

INFORME ACADÉMICO SEGUROS DE SALUD Y MÉTRICAS DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN USA

FUNDACIÓN FESAL

**INFORME ACADÉMICO - SEGUROS DE SALUD Y MÉTRICAS
DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN USA**

Buenos Aires, Argentina

2026

Presentación

Este capítulo resume, en lenguaje claro y con los números más importantes, de qué trata el informe que sigue. Está pensado para una primera lectura rápida; el desarrollo completo, con el análisis técnico y jurídico detallado, se encuentra en los capítulos siguientes.

En Estados Unidos, cuando un médico indica un estudio, una internación o un tratamiento, muchas veces la aseguradora exige primero "dar el visto bueno" antes de realizarlo. A eso se lo llama autorización previa. Desde 2025, por primera vez, el gobierno estadounidense obligó a las principales aseguradoras a publicar en sus propios sitios web cuántos pedidos aprueban, cuántos rechazan y cuánto tardan en responder. Este informe analiza esos primeros datos, publicados por la organización Kaiser Family Foundation (KFF) en agosto de 2026.

Los números más relevantes son los siguientes:

- Cuánto se rechaza: entre 12 de cada 100 pedidos (en el seguro para personas mayores, Medicare Advantage) y 18 de cada 100 pedidos (en el Mercado de la Ley de Cuidado de Salud Asequible) fueron rechazados en 2025. En Medicaid (el seguro para personas de bajos ingresos, en su modalidad de atención administrada), el rechazo fue de 14 de cada 100 pedidos, un nivel intermedio entre los otros dos.
- Gran diferencia entre aseguradoras: dentro de un mismo mercado, una aseguradora puede rechazar el 3 % de los pedidos y otra, el 25 %, para el mismo tipo de cobertura.
- Cuando se reclama, casi siempre dan la razón al paciente: de los rechazos que fueron apelados, se revirtieron el 67 % en Medicare Advantage, el 47 % en Medicaid y el 43 % en el Mercado ACA. Es decir: cuando el paciente insiste, en más de 4 de cada 10 casos —y hasta en 7 de cada 10 en Medicare Advantage— la aseguradora termina aprobando lo que antes había rechazado.
- Casi nadie reclama: pese a esas altas chances de éxito, muy pocos pacientes o médicos apelan una denegación, lo que significa que muchos rechazos posiblemente injustificados nunca se corrigen.

- Los tiempos de respuesta son, en promedio, rápidos: alrededor de 1 día para pedidos comunes y medio día para pedidos urgentes. Sin embargo, casi 1 de cada 4 asegurados (24 %) dice haber sufrido demoras reales para acceder a un servicio en los últimos dos años, lo que muestra que el promedio no refleja la experiencia de todos.
- Los datos publicados todavía tienen huecos importantes: las aseguradoras informan porcentajes, pero no la cantidad real de pedidos detrás de esos porcentajes; tampoco explican qué tipo de estudios o tratamientos son los más rechazados, ni usan todas el mismo formato para publicar la información. Esto dificulta comparar aseguradoras entre sí de manera confiable.
- Ya se anuncian mejoras: para el período 2026-2027, el regulador (CMS) proyecta exigir que se informen también los números absolutos (no solo porcentajes) y que se unifiquen los criterios de reporte, entre otros cambios.

El resto del informe desarrolla en detalle el marco normativo que originó esta obligación de transparencia, examina los resultados por aseguradora y por mercado, analiza críticamente las limitaciones de los datos disponibles, reseña los cambios regulatorios en curso y, finalmente, ofrece un corolario de aplicación práctica con lecciones que podrían resultar de interés para el debate sobre transparencia en otros sistemas de seguros de salud, junto con un glosario técnico de los términos empleados.

Resumen ejecutivo

El presente informe académico analiza, con rigor conceptual y metodológico, el primer ciclo de divulgación pública obligatoria de métricas de autorización previa exigido por la norma definitiva de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de los Estados Unidos (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), conocida como CMS-0057-F o "Reglamento de 2024" (Interoperability and Prior Authorization Final Rule). El estudio de base, elaborado por Kaiser Family Foundation (KFF) y publicado el 13 de agosto de 2026, sistematiza y pondera los datos correspondientes al año calendario 2025 —el primer período con obligación de reporte— para catorce aseguradoras líderes distribuidas en tres segmentos del mercado estadounidense de cobertura de salud: Medicare Advantage (MA), la atención administrada de Medicaid (Medicaid

Managed Care, MMC) y el Mercado de Seguros Médicos de la Ley de Cuidado de Salud Asequible operado a nivel federal (ACA Federally-Facilitated Marketplace, FFM).

Los hallazgos centrales del estudio de base —que aquí se someten a un análisis crítico ampliado— indican que las tasas de denegación de solicitudes estándar de autorización previa oscilaron entre el 12 % (Medicare Advantage) y el 18 % (Mercado ACA), con una dispersión intramercado considerablemente amplia entre aseguradoras (por ejemplo, entre el 5 % y el 17 % en Medicare Advantage). Un hallazgo de particular relevancia normativa es la elevada tasa de reversión de denegaciones tras apelación (67 % en Medicare Advantage, 47 % en Medicaid Managed Care y 43 % en el Mercado ACA), contrastada con la muy baja propensión de los asegurados y proveedores a ejercer ese derecho de apelación, lo que configura una tensión estructural entre la disponibilidad formal de un mecanismo de revisión y su utilización efectiva. Asimismo, se documentan tiempos de respuesta medianos cercanos a un día para las solicitudes estándar, sensiblemente inferiores a los plazos máximos regulatoriamente exigidos, sin que ello sea necesariamente representativo de la experiencia de la totalidad de los asegurados.

Desde el punto de vista metodológico y regulatorio, el informe identifica limitaciones estructurales del diseño actual de divulgación —ausencia de recuentos numéricos absolutos, heterogeneidad de plantillas de reporte, falta de desagregación por categoría de servicio y por jurisdicción subnacional, y opacidad respecto de la incidencia de programas de exención ("tarjetas doradas" o gold-carding)— que condicionan la utilidad comparativa de la información para el consumidor final, para los reguladores y para la literatura académica en economía y derecho de la salud. El presente informe culmina con un apartado de corolario de aplicación práctica orientado a extraer lecciones transferibles al debate regulatorio sobre transparencia de las prácticas de autorización previa en sistemas de seguridad social de salud fuera de los Estados Unidos, y un glosario técnico detallado de los términos empleados.

2. Introducción

La autorización previa (prior authorization) constituye uno de los instrumentos de gestión de la utilización (utilization management) más extendidos y, simultáneamente,

más controvertidos en los sistemas de seguros de salud contemporáneos. Se trata de un mecanismo mediante el cual la aseguradora condiciona la cobertura —y, en la práctica, el acceso oportuno— de determinados bienes y servicios de salud a una aprobación administrativa previa a su prestación, fundada en criterios de necesidad médica, costo-efectividad o adecuación clínica definidos unilateralmente por el pagador o por sus delegados contractuales (utilization review organizations).

Como señala el informe de base, casi siete de cada diez adultos asegurados en Estados Unidos perciben la autorización previa como una carga significativa para acceder a la atención médica (KFF, 2026). Esta tensión —entre la función legítima de contención de costos y prevención de la sobreutilización, por un lado, y el riesgo de denegación, demora o disuasión de prestaciones médicamente necesarias, por el otro— ha situado a la autorización previa en el centro del debate de política sanitaria estadounidense durante la última década, motivando tanto iniciativas de autorregulación del sector asegurador como intervenciones regulatorias de creciente intensidad por parte de CMS y de las legislaturas estatales.

En este contexto, el Reglamento de 2024 representa el primer intento sistemático de CMS de imponer, con carácter obligatorio y uniforme, la divulgación pública de métricas cuantitativas de desempeño en materia de autorización previa a prácticamente la totalidad de los programas de aseguramiento que dicho organismo supervisa. El presente informe académico tiene por objeto (i) reconstruir el marco normativo del Reglamento de 2024 y su genealogía regulatoria; (ii) sistematizar y contextualizar los resultados empíricos del primer ciclo de reporte (año calendario 2025) según los sintetiza KFF; (iii) examinar críticamente las limitaciones metodológicas e interpretativas de las métricas divulgadas; (iv) reseñar la evolución normativa proyectada para los períodos 2026-2027; y (v) ofrecer un corolario de aplicación práctica y un glosario técnico que faciliten la transferencia analítica de estos hallazgos al debate sobre transparencia y rendición de cuentas de las prácticas de autorización previa en otros sistemas de salud, incluidos los de base contributiva y seguridad social.

Cabe advertir, con la debida honestidad metodológica, que el presente documento reconstruye y analiza el contenido de una única fuente primaria —el informe de KFF citado supra—, sin acceso directo a las bases de microdatos de las aseguradoras ni

a fuentes primarias adicionales no referenciadas en dicho informe. Toda cita textual y toda referencia numérica remiten, salvo indicación en contrario, a esa fuente única, cuya solidez metodológica es evaluada en la sección 4 del presente informe.

3. Marco normativo: el Reglamento CMS-0057-F ("Reglamento de 2024")

3.1. Objeto y alcance subjetivo

El Reglamento de 2024, formalmente la Interoperability and Prior Authorization Final Rule (CMS-0057-F), fue publicado por CMS con el objetivo declarado de "promover la responsabilidad [accountability] de las prácticas de autorización previa de los pagadores" y de dotar a los consumidores de información utilizable al momento de seleccionar cobertura de salud (KFF, 2026). Su ámbito de aplicación subjetivo comprende a los denominados "pagadores regulados por CMS" (CMS-regulated payers), categoría que engloba:

- Organizaciones de Medicare Advantage (Medicare Advantage Organizations).
- Programas estatales de Medicaid, tanto bajo modalidad de pago por servicio (fee-for-service) como de atención administrada (managed care).
- Programas estatales del Children's Health Insurance Program (CHIP), en sus modalidades de pago por servicio y de atención administrada.
- Aseguradoras que comercializan planes en el Mercado de Seguros Médicos operado a nivel federal bajo la Affordable Care Act (ACA Federally-Facilitated Marketplace, HealthCare.gov).

Quedan expresamente excluidos de este perímetro regulatorio los planes de salud autofinanciados patrocinados por empleadores privados (self-funded employer-sponsored plans) —que, según se detalla en la sección 9.3.3 del presente informe, cubren a la mayoría de los trabajadores con seguro médico de origen laboral en Estados Unidos— así como los mercados estatales de seguros que operan sus propias plataformas de inscripción, al margen de HealthCare.gov.

3.2. Obligaciones sustantivas de divulgación

El núcleo obligacional del Reglamento de 2024 impone a los pagadores alcanzados dos tipos de deberes de transparencia. En primer término, un deber de publicación de la lista completa de artículos y servicios médicos —con exclusión expresa de los medicamentos de venta bajo receta— que se encuentran sujetos a requisito de autorización previa. En segundo término, y con mayor relevancia analítica para este informe, un deber de reporte agregado de un conjunto tasado de métricas cuantitativas de desempeño, discriminadas por línea de negocio (line of business), que deben divulgarse en el sitio web institucional del pagador con periodicidad anual.

Las métricas de reporte obligatorio, según sistematiza KFF (2026) a partir del texto reglamentario, son las siguientes:

- Porcentaje de solicitudes de autorización previa —tanto estándar como aceleradas— que resultaron aprobadas y denegadas, respectivamente.
- Porcentaje de solicitudes estándar inicialmente denegadas que fueron aprobadas tras la interposición de una apelación (denominado en la plantilla de CMS "Requests Approved after Appeal").
- Porcentaje del total de solicitudes de autorización previa en las que se prorrogó el plazo de revisión y, no obstante ello, la solicitud resultó finalmente aprobada.
- Tiempo promedio (media aritmética) y tiempo mediano transcurridos entre la presentación de la solicitud y su resolución, calculados separadamente para solicitudes estándar y para solicitudes aceleradas.

Adicionalmente, el Reglamento de 2024 habilita —sin imponer con carácter obligatorio— la divulgación de un segundo conjunto de métricas optativas, entre las que se cuentan el porcentaje de apelaciones aceleradas aprobadas, el desglose de aprobaciones tras prórroga por tipo de solicitud, el porcentaje de solicitudes resueltas dentro de los plazos de referencia de siete días (estándar) y setenta y dos horas (urgentes), y los recuentos numéricos absolutos —no meramente porcentuales— de solicitudes y apelaciones recibidas. Como se desarrolla en la sección 8.2, la naturaleza optativa de estas métricas —precisamente las de mayor potencial informativo— constituye una de las principales debilidades estructurales del diseño regulatorio vigente.

3.3. Definición regulatoria de solicitud "estándar" y "acelerada"

El Reglamento de 2024 adopta una distinción binaria entre solicitudes "estándar" (standard), entendidas como aquellas no urgentes, y solicitudes "aceleradas" (expedited), equivalentes a las urgentes. Esta clasificación se articula, en la tradición regulatoria federal estadounidense, sobre el criterio de si la aplicación del plazo estándar de resolución podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del asegurado de recuperar su máxima funcionalidad (KFF, 2026).

Para el año calendario 2025 —período bajo análisis en el presente informe—, los plazos máximos de resolución exigidos eran de catorce días corridos para las solicitudes estándar en Medicare Advantage y en Medicaid Managed Care, de quince días para las solicitudes estándar en el Mercado ACA, y de setenta y dos horas para las solicitudes aceleradas en los tres segmentos de mercado. Es relevante consignar, con proyección hacia el análisis evolutivo de la sección 9, que a partir del año 2026 el plazo estándar aplicable a Medicare Advantage y a Medicaid Managed Care se redujo a siete días corridos, mientras que el plazo del Mercado ACA permaneció inalterado.

3.4. Genealogía regulatoria: continuidad y novedad según segmento de mercado

El Reglamento de 2024 no crea, en todos los casos, una obligación de reporte enteramente novedosa. Para Medicare Advantage, las aseguradoras venían obligadas desde años anteriores a informar el volumen de solicitudes, denegaciones y apelaciones de autorización previa, existiendo series de datos disponibles para investigadores correspondientes al período 2019-2024; en este segmento, la novedad sustantiva introducida por el Reglamento de 2024 radica en la incorporación de los tiempos de respuesta como métrica de reporte obligatorio y en la exigencia de desagregar la información entre solicitudes estándar y aceleradas.

Para Medicaid Managed Care y para el Mercado ACA, en cambio, la obligación de reporte uniforme a nivel federal constituye una innovación regulatoria genuina, sin perjuicio de la preexistencia de un mosaico heterogéneo de obligaciones estatales que, en algunos estados, ya exigía a determinadas aseguradoras informar ciertos indicadores de autorización previa a nivel local. Esta asimetría en la genealogía regulatoria entre segmentos de mercado —que el presente informe destaca como

variable analítica relevante— condiciona, como se verá en la sección 5, la propia comparabilidad de los resultados entre Medicare Advantage y los otros dos mercados.

4. Metodología del estudio de base (KFF, 2026)

La solidez de cualquier análisis secundario depende, en primer término, de una comprensión cabal de la metodología empleada en la fuente primaria. El estudio de KFF (2026) circunscribió su universo de análisis a las aseguradoras con una participación de mercado igual o superior al 2,5 % dentro de cada uno de los tres segmentos examinados, identificando un total de catorce aseguradoras matrices (parent companies) —criterio metodológico relevante, dado que las aseguradoras subsidiarias se consolidaron bajo la denominación de su empresa controlante a los fines del análisis, lo que evita la fragmentación artificial de cuotas de mercado entre marcas comerciales de un mismo grupo económico (por ejemplo, Centene consolida a Wellcare; Elevance consolida a Anthem BCBS y Wellpoint; CVS consolida a Aetna).

4.1. Cobertura muestral por segmento de mercado

En Medicare Advantage, se relevaron informes correspondientes a seis aseguradoras matrices que, en conjunto, representan aproximadamente veinticinco millones de afiliados, equivalentes al 69 % de la inscripción total en dicho segmento durante 2025 (sobre un universo potencial del 72 % de la inscripción nacional cubierta por aseguradoras con participación $\geq 2,5$ %). En Medicaid Managed Care, se relevaron ocho aseguradoras matrices que cubren más de treinta y cinco millones de afiliados a organizaciones de atención administrada (54 % de la inscripción nacional total en el segmento, sobre un universo potencial del 57 %). En el Mercado ACA, se relevaron ocho de las nueve aseguradoras matrices con participación $\geq 2,5$ % —no habiéndose podido localizar las métricas correspondientes a CVS/Aetna, con un 5 % de participación de mercado—, cubriendo casi once millones de asegurados, equivalentes al 74 % de la inscripción total en los veintiocho estados que utilizaron HealthCare.gov durante 2025.

4.2. Ponderación y limitaciones expresamente reconocidas por la fuente

KFF (2026) pondera los datos por inscripción (enrollment) dentro de cada segmento de mercado, metodología que confiere mayor peso relativo a las aseguradoras de

mayor escala y que resulta apropiada para estimar el impacto agregado sobre la población asegurada, aunque diluye —por diseño— las particularidades de aseguradoras de menor tamaño. El propio estudio de base reconoce limitaciones metodológicas explícitas dignas de destacarse: (i) la exclusión de los programas de Medicaid y CHIP bajo modalidad fee-for-service, así como de los planes de atención administrada de CHIP, por dificultades de localización de informes y por la ausencia de datos nacionales completos de inscripción; (ii) la imposibilidad de estandarizar comparaciones entre estados en materia de Medicaid FFS, dado que la población cubierta y los servicios prestados varían sustancialmente entre jurisdicciones estatales; y (iii) la conversión unilateral, por parte de KFF, de los tiempos de respuesta informados en horas a una unidad común de días, ante la ausencia de un formato de reporte obligatorio uniforme.

Desde la perspectiva de la epistemología de las políticas públicas, esta última limitación —la heterogeneidad de unidades de medida— no es menor: evidencia que la propia arquitectura regulatoria del Reglamento de 2024, al no imponer un formato estandarizado de reporte, traslada a los analistas secundarios (en este caso, KFF) la carga de normalizar datos heterogéneos, con el consiguiente riesgo de introducir sesgos de redondeo o de conversión no trazables por el lector final.

5. Resultados: tasas de aprobación y denegación de solicitudes de autorización previa

5.1. Panorama agregado por segmento de mercado

El hallazgo agregado más citado del estudio de base es que, durante el año calendario 2025, las aseguradoras denegaron entre el 12 % y el 18 % de las solicitudes estándar de autorización previa, según el segmento de mercado considerado. Específicamente, Medicare Advantage registró una tasa de denegación del 12 % para solicitudes estándar y del 10 % para solicitudes aceleradas; Medicaid Managed Care, del 14 % y del 12 %, respectivamente; y el Mercado ACA, del 18 % y del 16 %, respectivamente (KFF, 2026). La tabla 1 sistematiza estos resultados.

Segmento de mercado	Denegación — Solicitudes estándar	Denegación — Solicitudes aceleradas
Medicare Advantage	12 %	10 %
Medicaid Managed Care	14 %	12 %
Mercado ACA (FFM)	18 %	16 %

Tabla 1. Tasas agregadas de denegación de solicitudes de autorización previa por segmento de mercado, año calendario 2025 (ponderadas por inscripción). Fuente: elaboración propia sobre la base de KFF (2026).

Un primer patrón analíticamente relevante es que, en los tres segmentos de mercado, la proporción de solicitudes estándar denegadas resultó similar o levemente superior a la proporción de solicitudes aceleradas denegadas. Este patrón admite, al menos, dos lecturas no necesariamente excluyentes: por un lado, podría reflejar que las solicitudes urgentes —al involucrar típicamente cuadros clínicos de mayor gravedad y menor margen de sustitución terapéutica— presentan una necesidad médica más fácilmente objetivable y, por ende, una probabilidad de aprobación estructuralmente mayor; por otro lado, podría sugerir un sesgo de las propias aseguradoras hacia la aprobación expeditiva de solicitudes urgentes como estrategia de gestión de riesgo reputacional y de cumplimiento regulatorio ante plazos más exigentes (setenta y dos horas).

5.2. Dispersión intramercado entre aseguradoras

El dato agregado por segmento de mercado oculta una dispersión considerable entre aseguradoras individuales, circunstancia que el informe de base documenta con el detalle necesario para un análisis desagregado. En Medicare Advantage, entre las seis aseguradoras examinadas, la tasa de denegación de solicitudes estándar osciló entre el 5 % (Elevance) y el 17 % (UnitedHealth Group); para solicitudes urgentes, entre el 3 % (Elevance) y el 13 % (Centene). En Medicaid Managed Care, entre las ocho aseguradoras examinadas, la tasa de denegación de solicitudes estándar osciló entre el 2 % (LA Care Health Plan) y el 23 % (Independence Health Group); para solicitudes aceleradas, entre el 4 % (LA Care Health Plan) y el 21 % (CareSource). En el Mercado ACA, entre las ocho aseguradoras examinadas, la tasa de denegación de solicitudes estándar osciló entre el 3 % (GuideWell) y el 25 % (Centene); para solicitudes aceleradas, entre el 3 % (GuideWell) y el 23 % (Centene).

Aseguradora	Segmento	Denegación estándar	Denegación acelerada
Elevance	Medicare Advantage	5 % (mín.)	3 % (mín.)
UnitedHealth Group	Medicare Advantage	17 % (máx.)	—
Centene	Medicare Advantage	—	13 % (máx.)
LA Care Health Plan	Medicaid Managed Care	2 % (mín.)	4 % (mín.)
Independence Health Group	Medicaid Managed Care	23 % (máx.)	—
CareSource	Medicaid Managed Care	—	21 % (máx.)
GuideWell	Mercado ACA	3 % (mín.)	3 % (mín.)
Centene	Mercado ACA	25 % (máx.)	23 % (máx.)

Tabla 2. Valores mínimo y máximo de tasas de denegación por aseguradora y segmento de mercado, año calendario 2025. Fuente: elaboración propia sobre la base de KFF (2026).

Un hallazgo de particular interés analítico —que el propio informe de base subraya— es que la misma aseguradora matriz puede exhibir tasas de denegación sustancialmente diferentes según el segmento de mercado en que opera. El caso paradigmático es UnitedHealth Group, que denegó el 17 % de las solicitudes estándar en Medicare Advantage, el 11 % en Medicaid Managed Care y el 21 % en el Mercado ACA. Esta variabilidad intraempresarial constituye, a criterio de este informe, evidencia relevante en contra de la hipótesis de que la tasa de denegación sea meramente un rasgo idiosincrático o "cultural" de la aseguradora, y sugiere en cambio que dicha tasa responde, en no menor medida, a variables estructurales del segmento de mercado —perfil de riesgo de la población cubierta, canasta de servicios más frecuentemente solicitados, marco regulatorio aplicable e incentivos contractuales específicos de cada línea de negocio.

6. Datos de apelaciones: la paradoja de la revisión infrautilizada

Uno de los hallazgos de mayor significación para la teoría de la regulación de seguros de salud es la combinación observada entre una tasa de reversión de denegaciones apeladas comparativamente alta y una tasa de utilización del mecanismo de apelación históricamente baja. El informe de base cita evidencia de investigaciones previas —referidas a Medicare Advantage, Medicaid Managed Care y el Mercado ACA— según la cual las denegaciones de autorización previa rara vez son apeladas por los

asegurados o por sus proveedores tratantes, no obstante lo cual, cuando la apelación efectivamente se interpone, una proporción considerable de las denegaciones iniciales resulta revocada.

Concretamente, el porcentaje de solicitudes estándar inicialmente denegadas que fueron aprobadas tras apelación —métrica que la plantilla de CMS denomina "Requests Approved after Appeal"— alcanzó el 67 % en Medicare Advantage, el 47 % en Medicaid Managed Care y el 43 % en el Mercado ACA (KFF, 2026).

Segmento de mercado	% de denegaciones revocadas tras apelación
Medicare Advantage	67 %
Medicaid Managed Care	47 %
Mercado ACA (FFM)	43 %

Tabla 3. Porcentaje de denegaciones de solicitudes estándar revocadas tras apelación, año calendario 2025. Fuente: elaboración propia sobre la base de KFF (2026).

6.1. Hipótesis explicativas de la tasa diferencial de reversión

El informe de base ofrece una hipótesis explicativa institucional para la brecha observada entre Medicare Advantage (67 % de reversión) y los otros dos segmentos: en Medicare Advantage, cuando el plan confirma su denegación original tras la primera instancia de apelación interna, el caso se deriva automáticamente a una entidad de revisión médica independiente (independent review entity), mecanismo de control externo obligatorio que no tiene equivalente automático en Medicaid Managed Care ni en el Mercado ACA. Citando a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS OIG), KFF (2026) sugiere que la existencia de esa revisión externa automática podría generar, para las aseguradoras de Medicare Advantage, un incentivo reputacional y de cumplimiento a examinar con mayor rigor sus propias denegaciones ya en la primera instancia de apelación interna, lo cual explicaría, al menos parcialmente, la mayor tasa de reversión observada en dicho segmento.

Esta hipótesis es consistente con la literatura de economía de la regulación sobre el efecto disciplinador de los mecanismos de revisión externa obligatoria (external review) sobre el comportamiento ex ante de los reguladores primarios. No obstante,

el presente informe advierte que la fuente de base no aporta evidencia causal robusta —más allá de la correlación institucional señalada— y que resulta metodológicamente prudente no descartar explicaciones alternativas, tales como diferencias en la composición de riesgo de las poblaciones cubiertas, en la complejidad de los servicios más frecuentemente denegados en cada segmento, o en la calidad de la documentación clínica inicialmente aportada por los proveedores tratantes según el tipo de cobertura.

6.2. Dispersión entre aseguradoras en la tasa de reversión

También en materia de apelaciones se observa una dispersión considerable entre aseguradoras. En Medicare Advantage, Centene revocó más del 90 % de sus denegaciones apeladas, mientras que Kaiser Permanente lo hizo en apenas el 40 % de los casos. En Medicaid Managed Care, UnitedHealth Group revocó el 81 % de las denegaciones apeladas, en tanto que las restantes aseguradoras del segmento revocaron entre el 22 % (CVS) y el 48 % (Molina); cabe consignar que LA Care Health Plan no informó esta métrica en el formato requerido para su inclusión comparativa. En el Mercado ACA, Health Care Service Corporation revocó apenas el 16 % de las denegaciones apeladas, mientras que Centene revocó poco más de la mitad (54 %); en seis de las ocho aseguradoras examinadas en este segmento, la tasa de reversión fue inferior al 50 %.

La lectura de estas cifras exige prudencia interpretativa. Una tasa de reversión elevada admite, cuando menos, dos interpretaciones contrapuestas y no necesariamente excluyentes, ambas señaladas —con matices— por el propio informe de base: por un lado, podría indicar que la determinación inicial de denegación fue, en un número significativo de casos, incorrecta o excesivamente restrictiva, lo cual constituiría evidencia de fallas en el proceso de revisión de primera instancia; por otro lado, podría reflejar que la solicitud inicial carecía de la documentación clínica requerida para justificar el servicio, y que dicha documentación fue subsanada recién en la instancia de apelación —hipótesis que trasladaría parte de la responsabilidad explicativa hacia la calidad del proceso de solicitud inicial por parte del proveedor tratante, antes que hacia el criterio sustantivo de la aseguradora.

7. Tiempos de respuesta medianos

El tiempo de respuesta —definido como el intervalo transcurrido entre la presentación de la solicitud de autorización previa y la determinación emitida por la aseguradora— constituye la tercera dimensión sustantiva de análisis. Según KFF (2026), el tiempo mediano de respuesta para solicitudes estándar fue de aproximadamente un día (0,9 días, equivalentes a poco menos de veintidós horas) de manera consistente en los tres segmentos de mercado —Medicare Advantage, Medicaid Managed Care y Mercado ACA—, cifra sustancialmente inferior al plazo máximo permitido por la normativa federal vigente en 2025. Para las solicitudes aceleradas, el tiempo mediano de respuesta fue de aproximadamente medio día (0,4 días, cerca de diez horas) en Medicare Advantage, de poco menos de un día (0,8 días, aproximadamente diecinueve horas) en Medicaid Managed Care, y de aproximadamente un día en el Mercado ACA.

Segmento de mercado	Tiempo mediano — Solicitudes estándar	Tiempo mediano — Solicitudes aceleradas
Medicare Advantage	≈ 0,9 días (≈ 22 h)	≈ 0,4 días (≈ 10 h)
Medicaid Managed Care	≈ 0,9 días (≈ 22 h)	≈ 0,8 días (≈ 19 h)
Mercado ACA (FFM)	≈ 0,9 días (≈ 22 h)	≈ 1 día

Tabla 4. Tiempos medianos de respuesta a solicitudes de autorización previa, año calendario 2025.

Fuente: elaboración propia sobre la base de KFF (2026).

7.1. Dispersión entre aseguradoras y contraste con la experiencia declarada por los asegurados

También en esta dimensión se observa heterogeneidad relevante entre aseguradoras. En Medicare Advantage, el tiempo mediano de respuesta para solicitudes estándar varió entre menos de un día (CVS, Humana y Kaiser Permanente) y dos días (Centene). En Medicaid Managed Care, varió entre un día (Centene, Elevance y Molina) y cuatro días (CareSource). En el Mercado ACA, varió entre menos de un día (UnitedHealth Group, GuideWell y Health Care Service Corporation) y cuatro días (Molina).

El informe de base introduce, con acierto metodológico, una advertencia de particular relevancia para la interpretación de estos datos agregados: pese a que los tiempos medianos de respuesta se ubican sistemáticamente muy por debajo de los máximos

regulatorios exigidos, una encuesta de KFF de julio de 2025 relevó que casi una cuarta parte (24 %) de los adultos asegurados declaró que su aseguradora había retrasado su acceso a un servicio, tratamiento o medicamento solicitado en los dos años anteriores. Esta aparente contradicción entre la métrica mediana agregada —favorable— y la experiencia subjetiva declarada por una proporción sustancial de asegurados no resulta necesariamente incompatible: por definición estadística, la mediana implica que la mitad de las solicitudes exceden el tiempo informado, y la fuente de base señala expresamente que investigaciones periodísticas y académicas documentan casos de demoras sustancialmente mayores, en ocasiones con consecuencias clínicas graves, que las métricas agregadas de tendencia central no permiten dimensionar.

Desde una perspectiva de estadística aplicada a la política sanitaria, este hallazgo ilustra un problema recurrente en el diseño de indicadores de transparencia regulatoria: la elección de medidas de tendencia central (media y mediana) sin el complemento de medidas de dispersión (percentiles, rangos, desvíos) puede generar una imagen sistemáticamente más favorable que la experiencia efectiva de la cola de la distribución, precisamente donde se concentran los casos de mayor gravedad clínica y de mayor daño potencial para el asegurado.

7.2. El rol de la automatización tecnológica

KFF (2026) sugiere que los tiempos de respuesta medianos observados probablemente reflejan, al menos en parte, la creciente incorporación de tecnología —incluyendo inteligencia artificial y sistemas electrónicos de autorización previa— en el flujo de procesamiento de solicitudes. En junio de 2025, además, un grupo de aseguradoras asumió compromisos voluntarios orientados a ampliar las respuestas en tiempo real (real-time responses) para las aprobaciones de autorización previa hacia el año 2027, iniciativa de autorregulación que se inscribe en paralelo a las reformas regulatorias obligatorias del Reglamento de 2024 y de la Propuesta de norma de 2026 (véase sección 9).

8. Desafíos para la interpretación y comparabilidad de las métricas

Esta sección sistematiza, con un nivel de detalle mayor al del informe de base, las seis limitaciones estructurales identificadas por KFF (2026) que condicionan el aprovechamiento efectivo de las métricas de autorización previa por parte de consumidores, reguladores e investigadores.

8.1. Barrera de alfabetización en seguros de salud (insurance literacy)

Si bien el público destinatario declarado de la obligación de reporte es el consumidor, el informe de base observa que la terminología y los conceptos técnicos empleados en los informes de autorización previa —muchos de ellos jurídico-actuariales— resultan de difícil comprensión para asegurados sin formación especializada, citando investigación previa de KFF según la cual una cuarta parte de los adultos asegurados reportó dificultades para comprender los términos específicos empleados por su propia aseguradora. Este hallazgo se inscribe en la literatura más amplia sobre health insurance literacy y sugiere que la mera divulgación pública de información, sin mediación interpretativa, puede resultar insuficiente para alcanzar el objetivo regulatorio de empoderamiento del consumidor.

8.2. Ausencia de recuentos numéricos absolutos (denominadores)

Quizás la limitación de mayor peso analítico señalada por KFF (2026) es que las aseguradoras no están obligadas a informar el número absoluto de solicitudes que sustenta cada métrica porcentual, sino únicamente porcentajes. Esta omisión impide dimensionar la magnitud real de las denegaciones y limita sustancialmente la posibilidad de comparaciones significativas entre aseguradoras. El informe de base ilustra esta limitación con una observación estadísticamente relevante extraída de un análisis previo de KFF sobre Medicare Advantage: el número de determinaciones de autorización previa por afiliado se encontró inversamente relacionado con la proporción de solicitudes denegadas —es decir, las aseguradoras que procesaron más solicitudes por afiliado denegaron una proporción menor de ellas—, con el resultado de que el número absoluto de denegaciones por afiliado resultó relativamente similar entre aseguradoras con tasas porcentuales de denegación muy diferentes.

Esta observación es de importancia teórica considerable: demuestra que una tasa de denegación porcentual, aislada de su denominador, puede inducir a error tanto en

sentido ascendente como descendente. Una tasa de denegación baja podría, no obstante, traducirse en un número absoluto elevado de denegaciones si el volumen de solicitudes procesadas es sustancial; inversamente, una tasa de denegación alta podría corresponder a un número absoluto reducido de denegaciones si el volumen total de solicitudes es comparativamente bajo —circunstancia que, paradójicamente, podría incluso ser indicativa de un proceso de autorización previa mejor calibrado ex ante (por ejemplo, mediante una lista de servicios sujetos a autorización más acotada y mejor orientada clínicamente), antes que de una política de denegación sistemática. Los recuentos numéricos absolutos son, además, indispensables para distinguir un valor porcentual genuinamente nulo (cero apelaciones aprobadas sobre un universo de apelaciones recibidas) de la ausencia total de datos subyacentes (cero apelaciones recibidas), ambigüedad que el diseño regulatorio actual no permite resolver.

8.3. Efecto de los programas de exención ("tarjetas doradas" o gold-carding)

La comparabilidad entre aseguradoras exige, adicionalmente, comprender los matices de la política de cobertura subyacente. Algunas aseguradoras eximen a determinados proveedores del requisito de autorización previa —para algunos o todos los servicios— cuando dichos proveedores mantienen tasas históricas de aprobación elevadas (típicamente, del 90 % o más), mediante los denominados programas de "tarjeta dorada" (gold-carding). El informe de base identifica, con acierto analítico, una consecuencia contraintuitiva de estos programas sobre las métricas divulgadas: las aseguradoras que recurren extensamente al gold-carding pueden, paradójicamente, reportar tasas de aprobación porcentuales más bajas que aseguradoras sin tales programas, dado que los proveedores de mayor cumplimiento clínico —y, por definición, de mayor probabilidad de aprobación— quedan excluidos del universo de solicitudes efectivamente sometidas a autorización previa, de modo que las estadísticas reportadas reflejan únicamente a los proveedores no exceptuados, cuyo perfil de aprobación es, por construcción, estructuralmente inferior.

8.4. Heterogeneidad de plantillas y de nivel de reporte

Pese a que CMS publicó una plantilla de ejemplo (template) para estructurar el reporte de las métricas de autorización previa, su utilización no reviste carácter obligatorio,

circunstancia que se tradujo en que la mayor parte de las aseguradoras adoptó formatos de reporte diferentes entre sí, dificultando la comparabilidad directa para el público general. A ello se suma una inconsistencia adicional en el nivel de agregación geográfica: algunas aseguradoras del Mercado ACA reportaron sus métricas a nivel nacional en lugar de desagregarlas por estado, impidiendo así identificar variaciones geográficas en las prácticas de autorización previa de una misma aseguradora —de modo que una tasa de denegación promedio nacional puede no ser representativa de la tasa efectivamente aplicable en el estado de residencia del consumidor.

8.5. Limitaciones de las medidas de tiempo de respuesta

Como se anticipó en la sección 7.1, la obligación regulatoria de reportar únicamente tiempos medianos y promedio —sin desagregación por rangos o percentiles— limita la capacidad de determinar con qué frecuencia las decisiones exceden los plazos regulatorios de referencia. A esta limitación sustantiva se suma una limitación formal: la ausencia de una unidad de medida obligatoria uniforme, que llevó a algunas aseguradoras a reportar en horas y a otras en días o fracciones de día, exigiendo a KFF una labor de estandarización no exenta de riesgo de introducir imprecisiones.

8.6. Heterogeneidad de la composición de riesgo entre líneas de negocio

Finalmente, la comparación entre segmentos de mercado —Medicare Advantage, Medicaid Managed Care y Mercado ACA— exige tener en cuenta que las poblaciones aseguradas en cada uno difieren sustancialmente en composición de riesgo (case mix) y en la combinación de servicios más frecuentemente demandados (service mix). La población de Medicare Advantage, de mayor edad, probablemente presenta un perfil epidemiológico distinto del de la población general cubierta por el Mercado ACA y de las poblaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica y clínica cubiertas por Medicaid. Si las tasas de denegación varían sistemáticamente según la categoría de servicio, y si la composición de servicios solicitados difiere entre segmentos, entonces las diferencias observadas en las tasas agregadas de denegación podrían reflejar, en no menor medida, esta heterogeneidad de composición antes que una diferencia genuina en el rigor o la restrictividad de las políticas de autorización previa entre segmentos. El informe de base reconoce expresamente que, sin información

desagregada por categoría de servicio —actualmente no exigida—, no es posible aislar estas causas explicativas.

9. Perspectivas regulatorias emergentes (2026-2027)

El informe de base documenta un conjunto de desarrollos regulatorios en curso, tanto a nivel federal como estadual, orientados a subsanar —parcial o totalmente— las deficiencias identificadas en la sección precedente. Esta sección los sistematiza cronológica y jurisdiccionalmente.

9.1. Actualización de julio de 2026 de la plantilla de reporte

En julio de 2026, CMS publicó una descripción general y una plantilla de reporte actualizadas, aplicables al período de reporte 2027, que incorporan precisiones interpretativas relevantes: (i) se establece que la publicación de métricas en ubicaciones del sitio web de la aseguradora no accesibles mediante navegación ordinaria no satisface el requisito reglamentario de que la información sea "de acceso público"; (ii) sin alcanzar aún carácter obligatorio, se enfatiza que los numeradores y denominadores especificados en la plantilla son "esperados" (expected); (iii) se exige que los tiempos medianos de respuesta inferiores a un día se informen en horas, y no se redondeen a "0 días" —corrigiendo expresamente una de las distorsiones de reporte identificadas en el ciclo 2025—; y (iv) se recomienda que las aseguradoras identifiquen y expliquen, en su propio informe, cualquier problema o inquietud de calidad de datos que pudieran haber advertido.

9.2. La Propuesta de norma de 2026 (Interoperability and Prior Authorization Standards for Prescription Drugs)

De mayor calado regulatorio resulta la Propuesta de norma de 2026 sobre Estándares de Interoperabilidad y Autorización Previa para Medicamentos, actualmente en trámite ante CMS, que se orienta específicamente a subsanar las deficiencias de datos identificadas en el Reglamento de 2024 mediante los siguientes mecanismos: (i) la exigencia, para los mismos pagadores regulados por CMS, de publicar nuevas métricas para artículos y servicios no farmacéuticos, incluyendo —para solicitudes tanto estándar como aceleradas— el número y el porcentaje de solicitudes que permanecen denegadas tras agotada la instancia de apelación; (ii) la exigencia de

recuentos numéricos absolutos, tanto para las métricas nuevas como para las ya vigentes bajo el Reglamento de 2024, subsanando así la principal limitación identificada en la sección 8.2 del presente informe; (iii) la estandarización de los denominadores aplicables al cálculo de cada métrica —actualmente solo "sugeridos" por CMS—, lo que atendería directamente la limitación de comparabilidad señalada en la sección 8.4; y (iv) la exigencia, por primera vez, de que las aseguradoras reguladas por CMS reporten métricas de autorización previa correspondientes a medicamentos de venta bajo receta, separadamente de los artículos y servicios no farmacéuticos, tanto para solicitudes estándar como urgentes —extensión que no resulta aplicable a las aseguradoras que ofrecen planes de medicamentos de Medicare Parte D, alcanzadas ya por un régimen de reporte separado en materia de determinaciones de cobertura.

Cabe advertir, no obstante, que la Propuesta de norma de 2026 —según señala expresamente KFF (2026)— no incorpora la exigencia de que las aseguradoras reporten sus métricas de autorización previa desagregadas por categoría de servicio, limitación identificada en la sección 8.6 del presente informe que, de persistir, continuará impidiendo aislar el efecto de la composición de servicios sobre las tasas agregadas de denegación.

9.3. Desarrollos específicos por segmento de mercado

9.3.1. *Medicare Advantage*

CMS ha anunciado un programa piloto que habilita a las aseguradoras de Medicare Advantage a presentar, con carácter voluntario, datos más detallados de autorización previa, incluyendo información desagregada por categoría específica de servicio. La administración federal ha manifestado su intención de tornar obligatorio este reporte más detallado a partir del año de plan 2027, si bien —advierte KFF (2026)— los datos resultantes no estarán disponibles para el análisis público sino transcurridos varios años adicionales. Paralelamente, se encuentra en trámite legislativo federal la denominada "Ley para Mejorar el Acceso Oportuno a la Atención Médica de las Personas Mayores de 2025" (Improving Seniors' Timely Access to Care Act of 2025), que exigiría a los planes de Medicare Advantage informar anualmente al Secretario de Salud y Servicios Humanos ciertos indicadores de autorización previa —parcialmente coincidentes con los ya exigidos por el Reglamento de 2024— e

incorporaría, como novedad, la obligación de informar el porcentaje y el número de solicitudes específicas denegadas o aprobadas mediante el uso de tecnología, incluyendo inteligencia artificial.

9.3.2. *Medicaid Managed Care*

A partir de julio de 2026, CMS exige a los estados recopilar e informar métricas de autorización previa correspondientes a los planes de atención administrada de Medicaid en los Informes Anuales del Programa de Atención Administrada (Managed Care Program Annual Report, MCPAR) que se presentan ante CMS, incorporando — además de las métricas ya exigidas por el Reglamento de 2024— el número total absoluto de solicitudes estándar y aceleradas recibidas. La publicación de los MCPAR en el sitio Medicaid.gov podría facilitar, hacia el futuro, la localización de estos datos, aunque persistirá un desfase temporal entre la presentación estadual y la publicación federal. Asimismo, la Propuesta de norma de 2026 armonizaría los períodos de reporte de los planes de Medicaid y CHIP con los respectivos períodos de evaluación contractual —variables entre estados—, exigiendo su publicación pública dentro de los noventa días posteriores a la finalización de cada período, y desagregando el reporte por programa (definido por un conjunto específico de beneficios y criterios de elegibilidad) además de por plan, lo que permitiría un análisis de desempeño más granular que el actualmente disponible a nivel agregado estadual.

9.3.3. *Mercado de seguros privados y planes autofinanciados*

Los esfuerzos federales de transparencia se han limitado, hasta el momento, a los planes comercializados en el Mercado ACA operado a nivel federal, sin extenderse a los planes autofinanciados patrocinados por empleadores privados —que cubren, según destaca KFF (2026), a la mayoría de los trabajadores con seguro médico de origen laboral en Estados Unidos y que permanecen, en consecuencia, fuera de todo régimen de divulgación pública obligatoria de métricas de autorización previa. Frente a este vacío regulatorio federal, algunos estados han adoptado iniciativas propias de mayor exigencia. El caso de Massachusetts resulta ilustrativo: en 2025, dicho estado realizó un examen especial (special examination) que exigió a las aseguradoras de planes con cobertura total del mercado privado estadual la presentación de datos detallados de autorización previa —incluyendo recuentos numéricos absolutos y medicamentos de venta bajo receta— desagregados por categoría de servicio; sobre

la base del análisis publicado en 2026, el estado modificó su marco regulatorio de seguros para prohibir el requisito de autorización previa en una amplia variedad de servicios prestados dentro de la red, incluyendo algunos identificados en el propio análisis estadual como de alto volumen de solicitudes y alta tasa de aprobación —radiología para asegurados oncológicos, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Iowa, por su parte, sancionó en 2025 una ley que exige a las aseguradoras reguladas por el estado reportar anualmente determinados datos de autorización previa —de acceso público— y que obliga a las organizaciones de revisión de la utilización a eliminar el requisito de autorización previa para servicios que satisfagan determinados criterios predefinidos.

Estas iniciativas estaduales —Massachusetts e Iowa, en particular— configuran, a criterio de este informe, un patrón regulatorio de "laboratorios de políticas públicas" (policy laboratories) característico del federalismo estadounidense, en el que la acción estadual anticipa o complementa reformas federales aún no consolidadas, y en el que la disponibilidad de datos más granulares habilita decisiones regulatorias sustantivas —como la eliminación selectiva de requisitos de autorización previa para servicios de alto valor clínico y baja tasa de denegación— que la información agregada actualmente exigida a nivel federal no permitiría fundamentar con el mismo grado de precisión.

10. Discusión y conclusiones

El análisis precedente permite formular tres conclusiones de orden general. En primer término, el Reglamento de 2024 representa un avance regulatorio genuino en materia de transparencia de las prácticas de autorización previa, en tanto por primera vez impone, con alcance federal y de manera relativamente uniforme, la divulgación pública de métricas de desempeño para prácticamente la totalidad de los programas de aseguramiento supervisados por CMS. La disponibilidad de estos datos —inexistente o fragmentaria con anterioridad para Medicaid Managed Care y para el Mercado ACA— habilita, por primera vez, un análisis comparado sistemático entre segmentos de mercado y entre aseguradoras, del tipo que el propio informe de KFF ha podido desarrollar.

En segundo término, no obstante ese avance, el diseño regulatorio vigente adolece de limitaciones estructurales —ausencia de recuentos numéricos absolutos, heterogeneidad de plantillas y unidades de medida, falta de desagregación geográfica y por categoría de servicio, y opacidad frente a mecanismos de exención como el gold-carding— que restringen sustancialmente la utilidad comparativa directa de la información para el consumidor lego, y que exigen, en la práctica, la intervención de intermediarios técnicos especializados —como el propio KFF— para agregar, normalizar y explicar los datos de un modo accesible. Esta circunstancia sugiere que el objetivo regulatorio declarado de empoderar directamente al consumidor en su elección de cobertura se encuentra, en la práctica, mediado por una capa adicional de intermediación experta, sin la cual la información divulgada difícilmente resulte utilizable en los términos previstos por el regulador.

En tercer término, la combinación de una tasa de reversión de denegaciones relativamente alta con una tasa de utilización del mecanismo de apelación históricamente baja constituye, a criterio de este informe, el hallazgo de mayor relevancia para el debate de política sanitaria, en tanto sugiere la existencia de una brecha de acceso efectivo a la justicia administrativa (access to administrative justice gap): la disponibilidad formal de un mecanismo de revisión no garantiza, por sí sola, su utilización efectiva por parte de asegurados y proveedores, circunstancia que —de no ser corregida mediante mecanismos de asistencia, simplificación procesal o revisión automática ampliada— puede perpetuar denegaciones sustantivamente incorrectas simplemente por la fricción administrativa que supone el ejercicio del derecho de apelación.

Las reformas regulatorias proyectadas para 2026-2027 —en particular, la exigencia de recuentos numéricos absolutos y la estandarización de denominadores prevista en la Propuesta de norma de 2026— atienden directamente varias de las limitaciones aquí identificadas, aunque persisten vacíos significativos, entre ellos la ausencia de exigencia de desagregación por categoría de servicio, que continuará limitando la capacidad de aislar las causas estructurales de las diferencias observadas entre aseguradoras y entre segmentos de mercado.

11. Corolario de aplicación práctica

Sin perjuicio de que el informe de base se circunscribe estrictamente al sistema regulatorio estadounidense, el análisis desarrollado permite extraer un conjunto de lecciones transferibles al debate sobre transparencia y rendición de cuentas de las prácticas de autorización previa —o de mecanismos funcionalmente equivalentes de gestión de la utilización— en sistemas de seguros de salud de otras jurisdicciones, incluidos los de base contributiva y de seguridad social. Estas lecciones se formulan aquí a título de proposiciones metodológicas de alcance general, sin pretender constituir recomendaciones normativas específicas para ningún ordenamiento jurídico en particular:

- Toda obligación regulatoria de divulgación pública de métricas de autorización previa debería exigir, como estándar mínimo, la publicación conjunta de porcentajes y de recuentos numéricos absolutos (numeradores y denominadores), a fin de evitar las distorsiones interpretativas documentadas en la sección 8.2 del presente informe.
- La adopción de una plantilla de reporte estandarizada y de carácter obligatorio —no meramente sugerida— resulta condición necesaria, aunque no suficiente, para la comparabilidad efectiva entre aseguradoras y entre períodos de reporte.
- Las métricas de tendencia central (medias, medianas) deberían complementarse obligatoriamente con medidas de dispersión (percentiles, rangos, proporción de casos que exceden los plazos regulatorios de referencia), a fin de capturar la experiencia de la cola de la distribución, allí donde se concentran los casos de mayor riesgo clínico.
- La existencia de mecanismos de exención total o parcial del requisito de autorización previa para determinados proveedores (análogos al gold-carding estadounidense) debería divulgarse con el mismo nivel de detalle que las métricas de aprobación y denegación, a fin de evitar comparaciones distorsionadas entre aseguradoras con distinto grado de utilización de tales mecanismos.
- La disponibilidad de datos desagregados por categoría de servicio y por unidad geográfica o jurisdiccional constituye un insumo indispensable para el diseño de políticas regulatorias específicas —como la exención selectiva de

determinados servicios del requisito de autorización previa—, según ilustra la experiencia de Massachusetts reseñada en la sección 9.3.3.

- La sola existencia de un mecanismo formal de apelación no garantiza su utilización efectiva; el diseño regulatorio debería, por ende, contemplar indicadores específicos de accesibilidad procesal (tasas de utilización del mecanismo de apelación, tiempos y costos de tramitación) además de los indicadores de resultado (tasas de reversión).

12. Glosario técnico

Término	Definición
Medicare	Programa federal estadounidense de seguro de salud, administrado por CMS, destinado principalmente a personas de 65 años o más y a determinadas personas menores de esa edad con discapacidad o insuficiencia renal terminal. Puede prestarse bajo la modalidad tradicional de pago por servicio (Original Medicare) o mediante planes privados denominados Medicare Advantage.
Medicare Advantage	Modalidad de Medicare en la que la cobertura es administrada por aseguradoras privadas contratadas por CMS, las cuales reciben un pago capitado por afiliado y pueden aplicar mecanismos de gestión de la utilización, como la autorización previa, no siempre presentes en el Medicare tradicional.
Medicaid	Programa conjunto federal-estadual de seguro de salud destinado a personas y familias de bajos ingresos, niños, personas embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad, cuya administración y alcance de beneficios varía entre los distintos estados dentro de los parámetros fijados por el gobierno federal.
Medicaid Managed Care	Modalidad de Medicaid en la que el estado contrata a organizaciones de atención administrada (managed care organizations, MCO) — empresas aseguradoras privadas o sin fines de lucro— para administrar la cobertura de los afiliados a cambio de un pago capitado, en contraposición a la modalidad de pago por servicio (fee-for-service).
Mercado ACA (ACA Marketplace / Health Insurance Marketplace)	Plataforma de comercialización de seguros de salud individuales y familiares creada por la Affordable Care Act (ACA), a través de la cual los consumidores no cubiertos por su empleador, Medicare o Medicaid pueden adquirir cobertura, en muchos casos con subsidios federales según su nivel de ingresos. En su modalidad operada a nivel federal (Federally-Facilitated Marketplace, FFM), funciona a través del sitio HealthCare.gov.

Término	Definición
Autorización previa (Prior authorization)	Mecanismo de gestión de la utilización mediante el cual la aseguradora condiciona la cobertura de un bien o servicio de salud a una aprobación administrativa previa a su prestación efectiva, fundada en criterios de necesidad médica o adecuación clínica definidos por el pagador.
Solicitud estándar (Standard request)	Solicitud de autorización previa no urgente, sujeta al plazo ordinario de resolución fijado por la normativa aplicable (14 días en Medicare Advantage y Medicaid Managed Care, y 15 días en el Mercado ACA para el año 2025).
Solicitud acelerada (Expedited request)	Solicitud de autorización previa urgente, fundada en que la aplicación del plazo estándar podría poner en grave peligro la vida, la salud o la capacidad del asegurado de recuperar su máxima funcionalidad. Sujeta a un plazo de resolución de 72 horas.
Tasa de denegación (Denial rate)	Porcentaje de solicitudes de autorización previa que resultan rechazadas por la aseguradora, sobre el total de solicitudes recibidas de esa categoría.
Aprobado tras apelación (Approved after appeal)	Porcentaje de solicitudes inicialmente denegadas que resultan aprobadas luego de que el asegurado o su proveedor tratante interponga una apelación ante la aseguradora.
Entidad de revisión independiente (Independent Review Entity, IRE)	Organismo externo a la aseguradora que revisa, de manera automática en Medicare Advantage, las denegaciones que la aseguradora confirma tras la primera instancia de apelación interna.
Programa de tarjeta dorada (Gold-carding)	Programa mediante el cual la aseguradora exime a determinados proveedores —típicamente aquellos con tasas históricas de aprobación iguales o superiores al 90 %— del requisito de autorización previa para algunos o todos los servicios.
Tiempo de respuesta (Turnaround time)	Intervalo transcurrido entre la presentación de una solicitud de autorización previa y la emisión de la determinación (aprobación o denegación) por parte de la aseguradora.
Pagador regulado por CMS (CMS-regulated payer)	Categoría regulatoria que comprende a las organizaciones de Medicare Advantage, los programas estatales de Medicaid y CHIP (fee-for-service y managed care) y las aseguradoras del Mercado ACA operado a nivel federal (HealthCare.gov).
Plan autofinanciado patrocinado por el empleador (Self-funded employer-sponsored plan)	Plan de cobertura de salud en el cual el empleador asume directamente el riesgo financiero de las prestaciones, típicamente regulado por la legislación federal ERISA y no alcanzado por las obligaciones de divulgación del Reglamento de 2024.

Término	Definición
Interoperability and Prior Authorization Final Rule (CMS-0057-F)	Denominación técnica del "Reglamento de 2024", norma definitiva de CMS que impone las obligaciones de divulgación pública analizadas en el presente informe.
Managed Care Program Annual Report (MCPAR)	Informe anual que los estados deben presentar ante CMS respecto del desempeño de los programas de atención administrada de Medicaid, que a partir de julio de 2026 debe incorporar métricas de autorización previa.

13. Referencias bibliográficas

Long, M., Fuglesten Biniek, J., Lo, J., Wallace, R., Raphael, J., Kim, A., & Pestaina, K. (2026, 13 de agosto). Prior authorization metrics offer new insights into insurer practices, but gaps remain. Kaiser Family Foundation (KFF).

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2024). Interoperability and Prior Authorization Final Rule (CMS-0057-F). U.S. Department of Health and Human Services.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2026). Interoperability and Prior Authorization Standards for Prescription Drugs [Notice of proposed rulemaking]. U.S. Department of Health and Human Services.

Office of Inspector General, U.S. Department of Health and Human Services. (n.d.). Medicare Advantage prior authorization and independent review entity oversight [Citado en Long et al., 2026].

U.S. Congress. (2025). Improving Seniors' Timely Access to Care Act of 2025 [Proyecto de ley].

Commonwealth of Massachusetts, Division of Insurance. (2026). Special examination of prior authorization practices in the Massachusetts merged market.

State of Iowa. (2025). Ley de transparencia y datos de autorización previa [Legislación estadual].

Nota metodológica: las referencias precedentes se formatean conforme a las normas de citación de la American Psychological Association, 7.ª edición (APA7). Dado que el presente informe reconstruye su contenido a partir de una única fuente secundaria compilatoria (Long et al., 2026), que a su vez cita

normativa, proyectos legislativos y documentos oficiales sin proporcionar siempre las referencias bibliográficas primarias completas (URL, número de registro federal, fecha exacta de publicación), las entradas correspondientes a fuentes normativas y oficiales se consignan con la información disponible en el texto de la fuente de base, pudiendo requerir verificación y completamiento contra las fuentes primarias oficiales (Federal Register, sitio institucional de CMS, Congress.gov) antes de su uso en un documento de citación formal.