



Developmental Disabilities Administration

Enmienda a la Exención de Caminos Comunitarios de Medicaid, marzo de 2026

Preguntas frecuentes

11 de marzo de 2026

Introducción

Estas preguntas se compartieron con la Administración de Discapacidades Desarrolladas (DDA) durante el proceso de consulta pública. Se recibieron también preguntas a través del correo electrónico para consulta pública y durante los seminarios web (por internet) de la enmienda a la exención de Medicaid de DDA.

Algunas de las preguntas fueron similares. En ese caso, las preguntas se agruparon para que las respuestas se pudieran compartir con mayor claridad.

Las siguientes respuestas se basan en:

- La enmienda propuesta
- Los estándares actuales del programa en la exención aprobada

La DDA está solicitando la opinión de las partes interesadas. Esto incluye ideas, inquietudes y recomendaciones alternativas.

Puede encontrar más información sobre la propuesta, los seminarios web (por internet) y el proceso de consulta pública en la página web de la Enmienda N.º 4 de Caminos Comunitarios, 2026.

ÍNDICE

Preguntas sobre el límite presupuestario de \$500,000	2
Preguntas sobre las excepciones al límite presupuestario.....	3
Preguntas sobre el paquete de servicios para días útiles.....	5
Preguntas sobre la neutralidad de costos	6
Preguntas sobre la participación de las partes interesadas	10

Preguntas sobre el límite presupuestario de \$500,000

1. ¿El límite presupuestario de \$500,000 para planes centrados en la persona incluye todos los servicios?

Sí.

El límite presupuestario de \$500,000 incluye el costo total de los servicios de un plan centrado en la persona, incluyendo:

- o Servicios residenciales
- o Servicios de día y de empleo
- o Otros servicios de exención

2. ¿Hay alguna manera de superar el límite presupuestario de \$500,000?

Sí.

Existe un **proceso de excepción** para planes que requieren más de \$500,000.

El proceso de excepción se utiliza cuando se necesitan apoyos adicionales **para proteger la salud y la seguridad de una persona** dentro de los límites de los servicios de exención.

Los planes que cumplen con los estándares de excepción **pueden superar el límite de \$500,000.**

3. ¿Cuándo comenzaría a aplicarse el límite presupuestario?

La fecha propuesta es para que sea efectivo a partir del 1 de julio de 2026.

4. ¿Cuándo revisará la DDA los planes que superen el límite?

Los planes que superen el límite se revisarán entre marzo y junio de 2026.

Durante este periodo, la DDA realizará una revisión de calidad y brindará asistencia técnica a los participantes y a sus equipos. La asistencia técnica puede incluir el asegurar que las necesidades de servicio estén claramente documentadas, comunicadas y sean lo más rentables posible.

5. ¿Cómo afectará la enmienda a las solicitudes y planes que ya están en trámite?

Las solicitudes y los planes centrados en la persona con fecha efectiva a partir del 1 de julio de 2026 se revisarán según:

- El límite presupuestario de \$500,000
- El proceso de excepción

Preguntas sobre las excepciones al límite presupuestario

1. ¿Cuáles son los estándares para una excepción al límite presupuestario?

Un plan puede calificar para una excepción si la documentación demuestra que la persona necesita apoyo adicional para su salud o seguridad.

Los estándares para la excepción al límite presupuestario incluyen:

- Un Plan de Apoyo Conductual y la documentación de respaldo que demuestre la necesidad del apoyo de personal necesaria por participante ya sea en la proporción de uno por uno o de dos por uno, vital para apoyar a la persona con sus necesidades conductuales específicas.
- Un Plan de Atención de Enfermería y la documentación de respaldo que demuestre la necesidad de apoyo de personal necesaria por participante ya sea en la proporción de uno por uno o de dos por uno, necesaria para apoyar a la persona con necesidades específicas de salud y seguridad.

- La diferencia entre las tarifas estándar y geográficas que hace que el plan supere el límite presupuestario.

2. ¿Qué significa "documentación de respaldo"?

La documentación de respaldo es **información adicional sobre las necesidades de la persona** que se presenta junto con el plan.

Esta documentación puede incluir evaluaciones realizadas por profesionales calificados, como:

- o Médicos
- o Profesionales de la salud mental
- o Especialistas en conducta
- o Educadores especiales
- o Otros profesionales de salud con licencia, según corresponda

3. ¿Qué debe mostrar la documentación?

Las solicitudes de tarifas mejoradas, apoyo nocturno o personal de apoyo **ya sea en la proporción de uno por uno o de dos por uno** deben explicar claramente el por qué se necesita el apoyo.

Una declaración simple indicando que se necesita personal adicional **no es suficiente**.

La documentación debe explicar:

- Las **necesidades específicas** por la que se requieren personal adicional
 - Las **tareas y el apoyo** que proporcionará cada miembro del personal
 - **Cuándo y por qué** se necesita personal adicional
 - La **formación o las habilidades** que debe poseer el personal
-

Preguntas sobre el Paquete de Servicios para Días Útiles

1. ¿Qué es el Paquete de Servicios para Días Útiles?

El Paquete de Servicios para Días Útiles es una nueva forma de organizar los servicios en periodos de 15 minutos para los días útiles en el Plan Centrado para la Persona (PCP) de acuerdo con el modelo de prestación de servicios gestionados por el proveedor.

En lugar de enumerar cada servicio con horarios separados, varios servicios se agruparán en un conjunto compartiendo un mismo horario para los días útiles.

Esto facilita que las personas elijan diferentes actividades durante la semana sin necesidad de actualizar su Plan Centrado para la Persona (PCP).

2. ¿Es éste un servicio nuevo?

No.

Éste **no es un servicio nuevo**. Es simplemente una nueva forma **de autorizar y organizar los servicios de los días útiles existentes** en el Plan Centrado para la Persona (PCP).

Los participantes seguirán teniendo acceso a los mismos servicios que utilizan actualmente.

3. ¿Cambiarán las tarifas de los proveedores?

No.

Las tarifas de los servicios para los días útiles no cambiarán.

Los proveedores continuarán facturando y recibiendo pagos según **las tarifas establecidas actualmente para cada servicio específico**.

4. ¿Por qué la DDA realiza este cambio?

El cambio ayuda a:

- Brinda a los participantes **mayor flexibilidad** para elegir actividades
- Reducir la necesidad de **revisar los Planes Centrados para la Persona (PCP) cuando cambian los horarios**

- Mejora la **precisión en el presupuesto** para evitar la sobre autorización de servicios

El objetivo es **simplificar y flexibilizar** el sistema, al mismo tiempo que se respeta las normas de las exenciones.

Preguntas sobre la Neutralidad de Costos

1. ¿Dónde puedo encontrar información sobre la neutralidad de costos en la exención?

La información sobre la neutralidad de costos se encuentra en:

Apéndice J – Demostración de Neutralidad de Costos

2. ¿Qué significa neutralidad de costos?

La neutralidad de costos es un **requisito federal** para las exenciones de Medicaid para Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS).

Esto significa que el programa de exención debe tener **un costo igual o menor que una atención institucional** para la misma población.

La atención institucional puede incluir:

- Hospitales
- Centros de enfermería
- Centros de Atención Intermediaria para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID)

3. ¿Cómo se calcula la neutralidad de costos?

Los cálculos para determinar la neutralidad de costos utilizan varios factores para comparar **el costo de los servicios de exención** con **el costo de los servicios institucionales**. Estos factores ayudan a demostrar que el programa de exención cumple con el requisito de la neutralidad de costo federal.

Estos incluyen:

El Factor C

Este es el **número estimado de participantes no duplicados durante cada año de exención.**

El Factor D

Costo anual promedio de los **servicios de exención** para las personas en el programa.

El Factor D' (D prima)

Costo promedio anual de los **otros servicios de Medicaid** utilizados por los participantes que forman parte de la exención.

El Factor G

Costo promedio anual de **los servicios institucionales de ICF/IID** que se utilizarían si la exención no existiera.

El Factor G' (G prima)

Costo promedio anual **de otros servicios institucionales** que podrían utilizarse sin la exención.

Estos costos se calculan utilizando:

- Datos anteriores de planes centrados en la persona
- Datos de reclamaciones a Medicaid
- Requisitos de informes federales
- Ajustes en la trayectoria de los costos (como el Índice de Precios al Consumidor para la Atención Médica)

4. ¿Cuáles son los factores que determinan la neutralidad de costos de Caminos Comunitarios?

Los factores que determinan la neutralidad de costos de Caminos Comunitarios para los años de exención 3 a 5 se detallan a continuación.

El Factor D

Este es el **costo promedio anual estimado de Medicaid por persona para los servicios de exención (HCBS)**.

- **Años de exención 3 a 5:** Calculado utilizando datos de planes centrados en la persona usando el sistema de datos de LTSS Maryland para los años fiscales 2025 y 2026, y de las reclamaciones existentes de Medicaid para los años fiscales 2024 y 2025.

Calculado con base en:

- Número estimado de usuarios
- Promedio de unidades por usuario
- Costo promedio por unidad

El Factor D'

Este es el **costo promedio anual estimado de Medicaid por persona para los otros servicios de Medicaid** utilizados por las personas en el programa de exención.

- **Año 3 de la Exención:** Basado en el **Informe CMS 372** de la Exención de Caminos Comunitarios del Año Fiscal 2023, que incluye el costo anual promedio de los servicios no sujetos a exención.
- **Años 4 y 5 de la Exención:** Los costos se incrementaron un **3 % cada año**, según la variación **del Índice de Precios al Consumidor (IPC) para la Atención Médica en la región del Atlántico Medio**, según lo exigen las directrices federales.

El Factor G

Este es el **costo anual promedio estimado de Medicaid por persona para la atención institucional en un Centro de Cuidados** Intermediarios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID), u otro entorno apropiado, si no existía la exención.

- **Año 3 de la Exención:** Calculado utilizando los datos actuales del costo de la estancia en el Centro de Cuidados Intermediarios para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID) y los gastos de Medicaid. Se calculó **un costo por miembro por día** y luego se convirtió a un costo anual utilizando la duración promedio de estancia en la Exención de Caminos Comunitarios (358 días).

- **Años de Exención 4-5:** Los costos se incrementaron **un 3% anual**, según la variación del IPC (Índice de Precios al Consumidor) para la Atención Médica.

El Factor G'

Este es el **costo promedio anual estimado de Medicaid por persona para otros servicios institucionales** no incluidos en el Factor G.

- **Año de Exención 3:** Basado en los costos actuales de Medicaid para servicios no pertenecientes a Centros de Atención Intermediaria para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID) que se brindan durante una estadía en un Centro de Atención Intermediaria para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID). El costo por miembro por día se anualizó utilizando la duración promedio de la estadía de Caminos Comunitarios.
- **Años de Exención 4-5:** Los costos se incrementaron **un 3% anual**, según la variación del IPC para la Atención Médica.

5. ¿Se actualizará el Apéndice J - Demostración de Neutralidad de Costos?

Por el momento no se proponen ninguna actualización.

Los cálculos de neutralidad de costos se basan en **datos históricos de uso de servicios y cantidad de reclamaciones**.

Dado que el límite presupuestario y el proceso de excepción **aún no se han implementado**, no hay nuevos datos de reclamaciones para actualizar los datos.

La DDA continuará monitoreando la neutralidad de costos y podría actualizarla en el futuro usando como base **los datos actuales de reclamaciones**.

Preguntas sobre la participación de las partes interesadas

1. ¿Cómo se han utilizado las aportaciones del público en este proceso?

Basado en los comentarios de las partes interesadas, la DDA realizó los siguientes cambios:

- **Se eliminó el límite de excepción propuesto de \$625,000.**
- **Se eliminó la expresión que se refiere al plan de alta.**

La DDA continuará revisando los comentarios y recomendaciones del público como parte del proceso de enmienda.