



ENTENDER  
SUS BENEFICIOS DE SALUD  
MENTAL Y TRASTORNOS POR  
CONSUMO DE SUSTANCIAS

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, **visite al sitio web de la agencia.**

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, **comuníquese con EBSA electrónicamente.**

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas incapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

Si es usted sordo, tiene problemas de audición o presenta una incapacidad del habla, marque el **7-1-1** para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones.

Este folleto es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.



**La ley federal requiere igualdad entre los beneficios de salud mental o trastornos por consumo de sustancias y los beneficios médicos o quirúrgicos. Esto significa que los planes de salud no pueden imponer barreras en su acceso a los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que no se apliquen a los beneficios médicos y quirúrgicos.**

**Esta guía le ayudará a comprender sus derechos a la igualdad. Si tiene preguntas, llame a un asesor sobre beneficios de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) al 1-866-444-3272. La llamada y la asistencia son gratuitas para usted. Podemos ayudar\*.**

El objetivo de las protecciones de igualdad en la salud mental, según la ley, es garantizar que los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias que espera recibir estén cubiertos al igual que los beneficios médicos o quirúrgicos, sin barreras ni obstáculos para el acceso que no se apliquen a los beneficios médicos o quirúrgicos. Esta guía:

- le ayuda a determinar si su plan de salud debe proveer igualdad y seguir estas normas;
- explica las protecciones que la ley establece;
- destaca las “señales de alerta” a tener en cuenta;
- le informa cómo obtener información sobre sus beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias; y
- le explica qué hacer si se le ha denegado la cobertura de sus beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

\*El 9 de septiembre de 2024, los Departamentos de Salud y Servicios Humanos, del Trabajo y del Tesoro publicaron las normas finales que modifican y amplian las normas de la Ley de Igualdad de la Salud Mental y Equidad de Adicciones (MHPAEA, por sus siglas en inglés). Esta publicación actualmente no refleja las normas finales. Las normas finales generalmente no derogan ni reemplazan los requisitos contemplados en esta publicación, sino que refuerzan las normas existentes. Las normas finales generalmente se aplican el primer día del primer año del plan que comienza el 1 de enero de 2025 o posterior a esta fecha. Sin embargo, ciertos requisitos se aplican el primer día del primer año del plan que comienza el 1 de enero de 2026 o posterior a esta fecha. Para obtener más información sobre las normas finales, puede visitar la página web de igualdad en los trastornos de uso de sustancias y en la salud mental de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

## ¿Qué es la igualdad en la salud mental?

La igualdad en la salud mental es el requisito legal de que los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud grupales ofrezcan beneficios de salud mental de manera similar a los beneficios médicos o quirúrgicos.

Si bien la igualdad en la salud mental no requiere que los planes de salud cubran los servicios para los beneficios de salud mental, si se ofrecen beneficios de salud mental, estos deben cubrirse por igual (en paridad) con otros beneficios médicos o quirúrgicos.

La Ley de Igualdad de la Salud Mental y Equidad de Adicciones (MHPAEA, por sus siglas en inglés) es la ley federal que requiere igualdad entre los beneficios de salud mental cubiertos, incluidos los beneficios por trastornos por consumo de sustancias, y los beneficios médicos o quirúrgicos. En otras palabras, como ejemplo, un plan de salud debe proveer el mismo acceso y nivel de beneficios a una persona con depresión, un trastorno alimenticio o una adicción a las drogas que el plan le proporcionaría a alguien con una afección médica tal como la diabetes o una enfermedad del corazón.

## ¿La igualdad en la salud mental se aplica a mí?

Depende del tipo de plan en el que esté inscrito. Las protecciones de igualdad en la salud mental están disponibles para las personas inscritas en:

- planes de salud grupales basados en el empleo ya sea que estén “asegurados” (comprando un seguro de una compañía de seguros en el mercado grupal) o “autofinanciados” (donde el plan paga los reclamos con sus propios fondos) que ofrecen beneficios médicos o quirúrgicos y beneficios de la salud mental;
- planes de salud individuales y planes del empleador para grupos pequeños (entre 2 y 50 empleados) comprados a través del Mercado de Seguros Médicos;
- algunos planes de Medicaid, incluidos los planes de atención administrada por Medicaid; o
- el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés).

**Según la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, la mayoría de los planes de salud grupales deben proveer beneficios de salud esenciales. Estos incluyen beneficios para servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.**

La igualdad en la salud mental **no se aplica** a las personas inscritas en:

- planes solo para jubilados;
- planes de Medicare;
- planes patrocinados por la iglesia;
- ciertos planes de empresas pequeñas.

## ¿Cómo puede ayudarme la igualdad en la salud mental?

Si su plan ofrece beneficios médicos o quirúrgicos y de salud mental, lo siguiente debe tratarse de manera similar:

- requisitos financieros, como copagos, deducibles, coseguro o desembolsos máximos por el asegurado;
- limitaciones del tratamiento, como límites en la cantidad de visitas que recibe anualmente o durante toda la vida; y
- otros límites sobre la duración y el alcance del tratamiento.

### ***Limitaciones financieras y del tratamiento***

Los beneficios para la salud tienen varias clasificaciones. Los seis que están cubiertos por las normas de igualdad en la salud mental son:

- paciente hospitalizado, dentro de la red
- paciente de consulta externa, dentro de la red
- paciente hospitalizado, fuera de la red
- paciente de consulta externa, fuera de la red
- atención de emergencia
- medicamentos recetados

### **Ejemplos de clasificaciones de beneficios**

BENEFICIOS PARA LA SALUD MENTAL	BENEFICIOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS
<b>Paciente hospitalizado:</b> desintoxicación	<b>Paciente hospitalizado:</b> apendicectomía
<b>Paciente de consulta externa:</b> consulta con un psicólogo	<b>Paciente de consulta externa:</b> visita de atención primaria por síntomas de resfriado/gripe
<b>Atención de emergencia:</b> atención en la sala de emergencia por sobredosis	<b>Atención de emergencia:</b> atención en la sala de emergencia por infarto de miocardio
<b>Medicamentos recetados:</b> medicamentos antidepresivos	<b>Medicamentos recetados:</b> medicamentos para la presión arterial

De acuerdo con las normas de igualdad, los beneficios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias deben ofrecerse en cada clasificación si se ofrecen beneficios médicos o quirúrgicos. No pueden existir diferentes requisitos económicos o limitaciones de tratamiento sobre beneficios que se encuentren en la misma clasificación.

Por ejemplo, si un plan de salud cobra un copago de \$50 para ver a un psiquiatra dentro de la red y un copago de \$25 por una visita a un proveedor de atención primaria dentro de la red, probablemente infringiría la igualdad en la salud mental, ya que ambos proveedores están en la misma clasificación (de consulta externa, dentro de la red). El requisito financiero que se aplica a los beneficios de salud mental no es comparable al requisito que se aplica a los beneficios médicos o quirúrgicos.

### **Las limitaciones del tratamiento**

Cuando un plan impone una limitación de tratamiento no cuantitativa (NQTL, por sus siglas en inglés) sobre los beneficios, la limitación generalmente no se expresa como un número (como la cantidad de visitas cubiertas o el copago cobrado), pero aun así limita el alcance o la duración de los beneficios para tratamiento. Las NQTL para los beneficios de salud mental deben ser **comparables** y no deben aplicarse **de manera más estricta** que los utilizados para los beneficios médicos o quirúrgicos.

Algunos ejemplos de NQTL incluyen:

- criterios para determinar si el tratamiento o los servicios son médicamente necesarios o apropiados;
- requerir la aprobación del plan de salud antes de la atención;
- lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan;
- políticas de tratamiento escalonado o de falla primero (es decir, los pasos que debe seguir antes de poder recibir un tratamiento determinado);
- exclusiones de cobertura por no completar un plan de tratamiento; y
- restricciones de cobertura basadas en la ubicación geográfica, el tipo de instalación, la especialidad del proveedor.

Por ejemplo, a un participante se le ha diagnosticado depresión y presión arterial alta. Su plan requiere autorización previa cada vez que el psiquiatra del participante prescribe un antidepresivo. Sin embargo, no se requiere autorización previa cuando el proveedor de atención primaria del participante prescribe medicamentos para la presión arterial. Esto infringe las normas de igualdad en la salud mental.

Estas son algunas **señales de alerta** de que la limitación de un plan de salud puede infringir en las normas de igualdad en la salud mental:

- ▶ El plan de salud requiere autorización previa o revisión concurrente para todos los beneficios de salud mental (por ejemplo, aprobar solo unos pocos días de beneficios a la vez antes de requerir otra autorización previa).
- ▶ La red de proveedores de tratamiento de salud mental del plan es mucho menos completa que su red de proveedores médicos, lo que hace que sea mucho más difícil o imposible encontrar proveedores que le proporcionen tratamiento cubierto a tarifas dentro de la red.
- ▶ El plan requiere una autorización previa cada 3 meses para los medicamentos recetados para tratar condiciones de salud mental.
- ▶ El plan se niega a cubrir el tratamiento de salud mental porque no completó el tratamiento anterior o porque no hay “probabilidad de mejora”.
- ▶ El plan de salud requiere que su plan de tratamiento se actualice y envíe cada 6 meses o no estará cubierto.

**Si ve una de las señales de alerta de la lista anterior, es posible que su plan de salud esté infringiendo los requisitos de igualdad en la salud mental. Comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al **1-866-444-3272** para obtener ayuda.**

## ¿Dónde puedo obtener más información sobre los beneficios de salud mental de mi plan?

Tiene derecho a obtener determinada información sobre su plan de salud. Esta información lo ayudará a comprender a qué beneficios de salud mental tiene derecho y también lo ayudará a saber si su plan cumple con los requisitos de igualdad en la salud mental.

### Cuatro pasos a seguir para conocer sus beneficios de salud mental:

1. Consulte el Resumen de la descripción del plan o el Resumen de beneficios y cobertura de su plan.
  - El Resumen de beneficios y cobertura generalmente se puede encontrar en el sitio web de su plan de salud. Si no cuenta con estos documentos, comuníquese con su plan para solicitarlos.
  - Si estos documentos no tienen toda la información que necesita, puede escribir a su plan de salud para solicitar las normas para acceder a sus beneficios.
2. Pregunte a su plan de salud si tiene algún requisito de autorización previa o de necesidad médica para los beneficios de salud mental.
  - Si es así, también debe preguntar cómo se desarrollaron los criterios para estas limitaciones de los beneficios de salud mental en comparación con los de los beneficios médicos o quirúrgicos.
3. Puede solicitar copias a su plan de salud de toda la información que utiliza para decidir sobre copagos, límites anuales, límites de por vida, necesidad médica y autorización previa.
  - Los planes de salud deben proporcionarle dichas copias dentro de los 30 días posteriores a su solicitud.
  - Puede usar este **modelo de formulario del Departamento del Trabajo** para solicitar la información.
4. Llame directamente al número de teléfono de servicio al cliente de su plan de salud (ubicado en el reverso de la tarjeta de su plan de salud y en el Resumen de la descripción del plan o el Resumen de beneficios y cobertura de su plan) para solicitar más información.
  - Recuerde siempre que tiene derecho a la información sobre sus beneficios.
5. Si ha tratado de obtener información de su plan de salud pero tiene problemas para obtenerla o comprender la información que recibe, considere llamar a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al **1-866-444-3272** para hablar con uno de nuestros asesores sobre beneficios.

## ¿Qué puedo hacer si creo que mi plan de salud ha denegado injustamente los beneficios de salud mental?

Digamos que recibe beneficios de salud mental de un proveedor y el reclamo se envía a su plan de salud para el pago, pero el plan de salud deniega el pago de su reclamación. Si cree que el plan le denegó injustamente sus beneficios de salud mental, aquí le presentamos los tres pasos a seguir:

1. Llame a su plan de salud. Tenga a mano la siguiente información:
  - factura por servicios de salud mental denegados;
  - explicación de los beneficios (EOB, por sus siglas en inglés); y
  - el Resumen de la descripción del plan o el Resumen de beneficios y cobertura de su plan de salud.
2. Presente una apelación interna con su plan.
  - Llame a su plan de salud y pregunte qué información y documentos debe incluir con su solicitud de apelación interna y verifique los procedimientos de apelación en el Resumen de la descripción del plan.
  - La apelación debe presentarse por escrito.
  - Por lo general, tiene 180 días a partir de la fecha en que el plan determina su reclamo para presentar una apelación.
  - Generalmente, debe obtener una respuesta de su plan de salud dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la apelación.
3. Para la mayoría de los planes, puede solicitar una revisión externa si su plan de salud aún deniega su reclamo de salud mental después de haber completado todos los niveles de apelación interna.
  - Su determinación final de apelación interna debe tener información sobre cómo solicitar una revisión externa.
  - Debe solicitar una revisión externa a más tardar 4 meses después de recibir la denegación final de su plan de salud.
  - La decisión del revisor externo de anular o estar de acuerdo con la denegación debe hacerse en un plazo de 45 días.

**Puede obtener más información sobre cómo presentar un reclamo o solicitar una revisión externa en la publicación del Departamento del Trabajo de EE. UU. titulada [Cómo presentar un reclamo de sus beneficios de salud](#).**

**Para obtener información general sobre el proceso de apelaciones, visite la página web de la EBSA sobre [Reclamaciones y apelaciones internas y revisión externa](#).**

**Si necesita ayuda, considere llamar a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo al [1-866-444-3272](#) para obtener ayuda.**

Recuerde, el hecho de que se hayan denegado los beneficios de salud mental no siempre significa que un plan de salud infringió los requisitos de igualdad en la salud mental. Las siguientes denegaciones podrían no infringir las normas de igualdad:

- El servicio no se considera médicaamente necesario.
- El servicio ya no es apropiado en un entorno de atención médica o nivel de atención específicos. Por ejemplo, según los síntomas actuales, el tratamiento residencial ya no es médicaamente necesario, por lo que su plan de salud solo pagará las consultas externas.
- El servicio se considera experimental o de investigación.
- El servicio no está cubierto por el plan de salud como parte de sus beneficios.

## Recursos

A continuación se encuentran recursos útiles para obtener más información sobre la igualdad en la salud mental y si su plan de salud sigue las normas.

### La Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo

- Llame al **1-866-444-3272** para hablar con un asesor sobre beneficios de la EBSA
- Visite el [sitio web de la EBSA](#).

### El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

- Llame al **1-877-267-2332** ext. 61565
- Visite el [sitio web de igualdad en la salud mental del HHS](#).

### El departamento de seguros de su estado

- Encuentre la información de contacto de su estado en el [sitio web de la National Association of Insurance Commissioners](#).

### La Substance Abuse and Mental Health Services (SAMHSA)

- Visite el [sitio web de la SAMHSA](#).

Visite la [página web de igualdad en la salud mental de la EBSA](#) para ver las siguientes publicaciones:

- *Las 10 mejores maneras de hacer que sus beneficios de salud funcionen para usted*
- *Parity of Mental Health and Substance Use Benefits with Other Benefits: Using Your Employer-Sponsored Health Plan to Cover Services*
- *FAQs for Employees about the Mental Health Parity and Addiction Equity Act*
- *Consumer Guide to Disclosure Rights: Making the Most of Your Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Understanding Implementation of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008*
- *Know Your Rights: Parity for Mental Health and Substance Use Disorder Benefits*
- *Warning Signs – Plan or Policy Non-Quantitative Treatment Limitations (NQTLs) that Require Additional Analysis to Determine Mental Health Parity Compliance*







**ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO**  
**DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.**

diciembre 2024