

Atascados en el sistema de apelaciones de salud

Los médicos se quejan de que los rechazos de los seguros están peor que nunca.

September 22, 2025 By KFF Health News

Las aseguradoras de salud emiten millones de denegaciones todos los años. Muchos pacientes se encuentran atrapados en un complicado proceso de apelaciones marcado por largas esperas, una atención al cliente frustrante y decisiones tomadas por profesionales médicos a los que nunca conocieron y que posiblemente no tengan una capacitación relevante.

Recientemente los gobiernos federales y estatales han tomado medidas, que sumadas a cambios realizados por las mismas compañías aseguradoras, intentan mejorar un sistema de más de 50 años que agobia desproporcionadamente a los pacientes más enfermos en los peores momentos. Aun así, muchos médicos se quejan de que las denegaciones emitidas por las aseguradoras están peor que nunca, sobre todo a medida que el uso de autorizaciones previas se ha incrementado en los últimos años, según determinaron los reportes de KFF Health News y NBC News.

Si bien el asesinato del jefe ejecutivo de UnitedHealthcare Brian Thompson en 2024 incitó una nueva ola de enojo colectivo sobre los rechazos de cobertura, no existe prácticamente ninguna esperanza de un cambio significativo en el horizonte, dijo Jay Pickern, DBA, un asistente de cátedra de administración de servicios de salud de la Auburn University.

La autorización previa varía de acuerdo con cada plan, pero a menudo requiere que los pacientes o sus médicos obtengan un permiso (también llamado precertificación, preautorización o preaprobación) antes de hacer una receta o pedir un estudio por imágenes, una cirugía o la hospitalización de un paciente, entre otros gastos.

Esta práctica no es nueva. Las aseguradoras han utilizado la autorización previa durante décadas para limitar fraudes, prevenir el daño a pacientes y controlar gastos. De acuerdo con un informe del Senado de los Estados Unidos de 2024, en algunos casos se usa intencionalmente para generar ganancias para las aseguradoras. Al denegar cuidados costosos, las compañías pagan menos por gastos de atención médica mientras que continúan cobrando las primas.

Para la mayoría de los pacientes, sin embargo, el proceso funciona sin problemas. La autorización previa generalmente ocurre detrás de escena, casi siempre electrónicamente y prácticamente todas las solicitudes son aprobadas rápida o instantáneamente.

Pero el uso de autorizaciones previas se ha incrementado en los últimos años. Esto se debe en parte al aumento de inscripciones en los planes de Medicare Advantage, que se apoyan mayormente en autorizaciones previas en comparación con el Medicare original. Algunos expertos en políticas de salud pública también apuntan a la aprobación del Affordable Care Act in 2010, que prohibía que las aseguradoras negaran la cobertura a pacientes con condiciones preexistentes, lo que impulsó a las compañías a encontrar otros métodos para controlar los costos.