

Guía rápida sobre los Mercados de seguro médico

La Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) creó una nueva manera de encontrar y comprar cobertura de seguro médico privado para personas y sus familias: Los Mercados estatales de seguro médico. Originalmente llamado “intercambio”, el término “Mercado” se refiere a un lugar donde usted puede encontrar y comparar opciones de seguro médico de compañías de seguros privadas. Estos Mercados han sido comparados con un centro comercial de seguros. Los Mercados para la mayoría de los estados son operados por el gobierno federal en CuidadoDeSalud.gov o 800-318-2596. Algunos estados tienen sus propios mercados. Por ejemplo, si vive en California, debe acceder el Mercado a través de CoveredCA.com/espanol. Para información sobre otros Mercados estatales, visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state.



¿Por qué debería comprar a través del Mercado?

Hay beneficios reales al comprar cobertura a través del Mercado.

- **Máximo que paga de bolsillo:** Para 2026, los planes del Mercado no pueden tener un máximo que paga de bolsillo superior a \$10,600 para una persona y \$21,200 para una familia. Este tope es más alto que en años anteriores, pero sigue siendo más bajo que algunos planes patrocinados por el empleador, que pueden tener máximos que paga de bolsillo más altos. Además, los máximos que paga de bolsillo para todos los planes del Mercado deben incluir todo lo que gaste en deducibles, copagos y coseguros para proveedores dentro de la red.
- **Planes estandarizados:** Los planes vendidos a través del Mercado están estandarizados por su nivel de costos compartidos:
 - Los planes Bronce tienen un costo compartido de 60/40, lo que significa que la compañía de seguro paga por el 60% de sus gastos médicos y usted es responsable de pagar el 40% de sus gastos médicos. Por lo general, los planes bronce tienen las primas mensuales más bajas, pero gastos de bolsillo más altos.
 - Los planes Plata tienen un costo compartido de 70/30.
 - Los planes Oro tienen un costo compartido de 80/20.
 - Los planes Platino tienen un costo compartido de 90/10, con las primas mensuales más altas, pero los gastos de bolsillo más bajos.
- **Ayuda económica:** En base a su nivel de ingresos familiares, usted puede calificar para una o ambas formas de ayuda económica. Usted puede recibir “créditos fiscales para primas”, que reducen su prima mensual en base al plan que usted eligió. Y los “subsidios para costos compartidos” pueden reducir las cantidades de copago, deducibles, y las cantidades de coseguro.

¿Cómo califica para la ayuda económica del Mercado?

La cantidad de ayuda económica que puede recibir está basado en el tamaño de su hogar y su nivel de ingresos. Las personas que se enumeran a continuación pueden considerarse miembros de su hogar:

- Su cónyuge, si actualmente está casado.
- Niños dependientes, incluyendo los niños adoptados y acogidos, de cualquier edad.
- Niños cuya custodia ha compartido con otra persona, solo durante los años en que los ha reclamado como dependientes en su declaración de impuestos.
- Niños independientes menor de 26 años, si desea que estén cubiertos por su plan del Mercado.
- Niños menor de 21 años que usted cuida y viven con usted, incluso si no los reclama como dependientes en su declaración de impuestos.
- Padres, hermanos, u otros parientes que usted cuida y viven con usted, si los reclama como dependientes en los impuestos.

Para obtener más información sobre determinar el tamaño de su hogar, visite:

CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/household-size

Su nivel de ingresos se mide por su ingreso bruto ajustado modificado (MAGI, por sus siglas en inglés). Puede ser útil tener a mano el formulario 1040 del IRS al calcular su MAGI.

- *Paso 1: Calcular su ingreso bruto* sumando sus diversas vías de ingresos, incluyendo sus salarios o estipendios, ingresos de alquiler y regalías, ingresos de negocios, ingresos agrícolas, desempleo, y pensión alimenticia recibida.
- *Paso 2: Calcular su ingreso bruto ajustado* restando los deducciones calificadas.
- *Paso 3: Calcular su MAGI* sumando cualquier ingresos generados en el extranjero y costos de vivienda para las personas calificadas, ingresos exentos de impuestos, y beneficios mensuales del Seguro Social.

Para obtener más información: CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income/#magi

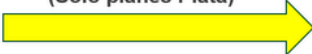
Nota: En 2026 finalizaron las ayudas económicas adicionales proporcionadas por la Ley del Plan de Rescate Estadounidense y la Ley de Reducción de la Inflación. Hasta la fecha, el Congreso no ha decidido continuar con esta ayuda financiera adicional. Además, solo los inmigrantes legales que sean residentes permanentes legales (titulares de la tarjeta verde o “green card”), ciertos entrantes cubanos y haitianos, y aquellos que residen bajo los Pactos de Libre Asociación, son elegibles para recibir asistencia financiera para comprar un plan del Mercado. Si desea conocer otras opciones de seguro médico, lea este blog: TriageCancer.org/worried-about-affording-a-marketplace-health-plan-in-2026-tips-for-shopping-smart-during-open-enrollment (en inglés).

Medicaid ampliado: Los siguientes estados han ampliado el acceso a Medicaid bajo la ACA, proporcionando cobertura para la gente con ingresos familiares de hasta el 138% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): AK, AR, AZ, CA, CO, CT, DC, DE, HI, IA, ID, IL, IN, KY, LA, MA, MD, ME, MI, MN, MO, MT, NC, ND, NE, NH, NJ, NM, NV, NY, OH, OK, OR, PA, RI, SD, UT, VA, VT, WA, WV.

Si usted vive en un estado **con Medicaid ampliado**:

- Ingresos familiares de hasta el 138% del FPL: usted tiene acceso a Medicaid.
- Ingresos familiares entre el 138 y 250% del FPL: Tiene acceso a créditos fiscales para primas y subsidios de costos compartidos (si elige un plan de seguro médico de la categoría Plata).
- Ingresos familiares entre el 250 y 400% del FPL: Usted tiene acceso a los créditos fiscales de primas.

Subsidios de costos compartidos
(Solo planes Plata)



Tamaño del hogar	100% (2026)	138% (2026)	250% (2025)	400% (2025)
1	\$15,950	\$22,025	\$39,125	\$62,600
2	21,640	29,863	52,875	84,600
3	27,320	37,702	66,625	106,600
4	33,000	45,540	80,375	128,600
5	38,680	53,378	94,125	150,600
6	44,360	61,217	107,875	172,600

 **Medicaid**
 **Créditos fiscales para primas**

Si usted vive en un estado **sin Medicaid ampliado** (AL, FL, GA, KS, MS, SC, TN, TX, WI, WY):

- Ingresos familiares entre el 138 y 250% del FPL: Usted tiene acceso a créditos fiscales para primas y subsidios de costo compartido (si elige un plan de seguro médico de la categoría Plata).
- Ingresos familiares entre el 250 y 400% del FPL: Usted tiene acceso a los créditos fiscales de primas.

Nota: las cifras de FPL para el año en curso se utilizan para determinar la elegibilidad de Medicaid. Las cifras de FPL de los años anteriores se utilizan para determinar la asistencia financiera del Mercado.



¿Cuándo puede comprar un plan del Mercado?

Aunque las solicitudes de Medicaid se aceptan durante todo el año, hay dos períodos de inscripción en el Mercado: el **Período de inscripción abierta (OEP)**, por sus siglas en inglés) y el **Período de inscripción especial (SEP)**, por sus siglas en inglés).

A partir del otoño de 2026, para el año del plan 2027, el Período de Inscripción Abierta (OEP) del Mercado será del 1 de noviembre de 2026 al 15 de diciembre de 2026. La fecha más temprana en que pueden comenzar los planes es el 1 de enero. Los estados que administran su propio Mercado pueden extender la inscripción abierta hasta el 31 de diciembre de 2026. Visite el Mercado de su estado en TriageCancer.org/StateResource (en inglés).

Cuando pierde la cobertura o experimenta un evento que cambia su vida, puede calificar para un **SEP**. Puede inscribirse en un plan del Mercado a través de un SEP de 60 días, por razones que incluyen:

- **Pérdida del seguro médico**
 - Pérdida del seguro médico patrocinado por el empleador (incluyendo el fin de COBRA)
 - Pérdida de elegibilidad para Medicaid, Medicare, o CHIP
 - Pérdida de cobertura a través de un pariente
- **Cambio de dirección**
 - Mudarse a un nuevo código postal o condado
 - Mudarse para asistir a la universidad o volver de la universidad
- **Cambios en el hogar**
 - Matrimonio (elija el plan por el último día del mes y la cobertura comenzará el primer día del próximo mes)
 - Nacimiento de un bebé, adopción de un niño o colocación de un niño en cuidado de crianza temporal (la cobertura comienza el día del evento, incluso si se inscribe en el plan hasta 60 días después).
 - Divorcio o separación legal (si esto resulta en la pérdida del seguro médico)
 - Muerte de alguien cubierto por su plan del Mercado.

Nota: Es posible que tenga otras opciones si pierde la cobertura de seguro médico patrocinada por el empleador. Para detalles, vea TriageCancer.org/video-perderelseguromedico, o lea TriageCancer.org/Guiarapida-perderelseguromedico

¿Cuándo entra en vigencia un plan del Mercado?

Inscripción abierta: Si se inscribe antes del 15 de diciembre, en la mayoría de los estados, su cobertura entrará en vigencia el 1 de enero.

Inscripción especial: Si va a perder la cobertura en los próximos 60 días o la perdió en los últimos 60 días:

- Si su cobertura finaliza a mediados de mes y usted elige un plan antes del primer día del mes en que finaliza su cobertura, su plan entrará en vigor el primer día del mes en que finaliza la cobertura; o
- Si elige un plan después del primer día del mes en que finaliza su cobertura, esta comenzará el primer día del mes siguiente.
- Si elige un plan después de que finalice su cobertura, este comenzará el primer día del mes en que lo elija.

El plan de Mary finaliza el 15 de julio. Si elige un plan...	Fecha de inicio de la cobertura
30 de junio o antes	1 de julio
1 de julio – 15 de julio	1 de agosto
Después de perder la cobertura (16 de julio – 15 de septiembre)	Primer día del mes después de seleccionar un plan

¿Cómo reporta los cambios al Mercado?

Los cambios en sus ingresos, miembros del hogar, nombre u otra información de identificación, y estatus (discapacidad, declaración de impuestos, ciudadanía/inmigración, etc.) deben ser reportados al Mercado. Existen tres formas de informar de estos cambios:

- **Actualizar su solicitud en línea:** Al iniciar sesión en su cuenta de CuidadoDeSalud.gov, seleccionar su solicitud, hacer clic en “Reportar un cambio de vida,” y seguir las indicaciones, usted puede actualizar su solicitud de inmediato.
- **Actualizar su solicitud por teléfono:** Ponerse en contacto con el Mercado a 800-318-2596.
- **Actualizar su solicitud con ayuda en persona:** Encontrar asistencia en persona a ayudalocal.cuidadodesalud.gov.

Recursos de Triage Cancer creado para ayudarle a elegir un plan de seguro médico

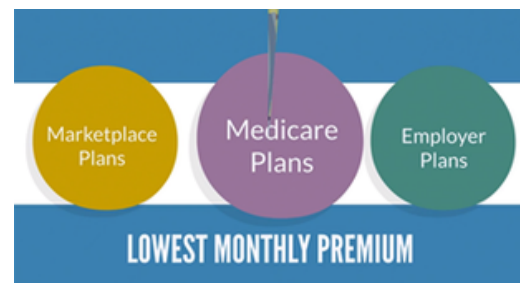
Triage Cancer ofrece una serie de videos animados que explican conceptos claves que las personas necesitan entender para manejar de manera efectiva los desafíos legales y prácticos relacionados con el cáncer, además de manejar la carga financiera de un diagnóstico de cáncer. Estos videos explican temas relacionados con el seguro médico, el empleo, el seguro por discapacidad, planificación patrimonial, ensayos clínicos, los planes de atención de supervivencia al cáncer, y más.

Vea los videos en: [TriageCancer.org/AnimatedVideos](https://www.TriageCancer.org/AnimatedVideos)



Explicado por Triage Cancer:
Información básica sobre el seguro médico

Explicado por Triage Cancer:
Elegir un plan de seguro médico



Explicado por Triage Cancer:
Opciones cuando pierde su seguro
médico vinculado al trabajo

Herramientas de Triage Cancer:
Hoja de trabajo de comparar los seguros médicos
[TriageCancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos](https://www.TriageCancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos)

Plan Costs							
Option #1				Option #2			
Monthly Premium	Deductible	Co-Insurance (Cost-share)	Out-of-pocket Maximum for an Individual	Monthly Premium	Deductible	Co-Insurance (Cost-share)	Out-of-pocket Maximum for an Individual
\$ A	\$ B	% C	\$ D	\$ E	\$ F	% G	\$ H
Is there a separate deductible for prescription drugs? If yes, enter amount				Is there a separate deductible for prescription drugs? If yes, enter amount			
Is there a separate out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, enter amount				Is there a separate out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, enter amount			
Does the plan have out-of-network coverage? If yes, enter percentage				Does the plan have out-of-network coverage? If yes, enter percentage			
NOTES				NOTES			

Doing the Math

Use these formulas to figure out your total out-of-pocket costs for your health care for the year, assuming health care expenses will reach the out-of-pocket maximum.

1. Does your plan have a separate deductible and/or out-of-pocket maximum for prescription drugs? If yes, use this formula.

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + B + C + D + E =$	$(E \times 12) + F + G + H =$

2. Does your plan include deductibles in the out-of-pocket maximum? If no, use this formula.

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + B + C =$	$(E \times 12) + F + G =$

3. Does your plan include deductibles and prescription out-of-pocket costs in the out-of-pocket maximum? If yes, use this formula. (Note: Plans sold on the State Health Insurance Marketplaces will always use this formula)

Option #1	Option #2
$(A \times 12) + C =$	$(E \times 12) + G =$

Para obtener más información sobre seguro médico:
[TriageCancer.org/Espanol#SeguroMedico](https://www.TriageCancer.org/Espanol#SeguroMedico) & [TriageCancer.org/Cancer-Finances](https://www.TriageCancer.org/Cancer-Finances) (en inglés)