

TÉRMINOS AGREGADOS AL GLOSARIO

ABORTO MEDIANTE PARTO PARCIAL (PARTIAL-BIRTH ABORTION) — Término no médico que por lo general se refiere a una intervención abortiva en etapa avanzada de la gestación conocida como dilatación y extracción íntegra, en la que se dilata el cuello uterino y el feto se extrae hasta el cuello.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA (EMERGENCY CONTRACEPTION) — Se conoce también como "la píldora para la mañana siguiente"; impide que el óvulo sea fecundado, que el óvulo fecundado anide en el útero o la ovulación. La píldora puede tomarse entre 24 y 72 horas después del coito con el fin de evitar el embarazo cuando no se han usado otros anticonceptivos o cuando el anticonceptivo usado ha fallado.

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS EN FUNCIÓN DE LA CALIDAD (AVAC) (QUALITY-ADJUSTED LIFE YEARS, QALYs) — Años de vida que se ganan gracias a una tecnología o servicio médico, ajustados según la calidad de esos años (determinada mediante algún método de evaluación). Los AVAC son la unidad más común para expresar los resultados en ciertos tipos de análisis de costo-efectividad. Un año de salud perfecta se considera igual a 1,0 AVAC.

ARREGLO DE REEMBOLSO DE SEGURO MÉDICO (ARSM) (HEALTH REIMBURSEMENT ARRANGEMENT, HRA) — Tipo de seguro médico, también conocido como "cuenta de reembolso de gastos médicos" o "cuenta para atención médica personal", que reembolsa a los empleados ciertos gastos médicos.

ASISTENCIA MÉDICA DE TRANSICIÓN (AMT) (TRANSITIONAL MEDICAL ASSISTANCE, TMA) — Cobertura de Medicaid para familias que dejan el sistema de asistencia social para pasar a sostenerse por sí mismas mediante el trabajo. Los estados están obligados a seguir proporcionando las prestaciones de Medicaid a las familias con niños que pierden la ayuda en efectivo por un aumento de los ingresos. La cobertura de transición se prolonga hasta por 12 meses siempre y cuando la familia demuestre que sigue recibiendo ingresos.

CELULAS MADRE O CÉLULAS TRONCALES (STEM CELLS) — Masa de células que se multiplican y renuevan por un tiempo prolongado y pueden manipularse para inducir las a diferenciarse en distintos tipos celulares. Hay dos tipos de células madre: embrionarias y adultas. Han suscitado atención en fecha reciente por su uso potencial en la investigación de enfermedades y la clonación.

COMPAÑERO DOMÉSTICO (DOMESTIC PARTNER) — Uno de dos individuos que sostienen una relación de largo plazo en la que cada uno asume la responsabilidad por el bienestar económico y emocional del otro. Los empleadores pueden establecer su propia definición de "compañero doméstico" al momento de decidir como van a ampliar las prestaciones; a menudo, esa definición exige, entre otras cosas, que las personas hayan vivido juntas un mínimo de seis meses, que sean mutuamente responsables del bienestar económico el uno del otro y que tengan por lo menos 18 años de edad. Los compañeros domésticos pueden ser del mismo sexo o del sexo contrario.

COMPRA MANCOMUNADA DE SEGURO (PURCHASING POOL) — Opción según la cual un grupo de personas, empresas o asociaciones se reúnen para acrecentar su poder de negociación y obtener primas de planes de seguro más bajas de las que obtendrían individualmente, y al mismo tiempo combinan los riesgos de los individuos enfermos y los sanos.

Consisten en fondos establecidos por los empleadores para reembolsar a los empleados determinados gastos médicos, a menudo combinados con un seguro médico que tiene un deducible elevado. Una ARSM proporciona seguro médico a partir del primer dólar gastado ("first-dollar") hasta que los fondos se agotan. Cuando se alcanza el deducible, empieza la cobertura normal. Los fondos que no se usan se transfieren al final del año, pero normalmente el empleado no tiene derecho a ellos si cambia de empleo. Compárese con las "cuentas de ahorros

para gastos de salud".

CONCESIÓN GARANTIZADA — Requisito según el cual los seguros individuales no pueden negarle cobertura a nadie sobre la base de sus antecedentes médicos. Según la ley federal, las pequeñas empresas que compran seguros médicos están cubiertas bajo la cláusula de "prestación segura". En esta situación, dichas empresas y todo beneficiario individual tienen que pagar las primas para no perder su cobertura, y los planes de seguros pueden ajustar las primas en función de los antecedentes médicos u otros factores. Asimismo, los seguros tienen una cláusula de "reinstauración garantizada", según la cual no pueden cancelar la cobertura de ningún beneficiario a causa de su estado de salud.

CRÉDITO TRIBUTARIO POR ADELANTADO (ADVANCEABLE TAX CREDIT) — Subvención para ayudar a pagar el seguro médico del que se dispone en el momento de pagar la prima, sin tener que esperar a la presentación de la declaración de impuestos al final del año fiscal (véase CRÉDITO TRIBUTARIO).

CRÉDITO TRIBUTARIO REEMBOLSABLE (REFUNDABLE TAX CREDIT) — Una manera de proporcionar un subsidio tributario a una persona o empresa, incluso si no debe impuestos. (Véase crédito tributario) Si una persona no debe impuestos, el gobierno le envía a ésta (o a un tercero) un cheque por la cantidad del crédito tributario reembolsable.

CUENTA DE AHORROS PARA GASTOS DE SALUD (CAGS) (HEALTH SAVINGS ACCOUNT, HSA) — Tipo de seguro de salud semejante a las cuentas de ahorros para gastos de salud (CAGS) pero con menos restricciones. Las CAGS tienen dos componentes: un seguro médico con un deducible elevado y una cuenta de ahorros con tratamiento tributario de favor. Cualquier empleador puede ofrecer una CAGS y tanto éste como el empleado pueden hacer aportaciones. El trabajador debe pagar todos los servicios hasta alcanzar el valor del deducible (un mínimo de \$1.000 para un individuo y de \$2.000 para una familia). El trabajador puede retirar dinero de una CAGS para sufragar los gastos de los servicios por debajo del deducible. A partir de entonces empieza la cobertura normal. Los fondos que no se usan se transfieren al final del año. A diferencia de la CAGM (HRAs), la CAGS es transferible cuando el empleado cambia de trabajo. Compárese con el "arreglo de reembolso de gastos médicos".

DEDUCCIÓN PARA EL SEGURO MÉDICO POR EL TRABAJADOR AUTÓNOMO (SELF-EMPLOYED DEDUCTION FOR HEALTH INSURANCE) — A partir de 2003, las personas que trabajan por cuenta propia pueden deducir del pago de impuestos todos los gastos del seguro médico cuando calculen sus ingresos anuales para fines tributarios. Por contraposición, los empleados y sus familias sólo pueden deducir las primas de seguro y otros gastos médicos si éstos exceden 7,5 por ciento de sus ingresos.

ENMIENDA HYDE (HYDE AMENDMENT) — Ley federal promulgada en 1980, y desde entonces vinculada cada año a los proyectos de ley sobre asignaciones presupuestarias, que prohíbe el uso de los fondos federales de Medicaid para la atención del aborto, excepto si está en peligro la vida.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS): véase Lou Gehrig, enfermedad de

EXPEDIENTE MÉDICO ELECTRÓNICO (ELECTRONIC MEDICAL RECORD) — Expediente que se lleva en una computadora y contiene información de asistencia médica. Puede contener, aunque ello no es forzoso, toda la información que figura en el expediente médico en papel de una persona. El expediente médico electrónico puede incluir datos clínicos, personales o administrativos. También se conoce como "expediente computadorizado del paciente".

INGRESO SUPLEMENTARIO DE SEGURIDAD (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) — Programa federal de apoyo al ingreso para personas de bajos ingresos discapacitadas, de edad avanzada o ciegas. El derecho a recibir los pagos mensuales en efectivo no depende del trabajo anterior ni de las aportaciones a un fondo fiduciario. El derecho a recibir el ingreso suplementario de seguridad generalmente es el mismo que para recibir Medicaid.

INICIATIVA DE FLEXIBILIDAD Y RESPONSABILIZACIÓN DEL SEGURO MÉDICO (HIFA) (HEALTH INSURANCE FLEXIBILITY AND ACCOUNTABILITY INITIATIVE, HIFA) — Iniciativa del gobierno de Bush para estimular la aprobación de la sección 1115 de Medicaid y las exenciones de la SCHIP. Permite que los esquemas estatales aumenten el número de personas con cobertura de seguro médico dentro de los recursos de esos programas, a menudo mediante el aumento de la compartición de los costos para los beneficiarios actuales. La HIFA estimula a los estados a ofrecer seguro médico privado o costado por el empleador, con subsidios, como una alternativa a la afiliación de esta población a Medicaid o SCHIP.

INSUFICIENCIA RENAL EN FASE TERMINAL (END-STAGE RENAL DISEASE, ESRD) — Nefropatía tan grave que exige diálisis constante o un trasplante de riñón. Las personas afectadas de esta manera tienen derecho a recibir Medicare.

LOU GEHRIG, ENFERMEDAD DE (ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA) (LOU GEHRIG'S DISEASE, AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS, ALS) — Enfermedad mortal del sistema nervioso que ataca las neuronas y ocasiona su degeneración gradual, lo que desemboca en la pérdida del control muscular. La mayoría de los pacientes pierden la capacidad de respirar al cabo de 3 a 5 años del inicio de los síntomas. Las personas que tienen derecho a recibir las prestaciones de seguridad social a causa de esta enfermedad pueden también afiliarse a Medicare sin esperar los dos años acostumbrados.

MEDICARE ADVANTAGE — Parte de Medicare, conocida anteriormente como Medicare+Choice, que ofrece a los beneficiarios la posibilidad de elegir entre diversos planes de atención gestionada. También se conoce como la parte C de Medicare y abarca organizaciones para el mantenimiento de la salud (OMAS), organizaciones de proveedores preferidos (OPP), cuentas de ahorros para gastos médicos (CAGM) de Medicare, organizaciones patrocinadas por proveedores (OPPRO) y otras opciones. No en todas partes se tiene acceso a todas las opciones.

MEDICARE+CHOICE (véase MEDICARE ADVANTAGE)

MEDICINA BASADA EN PRUEBAS (EVIDENCE-BASED MEDICINE) — Uso concienzudo y prudente de las mejores pruebas científicas de la medicina clínica para tomar decisiones con respecto a la atención de cada paciente, a menudo mediante aplicaciones de la tecnología de la información integradas al entorno del proveedor del servicio. Se deben tener en cuenta las preferencias del paciente conjuntamente con los datos científicos y la experiencia y los conocimientos clínicos.

MENESTEROSOS DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO (MEDICALLY NEEDY) — Categoría optativa de Medicaid por la cual los estados pueden dar cobertura a individuos y familias cuyos ingresos menos las deudas acumuladas por servicios médicos están por debajo de los límites estatales para el programa Medicaid. Ello permite dar cobertura de Medicaid a personas con grandes necesidades de atención médica, pero cuyos ingresos son relativamente altos para poder afiliarse a dicho programa.

PAGAR O PARTICIPAR (véase requisito de aportación del empleador)

PÍLDORA DE LA MAÑANA SIGUIENTE (véase ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA)

PLANES DE SEGURO MÉDICO DIRIGIDOS O IMPULSADOS POR EL CONSUMIDOR (CONSUMER-DIRECTED OR CONSUMER-DRIVEN HEALTH PLANS) — Planes en que los afiliados pueden escoger el conjunto de prestaciones y los proveedores que desean. Luego, pagan el saldo del costo de la prima del seguro que sobrepasa la aportación fija del empleador. Se incluyen en esta categoría los planeas que establecen cuentas de ahorro para gastos médicos en las que los empleados depositan dinero antes de la deducción de impuestos que puede usarse para la compra de atención médica. La finalidad de estos mecanismos es convertir a los empleados de receptores de asistencia sanitaria en consumidores informados que participan más plenamente en las decisiones sobre la asistencia sanitaria y sus costos. Véase también "arreglo de reembolso de gastos médicos" y "cuenta de ahorros para gastos médicos".

REIMPORTACIÓN (REIMPORTATION) — Proceso mediante el cual personas o grupos compran en otros países o importan de éstos productos farmacéuticos fabricados originalmente en Estados Unidos y exportados para ser consumidos en el extranjero. Como esos países por lo general venden los medicamentos a precios inferiores que en Estados Unidos, este proceso puede ahorrarle dinero a los consumidores en la compra de medicamentos para uso personal. La reimportación puede producirse si una viaja a otro país para comprar medicamentos -por ejemplo, conducir a Canadá- o comprando estos productos por la internet o por correo de farmacias extranjeras. Aunque por lo general no está sujeta a imposición del cumplimiento de la ley, casi todas las importaciones constituyen una violación de las leyes federales sobre inocuidad de los medicamentos.

REIMPORTACIÓN DE MEDICAMENTOS (DRUG REIMPORTATION) (VÉASE REIMPORTACIÓN)

REINSTITUCIÓN GARANTIZADA — (VÉASE CONCESIÓN GARANTIZADA)

REQUISITO DE APORTACIÓN DEL EMPLEADOR O "MANDATO DEL EMPLEADOR" (EMPLOYER CONTRIBUTION REQUIREMENT OR "EMPLOYER MANDATE") — Requisito de que los empleadores proporcionen prestaciones de atención médica a sus trabajadores o que paguen un impuesto sobre la nómina que automáticamente cubra a sus trabajadores al amparo de un plan público (estatal). Dichas propuestas también se conocen como "pagar o participar".

ROE CONTRA WADE (ROE V. WADE) — Un caso juzgado en 1973 por la Suprema Corte de los Estados Unidos que en efecto vino a legalizar el aborto al dictaminar ésta que la mayoría de las leyes estatales que prohibían el aborto infringían el derecho constitucional de una mujer a la protección de su vida privada.

RU-486 — Medicamento aprobado por la FDA para provocar el aborto sin intervención quirúrgica. Contiene el fármaco mifepristona, que se toma en combinación con otro, el misoprostol, para terminar un embarazo de hasta siete semanas.

SECCION 1115, EXENCIÓN DE LA (véase EXENCIÓN DE LA SECCIÓN 1115 DE MEDICAID)

SEGURO COLECTIVO (GROUP INSURANCE) — Seguro médico ofrecido por una empresa, fondo sindical u otro grupo o asociación. El titular de la póliza es el empleador u otra entidad, no el empleado. Este sistema de seguro médico es el más común en Estados Unidos.

SUBSIDIO PARA EL SEGURO MÉDICO DE LA LEY SOBRE COMERCIO (TRADE ACT HEALTH INSURANCE SUBSIDY) — Subsidio que cubre 65 por ciento del costo del seguro médico adquirido de ciertos proveedores especificados (cobertura automática, COBRA, cobertura estatal, etc.) para jubilados, la familia de éstos y otros trabajadores que han perdido el seguro médico costado por el empleador como consecuencia de prácticas comerciales o bancarota.

SUBVENCIÓN EN BLOQUE (BLOCK GRANT) — Suma global de dinero entregada a un gobierno estatal o local para que se gasta en las áreas autorizadas. Normalmente, el monto se determina mediante una fórmula, los objetivos se definen ampliamente y la entidad que otorga la subvención impone pocos límites al uso del dinero.

SUSTITUCIÓN TERAPÉUTICA (THERAPEUTIC SUBSTITUTION) — Sustitución de un medicamento por otro de la misma clase terapéutica que, según la Administración de Alimentos y Medicamentos, es equivalente; el producto sustituto contiene el mismo ingrediente activo con la misma tasa de absorción que el medicamento original. Generalmente, con esto se consigue recetar el compuesto que cuesta menos.

TERCERA PARTE QUE PAGA (THIRD PARTY PAYER) — Cualquier organización pública o privada que paga o asegura el seguro médico o los gastos médicos en nombre de los beneficiarios o receptores de éstos. Una persona paga una prima para esta cobertura en todos los programas privados y en algunos públicos; la organización pagadora liquida entonces las facturas en nombre de esa persona. Estos pagos se denominan pagos por terceros y se distinguen por la separación entre la persona que recibe el servicio (la parte interesada), la persona o institución que lo presta (el segundo interesado) y la organización que la paga (la tercera parte).

UMBRAL DE POBREZA FEDERAL (UFP) (FEDERAL POVERTY LEVEL, FPL) — Cantidad fijada cada año por el Departamento de Salud y Servicios Sociales como el umbral oficial de ingresos que definen el estado de pobreza. Sirve para determinar el derecho de una persona o familia para recibir la ayuda de diversos programas, federales y de otro tipo, sobre la base del nivel de ingresos que recibe. En 2004, en la parte continental del país, el umbral federal de pobreza es de \$9.310 para una persona, y de \$12.490 para una familia de dos.

