FAMILY VOICES®

Medicaid 101

¿Qué es Medicaid?

Medicaid es el principal proveedor de seguro médico y servicios a largo plazo para personas de bajos ingresos en los Estados Unidos. Alrededor de 80 millones de personas están inscritas en este programa.
Medicaid es un programa público federal y estatal administrado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). Los estados aplican a su propio programa de Medicaid, cumpliendo con las reglas federales. Sin embargo, las reglas son amplias y ofrecen a los estados una gran flexibilidad a la hora de aplicar sus programas. Esto significa que la elegibilidad y las cobiertas pueden variar mucho de un estado a otro.

¿Cómo pagan los Estados el Medicaid?

Aumento de la tasa de cobertura y del porcentaje de la asistencia médica federal (FMAP, por sus siglas en inglés): El gobierno federal cubre actualmente el 90% del costo de la expansión de Medicaid. La tasa de cobertura, FMAP, se calcula en función de la renta por habitante del estado en comparación con el resto del país. Según la ley actual, ninguna FMAP estatal puede ser menor del 50%. En el Distrito de Columbia, la FMAP actual es del 70%.

Aumento del porcentaje de participación en los gastos administrativos del Medicaid: El porcentaje de cobertura de los gastos administrativos del Medicaid en los Estados es generalmente del 50%. Sin embargo, algunas funciones administrativas pueden recibir una FMAP más elevado.

- 100%
  - Implementación y funcionamiento de un sistema de verificación para el estatus de los inmigrantes
- 90%
  - Cambio o actualización de los sistemas estatales de reclamaciones o elegibilidad de Medicaid
- 75%
  - Funcionamiento de los sistemas estatales de reclamaciones o elegibilidad de Medicaid
  - Funcionamiento de una Unidad de Control de Fraude contra Medicaid (MFCU, por sus siglas en inglés)
  - Inspección y certificación de residencias para ancianos

Incentivo estatal para la expanción del Medicaid: El Plan de Ayuda Americana del 2021 proporciona a los estados que aún no han adoptado la expansión, un aumento de cinco puntos porcentuales de su FMAP durante dos años si la adoptan, independientemente de cuándo se produzca dicha adopción.

Impuestos a los proveedores: Los estados tienen flexibilidad para financiar su parte de los costos de Medicaid. Los estados pueden aplicar impuestos y gravámenes a hospitales, residencias para ancianos y otros proveedores de salud, así como a los planes de salus gestionada de Medicaid. Todos los estados, excepto Alaska, utilizan estos impuestos para financiar sus programas de Medicaid. Los impuestos y gravámenes a los proveedores deben ser uniformes, de base amplia y no pueden eximir de responsabilidad a los contribuyentes. El impuesto no puede superar el seis por ciento de los ingresos de los pacientes**.**

¿Quién está cubierto por Medicaid?
El gobierno federal exige cobertura a determinadas personas/grupos, los que se incluyen:

- Familias de bajos ingresos
- Mujeres embarazadas y recién nacidos
- Niños mayores de familias de bajos ingresos
- Niños y adolescentes en hogares de crianza o adopción
- La mayoría de los adultos mayores de 65 años
- Personas con discapacidades que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario

La mayoría de las personas cumplen los requisitos por motivos económicos. Sin embargo, otras pueden reunir los requisitos por motivos no económicos, como los tratamientos contra el cáncer de mama o del cuello uterino. El Gobierno federal establece el límite de ingresos en el 138% del FPL. Sin embargo, esto es sólo la base, cada estado puede ampliar esa elegibilidad.

Otros términos importantes relacionados del Medicaid

Ingresos brutos ajustados y modificados (MAGI, por sus siglas en inglés): Los ingresos que se utilizan para determinar la elegibilidad de Medicaid. Incluye todo lo ganado durante el año menos las deducciones fiscales permitidas. MAGI se utiliza específicamente para calcular la elegibilidad de Medicaid, Affordable Care Act (ACA, por sus siglas en inglés) créditos fiscales de primas (APTC, por sus siglas en inglés), y otros ahorros de seguro de salud.

No MAGI: Esta alternativa de acceso a Medicaid se aplica a las personas mayores y a las personas con discapacidad. Se limita a las personas que utilizan servicios y apoyo a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) en residencias para ancianos, otras instituciones o en la comunidad.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): Programa federal que proporciona ayuda económica a las personas mayores, ciegas o discapacitadas con ingresos y recursos limitados. Los beneficiarios de la SSI suelen tener doble derecho a Medicaid.

Seguro de Incapacidad de la Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés): Programa federal que ofrece ayudas a las personas que han pagado impuestos a la Seguro Social pero que ahora están incapacitadas y no pueden trabajar. Algunos pueden tener derecho a Medicaid en base a sus ingresos y recursos.

Organización de Atención Administrada (MCO, por sus siglas en inglés): Compañías de seguros privados que el programa estatal de Medicaid gestiona y coordina los servicios de los beneficiarios de Medicaid.

Detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT, por sus siglas en inglés): Prestación obligatoria de Medicaid para niños y adolescentes menores de 21 años. Garantiza que los niños reciban revisiones periódicas, vacunas y los tratamientos necesarios.