

# Inversiones centradas en la equidad

Oregón está solicitando una inversión federal para apoyar el cierre de las brechas de equidad de salud para los miembros del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP) en todo el estado. Aunque el compromiso de Oregón de frenar el crecimiento de los costos de la atención médica en todo el estado ha permitido ahorrar importantes fondos federales en todos los mercados y mejorar la calidad, los resultados de salud han variado en función de la raza y la etnia. Además, las mejoras no han abordado adecuadamente las inequidades de la salud resultantes del racismo y la opresión sistémicos de larga data. En consecuencia, como parte de nuestra asociación federal-estatal, Oregón solicita a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) que proporcionen una inversión federal inicial en iniciativas impulsadas por la comunidad centradas en la eliminación de las inequidades de la salud entre los miembros del OHP. Oregón anticipa que las inversiones impulsadas por la comunidad mejorarán la salud de los más perjudicados por las inequidades en materia de salud,<sup>1</sup> además de abordar los factores determinantes sociales de la salud. Ambas mejoras se traducirán en un ahorro de costos para el estado y el gobierno federal.

Oregón solicita además que el gasto de las organizaciones de atención coordinada (coordinated care organization, CCO) para hacer frente a las inequidades en materia de salud se contabilice como reclamaciones médicas o gastos de mejora de la calidad dentro del presupuesto global basado en el valor para efectos de la fijación de tarifas, la elaboración de presupuestos y la proporción de pérdidas médicas (medical loss ratio, MLR). Esta solicitud fue dirigida por la Legislatura del Estado de Oregón (HB 3353)<sup>2</sup> en julio de 2021. (Consulte el documento conceptual Presupuesto *Value-based Global Budget* para obtener más información sobre esta solicitud).

1. Una nueva inversión federal centrada en la mejora de la equidad de la salud, que incluya inversiones para crear una infraestructura que apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud; apoye las intervenciones en materia de equidad de la salud dirigidas por la comunidad y las iniciativas estatales; conceda a los colaboradores dirigidos por la comunidad recursos para invertir en equidad de la salud.

Para llevar a cabo esta inversión federal, **Oregón solicita las siguientes autoridades de gasto:**

2. Autoridad de gasto para utilizar la contrapartida federal de los fondos de Medicaid gastados para abordar los Determinantes Sociales de la Salud (Social Determinants of Health, SDOH) para los miembros del OHP que experimentan transiciones o interrupciones de vida específicas, tal y

---

<sup>1</sup> Las poblaciones y comunidades más perjudicadas por las injusticias históricas y contemporáneas y las inequidades en materia de salud son, entre otras, las naciones tribales y las comunidades tribales; las poblaciones latinas, negras/afroamericanas, asiáticas, de las islas del Pacífico y de los indígenas americanos/nativos de Alaska, así como otras comunidades de color; las personas con discapacidades; las personas con un dominio limitado del inglés; y los inmigrantes y las comunidades de refugiados.

<sup>2</sup> <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2021R1/Downloads/MeasureDocument/HB3353/Enrolled>

como se describe en el documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions*.

3. Autoridad para contar las inversiones de la CCO en la equidad de la salud requeridas por la HB 3353 y según lo descrito en el documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions*, como reclamaciones médicas o gastos de mejora de la calidad para efectos de la fijación de tarifas de la CCO.

Para ver todas las estrategias propuestas, consulte la página 8.

## Problema y antecedentes

### Inequidad de la salud

Está ampliamente aceptado que la salud no viene determinada en gran medida por la atención médica que reciben las personas, sino por los factores determinantes sociales de la salud, entre los que se incluyen el entorno construido y la vivienda, el acceso a alimentos saludables y espacios verdes, las oportunidades de trabajo y los ingresos.<sup>3</sup> Las personas de color y las que viven con menos recursos económicos tienen más probabilidades de estar expuestas a barrios inseguros, viviendas deficientes, falta de transporte, el sistema de justicia penal y escuelas de baja calidad, lo que significa que tienen más probabilidades de experimentar peores resultados de salud, y una vida más corta.

A pesar del mayor acceso a la cobertura de salud y la atención médica en todo Oregón, las inequidades en materia de salud persisten porque los sistemas y las instituciones se han creado para beneficiar a un grupo selecto de personas a lo largo del tiempo. Las inequidades en materia de salud se deben al acceso desigual al poder, a los recursos, a las oportunidades y a la toma de decisiones, que son el resultado de un racismo y una opresión de larga duración y de varias generaciones, de la injusticia social, de la intolerancia, de los prejuicios, de la discriminación y de la colonización. Las comunidades de color y las comunidades tribales han

### Definición de equidad de la salud de

Oregón contará con un sistema de salud que cree equidad de la salud cuando todas las personas puedan lograr su bienestar y potencial de salud total y no se vean perjudicadas por su raza, origen étnico, idioma, discapacidad, edad, género, identidad de género, orientación sexual, clase social, intersecciones entre las comunidades o identidades, u otras circunstancias determinantes socialmente.

Lograr la equidad de la salud precisa la colaboración continua de todas las regiones y los sectores del estado, incluidos los gobiernos tribales, para abordar los siguientes temas:

- La distribución equitativa o redistribución de los recursos y la energía.
- El reconocimiento, la conciliación y la rectificación de las injusticias históricas y contemporáneas.

---

<sup>3</sup> Magnan, S. (2017). Social Determinants of Health 101 for Health Care: Five Plus Five. National Academy of Medicine. Disponible en: <https://nam.edu/social-determinants-of-health-101-for-health-care-five-plus-five/>

experimentado una falta de inversión crónica, lo que ha dado lugar a determinantes sociales de la salud cada vez más perjudiciales y a peores resultados de la salud que los de sus compañeros blancos. Estas inequidades también suponen una carga financiera. Se estima que el 31 por ciento de los gastos de atención médica son el resultado de las inequidades de salud causadas por el racismo y la opresión sistémicos.<sup>4</sup> La Evaluación de la Salud del Estado de Oregón de 2018<sup>5</sup> encontró las siguientes inequidades con respecto a los determinantes sociales de la salud:

#### *Pobreza e inseguridad alimentaria*

- Casi todos los grupos raciales y étnicos de Oregón experimentan niveles más altos de pobreza que en los Estados Unidos en su conjunto, en particular las personas que se identifican como afroamericanas.
- Oregón ocupa el puesto 44 del país en inseguridad alimentaria. La inseguridad alimentaria es mayor en las comunidades rurales, las comunidades de color, los hogares con niños y entre los inquilinos.

#### *Vivienda y personas sin hogar*

- Un tercio de todos los hogares afroamericanos gastan más del 50 por ciento de sus ingresos en gastos de vivienda, en comparación con el 17 por ciento de todos los hogares del estado.
- Solo el 32 por ciento de los afroamericanos del condado más poblado de Oregón eran propietarios de una vivienda en 2010, en comparación con el 60 por ciento de los blancos del condado.
- Con la excepción de las personas que se identifican como asiáticas, las personas de color experimentan la falta de vivienda a un ritmo desproporcionado en comparación con sus compañeros blancos.

#### *Encarcelamiento*

- En Oregón, las personas de color tienen más probabilidades de ser encarceladas que los blancos:
  - Los afroamericanos tienen 4.6 veces más probabilidades
  - Los nativos americanos tienen 1.8 veces más probabilidades
  - Los latinos tienen 1.4 veces más probabilidades

#### *COVID-19*

La pandemia de COVID-19 subraya la persistencia de la inequidad de la salud en Oregón y sirve de llamada de atención sobre la gravedad de las diferencias.

---

<sup>4</sup> <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/HS.41.2.c>

<sup>5</sup> <https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Documents/sha/state-health-assessment-full-report.pdf>

- Los hispanos de Oregón constituyen solo el 12 por ciento de la población, pero representan más del 18 por ciento de los casos de COVID-19. <sup>6</sup>
- Los residentes de Oregón negros tienen 3.1 veces más probabilidades de sufrir una hospitalización asociada al COVID-19 que sus compañeros blancos. <sup>6</sup>

## **Inversiones en equidad de la salud exigidas por la legislación**

En julio de 2021, la Legislatura de Oregón aprobó la ley HB 3353 (consulte el Anexo A), que exige a las CCO lo siguiente:

- Que gasten al menos el 3 por ciento de su presupuesto global en programas y servicios que mejoren la equidad de la salud.
- Que sean más responsables ante la comunidad.

Para apoyar la intención de esta directiva, en el marco de esta renovación de la exención de demostración 1115(a), la Oregon Health Authority (OHA) propondrá que las CCO asignen al menos 1/3 de estos fondos (al menos el 33 por ciento del 3 por ciento) para que sean administrados directamente por nuevos colaboradores de inversión comunitaria. Es importante destacar que esta propuesta fue creada conjuntamente con las Coaliciones Regionales de Equidad de la Salud de Oregón (Regional Health Equity Coalitions, RHEC) a través de un proceso único impulsado por la comunidad, como se describe a continuación. Además, la legislación exige a la OHA que solicite la aprobación de los CMS para que el 3 por ciento de los presupuestos globales basados en el valor de las CCO se destinen a mejorar las inequidades en materia de salud, y que dicho gasto se contabilice como gastos médicos y de mejora de la calidad para efectos de la fijación de tarifas (para obtener más información, consulte el documento conceptual *Value-based Global Budget*).

### *La voz de la comunidad en la toma de decisiones de la CCO*

Un elemento central del modelo de CCO de Oregón ha sido la incorporación de la voz de la comunidad en la toma de decisiones de la CCO, que Oregón espera ampliar a través de asociaciones dirigidas por la comunidad que se centrarán en las poblaciones y comunidades más perjudicadas por las injusticias e inequidades de salud históricas y contemporáneas.

---

*“¿Y quién mejor para decir qué necesita la comunidad que la misma comunidad?”*

*Aporte de la comunidad del Plan Estratégico de OHA*

---

### *Coaliciones regionales de equidad en salud*

En 2011, las RHEC acudieron a la OHA con una propuesta para la renovación de la exención de demostración 1115(a), y posteriormente trabajaron estrechamente con la legislatura de Oregón para informar sobre el diseño de la HB 3353. Posteriormente, la OHA y la dirección de las RHEC colaboraron estrechamente para desarrollar la intención de la ley HB 3353 y aumentar la responsabilidad ante la

---

<sup>6</sup> OHA Weekly COVID-19 Report, September 29, 2021.

<https://www.oregon.gov/oha/covid19/Documents/DataReports/Weekly-Data-COVID-19-Report.pdf>

comunidad, haciendo hincapié en el papel de la comunidad en la identificación de las inequidades y en la toma de decisiones de inversión para abordarlas.

Las RHEC, que llegan a entre 300 y 500 organizaciones, son líderes en el empoderamiento de diversos grupos para que se involucren en el desarrollo de soluciones únicas, culturalmente sensibles y sostenibles a los problemas generalizados de inequidad que afectan a la salud y el bienestar de las personas en Oregón. Una parte clave de su trabajo es ayudar a las diversas comunidades a desarrollar su capacidad para trabajar con los responsables de la toma de decisiones, las CCO y otros sistemas de salud para abordar las inequidades sistémicas en las normas, el sistema y el cambio de entorno, que son barreras para que las comunidades alcancen su pleno potencial de salud.

El grupo de trabajo de la OHA/RHEC se reunió 12 veces entre mayo y julio de 2021 para desarrollar estrategias con el fin de elaborar un modelo para trasladar el poder y los recursos a la comunidad. Al reconocer que el proceso puede ser tan importante como el resultado, el trabajo implicó la construcción de relaciones y confianza, en particular para construir una mayor confianza entre las organizaciones comunitarias y el gobierno, nombrando algunos de los valores que mantenemos al llevar a cabo el trabajo conjunto a través del desarrollo de acuerdos de grupo, compartiendo las necesidades para lograr con éxito el trabajo conjunto, aclarando las funciones y el alcance del trabajo, y acordando los principios rectores para asegurar que el modelo fue diseñado para lograr los objetivos de equidad en salud, incluida la inversión en las comunidades raciales, culturales y desatendidas.

#### *Consejos asesores comunitarios*

Desde 2012, los estatutos exigen que cada CCO convoque y ponga en funcionamiento un consejo asesor comunitario (community advisory council, CAC) para supervisar la evaluación de la salud de la comunidad (community health assessment, CHA) y el plan de mejora de la salud de la comunidad (community health improvement plan, CHP) y para garantizar que se aborden las necesidades de atención médica de los consumidores y de la comunidad. Al menos la mitad de los miembros de cada CAC deben ser miembros de la CCO.

También se anima a las CCO a que se asocien con organizaciones locales culturalmente específicas y entidades comunitarias, como la Coalición Regional de Equidad de la Salud de Oregón (RHEC) (consulte el Anexo A). En el marco de su más reciente adquisición de CCO, Oregón tomó medidas para reforzar las funciones de asesoramiento de los CAC y aumentar la representación y la diversidad de la comunidad en los CAC. Sin embargo, los CAC siguen siendo comités asesores de las CCO, con una influencia variable en la toma de decisiones.

#### *Colaboraciones de inversión comunitaria*

Ahora, Oregón solicitará inversiones federales en colaboraciones dirigidas por la comunidad que dirijan las inversiones en equidad de la salud. Oregón ya ha sentado las bases para apoyar esta estrategia: La ley HB 3353 pretende permitir a las comunidades dirigir una parte de los fondos de Medicaid para abordar la atención médica y los factores sociales que más contribuyen a las inequidades de salud.

De acuerdo con esta legislación, Oregón, en estrecha colaboración con las RHEC de la comunidad, diseñó un programa piloto para crear y dotar de recursos a nuevas colaboraciones de inversión comunitaria (community investment collaboratives, CIC). Estas asociaciones dirigidas por la comunidad se centrarán en las poblaciones y comunidades más perjudicadas por las injusticias históricas y contemporáneas y las inequidades en materia de salud, incluidas, entre otras, las nueve tribus y comunidades tribales reconocidas por el gobierno federal de Oregón; las poblaciones latinas, negras/afroamericanas, asiáticas, de las islas del Pacífico y de los indígenas americanos/nativos de Alaska, y otras comunidades de color; las personas con discapacidades; las personas con un dominio limitado del inglés; y las comunidades de inmigrantes y refugiados.

Si bien abordar las causas profundas de la inequidad de la salud causada por la supremacía blanca es una empresa relativamente nueva para el sistema de atención médica, las RHEC y las organizaciones de base comunitaria (community-based organizations, CBO), incluidas las organizaciones de servicios sociales y las organizaciones culturalmente específicas, llevan mucho tiempo mitigando las inequidades y abordando los determinantes sociales de la salud. A medida que las CCO continúan ampliando su trabajo para abordar las necesidades sociales de los miembros del OHP, la equidad en la salud y los determinantes sociales de la salud de la comunidad, es fundamental que Oregón apoye a las CBO históricamente subatendidas como socios fuertes y líderes en ese esfuerzo.

### Ahorros federales

Oregón ha estado trabajando para contener los costos de la atención médica en Medicaid y en otros mercados. En virtud de sus renovaciones de demostración en 2012 y 2017, Oregón se comprometió a reducir la tasa de crecimiento del gasto de Medicaid por cada miembro por mes (per member per month, PMPM) en dos puntos porcentuales, de un promedio nacional proyectado de 5.4 por ciento al 3.4 por ciento. Hasta la fecha, Oregón ha logrado cumplir este compromiso, y la contención de los costos sigue siendo una prioridad absoluta para el estado. Oregón ha cumplido este objetivo a través de su innovador modelo de reforma del sistema de salud, las CCO, que están incentivadas para mantener la prestación de atención de alta calidad al tiempo que reducen la tasa de crecimiento de los costos.

En 2021, Oregón amplió este modelo, aplicando a todos los mercados un objetivo de crecimiento sostenible de los costos de atención médica estatal. Este objetivo limita el crecimiento anual de los costos de atención médica per cápita en todo el estado al 3.4 por ciento para 2021 a 2025 y al 3.0 por ciento para 2026 a 2030. Oregón prevé un ahorro significativo en todos los mercados. Oregón podría ahorrar 19,000 millones de dólares en costos de atención médica de Medicaid, Medicare y comercial durante los próximos 7 años, como se muestra en la Figura 1.

Al reducir el gasto de los planes de salud calificados, este programa de crecimiento sostenible de los costos de la atención médica puede dar lugar a primas más bajas para los transportistas comerciales, incluidos los del Mercado, lo que conduce a un ahorro federal adicional en los Créditos Fiscales Anticipados para las Primas.

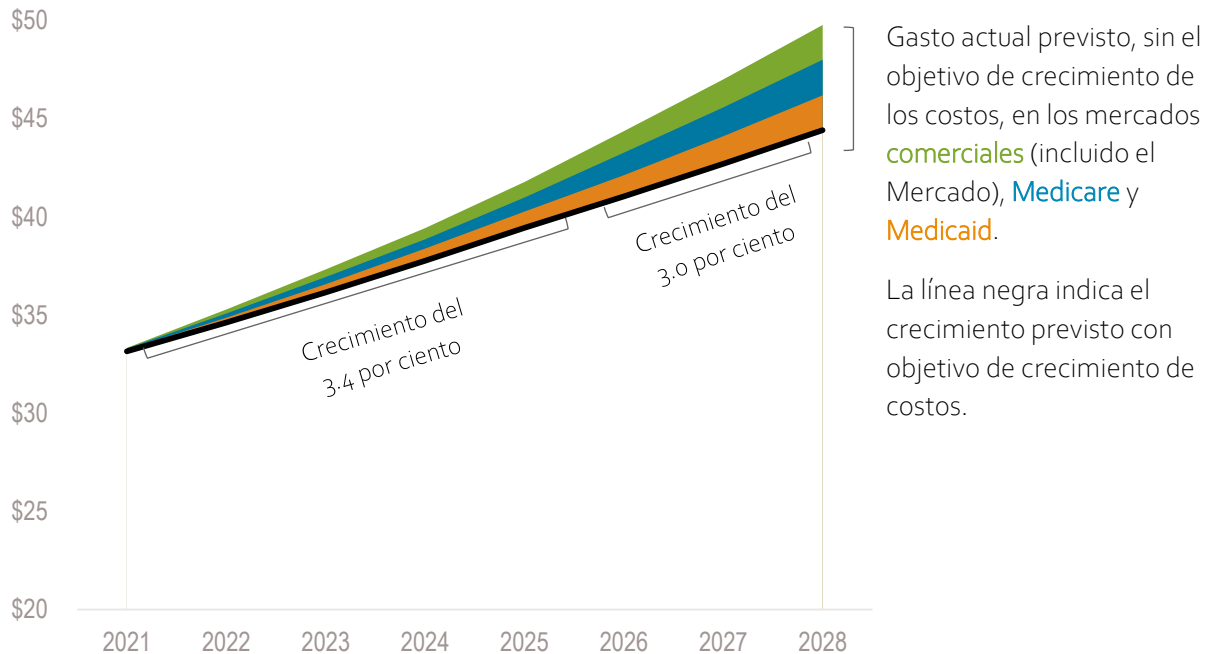
Por último, Oregón tiene una proporción relativamente alta de miembros de Medicare en los planes de Medicare Advantage: 47 por ciento en Oregón en comparación con el 38 por ciento nacional. Dado que

el nuevo límite de gasto se aplica a todos los mercados, el gobierno federal puede esperar ver ahorros adicionales entre los planes de Medicare Advantage que se acumulan al gobierno federal.

Figura 1

**El objetivo de crecimiento de costos de Oregón podría ahorrar 19,000 millones de dólares en costos de atención médica de Medicaid, Medicare y comercial en los próximos 7 años.<sup>7</sup>**

Las cifras en dólares están en miles de millones



### Estrategias propuestas

Para que Oregón comience a rectificar las injusticias históricas y contemporáneas que son la causa fundamental de las inequidades en materia de salud, debemos realizar inversiones nuevas y centradas fuera de los muros de los centros de atención médica. Estas inversiones también deben cambiar el poder de decisión y los recursos para dirigir estas inversiones a las comunidades más perjudicadas por las injusticias sociales.

Con el apoyo de los CMS, Oregón puede aumentar las inversiones en equidad de la salud y apoyar modelos sólidos de gobernanza comunitaria en todo el estado. Oregón anticipa que estas inversiones mejorarán los determinantes sociales de la salud, lo que se traducirá en una mejora de los resultados de

<sup>7</sup> Fuente de los datos: CMS National Health Care Expenditures

salud para los más perjudicados por el racismo sistémico y la injusticia social, así como en un ahorro de costos para el estado y el gobierno federal.

**Oregón solicita nuevas inversiones federales centradas en la mejora de la equidad de la salud, que incluyan financiación para lo siguiente:**

1. Crear infraestructuras para apoyar las intervenciones en materia de equidad de la salud.
2. Apoyar las intervenciones de equidad de la salud dirigidas por la comunidad y las iniciativas estatales.
3. Conceder a los colaboradores dirigidos por la comunidad recursos para invertir en la equidad de la salud.

Para llevar a cabo esta inversión federal, Oregón solicita las siguientes autoridades de gasto:

- a. Autoridad de gasto para utilizar la contrapartida federal de los fondos de Medicaid gastados para abordar los Determinantes Sociales de la Salud (SDOH) para los miembros del OHP que experimentan transiciones o interrupciones de vida específicas, tal y como se describe en el documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions*.
- b. Autoridad para contar las inversiones de la CCO en la equidad de la salud requeridas por la HB 3353 y según lo descrito en el documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions*, como reclamaciones médicas o gastos de mejora de la calidad para efectos de la fijación de tarifas de la CCO.

---

*“Las personas que ya están trabajando y lo han estado haciendo durante tanto tiempo... No es necesario que haya un nuevo plan estratégico. Creo que se debe reunir en la mesa a todos aquellos que ya tienen planes y decir: ‘Está bien, ¿cómo podemos animarlos a todos aquellos que ya están trabajando?’ Creo que el trabajo que OHA puede hacer como institución es defender a las organizaciones que ya están trabajando”.*

*Aporte de la comunidad del Plan Estratégico de la OHA*

---

## **1. Invertir fondos federales en infraestructura para apoyar las intervenciones de equidad de la salud**

### **a. Crear capacidad para las inversiones en equidad de la salud dirigidas por la comunidad**

Oregón solicita una inversión federal para apoyar el desarrollo de capacidades entre los colaboradores de inversión comunitaria (CIC) y mejorar su capacidad para dirigir y gestionar inversiones a gran escala.

Aunque Oregón espera que los CIC aprovechen las organizaciones y los esfuerzos existentes en muchas comunidades, la realidad es que las organizaciones comunitarias cuentan con recursos crónicamente insuficientes en comparación con las organizaciones de atención médica. Otros estados y comunidades han considerado esencial proporcionar financiación y recursos



para el desarrollo de capacidades a las CBO para que se asocien con las organizaciones de atención médica.<sup>9</sup>

**b. Dotar de recursos a la infraestructura estatal para apoyar las inversiones en equidad de la salud dirigidas por la comunidad**

Además de dirigir la inversión federal hacia los CIC, Oregon solicita fondos federales para la infraestructura estatal de apoyo al programa de los CIC y para la comunicación intersectorial en general. La inversión federal para los CIC podría incluir, por ejemplo, la ayuda técnica para apoyar el proceso de subvención de los CIC o el apoyo a la colaboración entre los CIC con intervenciones similares. Si bien los CIC coordinan las intervenciones locales, también será necesario contar con sistemas estatales que apoyen a las comunidades para abordar las inequidades de la salud fuera del programa de los CIC.

## **2. Invertir fondos federales en intervenciones de equidad de la salud dirigidas por la comunidad y en iniciativas estatales**

**a. La inversión de las CCO en fondos gestionados por la comunidad debe contar como gastos médicos y de mejora de la calidad**

Una vez que los CIC hayan desarrollado una infraestructura suficiente para asumir la responsabilidad financiera, gestionarán los fondos comunitarios de las CCO (según la HB 3353). Como se discute en el documento conceptual *Value-based Global Budgets*, las CCO de Oregon tienen actualmente la flexibilidad en sus presupuestos para gastar en la equidad de la salud y los determinantes sociales de la salud, incluso a través de los servicios relacionados con la salud (health-related services, HRS) y el Apoyo a la Salud para todos a través de REinvestment: the SHARE Initiative.<sup>10</sup> Sin embargo, el gasto en servicios relacionados con la salud sigue siendo bajo (0.7 por ciento en promedio), teniendo en cuenta el impacto potencial que las inversiones en necesidades sociales relacionadas con la salud podrían tener en los resultados de salud. Como se menciona en los antecedentes, la ley HB 3353 exige a la OHA que solicite la aprobación de los

---

<sup>9</sup> Las exenciones de demostración 1115(a) recientes en varios otros estados, como Carolina del Norte y Massachusetts, han incluido financiamiento para el desarrollo de capacidades/infraestructura para organizaciones comunitarias o de servicios sociales que se asocian con la atención médica. Un estudio de caso de organizaciones comunitarias que participan en el programa DSRIP de Nueva York identificó la “creación de capacidad” como una necesidad clave para “nivelar el campo de juego” entre las CBO y las organizaciones de atención médica. *Consulte* Achieving Health Equity and Wellness for Medicaid Populations: A Case Study of Community-Based Organization (CBO) Engagement in the Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP) Program, [https://academyhealth.org/sites/default/files/achieving\\_health\\_equity\\_medicaid\\_cbos\\_april2019.pdf](https://academyhealth.org/sites/default/files/achieving_health_equity_medicaid_cbos_april2019.pdf)

<sup>10</sup> La iniciativa SHARE surge de una exigencia legislativa para que las organizaciones de atención coordinada inviertan parte de sus ganancias en sus comunidades. Después de cumplir unas normas financieras mínimas, las CCO deben gastar una parte de sus ingresos netos o de sus reservas en servicios para abordar las inequidades de la salud y los determinantes sociales de la salud y la equidad. Para obtener más información, visite <https://www.oregon.gov/oha/HPA/dsi-tc/Pages/SHARE.aspx>

CMS para que el 3 por ciento de los presupuestos globales basados en el valor de la CCO se dirijan a mejorar las inequidades de la salud y se contabilicen como gastos médicos y de mejora de la calidad.

### 3. Conceder a las colaboraciones dirigidas por la comunidad recursos para invertir en la equidad de la salud

#### a. Oregón solicita una inversión federal adicional para apoyar las subvenciones de inversión en equidad de la salud (health equity investment, HEI), fondos que se ponen a disposición de los CIC directamente a través de un proceso gestionado por el estado.

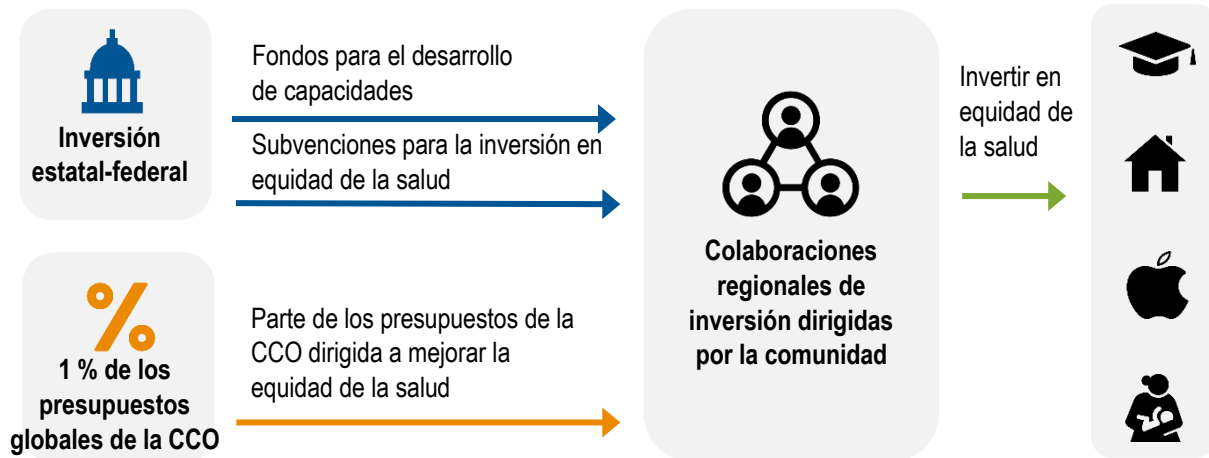
Lo ideal sería que el proceso de subvención no fuera competitivo, ni se limitara a un pequeño número de premios, ni fuera prescriptivo sobre los temas que se deben abordar. Las subvenciones HEI permitirían a los CIC calificados invertir más en abordar las inequidades de la salud que afectan a los miembros locales de Medicaid y a sus familias.

Las propuestas de subvenciones HEI identificarán la población atendida y las inversiones previstas, que deberán basarse en primer lugar en las pruebas empíricas y comunitarias disponibles, así como en las evaluaciones de salud de la comunidad local y los planes de mejora de la salud de la comunidad.<sup>11</sup> Algunos ejemplos de HEI propuestas podrían ser la ampliación de la disponibilidad de apoyos y servicios de vivienda; la mejora de los espacios verdes y la realización de mejoras en el entorno construido; el aumento del acceso a los apoyos sociales y de salud mental; el desmantelamiento del racismo estructural, como los esfuerzos para ampliar una fuerza de trabajo cultural y lingüísticamente receptiva; o el cuidado infantil asequible. Además, en función de las necesidades de una comunidad, HEI puede enfocar las intervenciones en una población específica, como los niños y las familias, especialmente de poblaciones prioritarias. Al permitir que las CIC inviertan en la variedad de apoyos que saben que son de la más alta prioridad, las subvenciones de HEI proporcionarán una agencia comunitaria y resiliencia. (Consulte el Anexo A para obtener más detalles sobre la ley HB 3353, los CIC y las subvenciones de las HEI).

---

<sup>11</sup> Incluidos datos cualitativos y cuantitativos como la raza, la etnia, el idioma, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y otros datos demográficos del censo; así como datos de las evaluaciones de necesidades iniciadas por la comunidad que explican las necesidades existentes y emergentes de la comunidad.

El modelo propuesto por Oregón forma **Colaboraciones de Inversión Comunitaria** para aprovechar múltiples fuentes de financiación\*.



\*Además de las inversiones del estado y de las CCO, las Colaboraciones de Inversión Dirigidas por la Comunidad regionales podrían aprovechar otros fondos del sistema de salud, como la financiación de los beneficios comunitarios de los hospitales, y la filantropía para las inversiones de equidad de salud en las comunidades.

### c. Invertir en iniciativas de equidad de la salud estatales

Además de invertir en intervenciones dirigidas por la comunidad, Oregón solicita inversiones en iniciativas estatales a gran escala para abordar la equidad de la salud. Por ejemplo, como se comenta en el documento conceptual *Improving Health Outcomes by Streamlining Life and Coverage Transitions*, Oregón busca inversión federal para modificar el OHP para apoyar a los miembros a través de las interrupciones de la cobertura y las transiciones de vida. El objetivo es abordar las brechas de la cobertura de Medicaid; extender la cobertura por un tiempo limitado; y proporcionar un conjunto definido de servicios de apoyo durante los periodos de transición (por ejemplo, el envejecimiento de la atención de acogida) o eventos climáticos perturbadores (por ejemplo, incendios forestales, calor). Dado que los residentes de Oregón que experimentan las transiciones de enfoque provienen desproporcionadamente de poblaciones y comunidades que han sido más perjudicadas por las injusticias históricas y contemporáneas y las inequidades de la salud, estas iniciativas serán fundamentales para avanzar en la equidad de la salud en el estado.

## Qué significarían estas normas para los miembros del OHP

Los miembros del OHP que experimentan injusticias históricas y contemporáneas participarán en el diseño (o delegarán en otras organizaciones comunitarias y defensores para diseñar) un proceso para establecer Colaboraciones de Inversión Comunitaria en el estado.

El objetivo de este concepto es que los miembros del OHP y otros miembros del público que provienen de los grupos más perjudicados por las injusticias históricas y contemporáneas experimenten una mejora en la salud como resultado de las intervenciones de equidad en la salud dirigidas por la comunidad. Este concepto va más allá de la idea de participación de la comunidad y se dirige hacia el compromiso de la comunidad en la toma de decisiones sobre la inversión de recursos. El objetivo es el empoderamiento de la comunidad, la mejora de la salud de sus miembros y, en última instancia, la eliminación de las inequidades de la salud.

# Proyecto de ley 3353 de la Cámara de Oregón (2021)

Para lograr un cambio significativo se requiere algo más que mejorar la toma de decisiones y la dirección de la comunidad en el modelo de CCO: también se requiere aprovechar las ideas que han surgido directamente de las comunidades y colaborar directamente con las comunidades históricamente desatendidas para construir un nuevo modelo. Para ello, las estrategias que sustentan la renovación de la exención de demostración 1115(a) de Oregón se crearon conjuntamente mediante un proceso único impulsado por la comunidad.

## Antecedentes

En julio de 2011, la OHA estableció la iniciativa de la Coalición Regional de Equidad de Salud (RHEC). Las RHEC son líderes en el empoderamiento de diversos grupos para que se involucren en el desarrollo de soluciones únicas, culturalmente apropiadas y sostenibles para los problemas generalizados de inequidad que afectan la salud y el bienestar de las personas en Oregón. Las RHEC trabajan para identificar los problemas de equidad de la salud más acuciantes en el estado y encontrar soluciones creativas para abordar las causas fundamentales de las barreras a la salud y el bienestar mediante cambios en las normas, los sistemas y los entornos. Una parte clave de su trabajo incluye ayudar a las comunidades racial y étnicamente diversas a desarrollar su capacidad para trabajar con los responsables de la toma de decisiones, las CCO y otros sistemas de salud para abordar las inequidades sistémicas de normas, sistemas y entornos y reducir las barreras para que las personas y las familias alcancen su pleno potencial de salud.

*Actualmente, seis RHEC llegan a 11 de los 36 condados de Oregón y las tribus confederadas de Warm Springs. En 2021, la asamblea legislativa de Oregón aprobó el proyecto de ley 70 del Senado, que dotará de recursos a otras cuatro RHEC, con el objetivo de alcanzar una cobertura estatal en los próximos años.*

Las RHEC se dirigieron a la OHA con una propuesta para la renovación de la exención de demostración 1115(a) y trabajaron estrechamente con la legislatura para informar el diseño de la HB 3353. Posteriormente, la OHA y la dirección de las RHEC formaron el grupo de trabajo de los fondos gestionados por la comunidad para desarrollar la intención de la ley HB 3353, informar sobre el contenido pertinente de la renovación de la exención de demostración 1115(a) y aumentar la responsabilidad ante las comunidades históricamente oprimidas haciendo hincapié en el papel de la

comunidad en la identificación de las inequidades y la toma de decisiones de inversión para abordarlas.<sup>12</sup>

### HB 3353

Como se discute en el documento conceptual *Value-Based Global Budgets*, las CCO de Oregón tienen la flexibilidad en sus presupuestos para gastar en la equidad de la salud y los determinantes sociales de la salud, incluso a través de los servicios relacionados con la salud (HRS) y la Iniciativa SHARE.<sup>13</sup> Sin embargo, el gasto en servicios relacionados con la salud sigue siendo bajo (0.7 por ciento en promedio), teniendo en cuenta el impacto potencial que las inversiones en necesidades sociales relacionadas con la salud podrían tener en los resultados de salud. El proyecto de ley exige a la OHA que solicite la aprobación de los CMS para que el 3 por ciento de los presupuestos globales basados en el valor de la CCO dirigidos a mejorar las inequidades de la salud se contabilicen como gastos médicos.

A partir de 2020, las RHEC de Oregón colaboraron con las CCO y la legislatura para desarrollar el proyecto de ley HB 3353, que posteriormente se aprobó en 2021 con un apoyo de casi el 90 %. Los elementos clave del proyecto de ley incluyen los siguientes:

- Al menos el 3 por ciento de los presupuestos globales de las CCO se dirigirán a inversiones en equidad de la salud, determinantes sociales de la salud y una fuerza de trabajo culturalmente receptiva con un enfoque en las poblaciones prioritarias, incluidas, entre otras, las nueve tribus reconocidas federalmente de Oregón y las comunidades tribales; las poblaciones latinas, negras/afroamericanas, asiáticas, de las islas del Pacífico y nativas americanas/de Alaska y otras comunidades de color; las personas con discapacidades; las personas con un dominio limitado del inglés; y las comunidades de inmigrantes y refugiados.
- Aumentar la responsabilidad ante las comunidades y la supervisión del gasto por parte de estas.

---

<sup>12</sup> El grupo de trabajo de los Fondos Administrados por la Comunidad de la OHA/RHEC se reunió 12 veces entre mayo y julio para desarrollar estrategias con el fin de elaborar un modelo para trasladar el poder y los recursos a la comunidad. Al reconocer que el proceso puede ser tan importante como el resultado, el trabajo implicó la construcción de relaciones y confianza, en particular para construir una mayor confianza entre las organizaciones comunitarias y el gobierno, nombrando algunos de los valores que mantenemos al llevar a cabo el trabajo conjunto a través del desarrollo de acuerdos de grupo, compartiendo las necesidades para lograr con éxito el trabajo conjunto, aclarando las funciones y el alcance del trabajo, y acordando los principios rectores para asegurar que el modelo fue diseñado para lograr los objetivos de equidad en salud, incluida la inversión en las comunidades raciales, culturales y desatendidas.

<sup>13</sup> *Ibíd.* Nota al pie 10.

- Adoptar métodos de evaluación que utilicen enfoques basados en los puntos fuertes y datos cualitativos.

### Implementación: Gobernanza

A partir de los requisitos de la ley HB 3353, Oregón propone desarrollar una estructura de supervisión de dos niveles para las inversiones en equidad de la salud de las CCO:

Un **comité de supervisión estatal**, tal y como exige la ley HB 3353, estará compuesto por “miembros que representen la diversidad regional y demográfica de este estado en base a las pruebas estadísticas recopiladas por la autoridad sobre los receptores de ayuda médica y al menos un representante de las nueve tribus reconocidas federalmente en este estado o de los programas de salud para indígenas urbanos”.<sup>14</sup> El comité de supervisión estatal se encargará de elaborar los criterios de gasto necesarios y de asesorar sobre una solicitud de propuestas (Request for Proposals, RFP) para las Colaboraciones de inversión comunitaria, la resolución de conflictos<sup>15</sup> y la evaluación.

**Las Colaboraciones de Inversión Comunitaria (CIC)** regionales se formarán como entidades de colaboración integradas por representantes de diversos grupos de las comunidades locales, incluidos socios como las RHEC, organizaciones de base comunitaria culturalmente específicas que no reproduzcan los procesos perjudiciales de la cultura dominante en la región, los consejos de salud de las CCO u otros organismos comunitarios; las CCO y los consejos asesores comunitarios; los hospitales locales y las autoridades locales de salud pública. Cada CIC identificará una entidad líder, un consejo comunitario y un administrador de fondos/reportes. (Una misma entidad podría desempeñar varias funciones).

Los CIC estarán dirigidos por la comunidad e idealmente aprovecharán los esfuerzos comunitarios existentes, como las RHEC y los consejos de salud de las CCO, si estas entidades cumplen los criterios establecidos por el comité de supervisión y la OHA. Para cambiar significativamente el poder y la autoridad de toma de decisiones, Oregón espera establecer criterios para que las entidades líderes sean representativas y sirvan a las poblaciones prioritarias<sup>16</sup> que experimentan las mayores inequidades de salud. Dado que las agencias y organizaciones de cultura dominante pueden perpetuar las inequidades debido a las barreras estructurales históricas y actuales, se considerarán como socios potenciales que pueden ayudar a apoyar y defender los objetivos de la entidad comunitaria, pero no deben considerarse como una entidad líder para la toma de decisiones. Por lo tanto, se espera que las CCO sean socios de los CIC, pero las CCO y los socios del sistema de salud no podrán ser una entidad principal.

---

<sup>14</sup> *Ibíd.* Nota al pie 2.

<sup>15</sup> Según la ley HB 3353, el comité de supervisión se encarga de resolver las disputas entre la OHA y las CCO en cuanto a lo que se considera un gasto adecuado.

<sup>16</sup> Las poblaciones prioritarias son, entre otras, las nueve tribus y comunidades tribales reconocidas por el gobierno federal de Oregón; las poblaciones latinas, negras/afroamericanas, asiáticas, de las islas del Pacífico, indígenas americanas/nativas de Alaska y otras comunidades de color; las personas con discapacidades; las personas con un dominio limitado del inglés; y los inmigrantes y comunidades de refugiados.

En el modelo RHEC, un enfoque similar ha permitido a las RHEC establecer enfoques más equitativos de gobernanza que dan más voz y poder a las comunidades racial y étnicamente diversas.

Los CIC establecerán subcriterios para el gasto regional en equidad de la salud; garantizarán que los planes dirigidos por la comunidad se tengan en cuenta en los criterios y las decisiones de inversión, incluidos los Planes de Mejora de la Salud de la Comunidad aprobados por los CAC; y serán responsables de invertir una parte del requisito de gasto del 3 por ciento de los CCO en iniciativas de equidad de la salud en sus comunidades locales.

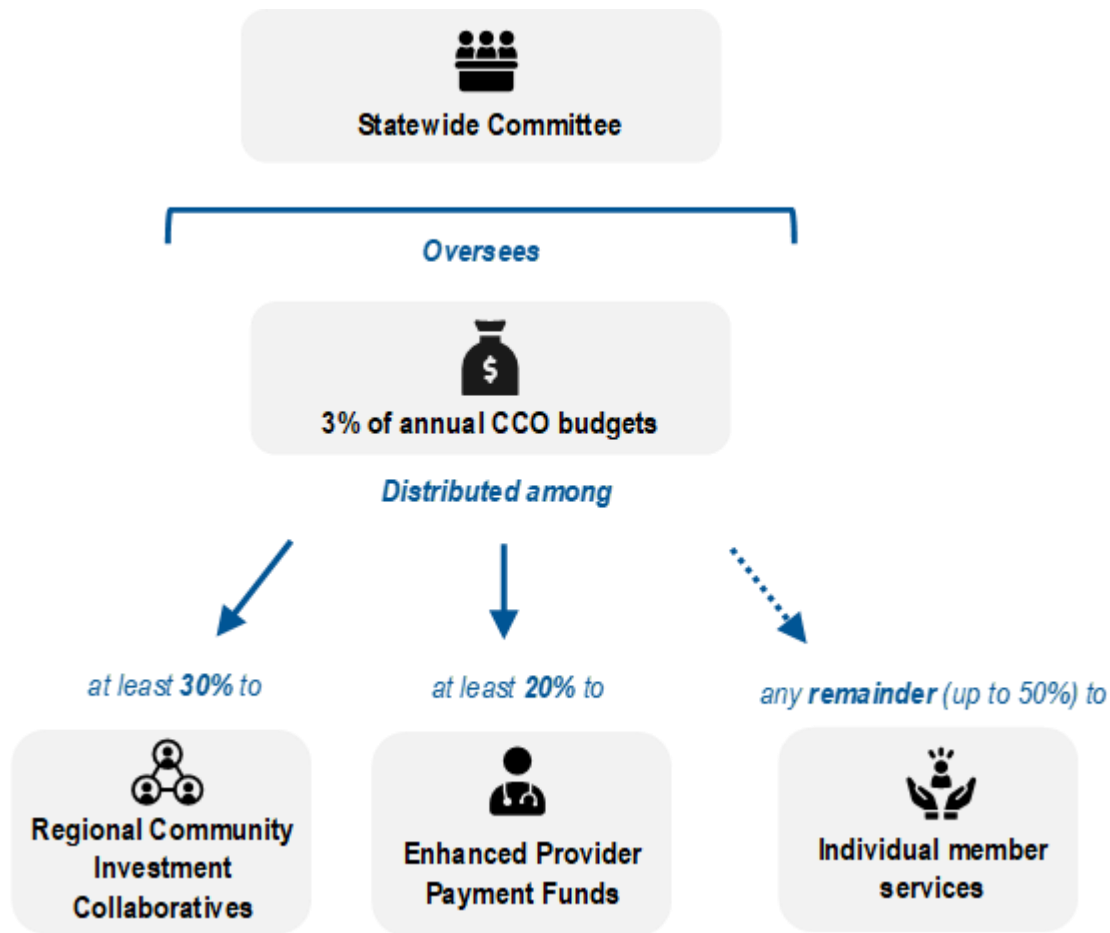
Lo ideal sería que los CIC estuvieran formados por organizaciones comunitarias y de servicios sociales ya existentes que sufren una escasez crónica de fondos en comparación con las organizaciones de atención de la salud. Los CIC necesitarán apoyo para los gastos administrativos, como la contratación y la formación del personal, la creación o la mejora de un consejo comunitario, el establecimiento de acuerdos iniciales entre la entidad principal y los gestores de la financiación y los informes, el establecimiento de acuerdos con las CCO, y la creación de la infraestructura y los sistemas de tecnología de la información necesarios para apoyar las inversiones comunitarias de forma continua. Como se ha descrito anteriormente en este documento conceptual, los CIC tendrán la oportunidad de solicitar financiación para el desarrollo de capacidades. A medida que los CIC se establezcan, también podrán calificar para la financiación de los gastos administrativos y operativos en curso, la ayuda técnica específica de la OHA y la financiación competitiva de las “Inversiones en equidad de las salud” para seguir mejorando la equidad de la salud en sus comunidades.

### Implementación: Gasto

Oregón tiene previsto establecer tres tipos de gastos más amplios para abarcar los tipos de gastos descritos en la ley HB 3353:

1. **El 30 por ciento del 3 por ciento** (~1 por ciento de los presupuestos globales de las CCO) se destinaría a programas y servicios para mejorar la equidad de la salud en las poblaciones raciales, culturales y desatendidas. Estas inversiones comunitarias se dirigirían a los CIC.
2. Las CCO estarían obligadas a dedicar al menos el **20 por ciento del 3 por ciento** (~0.6 por ciento de los presupuestos globales) a un **fondo de mejora de pagos a proveedores** designado para la salud conductual, los servicios cultural y lingüísticamente sensibles, y los proveedores que ofrecen servicios basados en pares (como los Trabajadores de la Salud Tradicionales).
3. Los **fondos restantes** del 3 por ciento serían **flexibles y responderían a las necesidades de la comunidad** y podrían destinarse a cualquiera de los tres tipos generales de financiación de la equidad de la salud: servicios individuales para los miembros del OHP, inversiones adicionales comunitarios o pagos adicionales mejorados a los proveedores.





### Implementación: Operaciones

**Etapa 1:** El Comité de Supervisión Estatal prescrito por la HB 3353 desarrollará los criterios del CIC y asesorará a la OHA sobre un proceso de solicitud de información (RFI) para obtener información sobre qué entidades comunitarias tienen la intención de asociarse para formar los CIC.

Los criterios especificarán lo siguiente:

- Los requisitos para las organizaciones que componen los CIC, que probablemente incluirán, entre otros: comprender representantes de diversos grupos de las comunidades locales, incluidos socios como RHEC, CBO culturalmente específicos que no reproduzcan los procesos perjudiciales de la cultura dominante en la región, consejos de salud de la CCO, u otros organismos comunitarios; CCO y Consejos asesores comunitarios; hospitales locales; y autoridades locales de salud pública.

- Las organizaciones líderes de los CIC deben representar, servir y estar compuestas por poblaciones prioritarias, incluidas, entre otras, las nueve tribus y comunidades tribales reconocidas por el gobierno federal de Oregón; poblaciones latinas, negras/afroamericanas, asiáticas, de las islas del Pacífico y nativas de Alaska/americanas y otras comunidades de color; personas con discapacidades; personas con un dominio limitado del inglés; e inmigrantes y comunidades de refugiados.
- Los CIC deben ser capaces de asumir la responsabilidad fiscal (que será apoyada por las subvenciones para el desarrollo de capacidades; consulte más adelante).
- El importe mínimo en dólares que puede solicitarse tanto para las subvenciones para el desarrollo de capacidades como para las subvenciones para las HEI (consulte más abajo).

El RFI proporcionará información sobre lo siguiente:

- Qué entidades comunitarias desean formar CIC, sus límites geográficos y su alcance demográfico.
- Qué partes del estado están representadas por los CIC, incluido si hay al menos uno en cada área de CCO y si alguno de los CIC propuestos se solapa.
- Si la OHA necesita llevar a cabo una divulgación específica para apoyar el diseño y el desarrollo de los CIC. Por ejemplo, si la solicitud de información muestra que hay CIC que se solapan, la OHA puede sugerir que los CIC combinen sus esfuerzos, o puede determinar que es apropiado solapar los CIC. Por el contrario, si el RFI indica que algunas regiones de CCO carecen de un CIC, la OHA, en colaboración con el Comité de Supervisión Estatal HB 3353, podría participar en conversaciones locales para apoyar el desarrollo de un CIC.

**Etapas 2:** Los CIC pueden solicitar una subvención para el desarrollo de la capacidad, que hará lo siguiente:

- Financiar el trabajo administrativo, el desarrollo de capacidades y la ayuda técnica para que los CIC construyan sus redes de CBO y desarrollen su liderazgo interno.
- Financiar el intercambio de información comunitaria u otras necesidades tecnológicas para facilitar la comunicación intersectorial.
- Proporcionar ayuda técnica y recursos para construir la infraestructura de los CIC para que puedan aceptar y administrar la financiación de la CCO, las subvenciones de la Inversión en Equidad de la Salud (consulte más abajo) y la posible financiación de otras fuentes (por ejemplo, el beneficio comunitario de los hospitales, otra financiación gubernamental o la filantropía).

**Etapas 3:** Los CIC pueden solicitar una subvención de inversión en equidad de la salud (HEI), que el CIC utilizará para financiar estrategias identificadas por la comunidad para abordar las inequidades.

Las propuestas de subvenciones HEI identificarán la población atendida y las inversiones previstas, que deberán basarse en primer lugar en las pruebas empíricas y comunitarias disponibles, así como en las

evaluaciones de salud de la comunidad local y los planes de mejora de la salud de la comunidad.<sup>17</sup> Algunos ejemplos de IES propuestas podrían ser la potenciación de los espacios verdes y la realización de mejoras en el entorno construido; el aumento del acceso a los apoyos sociales y de salud mental; el desmantelamiento del racismo estructural, como los esfuerzos por ampliar una mano de obra cultural y lingüísticamente receptiva; y la ampliación de la disponibilidad de viviendas o de guarderías asequibles. Además, en función de las necesidades de una comunidad, HEI puede enfocar las intervenciones en una población específica, como los niños y las familias, especialmente de poblaciones prioritarias. Al permitir que las CIC inviertan en la variedad de apoyos que saben que son de la más alta prioridad, las subvenciones de HEI proporcionarán una agencia comunitaria y resiliencia.

Por ejemplo, abordar los factores relacionados con el cambio climático puede ser una prioridad para algunas comunidades de Oregón. El cambio climático (un factor importante en la temporada de incendios forestales sin precedentes de Oregón de 2020 y el evento de domo de calor extremo de 2021) suele afectar de manera desproporcionada a las comunidades de color debido a las condiciones del vecindario y la segregación residencial,<sup>18</sup> una parte desproporcionada de las condiciones crónicas<sup>19</sup> y otros factores. Los incendios forestales de Oregón de 2020 diezmaron las comunidades en todo el estado, incluidas las de Talent y Phoenix, donde el 90 por ciento eran latinos/as. El aumento de los espacios verdes y otras mejoras de los entornos construidos, como la vivienda resiliente con el clima, puede mejorar el impacto del cambio climático. Además, las pruebas que relacionan el tiempo al aire libre con una mejor salud mental y cohesión social son sustanciales.<sup>20</sup>

Hay que tener en cuenta que no habrá un número predeterminado de subvenciones a las HEI; esto dependerá del número de CIC que se presenten y de la cantidad de fondos disponibles. Las inversiones se evaluarán utilizando métodos que pueden incluir pruebas basadas en la práctica o en la comunidad, centrándose en los esfuerzos de evaluación dirigidos por la comunidad, como la investigación participativa basada en la comunidad (community-based participatory research, CBPR), siempre que sea posible. La CBPR implica que los investigadores y la comunidad participen como socios en igualdad

---

<sup>17</sup> Incluidos datos cualitativos y cuantitativos como REALD, SOGI y otros datos demográficos del censo; así como datos de evaluaciones de necesidades iniciadas por la comunidad que explican las necesidades existentes y emergentes de la comunidad.

<sup>18</sup> Consulte, por ejemplo, [Jesdale BM, Morello-Frosch R, Cushing L. 2013. The racial/ethnic distribution of heat risk-related land cover in relation to residential segregation. \*Environ Health Perspect\* 121\(7\):811–817, PMID: 23694846, 10.1289/ehp.1205919. \[Link, Google Scholar\]\(#\) ; \[Davies IP, Haugo RD, Robertson JC, Levin PS \\(2018\\) The unequal vulnerability of communities of color to wildfire. \\*PLoS ONE\\* 13\\(11\\): e0205825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205825>\]\(#\)](#)

<sup>19</sup> Daw, J. 2017. Contribution of four comorbid conditions to racial/ethnic disparities in mortality risk. *American Journal of Preventive Medicine*. 52(1) supplement 1: S95-S102. [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(16\)30322-1/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(16)30322-1/fulltext)

<sup>20</sup> <https://willamettepartnership.org/wp-content/uploads/2014/06/HealthFramework-Final-Reduced.pdf>

de condiciones en todas las etapas del proceso de investigación y puede ser una estrategia para mejorar la recopilación e interpretación de datos, al tiempo que se promueve la salud de la comunidad y se abordan las inequidades de la salud.<sup>21</sup>

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Comuníquese con el Programa de socio comunitario de extensión en [community.outreach@dhsosha.state.or.us](mailto:community.outreach@dhsosha.state.or.us) o bien llame al 1-833-647-3678. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión o puede marcar el 711.

---

<sup>21</sup> Consulte, por ejemplo, Salimi Y., Shahandeh K., Malekafzali H., Loori N., Kheiltash A., Jamshidi E., Majdzadeh R. Is Community-based Participatory Research (CBPR) Useful? A Systematic Review on Papers in a Decade. *Int. J. Prev. Med.* 2012;3:386–393.  
<https://www.ahrq.gov/research/findings/factsheets/minority/cbprbrief/index.html>