

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

En vigor a partir de 2025

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Regla sobre el Programa de Ahorros de Medicare (art. 71101)	A través del Programa de Ahorros de Medicare (MSP, por sus siglas en inglés), el programa Medicaid de Florida cubre ciertos gastos de las personas elegibles para Medicare, incluidas las primas y los costos compartidos. Ver la Hoja Informativa del DCF sobre Medicaid en relación con el SSI, 17. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) publicaron una norma final titulada “la Simplificación de la Determinación de Elegibilidad e Inscripción en Medicaid y el Programa de Ahorros de Medicare” el 21 de septiembre de 2023, que modifica ciertos procesos de inscripción en el MSP y otorga automáticamente la elegibilidad para el MSP a los beneficiarios de Medicare que califiquen, sin requerir una solicitud por separado. También requiere que los estados utilicen la información del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos de la Parte D de Medicaid (LIS, por sus siglas en inglés) con el objetivo de determinar la elegibilidad para el MSP.	Prohíbe al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) la implementación, administración o hacer cumplir de las provisiones de esta norma que aún no hayan entrado en vigor el 4 de julio de 2025. Esta prohibición, vigente hasta el 30 de septiembre de 2034, se aplica a las siguientes provisiones de la norma: • Aclara cuándo comienza la cobertura QMB en relación con el derecho a Medicare Parte A. 42 C.F.R. § 406.21(c)(5). • Alinea las definiciones de tamaño de la familia y las normas de cálculo de los ingresos aplicables al Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) y MSP. 42 CFR § 435.601(e). • Aplicación del requisito existente de que los estados utilicen los datos de las solicitudes del Subsidio por Bajos Ingresos (LIS) como solicitud para el MSP. 42 C.F.R. §§ 435.4; 435.911(e). • Permite la autodeclaración de la información sobre ingresos y activos, incluyendo los fondos funerarios y de seguros de vida. 42 CFR § 435.952(e). La H.R. 1 no prohíbe que los estados implementen estas provisiones; solo prohíbe que los CMS las hagan cumplir. Florida implementó el cambio en el “tamaño de la familia” del MSP en enero de 2024. En vigor a partir de su promulgación (4 de julio de 2025)

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Regla de Elegibilidad e Inscripción de Medicaid y CHIP (art. 71102)	El 2 de abril de 2024, CMS publicó una norma definitiva titulada “Programa de Medicaid; Simplificación de los procesos de solicitud, determinación de elegibilidad, inscripción y renovación de Medicaid, el Programa de Seguro Médico Infantil y el Programa Básico de Salud.” La norma simplifica los procesos de elegibilidad de inscripción para Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) y el Programa de Salud Básica (BHP, por sus siglas en inglés).	Prohíbe al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) implementar, administrar o hacer cumplir provisiones de esta norma que aún no hubieran entrado en vigor el 4 de julio de 2025. Esta prohibición, vigente hasta el 30 de septiembre de 2034, se aplica a las siguientes provisiones de la norma: • Alinea los requisitos de inscripción no relacionados con el MAGI con las políticas del MAGI. 42 C.F.R. §§ 435.907(d), 435.916. • Mejora la coordinación entre Medicaid, CHIP y otras formas de cobertura. 42 C.F.R. §§ 435.1200. • Establece límites a las primas y a los costos compartidos, a discreción del estado, para las personas menores de 19, 20 o 21 años. 42 C.F.R. §§ 447.56(a)(1)(v). • Proporciona inscripción continua después de la cancelación. 42 C.F.R. § 457.1140(d)(4). • Mejora los procesos de Medicaid y CHIP para información de direcciones actualizada. 42 C.F.R. §§ 435.919, 457.3444 • Establece los requisitos y plazos para actuar ante cambios en las circunstancias. 42 C.F.R. §§ 435.919, 457.344, 457.960 • Establece requisitos de plazos para la acción por parte de la agencia en cuanto a solicitudes, renovaciones y cambios en las circunstancias; plazos razonables para las respuestas de los que están inscritos. 42 C.F.R. §§ 435.907(d), 435.912, 457.1170 • Modifica los requisitos y procedimientos de las agencias estatales cuando un estado recibe información fiable sobre un cambio en las circunstancias que pueda afectar a la elegibilidad. 42 C.F.R. § 435.911(c). • Requiere notificación por escrito a tiempo de la denegación de la elegibilidad, de no haber determinado la elegibilidad a tiempo y de la suspensión o cancelación de la inscripción. La notificación debe incluir los motivos de la determinación y el derecho a revisar la determinación. 42 C.F.R. § 457.1180. La H.R. 1 no prohíbe la implementación de estas provisiones por parte de los estados; solo prohíbe que los CMS las hagan cumplir. Entra en vigor tras su promulgación (4 de julio de 2025)

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Norma de Estándares Federales de Personal en Centros de Cuidado a Largo Plazo (art. 71111)	En mayo de 2024, los CMS publicaron una norma definitiva titulada "Programas de Medicare y Medicaid; Normas de Personal Mínimo para Centros de Cuidado a Largo Plazo e Informes de Transparencia de Pagos Institucionales de Medicaid" para establecer estándares mínimos de personal en los centros de cuidado a largo plazo de Medicare y Medicaid.	Prohíbe al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) aplicar, administrar o hacer cumplir la norma en su totalidad, incluyendo: - Nueva definición de "horas por día de residente" (HPRD) como el número total de horas trabajadas por el personal computable dividido entre el número total de residentes, según el cálculo de los CMS. 42 C.F.R. § 483.5. - Requisito mínimo de personal de enfermería de 3.48 horas por día residente. 42 C.F.R. § 483.35(b)(1). - Requisito de que las residencias de ancianos tengan una enfermera registrada presente las 24 horas del día, los siete (7) días de la semana, y disponible para prestar atención directa a los residentes. 42 C.F.R. § 483.35(c). Esta prohibición estará vigente hasta el 30 de septiembre de 2034. Entrada en vigor tras su promulgación (4 de julio de 2025) (Nota: Esta norma fue anulada en abril de 2025 por el Distrito Norte de Texas en el caso American Health Care Ass'n v. Kennedy. El secretario del HHS, Kennedy, apeló inicialmente este fallo, pero posteriormente solicitó la desestimación de la apelación. La desestimación fue concedida. Por lo tanto, es poco probable que esta norma pueda implementarse incluso después de que finalice la moratoria en esta sección en 2034.)
Prohibición de los pagos federales a entidades que brinden servicios de planificación familiar, salud reproductiva y servicios de aborto (art. 71113)	Por lo general, los estados deben permitir que los beneficiarios reciban servicios de cualquier proveedor participante en Medicaid que esté dispuesto a prestarlos. Véase, por ejemplo, el Código Administrativo de Florida, Regla 59G-1.050(5). Los beneficiarios de Medicaid pueden obtener servicios de planificación familiar de un proveedor participante en Medicaid de su elección. Conforme a la Enmienda Hyde, los fondos de Medicaid no pueden utilizarse para abortos, excepto en casos de violación, incesto o peligro para la vida de una mujer.	Prohíbe que se utilicen fondos federales de Medicaid para cualquier servicio prestado por "entidades prohibidas" durante un año a partir de la fecha de promulgación. Las "entidades prohibidas" incluyen cualquier organización de la Sección 501(c)(3) que sean proveedores comunitarios esenciales, según se define en la misma (incluyendo sus afiliados, subsidiarias, sucesores y clínicas), que provean servicios de planificación familiar, salud reproductiva y atención médica relacionada, así como servicios de aborto que no sean los permitidos por la Enmienda Hyde, y que hayan recibido reembolsos federales y estatales de Medicaid por un valor que exceda los \$800,000 millones en el año fiscal 2023. En Florida, tres (3) proveedores de atención médica cumplen la definición de "entidades prohibidas" y, por lo tanto, ya no podrán recibir reembolsos de Medicaid por los servicios de salud. Ver la presentación de la AHCA ante el Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 27. En vigor desde su promulgación (4 de julio de 2025). (Nota: La implementación de la Sección 71113 de la H.R. 1 fue suspendida provisionalmente por el Tribunal de Distrito de los Estados Unidos de Massachusetts en el caso Planned Parenthood of America, Inc. contra Kennedy, mediante órdenes de fecha 21 de julio de 2025 y 28 de julio de 2025. Hasta el 11 de septiembre de 2025, estos fallos están suspendidos en espera de la apelación del Gobierno federal ante el Tribunal de Apelación del Primer Circuito. Por lo tanto, este artículo está actualmente en vigor.)

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Impuestos para proveedores (art. 71115)	Un impuesto a los proveedores es una tasa, cuota, u otro pago obligatorio relacionado con el cuidado de la salud, en el que al menos el 85% de la carga de los ingresos fiscales recae sobre los proveedores del cuidado de la salud. 42 U.S.C. § 1396b(w)(3)(A). Se permite a los estados liberar a los proveedores de responsabilidad, es decir, garantizar que recibirán su dinero de vuelta, por impuestos de 6% o menos de los ingresos que los proveedores reciben de sus pacientes. Florida utiliza los ingresos de los impuestos a los proveedores de atención médica para ayudar a financiar la parte que corresponde al estado de los gastos de Medicaid. Ver, por ejemplo, Fla. Stat. § 409.9082 (contribuciones de las residencias de ancianos); Fla. Stat. § 395.701 (cuotas de los hospitales); Fla. Stat. § 409.9083 (cuotas de los centros de cuidados intermedios).	Prohíbe a los estados que no han expandido el programa de Medicaid, incluyendo Florida, aumentar la tasa de los impuestos actuales a los proveedores o aumentar la base de los impuestos a una clase o a servicios a los que el impuesto no se aplicaba anteriormente. Mantiene el límite de exención del 6% en los impuestos a los proveedores aplicables a los centros de enfermería y a los centros de cuidados intermedios, vigente a partir del 4 de julio de 2025. Reduce la exención a cero para los nuevos impuestos. Esta provisión no tendrá ningún impacto en los impuestos a los proveedores existentes en Florida, pero prohibirá que Florida aplique impuestos a nuevas categorías de proveedores. Ver la presentación de la AHCA ante la Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 7. Entra en vigor tras su promulgación (4 de julio de 2025)
Pagos dirigidos por el Estado (art. 71116)	Los pagos de Medicaid dirigidos por el estado son pagos suplementarios a los proveedores bajo contratos con organizaciones de atención médica administrada. Ver, por ejemplo, Fla. Stat. § 409.908. La tarifa total de pago por servicios hospitalarios en el hospital, servicios hospitalarios ambulatorios, servicios de centros de enfermería o servicios de profesionales calificados en un centro médico académico no puede exceder la tarifa comercial promedio. 42 C.F.R. § 438.6(c)(2)(iii). Esta tarifa es generalmente más alta que la tarifa de pago de Medicare.	En los estados que no han expandido el programa de Medicaid, incluyendo Florida, esta sección limita los pagos a nuevos proveedores a un máximo del 110% de la tarifa de pago de Medicare publicada (en vez de la tarifa promedio comercial). Esto puede disuadir a nuevos y existentes proveedores de aceptar pacientes de Medicaid. Mantiene los pagos directos estatales existentes aprobados antes de la promulgación (excepto en los estados que adopten recientemente la expansión de Medicaid) hasta enero de 2028. Esto desincentiva a Florida a expandir Medicaid en el futuro. En vigor a partir de la promulgación (4 de julio de 2025)

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Fondo del Programa de Transformación de la Salud Rural (art. 71401)	Ninguna	Asigna \$50 mil millones para distribución entre los estados seleccionados durante los años fiscales 2026 a 2030 (\$10 mil millones por año) para mejorar la atención médica de residentes rurales. CMS emitió un Aviso de Oportunidad de Financiamiento sobre este programa el 15 de septiembre de 2025. Tras solicitar aportes de proveedores, AHCA anunció que presentó la solicitud estatal el 4 de noviembre de 2025. AHCA no ha publicado la solicitud que presentó. Un resumen de CMS sobre la solicitud de Florida señala que el proyecto atenderá a 1.2 millones de personas en Florida, en 31 condados, “al abordar la escasez de proveedores, la fragmentación tecnológica y las estructuras de reembolso insostenibles”. El 29 de diciembre de 2025, CMS anunció adjudicaciones para los 50 estados correspondientes al año fiscal 2026. Florida recibirá \$209,938,195.

En vigor a partir de 2026

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Expiración de la financiación federal incrementada para la expansión de Medicaid (art. 71114)	Además de los fondos de igualación federal del 90% disponibles bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) para la población cubierta por la expansión, la Ley del Plan de Rescate Estadounidense proporciona a los estados que califican (definidos como estados que no han expandido Medicaid hasta marzo de 2021), lo que incluye a Florida, con un aumento del cinco (5) por ciento de su FMAP regular durante ocho trimestres tras que un estado expanda Medicaid. La tasa FMAP de Florida para 2025 es del 57.22%. Ver el Porcentaje de Asistencia Médica Federal (FMAP, por sus siglas en inglés) de KFF para Medicaid y el multiplicador	Elimina el aumento de cinco (5) puntos porcentuales de la tarifa FMAP regular para los estados que implementen la expansión de Medicaid de ACA después de marzo de 2021. Esto elimina una porción de los fondos federales suplementarios que se ofrecían previamente a aquellos estados que aún no han expandido Medicaid, incluyendo Florida. Esto desincentiva a Florida a expandir Medicaid en el futuro. En vigor a partir de enero de 2026.

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Elegibilidad de los inmigrantes para Medicaid y KidCare (art. 71109)	Los "extranjeros calificados" pueden recibir Medicaid y KidCare en Florida tras cinco años de residencia en EE. UU. Estos incluyen: residentes permanentes legales (LPR, por sus siglas en inglés) adultos admitidos después del 22 de agosto de 1996; extranjeros en libertad condicional desde hace por lo menos un año; ciertos cónyuges e hijos maltratados; y personas con permiso de entrada condicional. Los siguientes "extranjeros calificados" pueden inscribirse actualmente en Medicaid y KidCare sin el periodo de espera de cinco años: refugiados; asilados; aquellos con deportación suspendida; veteranos o militares en servicio activo y sus cónyuges e hijos; indígenas americanos nacidos en Canadá; entrantes cubanos o haitianos; inmigrantes amerasiáticos; víctimas de tráfico de personas; y personas viviendo en los EE. UU. a través de un Tratado de Libre Asociación (CoFA). Ver 8 U.S.C. § 1641; ver también Estatutos de Florida §§ 409.902(2), 414.095(3); Código Administrativo de Florida, Regla 65A-1.705; 65A-1.701(58); Manual de políticas del programa ESS, de 1440.0104 a 1440.0113. Los estados tienen la opción de permitir la inscripción en Medicaid y CHIP a los niños y personas embarazadas inmigrantes que residen legalmente en el país. 42 U.S.C. § 1396b(v)(4) (A), conocida como la opción "ICHIA". Florida ha optado por esta opción para los niños, pero no para las personas embarazadas. Por lo tanto, Florida permite la inscripción en Medicaid y KidCare a los niños menores de 19 años no ciudadanos que estén legalmente presente en el país, sin el periodo de espera de cinco años. Ver Fla. Stat. § 409.811(16); Fla. Stat. § 409.904(8). Los inmigrantes indocumentados no pueden recibir Medicaid ni KidCare. Ver Fla. Stat. § 409.902(2)(b); Fla. Admin. Code R. 59G-1.050(4).	Modifica la definición de "extranjeros calificados" elegibles para Medicaid y KidCare para incluir solamente: (1) Residentes permanentes legales (LPR), después del periodo de espera de cinco años. (2) Entrantes cubanos y haitianos; y (3) Personas que viven en Estados Unidos conforme a un Compacto de Libre Asociación (CoFA). H.R. 1 did not alter the ICHIA option; therefore Florida can continue to cover lawfully present non-citizen children with no 5-year bar. The state retains the option to offer this coverage to pregnant women, as a majority of states have done. H.R. 1 no modificó la opción ICHIA. Por lo tanto, Florida puede seguir cubriendo a los niños no ciudadanos legalmente presentes sin periodo de espera de cinco años. El estado mantiene la opción de ofrecer esta cobertura a personas embarazadas, como lo ha hecho la mayoría de los estados. En vigor a partir de octubre de 2026

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Inscripciones duplicadas (art. 71103)	Las regulaciones de Medicaid requieren que los estados periódicamente obtengan información actualizada sobre direcciones de fuentes de datos fiables, incluyendo correspondencia devuelta por el correo postal (USPS, por sus siglas en inglés) con una dirección de reenvío, la base de datos NCOA del USPS, la información sobre direcciones de las entidades de atención médica administrada por Medicaid y otras fuentes de datos aprobadas por el Secretario del HHS (por sus siglas en inglés). 42 C.F.R. §§ 435.919(f), 457.344(f). Actualmente, la AHCA tiene un contrato con Allied Health Services para procesar el correo devuelto y monitorear la Base de Datos Nacional de Cambios de Dirección. Presentación de la AHCA ante la Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 14.	Requiere que el plan de cada estado establezca un proceso para obtener periódicamente la información sobre la dirección de los beneficiarios de fuentes de datos fiables identificadas en el estatuto, para prevenir la inscripción simultánea en varios estados. La AHCA deberá modificar sus contratos MCO para requerirles que transmitan la información sobre la dirección de los beneficiarios. En vigor a partir de enero de 2027
Beneficiarios fallecidos (art. 71104)	Las guías de CMS identifican las fuentes de datos para verificar la inscripción y los pagos de Medicaid con la información sobre personas fallecidas, y sugieren que los estados realicen revisiones mensuales de los datos.	Los estados deben realizar revisiones, al menos una vez por trimestre, para identificar a los beneficiarios fallecidos inscritos utilizando el "Archivo Maestro de Defunción" de la Seguridad Social. El estado debe dar de baja a los beneficiarios fallecidos y reincorporar a aquellos de los que posteriormente determinen que fueron dados de baja por error. Según el director de Medicaid de Florida, la AHCA está estableciendo actualmente un proceso para utilizar el Archivo Maestro de Defunción para determinar si los beneficiarios han fallecido. Ver la presentación de la AHCA ante Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 16. En vigor a partir de enero de 2027
Medicaid retroactiva & cobertura de KidCare (s. 71112)	Los estados están requeridos a cubrir los beneficios de Medicaid retroactivamente por tres (3) meses previos a la inscripción.	Reduce la duración permitida de la cobertura retroactiva de Medicaid en los estados que no han expandido el programa, incluyendo Florida, de tres (3) meses a dos (2) meses. En Florida, esto solo afectará a las personas embarazadas y menores de 21 años.

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Requisito de neutralidad presupuestaria para las exenciones (art. 71118)	El Secretario podrá suspender los requisitos de Medicaid y/o otorgar autorización para gastos que, de otro modo, no calificarían para el reembolso federal, para que los estados conduzcan proyectos experimentales, piloto o de demostración que, a juicio del Secretario del HHS, probablemente ayudarían a promover los objetivos del programa Medicaid. 42 U.S.C. § 1315.	El Secretario del HHS no podrá aprobar una exención, renovación o enmienda de 1115 a no ser que el actuario de los CMS certifique que no aumentaría los gastos federales en comparación con la cantidad que dichos gastos aumentarían si no existiera el proyecto. La AHCA prevé que esto introducirá retrasos adicionales en la aprobación de cualquier exención 1115. Ver la presentación de la AHCA ante el Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 29. En vigor a partir de enero de 2027

En vigor a partir de 2028

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Proveedores fallecidos (art. 71105)	Las normativas de Medicaid requieren que los estados consulten el Archivo Maestro de Defunción del Seguro Social para determinar si los proveedores han fallecido. 45 C.F.R. § 455.436(b).	Los estados deben realizar revisiones con el Archivo Maestro de Defunción del Seguro Social en el momento de la inscripción o reinscripción, y al menos una vez por trimestre durante el período en que un proveedor o distribuidor está inscrito, para determinar si un proveedor o distribuidor inscripto ha fallecido. Según el director de Medicaid de Florida, Florida ya cumple con esta provisión. Ver Presentación de la AHCA ante el Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 17. En vigor a partir de enero de 2028
Límite capital del valor acumulado de la vivienda para el Cuidado a Largo Plazo (art. 71108)	Los estados establecen límites capital del valor capital acumulado de la vivienda como parte de la determinación de la elegibilidad financiera para la cobertura de cuidados a largo plazo de Medicaid, que deben estar dentro de límites mínimo y máximo indexados a la inflación. Ver 42 U.S.C. § 1396p(f). Los límites actuales en las Normas Actualizadas de 2025 de SSI, por sus siglas en inglés, y Normas de Protección Contra la Indigencia Conyugal son un mínimo de \$730,000 dólares y un máximo de \$1,097,000 dólares. Los límites se ajustan anualmente a la inflación. En Florida, el límite actual del valor capital del acumulado de la vivienda es de \$730,000. Florida no excluye las propiedades zonificadas para la agricultura. Ver Código Administrativo de Florida, Regla 65A-1.712(5)	Limita el valor capital del acumulado de la vivienda a \$1 millón, independientemente de la inflación, excluyendo las viviendas en ciertas parcelas agrícolas. Florida no está requerida a hacer ningún cambio basado en esta ley, pero podría decidir si aumenta el límite del valor capital acumulado de la vivienda y establece un límite para los terrenos zonificados como agrícolas. Ver la presentación de la AHCA ante el Subcomité de Instalaciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara, 8 de octubre de 2025, p. 19. En vigor a partir de enero de 2028

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Pagos dirigidos por los estados (art. 71116)	Por favor, vea arriba para una descripción de las partes de la sección 71116 que entraron en vigor tras su promulgación.	A partir del 1 de enero de 2028, los estados sin expansión deben reducir los pagos dirigidos por el estado en 10% anual hasta que no superen 110% de la tarifa de pago de Medicare. Los pagos dirigidos por el estado existentes, aprobados o solicitados antes de la promulgación, se mantienen vigentes (grandfathered) hasta enero de 2028, salvo en estados que adopten recientemente la expansión de Medicaid. Según el Director de Medicaid de Florida, Florida tiene actualmente cuatro programas de pagos dirigidos por el estado por encima del límite de 110% de Medicare. Véase Presentación de AHCA al Subcomité de Presupuesto de Atención Médica de la Cámara, 2 de diciembre de 2025, pág. 6. El más grande es el Programa de Pagos Dirigidos a Hospitales (HDPP), que actualmente genera \$3.3 mil millones al año para 280 hospitales. Antes de la promulgación de H.R. 1, Florida solicitó la aprobación de CMS para aumentar el financiamiento de este programa a la tarifa comercial promedio, lo que produciría \$7.8 mil millones durante el año fiscal estatal 2025-2026. Si se aprueba el aumento, aun con las reducciones obligatorias que comienzan en 2028, Florida tendrá mayor financiamiento de este programa hasta el año fiscal estatal 2034-2035. Posteriormente, el financiamiento anual del programa será aproximadamente \$1 mil millón superior al nivel actual. (págs. 7, 10 y 11.) En vigor a partir de enero de 2028
Exenciones de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (art. 71121)	Dentro de las amplias guías federales, los estados pueden desarrollar exenciones para servicios en el hogar y en la comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés) para satisfacer las necesidades de las personas que prefieren recibir servicios y apoyos de cuidados a largo plazo en su hogar o en la comunidad, en vez de en un entorno institucional. Florida tiene dos (2) exenciones HCBS principales: - Exención de cuidados a largo plazo: presta servicio a personas mayores de 18 años con discapacidad o de edad avanzada y que requieren un nivel de cuidados de centro de enfermería. - Exención de Presupuesto Individual para Discapacidades del Desarrollo: presta servicio a personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo a través de un modelo de presupuesto individual.	Establece un nuevo tipo de exención del 1915(c) que no requiere determinar si una persona necesite un nivel de cuidado institucional. Los estados estarían requeridos a establecer criterios basados en las necesidades, sujetos a la aprobación del Secretario. En vigor a partir de julio de 2028

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

Florida tiene tres (3) programas de exención adicionales, con participación limitada:

- Exención Modelo: presta servicios a niños con enfermedad espinocerebelosa degenerativa (5 beneficiarios inscritos; capacidad para 15)
- Exención para la disautonomía familiar: presta servicio a participantes con disautonomía familiar (6 beneficiarios inscritos)
- Exención del Programa de Atención Administrada Integral para Personas con Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo: presta servicio a personas con discapacidades del desarrollo a través de un modelo de cuidado administrado (364 beneficiarios inscritos para el 15 de marzo de 2025, según este análisis legislativo).

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

EL PROYECTO DE LEY DE RECONCILIACIÓN PRESUPUESTARIA APROBADO POR EL CONGRESO (H.R. 1)

Asunto	Ley anterior	Cambio en la ley
Inscripciones duplicadas (art. 71103)	Ver arriba para una descripción de las partes de la sección 71103 que entrarán en vigor en enero de 2027.	Requiere que el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) establezca un sistema para prevenir la inscripción simultánea en más de un programa estatal de Medicaid. Los estados deben enviar SSN e otra información que el secretario considere necesaria al menos una vez al mes. En vigor a partir de octubre de 2029
Reducción de pagos por pagos excesivos erróneos (art. 71106)	En el caso de los estados con pagos excesivos erróneos de Medicaid por encima de la tasa de error permitida del 3%, el secretario del HHS está requerido a reducir los pagos federales de Medicaid en la cantidad que exceda el límite del 3%. Sin embargo, el secretario del HHS podrá suspender esta reducción de los pagos federales si el estado no logra alcanzar la tasa permitida a pesar de un esfuerzo de "buena" fe.	Reduce la cantidad de pagos excesivos erróneos que el secretario puede suspender en virtud bajo la "exención de buena fe." En vigor a partir de octubre de 2029

Provisiones no aplicables a Florida

Asunto	Explicación
Redeterminaciones de elegibilidad bianuales (art. 71107)	Actualmente, los estados deben redeterminar la elegibilidad para Medicaid anualmente o cuando cambian las circunstancias de un beneficiario. Esta provisión requiere que los estados realicen redeterminaciones de elegibilidad cada seis (6) meses para las personas inscritas a través de la expansión de Medicaid. Florida no ha expandido Medicaid, por lo que esta provisión no tendrá ningún impacto en Florida a no ser que el estado expanda Medicaid y tenga personas inscritas a través de la expansión de Medicaid. A partir de enero de 2027
FMAP para Medicaid de Emergencia (art. 71110)	Algunos estados ofrecen Medicaid estatal a inmigrantes que no son "extranjeros cualificados." Esta provisión reduce la parte federal de la financiación de Medicaid de Emergencia para la población cubierta por la expansión en estos estados del 90% al 80%. Dado que Florida no ha expandido Medicaid, esta provisión no tendrá ningún impacto en Florida a no ser que el estado expanda Medicaid. En vigor a partir de octubre de 2026
Límite a los impuestos a los proveedores (art. 71115)	Se establece un límite máximo del 5.5% para los impuestos a los proveedores en los estados que hayan expandido Medicaid en el año fiscal 2028, que se reducirá al 3.5 % en 2032. Como Florida no ha expandido Medicaid, esta provisión no tendrá ningún impacto en Florida a no ser que el estado expanda Medicaid. En vigor a partir de septiembre de 2027

Provisiones no aplicables a Florida	
Asunto	Explicación
Requisitos para exenciones de los requisitos del impuesto uniforme a los proveedores (art. 71117)	Actualmente, las exenciones estatales de Medicaid con respecto a los impuestos a los proveedores no deben ser "generalmente redistributivas" entre los ingresos de Medicaid y los ingresos que no provienen de Medicaid. Esta provisión establece definiciones más estrictas sobre cuándo un impuesto a los proveedores es "generalmente redistributivo"; por ejemplo, prohíbe que se aplique una tasa de impuesto más alta a los proveedores de Medicaid con mayor volumen que a los proveedores de Medicaid con menor volumen. Esta provisión no afecta a Florida, porque la exención de Florida con respecto a los impuestos a los proveedores de centros de enfermería especializada ya cumple con los requisitos de esta sección. Ver Presentación de la AHCA ante el Subcomité de Instituciones y Sistemas de Atención Médica de la Cámara , 8 de octubre de 2025, p. 8. Entra en vigor tras su promulgación (4 de julio de 2025)
Requisitos de participación comunitaria para los beneficiarios de la expansión de Medicaid (art. 71119)	Actualmente, los beneficiarios de Medicaid no están sujetos a requisitos de declaración de trabajo. Esta provisión requiere que las personas inscritas a través de la expansión de Medicaid completen y declaren un mínimo de 80 horas de actividades que califiquen como "participación comunitaria" (incluyendo el trabajo, un programa de trabajo, el servicio comunitario o un programa educativo) durante un mes o más antes de solicitar Medicaid y durante un mes o más como condición para continuar con la cobertura de Medicaid. Dado que Florida no ha expandido Medicaid, esta provisión no tendrá ningún impacto en Florida a no ser que el estado expanda Medicaid. En vigor a partir de enero de 2027
Requisitos de copago para la población de la expansión (art. 71120)	Actualmente, los estados tienen la opción de cobrar primas y costos compartidos a los beneficiarios de Medicaid, aunque ciertas poblaciones están exentas de los costos compartidos. Esta provisión requiere que los estados que hayan expandido Medicaid impongan costos compartidos a los beneficiarios de la expansión de Medicaid con ingresos familiares superiores al 100% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Dado que Florida no ha expandido Medicaid, esta provisión no tendrá ningún impacto en Florida a no ser que el estado expanda Medicaid. En vigor a partir de octubre de 2028

Cronología de los cambios a Medicaid y KidCare de Florida debido a H.R. 1

Actualizado en enero de 2026



FLORIDA HEALTH
JUSTICE PROJECT

Fuentes del documento original:

Center on Budget & Policy Priorities, [Medicaid Eligibility and Enrollment Rules Lay Framework for Program Improvements States Can Still Adopt, Despite Moratorium](#) (24 de septiembre de 2025).

Congressional Research Service, [Health Coverage Provisions in One Big Beautiful Bill Act](#) (H.R. 1) (13 de junio de 2025).

Georgetown Center for Children & Families, [Medicaid, CHIP, and Affordable Care Act Marketplace Cuts and Other Health Provisions in the Budget Reconciliation Law, Explained](#) (actualizado el 11 de agosto de 2025).

Justice in Aging, [Final Rule to Streamline Enrollment in Medicare Savings Programs](#) (30 de octubre de 2025).

KFF, [Health Provisions in the 2025 Federal Budget Reconciliation Bill](#) (actualizado el 8 de julio de 2025).

National Health Law Program, [Budget Reconciliation Act Implementation Dates For Select Medicaid & Health Provisions](#) (13 de agosto de 2025).