compañía de seguros que vende un plan así.

2. **Los planes de Medicare Advantage, que también se llaman la Parte C,** los venden las compañías de seguros. Medicare debe aprobar los planes de Medicare Advantage. Cada plan de Medicare Advantage debe cubrir los servicios de la Parte A y la Parte B, y además puede cubrir otros servicios. Los planes de Medicare Advantage pueden tener la cobertura de medicamentos de la Parte D. Si no, una persona puede comprar por separado el plan de la Parte D. Todos los planes de Medicare Advantage no son iguales. Una persona con la insuficiencia renal que piensa elegir un plan de Medicare Advantage debe preguntar sobre las reglas del plan. Las reglas pueden especificar cuáles proveedores de atención médica u hospitales que puede utilizar el paciente. El plan puede requerir un remitido del proveedor de atención primaria para que el paciente pueda tener cita con un especialista. Es posible que el plan no cubra los gastos médicos que se adquiere durante un viaje. La suma de gastos extra que debe pagar el paciente cada año varía según el plan. Las personas que tienen un plan de Medicare Advantage no pueden tener un plan de Medigap para ayudar a pagar los gastos extra. Consulte la sección sobre Medigap.

Existen cuatro tipos de planes de Medicare Advantage:

- organizaciones del mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés)
- organizaciones de proveedores preferidos (PPO por sus siglas en inglés)
- costo privado para planes de servicio
- planes de necesidades especiales para determinados grupos

Aquellos que ya reciben el tratamiento con diálisis no se pueden inscribir en la mayoría de los planes de Medicare Advantage. Sin embargo, una persona que ya tenía un plan de Medicare Advantage antes de que fallaron los riñones puede conservar el plan. En algunas regiones, se diseñan planes de necesidades especiales para aquellos que reciben el tratamiento de diálisis. Puede llamar al **1–800–MEDICARE** (1–800–633–4227) para aprender si existen planes de necesidades especiales específicos a la región para los pacientes que reciben el tratamiento con diálisis.

3. **Otros planes de salud de Medicare** son para determinados grupos, tales como las personas en estado delicado que viven en la comunidad y las personas con múltiples enfermedades crónicas, e incluyen la cobertura hospitalaria y médica. Algunos también pagan las medicinas recetadas. Algunos son financiados y administrados parcialmente por el estado—se llaman Medicaid. Los planes incluyen los siguientes:

   – **Los planes de costos de Medicare (Medicare Cost Plans)** son HMO, similares a los planes ofrecidos como Medicare Advantage, pero los proveedores fuera de la red reciben pagos como si el titular de la póliza tuviera Medicare Original.

   – **El Programa de cobertura total de la salud para personas mayores (PACE por sus siglas en inglés)** combina los servicios de atención médica, los servicios sociales y los de atención a largo plazo para las personas en estado delicado que viven y reciben atención médica dentro de la comunidad.

   – **Los proyectos de innovación de Medicare** son proyectos especiales que evalúan las mejoras en la cobertura, el pago y la calidad de atención de Medicare.

Se puede encontrar más información sobre los planes de costos de Medicare y los programas de Demostración o Piloto en el sitio web estatal de Medicaid en *www.medicaid.gov* (en inglés) o por llamar al **1–800–MEDICARE** (1–800–633–4227). Las oficinas estatales de Medicaid pueden proporcionar más información sobre PACE. Consulte la sección sobre Medicaid.

¿Dónde se puede inscribir para Medicare?

Puede aplicar para los servicios de Medicare en la página web *www.ssa.gov/espanol* o en una oficina local del Seguro Social. El número gratuito del Seguro Social es 1–800–772–1213, TTY 1–800–325–0778. Puede llamar para coordinar una cita con alguien en una oficina local y aplicar para los servicios.

¿Cuándo comienzan los servicios de Medicare para las personas con ERT?

Una persona con ERT puede aplicar para Medicare al comienzo de la diálisis o al momento del trasplante de riñón. La fecha de inicio de los servicios de Medicare depende del tipo de tratamiento:

- **Diálisis en casa, incluso la diálisis peritoneal.** Los servicios de Medicare pueden comenzar el **primer mes** de diálisis solamente si el paciente se capacita para la diálisis en casa.
- **Trasplante de riñón.** Los servicios de Medicare pueden comenzar **el mismo mes** en que ocurre el trasplante. En algunos casos, los servicios de Medicare podrían comenzar 2 meses antes del trasplante si el paciente está hospitalizado y se demora el trasplante. Por ejemplo, si un paciente está hospitalizado para un trasplante en marzo y se demora el trasplante hasta mayo, el pago todavía comienza en marzo. Un asesor financiero de trasplante puede proporcionar más información.

- **Diálisis en el centro.** Los servicios de Medicare no comenzarán hasta el **cuarto mes** de la diálisis en el centro. Por ejemplo, si una persona comienza la diálisis en una clínica en julio y no se capacita para la diálisis en casa, Medicare no comenzará a pagar hasta el 1 de octubre.

Julio	Agosto	Septiembre	Octubre
Primer mes de diálisis	Segundo mes de diálisis	Tercer mes de diálisis	Cuarto mes de diálisis. Comienza la cobertura de Medicare.

¿Cuándo terminan los servicios de Medicare para las personas con ERT?

Los servicios de Medicare continúan *siempre y cuando que el paciente reciba diálisis y pague una prima,* incluso para los pacientes que tienen trabajo. Los servicios de Medicare terminarán por las dos razones descritas a continuación:

1. **La insuficiencia renal es la *única* razón por qué tenía Medicare y el paciente obtenga un trasplante de riñón.** Si el riñón nuevo funciona y ya no necesita diálisis, los servicios de Medicare terminan 3 años después de la cirugía de trasplante.
2. **La salud de los riñones mejora y ya no necesite diálisis.** Los servicios de Medicare terminarán 12 meses después de que la persona deja la diálisis, a menos que vuelva a la diálisis o reciba un trasplante dentro de esos 12 meses. Los servicios de Medicare no terminarán si la persona cumple con los requisitos de edad o discapacidad.

¿Cómo paga Medicare si una persona tiene otro seguro médico?

Las reglas sobre cuál seguro paga primero dependen del tipo de seguro médico que tiene el paciente.

Tipo de plan de seguro	Quién paga primero
Plan individual—no es proporcionado por un empleador	**Medicare** siempre paga primero. Un plan individual siempre paga segundo.
Plan grupal del empleador o sindicato	Respecto a la insuficiencia renal, el **plan grupal del empleador o sindicato** paga primero **durante los 30 meses*** después de que la persona cumpla con los requisitos de Medicare debido a la insuficiencia renal. El plazo de 30 meses comienza sin importar si la persona se inscriba en Medicare o no. Sin embargo, la persona eventualmente tendrá que inscribirse en Medicare. Después de los 30 meses, Medicare paga primero. El plan grupal del empleador o sindicato puede pagar la totalidad o una parte del remanente.

**Este período de tiempo se denomina el "período de coordinación del pagador secundario de Medicare".*

Tener los servicios de Medicare Parte B y también otro plan de seguro médico puede limitar la cantidad de los gastos extra que paga el paciente por la atención médica. En algunos casos, Medicare puede limitar la cantidad de dinero que puede cobrar un proveedor de atención médica por los servicios. Si una persona no tiene los servicios de la Parte B, el proveedor de atención médica o la clínica de diálisis puede facturar una tarifa más alta al plan médico individual o grupal y también al paciente. El paciente tendría que pagar lo que el plan no paga.

En algunas situaciones, una persona que tiene otro seguro puede ahorrar dinero si no se inscribe en la Parte B hasta que finalice el período de coordinación de 30 meses. La persona no tendría que pagar las primas de la Parte B durante ese período.

¿Debería esperar para comenzar a pagar la Parte B un paciente que tiene otro seguro?

- **SÍ, solamente si:** El plan de la persona paga el 100 por ciento de todos los costos de atención médica durante ese período.
  - Si espera para inscribirse en *ambas partes,* la Parte A y la B, la inscripción en ambas partes puede realizarse en cualquier momento.
  - Si obtiene la Parte A—en espera para comenzar con la Parte B—**solamente puede inscribirse una vez por año desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, y la Parte B no comenzará hasta el 1 de julio.** *Debe inscribirse en la Parte B a tiempo para evitar un vacío en la cobertura.* Por ejemplo, si el período de coordinación de 30 meses finaliza el 30 de abril, el plan grupal del empleador o sindicato puede dejar de pagar primero en el 1 de mayo. Si se inscribió en la Parte B antes del 31 de marzo, la Parte B no comenzará a pagar primero hasta el 1 de julio. La persona tendrá grandes facturas durante mayo y junio.
- **NO, solamente si:** El paciente tiene que pagar deducibles, copagos o coseguros anuales, los cuales son costos que no cubre el plan de seguros. Medicare puede pagar esos cargos o no. Sin embargo, tener la cobertura de Medicare limita lo que puede cobrar una clínica de diálisis. La prima para la Parte B por lo general cuesta menos que pagar los deducibles, los copagos o el coseguro.

¿Dónde puedo obtener más información sobre la cobertura de Medicare para el tratamiento de la insuficiencia renal?

Estos folletos de Medicare le ofrecen más información sobre la cobertura de Medicare para el tratamiento de la insuficiencia renal:

- *La Cobertura de Medicare de los Servicios de Diálisis Renal y Trasplante de Riñón*
  - Publicación n.º: CMS 10128-S
  - Internet: *www.medicare.gov/Pubs/pdf/10128-S.pdf*
- *Medicare para los niños que padecen de Enfermedad Renal Terminal*
  - Publicación n.º: CMS 11392-S
  - Internet: *www.medicare.gov/Pubs/pdf/11392-S.pdf*

¿Cuándo empieza a pagar el plan grupal del empleador o sindicato?

Un plan grupal del empleador o sindicato puede ayudar a pagar los costos del tratamiento y de las medicinas recetadas bajo las siguientes circunstancias:

- Antes de que Medicare comience a pagar la diálisis, el plan grupal del empleador o sindicato puede cubrir la mayoría o la totalidad de los costos.
- Durante el período de coordinación de 30 meses, el plan grupal del empleador o sindicato paga la mayor parte de los costos primero y, luego, Medicare paga su parte de los costos restantes.
- Después de que finalice el período de coordinación de 30 meses, Medicare paga la mayor parte primero y, luego, el plan grupal del empleador o sindicato paga su parte de los costos restantes.

Las personas con la insuficiencia renal deben leer su póliza de seguro médico con cuidado para asegurarse de que cubra el tratamiento de la insuficiencia renal. Si tienen preguntas sobre los beneficios, deben consultar al agente de seguros o al asesor de beneficios del empleador.

¿Qué otros programas federales pueden ayudar?

Los siguientes programas federales pueden ayudar a cubrir el costo del tratamiento de la insuficiencia renal:

- **Seguro de discapacidad del Seguro Social (SSDI por sus siglas en inglés).** El SSDI es un plan federal de seguros que paga una suma mensual a las personas que no pueden trabajar. Las personas ganan créditos laborales de SSDI cuando pagan los impuestos del Seguro Social. Deben tener créditos suficientes según la edad para calificar. Por lo tanto, si una enfermedad o lesión le impide a trabajar por al menos un año, los pagos del SSDI pueden ser una opción. Un cuadro en *www.socialsecurity.gov/espanol/jubilacion2/creditos3.htm* muestra cuántos créditos laborales que necesita.
- **Seguridad de ingreso suplementario (SSI por sus siglas en inglés).** La SSI es un programa federal de red de seguridad que paga una suma mensual a los niños y adultos discapacitados quienes ganan poco y tienen pocos activos. Una persona que recibe la SSI puede obtener cupones de alimentos y también los servicios de Medicaid.

Se puede encontrar más información sobre el SSDI y la SSI, y sobre cómo aplicar, en *www.ssa.gov/espanol* o por llamar al 1–800–772–1213, TTY 1–800–325–0778.

¿Qué programas estatales pueden ayudar?

Los programas estatales como Medicaid, Medigap y los Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs) están financiados en parte por el Gobierno Federal. Sin embargo, los estados proporcionan los servicios y deciden quienes reciben la ayuda.

Medicaid. Medicaid es un programa estatal para aquellos con bajos ingresos y pocos activos. Cada estado administra su propio programa. El Gobierno Federal exige que los programas de Medicaid cubran un conjunto específico de servicios; sin embargo, los estados pueden elegir cubrir otros servicios además de los exigidos. Una persona puede tener Medicaid sólo o Medicare y Medicaid. Si una persona tiene los dos tipos de cobertura, Medicare paga primero y Medicaid paga segundo. Medicaid puede pagar por servicios por los que Medicare no paga. Una persona puede aplicar para los servicios de Medicaid en la oficina del Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o del condado. Un trabajador social puede explicar el programa de Medicaid del estado y ayudar a una persona a aplicar. Se puede encontrar más información sobre Medicaid en *www.medicaid.gov* (en inglés).

Medigap, también conocido como suplemento de Medicare. Un plan de Medigap puede ayudar a pagar lo que no paga el Medicare Original por los servicios cubiertos. Las compañías de seguros venden cobertura Medigap. Las personas que tienen un plan de Medicare Advantage no pueden tener un plan de Medigap también.

Para las personas que tienen 65 años o más, la ley federal establece que, *durante los primeros 6 meses que tiene los servicios de la Parte B,* las empresas no pueden negarles una aplicación ni limitar los pagos para cualquier servicio que cubre Medicare Original, según la salud de la persona. Algunos estados hacen que las compañías de seguros vendan al menos un plan de cobertura de Medigap a aquellos que tienen menos de 65 años y también tienen la cobertura de Medicare. Las oficinas de seguros estatales pueden explicar los planes en su estado. Para buscar las oficinas locales, haga clic en el mapa en *www.naic.org/state_web_map.htm* (en inglés).

Programas de ahorro de Medicare. Algunos estados pueden pagar las primas, los deducibles y el coseguro de Medicare si la persona tiene bajos ingresos y pocos activos. El Departamento de Servicios Sociales de la ciudad o del condado puede determinar si una persona cumple con los requisitos.

Programas de asistencia estatales específicos al riñón. Algunos estados utilizan fondos estatales para ayudar a pagar costos específicos relacionados con el riñón. Un trabajador social en una clínica de diálisis o de trasplante, o un trabajador social de un Departamento de Servicios Sociales local puede ayudarle a determinar si un estado tiene un programa renal.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP por sus siglas en inglés). Los SHIP obtienen dinero del Gobierno Federal para proveer consejos gratis sobre el seguro médico a aquellos que tienen Medicare. Puede encontrar un consejero de SHIP en *www.shiptalk.org* (en inglés). Alguien que necesita cobertura adicional del seguro médica debe hablar con un consejero de SHIP o un trabajador social.

¿Qué programas pueden ayudar a poblaciones especiales?

Muchos programas pueden ayudar a poblaciones específicas, como los veteranos de los EE. UU.; socios del servicio militar, los retirados y sus familias; los indios estadounidenses y los nativos de Alaska; los niños; las personas con discapacidades; las personas con insuficiencia renal que buscan trabajo; los receptores de trasplante de riñón y los donantes vivos de órganos.

Veteranos de los EE. UU.

Para los veteranos de los EE. UU., el Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA por sus siglas en inglés) puede ayudar a pagar algunos costos de la salud. Los veteranos pueden aprender si califican para estos beneficios y aplicar en la página web *www.va.gov/healthbenefits* (en inglés). Un veterano puede aprender más en un hospital local de VA o por llamar al 1–877–222–8387. Algunos hospitales de VA proporcionan la diálisis. Otros tienen contratos con clínicas de diálisis para proveer a los veteranos un mejor acceso al tratamiento. El VA también tiene su propia red de centros de trasplante.

Socios del servicio militar, los retirados y sus familias

Una persona puede obtener TRICARE—el programa de atención médica que sirve mundialmente a los socios uniformados del servicio, los retirados y sus familias—si la persona es

- un socio activo del servicio
- un militar retirado
- un familiar de un socio activo del servicio o de un militar retirado
- un socio de la Guardia Nacional/Reservas en servicio activo por 30 días
- un familiar de un socio de la Guardia Nacional/Reservas en servicio activo por 30 días

TRICARE por Vida es un plan específico de TRICARE que ofrece cobertura secundaria para las personas que tienen los servicios de la Parte A y la Parte B de Medicare.

Puede encontrar información sobre TRICARE y los números de teléfono de los cuatro regiones de TRICARE en *www.tricare.mil* (en inglés).

Indios estadounidenses y nativos de Alaska

El Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service) puede ayudar a los socios de las tribus de indios estadounidenses y nativos de Alaska reconocidas a nivel federal. Hay disponible más información en el sitio web del Servicio de Salud Indígena en *www.IHS.gov* (en inglés). Un indio americano o nativo de Alaska también puede cumplir con los requisitos para recibir ayuda de programas públicos, privados y estatales.

Niños

El Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por sus siglas en inglés) provee servicios de Medicaid de bajo costo o gratis a los niños cuyos padres ganan demasiado para recibir Medicaid, pero no lo suficiente para pagar por un plan de salud. El CHIP también puede proporcionar asistencia a los padres. El CHIP es un programa federal y estatal. Puede encontrar más información en *http://espanol.insurekidsnow.gov* o por llamar al 1–877–543–7669.

Personas con discapacidades

Puede encontrar ayuda estatal y local para las personas con discapacidades en *www.disability.gov* (en inglés). En este sitio web, puede aprender más sobre los derechos civiles, la vida en comunidad, la educación, la planificación para emergencias, el trabajo, la salud, la vivienda, la tecnología y el transporte. Un trabajador social puede referirse a recursos federales, estatales y locales.

Personas con insuficiencia renal que buscan trabajo

Las leyes tales como la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA por sus siglas en inglés) protegen a las personas con determinadas discapacidades, incluso la insuficiencia renal. Una persona con insuficiencia renal puede encontrar información sobre la capacitación laboral y la búsqueda de empleo a través de

- programas estatales de rehabilitación vocacional
- redes de empleo privadas que tienen contratos con el Seguro Social para ayudar a las personas con discapacidades a encontrar trabajo

Se puede encontrar más información sobre los incentivos laborales del Seguro Social, el programa "Boleto para Trabajar" y quiénes pueden ayudarle, incluso programas de rehabilitación vocacional y redes de empleo, en *www.chooseworkttw.net* (en inglés).

Receptores de trasplantes de riñón

La Red Unida para la Compartición de Órganos (UNOS por sus siglas en inglés) tiene un sitio web que se llama Transplant Living en *www.trasplantesyvida.org/como_financiar_un_trasplante.php*. Lea más sobre la UNOS en *Treatment Methods for Kidney Failure: Transplantation* en *www.kidney.niddk.nih.gov*.

Donantes vivos de órganos

El National Living Donor Assistance Program puede ayudar a aquellos que desean donar órganos, pero no pueden pagar por hacerlo. Los donantes deben informar a los centros de trasplante que desean solicitar ayuda para pagar los costos de transporte y manutención. Puede encontrar más información sobre este programa en *www.livingdonorassistance.org* (en inglés).

El Gobierno Federal, algunos gobiernos estatales y compañías privadas proveen a los donantes licencia médica. Algunos estados dan deducciones de impuestos o créditos fiscales a los donantes vivos.

¿Qué organizaciones privadas pueden ayudar?

Las organizaciones privadas incluyen las organizaciones de beneficencia y las fundaciones. Algunas existen específicamente para ayudar a las personas con enfermedades renales y la insuficiencia renal, tales como

- **American Kidney Fund.** El American Kidney Fund provee pequeños subsidios, según la necesidad, a los pacientes estadounidenses que reciben el tratamiento de diálisis o un trasplante. El American Kidney Fund provee subsidios para ayudar a pagar las primas de los planes de salud médicas. Un trabajador social puede ayudarle a aplicar. El American Kidney Fund depende de las donaciones, por eso puede haber momentos en que los fondos estén escasos. Puede encontrar más información en *www.kidneyfund.org/espanol*.
- **National Kidney Foundation.** Las oficinas locales del National Kidney Foundation pueden ayudar con la nutrición, el transporte, las medicinas y las becas. Un trabajador social puede ayudarle a aplicar. El National Kidney Foundation también depende de las donaciones, entonces puede haber momentos en que los fondos estén escasos. Puede encontrar más información en *www.kidney.org/atoz/atozTopic_Spanish_Brochures.cfm* o por llamar al 1–800–622–9010.

¿Cómo puede pagar menos por las medicinas?

Medicare recomienda las siguientes maneras de pagar menos por las medicinas:

- Consulte con un proveedor de atención médica o un farmacéutico sobre las medicinas genéricas y de bajo costo.
- Pida ayuda a organizaciones de beneficencia.
- Averigüe sobre Medicaid y otros programas estatales de medicinas.
- Aplique para la "ayuda extra" de la Parte D del Seguro Social.
- Averigüe sobre los programas de asistencia al paciente. Necesitará completar un formulario para solicitarlos. Los formularios preguntan sobre los ingresos y los planes de salud. Un trabajador social puede ayudarle a completar los formularios si sea necesario. Los siguientes programas de asistencia al paciente pueden ayudar a las personas que no pueden pagar por las medicinas:
  - **Programas estatales de asistencia farmacéutica** son disponibles en 22 estados y en un territorio. Hay más información disponible en *http://es.medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/state-programs.aspx.*
  - El sitio web de la **Alianza para la Asistencia con los Medicamentos Recetados** en *www.pparx.org/es/prescription_assistance_programs_es* enumera más de 475 programas que ayudan a pagar por las medicinas. Muchos de estos programas son proporcionados por los laboratorios farmacéuticos que producen los medicamentos.
  - **NeedyMeds** es un grupo sin fines de lucro que ayuda a los pacientes a encontrar programas que ayudan a pagar por los medicamentos. El sitio web *www.es.needymeds.org/index_es.htm* permite que el usuario busque en una lista de programas por usar como palabra clave el nombre de la medicina o el productor. Algunos de los formularios para aplicar se encuentran en línea.
  - **RxAssist** tiene un sitio web en *www.rxassist.org* (en inglés) que provee información sobre los programas de laboratorios farmacéuticos, los programas estatales, las tarjetas de descuento para medicamentos y ayuda en copagos, entre otras cosas.

Puntos para recordar

- El tratamiento de la insuficiencia renal—la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de riñón—es costoso y la mayoría de la gente necesita ayuda financiera.
- En 1972, el Congreso de los EE. UU. aprobó una ley que permita que la mayoría de la gente con insuficiencia renal pueda recibir la cobertura de Medicare.
- Un trabajador social es una persona capacitada para ayudar a las personas a resolver los problemas de la vida cotidiana, especialmente las personas con discapacidades o con bajos ingresos. Un trabajador social puede ayudar con asuntos financieros y laborales. Las clínicas de diálisis y los centros de trasplante deben tener un trabajador social para ayudar a los pacientes.
- Medicare es un programa de seguro federal que paga los costos de atención médica de la gente que cumple con los requisitos.
- Tener los servicios de Medicare Parte B y también otro plan de seguro médico puede limitar la cantidad de gastos extra que paga el paciente por la atención médica.
- Las personas con la insuficiencia renal deben leer su póliza de seguro médico con cuidado para asegurarse de que cubra el tratamiento de la insuficiencia renal. Si tienen preguntas sobre los beneficios, deben consultar al agente de seguros o al asesor de beneficios del empleador.
- Los programas estatales, como Medicaid, Medigap y los Programas de Ahorros de Medicare (Medicare Savings Programs), están financiados en parte por el Gobierno Federal. Sin embargo, los estados proporcionan los servicios y deciden quienes reciben la ayuda.
- Los Programas Estatales de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP) obtienen dinero del Gobierno Federal para proveer consejos gratis sobre el seguro médico a aquellos que tienen Medicare.
- Muchos programas pueden ayudar a poblaciones específicas, como los veteranos de los EE. UU., los indios estadounidenses, los niños y las personas con discapacidades.
- Las leyes tales como la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) protegen a las personas con determinadas discapacidades, incluso la insuficiencia renal.
- Una persona con insuficiencia renal puede encontrar información sobre la capacitación laboral y la búsqueda de empleo.
- La Red Unida para la Compartición de Órganos (UNOS) tiene un sitio web que se llama Transplant Living en *www.trasplantesyvida.org/como_financiar_un_trasplante.php*.
- Las organizaciones privadas incluyen las organizaciones de beneficencia y las fundaciones. Algunas existen específicamente para ayudar a las personas con enfermedades renales y la insuficiencia renal.
- Los programas de asistencia al paciente pueden ayudar a las personas que no pueden pagar por las medicinas.

Esperanza a través de la investigación

La División de Enfermedades Renales, Urológicas y Hematológicas (Division of Kidney, Urologic, and Hematologic Diseases) del Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIDDK por sus siglas en inglés) apoya programas y estudios para ayudar a mejorar el tratamiento de aquellos que tienen la enfermedad renal y la insuficiencia renal. El estudio de Desnutrición, Dieta y Disparidades Raciales en la Enfermedad Renal Crónica (Malnutrition, Diet, and Racial Disparities in Chronic Kidney Disease, MADRAD por sus siglas en inglés) analiza la función que desempeña la desnutrición en el índice elevado de mortalidad en las personas que reciben diálisis. El estudio se enfocará en las diferencias raciales de la supervivencia de las personas que reciben diálisis para entender por qué los afroamericanos e hispanos tienen mejores resultados que los blancos no hispanos. Los investigadores esperan que las conclusiones ayuden a mejorar la supervivencia en todos los pacientes que reciben diálisis y posiblemente en personas con otras enfermedades crónicas. MADRAD está financiado por los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH por sus siglas en inglés) con el número de ensayo clínico NCT01415570.

Los ensayos clínicos son estudios de investigación en los que participan personas. Los ensayos clínicos buscan maneras nuevas, seguras y eficaces de prevenir, detectar o tratar enfermedades. Los investigadores también usan los ensayos clínicos para estudiar otros aspectos de la atención clínica, como la manera de mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas. Si desea aprender más sobre los ensayos clínicos, por qué son importantes y cómo participar en ellos, visite el sitio web NIH Clinical Research Trials and You en *www.nih.gov/health/clinicaltrials* (en inglés). Si desea información sobre los estudios actuales, visite *www.ClinicalTrials.gov* (en inglés).

Cómo obtener más información

Nota: Algunas de las opciones para comunicarse con las siguientes organizaciones están disponibles solamente en inglés.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244–1850
Teléfono: 1–800–MEDICARE (1–800–633–4227)
TTY: 1–877–486–2048
Internet: http://es.medicare.gov

American Association of Kidney Patients
2701 North Rocky Point Drive, Suite 150
Tampa, FL 33607
Teléfono: 1–800–749–2257 o 813–636–8100
Fax: 813–636–8122
Correo electrónico: info@aakp.org
Internet: www.aakp.org (en inglés)

American Kidney Fund
11921 Rockville Pike, Suite 300
Rockville, MD 20852
Teléfono: 1–800–638–8299
Internet: www.kidneyfund.org (en inglés)

The Council of Nephrology Social Workers
c/o National Kidney Foundation
30 East 33rd Street
New York, NY 10016–5337
Teléfono: 1–800–622–9010 o 212–889–2210
Fax: 212–689–9261
Internet: www.kidney.org (en inglés)

Life Options
c/o Medical Education Institute, Inc.
414 D'Onofrio Drive, Suite 200
Madison, WI 53719
Teléfono: 1–800–468–7777 o 608–833–8333
Fax: 608–833–8366
Internet: www.lifeoptions.org (en inglés)

Agradecimientos

Las publicaciones producidas por el Centro de información cuentan con una revisión detallada de parte de los científicos del NIDDK y de otros expertos externos. Esta publicación fue revisada originalmente por Thomas Dudley, Maria Ciccanti, Eva Fung, Emerson Carvalho y Kelly Anderson, Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services); Leslie Pionke, M.S.W., Centro de Trasplante Inova (Inova Transplant Center), Fairfax, VA; y Cindy Cornejo, M.S.W., Clínica de Diálisis DaVita (DaVita Dialysis Clinic), Fairfax, VA. Beth Witten, M.S.W., A.C.S.W., L.S.C.S.W., Instituto de Educación Médica (Medical Education Institute); Dori Schatell, M.S., Instituto de Educación Médica (Medical Education Institute); y Amy E. Witten, B.A., Centro para la Educación de la Enfermedad Renal Crónica del Programa Renal Missouri (Missouri Kidney Program's Center for Chronic Kidney Disease Education) revisaron la versión más actualizada de la publicación.

Sobre la serie de insuficiencia renal

La serie de insuficiencia renal del NIDDK incluye folletos y hojas informativas que pueden ayudar al lector a aprender más sobre los métodos de tratamiento de la insuficiencia renal, las complicaciones de la diálisis, la ayuda financiera para el tratamiento de la insuficiencia renal y la alimentación sana mientras recibir la hemodiálisis. Puede obtener copias impresas individuales gratuitas de esta serie al comunicar con el Centro Coordinador de Información sobre las Enfermedades Renales y Urológicas (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse, NKUDIC por sus siglas en inglés).

National Kidney Disease Education Program

3 Kidney Information Way
Bethesda, MD 20892
Teléfono: 1–800–891–5390
TTY: 1–866–569–1162
Fax: 301–634–0716
Correo electrónico: nkdep@info.niddk.nih.gov
Internet: www.nkdep.nih.gov
(en español: www.nkdep.nih.gov/espanol)

El National Kidney Disease Education Program (NKDEP), que en español se llama el Programa de Educación Nacional sobre la Enfermedad de los Riñones, es una iniciativa del NIDDK, parte de los NIH, que a su vez dependen del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). El NKDEP tiene como objetivo crear conciencia sobre la enfermedad renal, la importancia de realizar pruebas para aquellos con alto riesgo y la disponibilidad de tratamiento para prevenir o retrasar la enfermedad renal.

También puede encontrar más información sobre este tema al visitar MedlinePlus en español en *www.medlineplus.gov/spanish*.

Esta publicación podría contener información sobre medicinas y las afecciones que estas tratan cuando se toman según las indicaciones. Durante la preparación de esta publicación, se incluyó la información más actualizada disponible. Para recibir información al día, o si tiene preguntas sobre cualquier medicina, comuníquese con la U.S. Administración de Medicamentos y Alimentos (U.S. Food and Drug Administration, FDA por sus siglas en inglés). Llame gratis al 1–888–463–6332 (1–888–INFO–FDA), o visite su sitio web en *www.fda.gov* (en español: *www.fda.gov/AboutFDA/EnEspanol*). Consulte al proveedor de atención médica para obtener más información.

National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse

3 Information Way
Bethesda, MD 20892–3580
Teléfono: 1–800–891–5390
TTY: 1–866–569–1162
Fax: 301–634–0716
Correo electrónico:
nkudic@info.niddk.nih.gov
Internet: www.kidney.niddk.nih.gov

El National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC) es el Centro Coordinador Nacional de Información sobre las Enfermedades Renales y Urológicas (NKUDIC por sus siglas en inglés), un servicio del Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, NIDDK por sus siglas en inglés). Este Instituto forma parte de los Institutos Nacionales de la Salud (National Institutes of Health, NIH por sus siglas en inglés), que a su vez dependen del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Fundado en 1987, el Centro coordinador provee información sobre las enfermedades de los sistemas renal y urológico a las personas con trastornos renales y urológicos y a sus familiares, así como a los profesionales de la salud y al público en general. El NKUDIC responde a preguntas, produce y distribuye publicaciones y colabora estrechamente con organizaciones profesionales, gubernamentales y de pacientes para coordinar los recursos sobre las enfermedades renales y urológicas.

Esta publicación no tiene derechos de autor. El NKUDIC otorga su permiso a los usuarios de esta publicación para que pueda ser reproducida y distribuida en cantidades ilimitadas.

Esta publicación se encuentra en *www.kidney.niddk.nih.gov/spanish/index_sp.aspx*.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

NIH Publication No. 14–4765S
Agosto 2014

El NIDDK imprime en papel reciclado con tinta de base biológica.