

Medicaid 102: Financiamiento

¿Qué es el financiamiento de Medicaid?

El financiamiento de Medicaid se refiere a cómo se paga Medicaid. Dado que Medicaid es un programa de salud financiado tanto por el gobierno federal como por los estados, ambos comparten la responsabilidad de pagar los servicios de Medicaid.

Medicaid se paga de varias maneras:

- Porcentaje estándar de asistencia médica federal (FMAP, por sus siglas en inglés)
- Pagos dirigidos por los estados (SDP, por sus siglas en inglés)
- Impuestos a los proveedores/impuestos relacionados con la atención médica
- Transferencias intergubernamentales (IGT, por sus siglas en inglés)
- Gastos públicos certificados (CPE, por sus siglas en inglés)

Este documento explica cómo funciona cada tipo de pago, junto con información sobre algunos de los cambios que se esperan.

Porcentaje estándar de asistencia médica federal (FMAP)

El gobierno federal ayuda a los estados reembolsándoles un porcentaje de lo que gastan en Medicaid. Este porcentaje se conoce como el porcentaje de asistencia médica federal (FMAP).

El FMAP de un estado se basa en su ingreso promedio. Los estados con ingresos promedio más bajos reciben más ayuda del gobierno, lo que significa que tienen un FMAP más alto. El FMAP varía entre el 50% y el 83%, según el estado.

Reglas especiales para el FMAP

Los territorios de los Estados Unidos tienen tasas FMAP fijas.

- Samoa Americana, CNMI, Guam y las Islas Vírgenes de EE.UU. tienen un FMAP del 83% de forma permanente.
- El FMAP de Puerto Rico es del 76% hasta 2027.
- En el caso de Washington D. C., el FMAP es del 70%.

Los estados reciben un reembolso federal del 100% por los servicios de Medicaid prestados a través de un centro del Servicio de Salud Indígena.

Ciertos servicios de salud y actividades administrativas están cubiertos mediante tasas que pueden diferir del FMAP de un estado. Obtenga más información sobre las normas especiales del FMAP en el Servicio de Investigación del Congreso.



Próximos cambios en el FMAP

- A partir del 1 de enero de 2026, los estados que amplíen Medicaid por primera vez ya no obtendrán un aumento temporal en su FMAP.
- A partir del 1 de octubre de 2026, la asistencia médica de emergencia de Medicaid solo se reembolsará a la tasa FMAP habitual para las personas que no puedan obtener cobertura completa debido a su situación migratoria. (Los hospitales seguirán obligados a prestar atención de emergencia a todo el mundo).

Verifique el FMAP de su estado

[Federal Medical Assistance Percentage \(FMAP\) for Medicaid and Multiplier](#) | Datos de salud de los estados de KFF

Pagos dirigidos por los estados (SDP, por sus siglas en inglés)

Los estados pueden decidir que los planes de atención médica administrados por Medicaid deben pagar más dinero a ciertos proveedores. Estos pagos se destinan principalmente a hospitales y hogares de ancianos, y a veces también a centros de salud mental.

Los SDP se financian mediante transferencias de los gobiernos locales y a través de los impuestos que pagan los proveedores de salud.

Cambios recientes en los SDP

A partir del 3 de julio de 2025, los estados que ampliaron Medicaid no podrán pagar más del 100% de las tarifas de Medicare, lo que coincide con los SDP de los estados que no ampliaron el programa. Los SDP actuales se reducirán gradualmente cada año hasta alcanzar este límite.



Transferencias intergubernamentales (IGT)

Las IGT son una forma en que los gobiernos locales (como los condados o las ciudades) ayudan a pagar Medicaid.

Así es como funcionan:

Los gobiernos locales envían dinero a la agencia estatal de Medicaid antes de que Medicaid le pague a los proveedores. Los hospitales públicos u otras instalaciones de salud administradas por el gobierno también pueden contribuir.

Las IGT deben provenir de fuentes locales, no de fondos federales. El gobierno federal puede igualar estas contribuciones locales.

Los condados suelen utilizar las IGT para ayudar a cubrir los costos de proveedores públicos locales, como los centros comunitarios de salud mental o los hospitales del condado.

Impuestos a los proveedores / Impuestos relacionados con la atención médica

Los estados a veces imponen impuestos a los proveedores de atención médica (como hospitales o residencias de ancianos) para ayudar a pagar Medicaid. El gobierno federal iguala el dinero que recaudan los estados en función de su FMAP.

Estos impuestos deben seguir ciertas reglas:

Carácter general: el impuesto se aplica a todos los proveedores del mismo grupo (por ejemplo, todos los hospitales).

Uniforme: todos los miembros de ese grupo pagan la misma tasa.

Sin exención de responsabilidad: no se puede garantizar a los proveedores la devolución del dinero de los impuestos.

Regla de puerto seguro: si el impuesto es del 6% o menos de los ingresos de un proveedor, el estado puede utilizarlo para Medicaid sin infringir las normas federales.

Al menos el 85% de la carga fiscal debe recaer sobre los servicios o proveedores de atención médica.

Por qué los estados utilizan impuestos relacionados con los proveedores y la salud

- Para mantener estables las tarifas de pago a los proveedores o aumentarlas.
- Para ayudar a los hospitales a cubrir la atención médica no pagada.
- Para pagar la cobertura de los nuevos grupos.
- Para apoyar los servicios de atención a largo plazo.
- Para equilibrar los presupuestos en tiempos económicos difíciles.

Cambios recientes en los impuestos a los proveedores

A partir del 3 de julio de 2025, los estados que ampliaron Medicaid deben reducir el límite de refugio fiscal para los impuestos a los proveedores del 6% al 3,5% en 2032.



Más información sobre el financiamiento no federal de Medicaid

- [Cómo funcionan los impuestos a los proveedores de Medicaid \(Presentación en PowerPoint | Asociación Nacional de Directores de Medicaid\)](#)
- [Financiamiento no federal | Comisión de Pagos y Acceso a Medicaid y CHIP \(MACPAC\)](#)

Gastos públicos certificados (CPEs, por sus siglas en inglés)

Los CPE son una forma en que las organizaciones gubernamentales (como los hospitales del condado o las escuelas públicas) ayudan a pagar Medicaid. Utilizan fondos públicos para cubrir el costo total de los servicios de Medicaid o el trabajo administrativo.

Estos fondos solo pueden utilizarse para pagar a los proveedores que confirmen haber prestado servicios aprobados por Medicaid.

El costo real de los servicios debe demostrarse. Esto suele hacerse mediante estudios de tiempo, informes de costos y la comprobación de pagos provisionales.

Más información sobre el financiamiento de Medicaid

Medicaid Financing | MACPAC

Una explicación detallada sobre los términos del financiamiento de Medicaid.

Medicaid Financing Flash Cards | Family Voices

Tarjetas didácticas en línea que explican los términos comunes del financiamiento de Medicaid.

Medicaid 101 (English/Spanish) | Family Voices

Medicaid: qué es, cómo lo pagan los estados y quiénes están cubiertos.