

Autorización previa en Medicare

¿Qué es la Autorización previa en Medicare?

Autorización previa se refiere a un proceso que le requiere a un proveedor de atención médica presentar una solicitud de aprobación adelantada para la cobertura de un plan de seguro médico o procesador de reclamaciones antes de brindar ciertos artículos o servicios a un afiliado al plan. A menudo se requiere autorización previa en Medicare Advantage (MA) y con menor frecuencia en Medicare Tradicional. En teoría, el propósito de una autorización previa es asegurar que el artículo o servicio de atención médica que se propone sea médicamente necesario y que cumpla los requisitos de cobertura por un plan de seguro particular de Massachusetts o de otro lugar. La realidad es que las denegaciones de autorizaciones previas pueden prohibir atención médicamente razonable y necesaria, y el proceso de autorización previa como tal puede [crear interrupciones y barreras a la atención](#).

Autorización previa en Medicare Advantage

A menudo se requiere autorización previa antes de que los planes de Medicare Advantage cubran una amplia gama de servicios, especialmente servicios de costos más elevados, incluyendo estancias en hospitales, atención en centros de enfermería especializada, servicios psiquiátricos hospitalarios y ambulatorios, medicamentos de la Parte B y quimioterapia. Los planes de Medicare Advantage también requieren a menudo autorización previa para visitas a especialistas. Rara vez se requiere autorización previa para servicios preventivos. Casi todos los planes de Medicare Advantage requieren autorización previa al menos para algunos servicios.

Según un estudio reciente de la Fundación Kaiser Family (KFF por sus siglas en inglés), las solicitudes de autorización previa van en aumento, con más de 46 millones de solicitudes de autorización previa en Medicare Advantage en 2022, subiendo de las 37 millones que se hicieron en 2019. KFF señala que el número y proporción de denegaciones de autorizaciones previas también va en aumento, y pocos beneficiarios – alrededor de uno de cada diez – apelan sus denegaciones de autorizaciones previas. Aquellos que sí apelan, no obstante, son generalmente exitosos: 83 por ciento de las denegaciones de autorizaciones previas que se apelaron en 2022 fueron revocadas [[KFF, 2024](#)].

Del hecho de que la inmensa mayoría de denegaciones de autorizaciones previas se apelan exitosamente se infiere que el uso de autorizaciones previas es una medida para reducir costos en vez de una herramienta para asegurar que se brinde la atención apropiada.

Autorización previa en Medicare Tradicional

Históricamente han sido raras las veces que Medicare Tradicional ha requerido autorización previa. Inicialmente, la Ley del Seguro Social no autorizaba **ningún** tipo de autorización previa

para servicios de Medicare, pero más tarde se cambió la ley para permitir autorización previa para ciertos artículos limitados de [Equipo médico duradero](#) y, más recientemente, ciertos [servicios de departamentos hospitalarios](#).

En 2019, CMS emitió una [regla final](#) que sometió ciertos [servicios de departamentos hospitalarios](#) a autorización previa bajo Medicare Tradicional. De 2020 a 2023, los servicios a continuación fueron añadidos progresivamente a la lista de servicios de departamentos hospitalarios que requieren autorización previa bajo Medicare Tradicional:

- Blefaroplastia
- Inyecciones de toxina botulínica
- Paniculectomía
- Rinoplastia
- Ablación endovenosa
- Neuroestimuladores espinales implantados
- Fusión cervical con extracción de disco
- Intervenciones sobre facetas

También hay un proyecto de demostración disponible en operación actualmente para probar el uso de autorizaciones previas en [Transporte en ambulancia no de emergencias programado y repetitivo](#).

A pesar de estos cambios, el número de servicios que requieren autorización previa en Medicare Tradicional sigue siendo mucho más bajo que en Medicare Advantage. Por ejemplo, los beneficiarios de Medicare Tradicional pueden por lo general verse con especialistas, visitar hospitales, y obtener atención médica fuera del estado sin tener que pedirle permiso a Medicare.

Qué hacer si un plan de Medicare Advantage deniega una autorización previa

Una denegación de autorización previa en Medicare Advantage puede ser apelada. Se considera una determinación inicial antes del servicio y, como tal, está sujeta a los mismos derechos y procesos de apelación normal y acelerada que las determinaciones iniciales comparables que se hacen después de presentarse un reclamo. Para apelar una denegación de una autorización previa en Medicare Advantage, siga las instrucciones para apelar en el aviso emitido por el plan de Medicare Advantage. Center for Medicare Advocacy cuenta con [herramientas y paquetes de autoayuda](#) para ayudar con apelaciones para ciertos tipos de atención, incluyendo atención en el hogar, terapia ambulatoria y cobertura para centros de enfermería especializada.

Qué hacer si Medicare Tradicional deniega una autorización previa

En Medicare Tradicional, una autorización previa no se considera una determinación inicial, y como tal, [no puede apelarse](#). Sin embargo, un proveedor puede volver a presentar una solicitud de autorización previa e “incluir toda la documentación necesaria para demostrar que la atención propuesta cumple las reglas de cobertura, codificación y pago de Medicare” ([42 CFR 419.82\(e\)](#)).