



## Informe resumido y análisis de devoluciones sobre el compromiso con las comunicaciones v4.0

### Contenido

- Contents ..... 1
- Introducción ..... 2
  - *Exención 1115 de Oregon: historia* ..... 2
- Revisiones de este informe ..... 3
- Enfoque ..... 3
- Análisis de participantes ..... 5
  - *Reflejo de la voz del socio tribal* ..... 6
  - *Reflejo de la voz del miembro/comunidad* ..... 8
  - *Reflejo de las inquietudes o aportes de la CCO* ..... 8
- General: resumen y análisis ..... 10
  - *Proceso de exención* ..... 10
- Objetivo n.º 1: Mejorar los resultados de salud mediante la agilización de las transiciones vitales y de cobertura ..... 12
  - *Disparidades de salud y acceso a la atención* ..... 12
  - *Coordinación de la atención* ..... 17
  - *Servicios cubiertos: servicios médicos y otros beneficios* ..... 18
  - *Servicios cubiertos: servicios de salud conductual* ..... 21
  - *Servicios cubiertos: servicios centrados en los determinantes sociales de la salud* ..... 23
  - *Una fuerza laboral sólida* ..... 26
- Objetivo n.º 2: Garantizar el acceso a la cobertura: resumen y análisis ..... 28
  - *Garantizar el acceso a la cobertura y a la inscripción* ..... 28
  - *Gobernanza y poder compartido* ..... 31
- Objetivo n.º 3: Gastos inteligentes y flexibles: resumen y análisis ..... 33
  - *Capitación* ..... 33
  - *Pago del proveedor e integridad del programa* ..... 36
  - *Alineación del pagador* ..... 37
  - *Datos/mediciones e incentivos/métricas* ..... 38
- Objetivo n.º 4: Reinversión focalizada de los ahorros del gobierno: resumen y análisis ..... 39
  - *Inversión* ..... 39
- Próximos pasos ..... 42

## Introducción

Este análisis resumido fue preparado por Myers and Stauffer para Oregon Health Authority (OHA) para sintetizar los comentarios y las preguntas recibidos durante varias reuniones y eventos permanentes para informar el desarrollo de la política de exención relacionada con la próxima generación de la exención 1115 de Oregon. Este análisis se basa en las devoluciones recopiladas desde el 10 de febrero de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Las reuniones incluyeron ejemplos como el Grupo de Trabajo Legislativo de Renovación de Exenciones del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP), los grupos de trabajo de la Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization, CCO), seminarios web del Programa de Alcance de Socios Comunitarios (CPOP, Community Partner Outreach Program), reuniones del Comité Asesor de Medicaid (Medicaid Advisory Committee, MAC) y reuniones del Comité Regional de Equidad en Salud (Regional Health Equity Committee, RHEC).

Para el desarrollo de esta exención, la OHA ha identificado cuatro objetivos clave con las estrategias correspondientes para lograr el objetivo general de “Progreso hacia la eliminación de las inequidades en salud”. El OHA describió las estrategias en los “documentos conceptuales” publicados el 1 de julio de 2021. Estos documentos conceptuales describen las estrategias de la política que el OHA propuso, incluida la renovación de la exención de Medicaid 1115. El OHA incluyó muchos de los temas clave planteados por socios en los documentos conceptuales originales y realizó revisiones adicionales en función de las devoluciones recibidas durante el período que abarca este informe.

## *Exención 1115 de Oregon: historia*

- ◆ Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) aprobaron inicialmente la demostración de la sección 1115 del Plan de Salud de Oregon por un período de 5 años a partir de 1994, lo que le permitió a Oregon expandir los criterios de elegibilidad de Medicaid y controlar los costos mediante el uso de atención administrada y una Lista Priorizada de Servicios de Salud.
- ◆ La exención de Oregon se ha renovado y ampliado muchas veces desde 1994; la más reciente fue en 2017.
- ◆ La renovación de 2012 estableció Organizaciones de Atención Coordinada (CCO) e inició la Transformación del Sistema de Salud.
- ◆ La renovación de 2017 se basó en ese modelo e incluyó objetivos que se reflejaron en la CCO 2.0, que fue la adquisición del estado para el siguiente contrato de atención administrada de Medicaid de cinco años.
- ◆ La exención actual vencerá en junio de 2022.

## Revisiones de este informe

Este informe es un resumen acumulativo de las devoluciones registradas hasta la fecha y se ha actualizado desde su lanzamiento inicial.<sup>1</sup> En la última versión del informe, proporcionamos resúmenes de temas clave y revisiones de los procesos y las políticas incluidas en la exención de Medicaid 1115, como respuesta a las devoluciones de las partes interesadas hasta el 30 de septiembre de 2021. Estos resúmenes destacan áreas específicas de las propuestas para la renovación de la exención de Medicaid 1115, las cuales abordan las devoluciones recibidas. También se proporcionan resúmenes de las áreas correspondientes a las devoluciones que no se abordaron a través de la autoridad de la exención 1115.

Muchos de los temas clave se abordan en los documentos conceptuales que componen las propuestas para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Los documentos conceptuales estarán disponibles en varios idiomas a partir del 1 de noviembre de 2021 y la versión preliminar de la solicitud estará disponible en inglés para su revisión pública a partir del 1 de diciembre de 2021, y otros formatos estarán disponibles si se solicitan. Se aceptarán comentarios públicos formales desde el 7 de diciembre de 2021 hasta el 7 de enero de 2022.

## Enfoque

Con los comentarios y las preguntas recopilados durante las sesiones de participación, se utilizó un análisis cualitativo para desarrollar códigos o etiquetas para etiquetar el texto para su análisis. Las citas y perspectivas de los participantes de la reunión se clasificaron con veinticinco (25) etiquetas distintas para todos los comentarios en el rastreador de devoluciones. Esto permite contar la frecuencia de comentarios e inquietudes similares. El texto codificado ahora se puede evaluar y priorizar más fácilmente para tomar acciones potenciales. La lista de etiquetas principales se desarrolló en combinación a través de etiquetas predefinidas de la OHA y las agregadas por Myers and Stauffer durante el proceso de revisión.

Luego, cada etiqueta se referenció a uno de los cuatro objetivos de exención o se colocó en una categoría general. Para respaldar un análisis adicional, Myers and Stauffer también identificó lo siguiente en el rastreador de devoluciones, según corresponda:

- ◆ Descriptores de audiencia más relevantes para la sesión de participación.
- ◆ Si la devolución fue un comentario o una pregunta.

---

<sup>1</sup> El lanzamiento público inicial el 2 de julio de 2021 capturó información desde el 10 de febrero de 2021 hasta el 3 de junio de 2021. El segundo lanzamiento público de este informe el 29 de julio de 2021 capturó información desde el 10 de febrero de 2021 hasta el 16 de julio de 2021. La tercera revisión capturó información desde el 10 de febrero de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021.



- ◆ Si la devolución se alineó con uno de los cuatro objetivos u ofreció detalles más específicos y orientados a la acción. En base a esto, un comentario se marcó como “estratégico” u “operativo”.
- ◆ Palabras clave adicionales o etiquetas secundarias.

Este análisis destaca los temas y patrones comunes que se ven a lo largo de los comentarios de las partes interesadas, agrupados por temas principales, y se refuerzan con los comentarios identificados para respaldar nuestro análisis. Los comentarios de este informe fueron elegidos para capturar ejemplos ilustrativos que apoyan o agregan matices al análisis proporcionado por el equipo de Myers and Stauffer, y no tienen la intención de reflejar una lista exhaustiva.

Se hicieron algunas ediciones leves en los comentarios para mejorar la legibilidad, como corregir errores tipográficos o agregar información contextual. Los comentarios y las preguntas originales se conservaron en el documento fuente principal. El documento fuente no siempre captura citas directas de las partes interesadas y, en cambio, puede ser una combinación de resúmenes y paráfrasis de lo que se dijo durante la participación de las partes interesadas. Como parte de todo proceso de actualización, Myers and Stauffer ha incorporado cambios que incluyen la adición de comentarios o preguntas que brindan matices adicionales y la eliminación de comentarios a favor de devoluciones más detalladas o claras. En algunos casos, los comentarios se han reagrupado o desglosado para aclarar temas de debate adicional durante los compromisos.

<b>Mejorar los resultados de salud mediante la agilización de las transiciones vitales y de cobertura. Crear un sistema de salud centrado en la equidad<sup>2</sup></b>			
Salud conductual	17	HIT e interoperabilidad	3
Coordinación	27	SDOH	34
Opinión de la comunidad	10	Traslados	13
Servicios cubiertos	56	Personal	9
Disparidades de salud	27	Acceso a la atención	26
		<b>Total</b>	<b>222</b>
<b>Garantizar el acceso a la cobertura para todas las personas en Oregon</b>			
Acceso a la cobertura	74	Gobernanca	7
Elegibilidad ampliada	13	Poder compartido	11
		<b>Total</b>	<b>105</b>
<b>Fomentar el gasto inteligente y flexible que respalde la equidad en salud</b>			
Capitación	30	Alineación del pagador	4
Datos/medición	10	Integridad del programa	7
Incentivos/métricas	8	Pago del proveedor	20

<sup>2</sup> Antes, la descripción de esta área de interés era “Crear un sistema de salud centrado en la equidad”. La descripción cambió en función de las devoluciones de los socios. El objetivo de todas las propuestas de la exención es mejorar la equidad de la salud, de modo que la nueva descripción describe mejor cómo esta área objetivo contribuye a ese propósito.

<b>Mejorar los resultados de salud mediante la agilización de las transiciones vitales y de cobertura. Crear un sistema de salud centrado en la equidad<sup>2</sup></b>			
		Pago basado en valor	3
		<b>Total</b>	<b>85</b>
<b>Reinvertir los ahorros del gobierno en todos los sistemas para lograr la equidad en salud</b>			
Inversión	36		
		<b>Total</b>	<b>36</b>
<b>TOTAL</b>			
		Total de comentarios etiquetados	514
		Recuento de duplicados	20
		<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>536</b>

A los efectos de este informe, los comentarios recibieron una etiqueta principal. Si bien esta tabla debe sugerir la frecuencia, el recuento real de comentarios relacionados con cada etiqueta puede ser mayor: muchos comentarios y preguntas cubrieron varios temas superpuestos. Las frecuencias en esta tabla son para apoyar la toma de decisiones y la priorización de temas (por ejemplo, para futuras sesiones de participación), y no pretenden ser recuentos definitivos.

## Análisis de participantes

La siguiente tabla proporciona estadísticas resumidas con respecto a los recuentos de categorías de participantes involucrados.<sup>3</sup>

<b>Grupo de partes interesadas</b>	<b>Recuento</b>
Grupo de defensa	21
Miembros de la comunidad (CAC)	19
CCO	69
Colaborador comunitario	39
Salud del condado	45
Funcionario (o representante) electo	5
Público en general	3
Industria; proveedor hospitalario	7
Agente de seguros, defensor de miembros	3
Involucrados en la justicia	4

<sup>3</sup> Como parte de las revisiones de este informe, los grupos de partes interesadas (y, por lo tanto, los recuentos) se modificaron en función de la guía de la Oficina de Equidad e Inclusión de Oregon.



Grupo de partes interesadas	Recuento
Legislativo	47
Grupos de cabildeo	7
Miembro/tutor/representante/cuidador del OHP	2
Miembro del Consejo de Políticas de Salud de Oregon (OHPB)	71
Defensor de pacientes miembros	6
Grupos de defensa de pacientes/miembros	39
Proveedores de salud conductual	3
Proveedores de salud dental	1
Proveedores del sistema de salud	1
Proveedores de salud bucal	3
Proveedores de salud física	3
Proveedores clínicos	3
Proveedores de centros de salud comunitarios	12
Proveedores de salud del condado	1
Proveedores del sistema de salud	8
Proveedores de salud tribal	10
RHEC	9
Organización de servicios sociales	2
Agencia estatal	24
Desconocido	49
<i>Recuento de comentarios etiquetados</i>	514
<i>Recuento de duplicados</i>	20
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>536</b>

### ***Reflejo de la voz del socio tribal***

A continuación, se enumeran algunos de los comentarios informados por **Tribus**, que es una relación importante de gobierno a gobierno que se diferencia de la participación de las partes interesadas. Algunos de los temas incluyeron: **garantía de cobertura** y accesibilidad, **barreras a la atención** para tribus, **coordinación** adicional necesaria con miembros y socios tribales, mejor designación del estado tribal en los registros de salud electrónicos, etc. Si bien algunas de estas opiniones pueden reflejarse de manera similar en otras áreas (como en otras secciones de este informe), decidimos llamar de manera exclusiva estos comentarios para su consideración:

- ◆ *Visión y acceso más fácil a la atención dental.*
- ◆ *Elegibilidad por niveles para la deserción de poblaciones.*
- ◆ *¿Se está hablando sobre la ampliación de la elegibilidad o sobre su expansión a un sistema de pago por niveles para aquellas personas que se encuentran en los porcentajes de deserción?*





- ◆ *¿Cree que sería un esfuerzo valioso colaborar con proveedores de atención médica como clínicas, dentistas, etc. y desarrollar un programa que los alentaría a contratar o crear un puesto para un socio comunitario interno de OHP?*
- ◆ *Otra razón para plantear esta pregunta es el extraño estigma que las personas parecen tener con respecto al uso de programas de autosuficiencia; parece haber un elemento psicológico que les hace sentir mejor al respecto cuando se trata de un servicio que están pagando si es asequible para ellos.*
- ◆ *Estoy seguro de que se ha planteado este tema, pero me gustaría reforzar la idea de que tener un enlace tribal designado para cada una de las CCO con el que podamos tratar directamente para coordinar las remisiones y transiciones, lo que realmente aliviaría algunos de los problemas que tenemos en la actualidad.*
- ◆ *Debe considerar incentivar financieramente a las clínicas para que tengan un socio comunitario en el sitio para ayudar con la navegación de la CCO. Eso es algo que hago, ayudo a navegar los cambios dentales, las 9 yardas completas. Es una situación exitosa. Mi puesto está financiado con subvenciones. Las tribus hacen todo lo posible por sus clientes, y ha tenido éxito tener a alguien dedicado que pueda manejar estas situaciones.*
- ◆ *[Las Tribus Confederadas de Grand Ronde en el centro de salud y bienestar] se ofrecen en la clínica para hacer una verificación superficial de elegibilidad para los pacientes y hacen que se inscriban en el Plan de Salud de Oregon. Muchos pacientes NO conocen las pautas de elegibilidad o que incluso podría ser una opción posible cuando buscan atención antes de recurrir a la atención de emergencia. Muchas personas ni siquiera se molestan en postularse solo porque piensan que no calificarán o que el proceso en sí es demasiado largo y arduo, lo que realmente no es cierto, en especial cuando se trata directamente de un buen CP.*
- ◆ *Hable más sobre este mandato neutral de presupuesto, sobre qué significa, cómo se financiarán las cosas y cómo se conservará la transparencia.*
- ◆ *Después de mucha investigación, hemos llegado a la conclusión de que las CCO no pueden ver el estado de indio americano (American Indian, AI y nativo de Alaska (Alaskan Native, AN), o la evaluación de necesidades de salud (Health Needs Assessment, HNA) de un paciente en el Sistema de Información de Administración de Medicaid (Medicaid Management Information System, MMIS). Esto ha dado lugar a que los pacientes nativos sean colocados en planes de capitación, lo que resulta en problemas de continuidad de la atención y retrasos al intentar eliminarlos de eso. En la mayoría de los casos, los pacientes nativos reciben primero atención en una clínica de Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses (Indian Health Services, IHS), que luego coordinará su derivación a otro proveedor. Traba el proceso si luego tienen que ir a ver a un proveedor de la red de su plan de capitación para ser evaluados por el mismo problema y luego ser derivados para atención especializada.*

## ***Reflejo de la voz del miembro/comunidad***

Los miembros y la comunidad son una voz integral, y solicitar sus devoluciones es una parte fundamental para incorporar la equidad en la salud en el proceso de desarrollo de exenciones. La información proporcionada por estos grupos ayudará a dar forma a la futura dirección estratégica del programa de Medicaid y garantizará que las nuevas políticas reflejen las necesidades y prioridades del miembro y la comunidad.

A continuación, se resumen las devoluciones y opiniones ilustrativas expresadas por miembros, defensores y otros socios o representantes de la comunidad en todos los temas:

- ◆ ¿Cómo aseguramos la cobertura y la atención para todas las personas en Oregon, incluida la cobertura para las áreas rurales, la cobertura para aquellos entre las áreas de las CCO, la cobertura en las brechas identificadas, etc.? ¿Cómo simplificamos los procesos de inscripción y nos comunicamos mejor para garantizar el acceso a la cobertura?
- ◆ ¿Cómo estamos abordando las disparidades de salud y las barreras de acceso? ¿Cómo estamos teniendo en cuenta la facilidad y accesibilidad para los miembros? ¿Cómo podemos garantizar una atención más competente desde el punto de vista cultural como parte de una prestación de atención médica más accesible?
- ◆ ¿Cómo se abordarán ciertos servicios dentro de la exención? ¿Cómo nos aseguramos de que los recursos estén continuamente disponibles para la prevención y las necesidades sociales? ¿Pueden las inversiones ser a más largo plazo y centrarse en la sostenibilidad?
- ◆ ¿Estamos considerando las necesidades y preocupaciones de ciertas poblaciones? ¿Cómo podemos involucrar continuamente los aportes de los miembros y la comunidad, y distribuir equitativamente el poder y los recursos para la toma de decisiones? ¿Cómo podemos colocar apropiadamente más poder en manos de los miembros de la comunidad?
- ◆ ¿Cuáles son otras prácticas prometedoras de otros estados o programas que podemos considerar?

## ***Reflejo de las inquietudes o aportes de la CCO<sup>4</sup>***

Las CCO son responsables de coordinar toda la atención mental, física y dental de los miembros del OHP. Bajo el OHP, las CCO se pagan a través de una tarifa por miembro por mes (per-member-per-month, PMPM) para cada paciente, con flexibilidad para administrar los dólares para invertir en la salud de la comunidad y pagar los servicios relacionados con la salud.

---

<sup>4</sup> Se les pidió a los representantes de la CCO que presentaran detalles y comentarios adicionales en avisos a la OHA. Dado que ese proceso no se ha cerrado y se están recopilando comentarios, una versión futura de este informe reflejará esas opiniones y comentarios.





Las CCO tienen interés en mejorar la atención médica para los miembros bajo el OHP y ofrecen información importante sobre reducir el desperdicio, mejorar la eficiencia y eliminar las diferencias evitables en la calidad y los resultados. Si bien los representantes de las CCO expresaron muchas opiniones similares como el público general o miembros de la comunidad sobre abordar la equidad en la salud a través de la renovación de la exención, expresaron preocupaciones **adicionales**, como se resume a continuación:

- ◆ ¿Cómo implementaremos la cobertura ampliada, y podemos implementarla de manera sostenible?
  - Por ejemplo, *“Pensamos en las poblaciones que son realmente difíciles de manejar, aquellas que entran y salen de diferentes tipos de elegibilidad. Sería útil crear un proceso de inscripción previa a la adjudicación. Crear un plan de solo coordinación de la atención (CCO-Z) que permitiría que una CCO sea parte de la coordinación, incluso, cuando no esté pagando por la atención, ayudaría a mantener la inscripción y reduciría las demoras en la atención del FFS”.*
  - Por ejemplo, *“Afortunadamente, tenemos la oportunidad de utilizar estos recursos comisionados que aún son de actualidad en un esfuerzo por renovar el reconocimiento y reenfocar el compromiso con la propuesta de valor convincente y rentable de la salud bucal que está íntimamente alineada con el objetivo general declarado de OHA para esta renovación de exención de 2022-2027: un camino para promover la equidad en la salud”.*
- ◆ ¿Cómo podemos incorporar herramientas y responsabilidades adicionales para la integridad del programa?
  - Por ejemplo, *“Necesitamos aumentar la atención culturalmente apropiada y luego cambiar las OAR para auditar y asegurar el respeto y la oferta de atención culturalmente específica”.*
  - Por ejemplo, *“Estamos de acuerdo en que los trabajadores de la salud tradicionales necesitan una financiación estable, pero existen barreras considerables para los trabajadores de la salud tradicionales que operan en la comunidad y reciben fondos de Medicaid para sus servicios (fuera de las subvenciones o las relaciones laborales o de afiliación con programas de salud mental del condado, proveedores de atención primaria y otros socios del equipo de atención). La autoridad podría aclarar o abordar los requisitos del certificado de aprobación y los requisitos de supervisión”.*
- ◆ ¿Cómo incluye el modelo actualmente oportunidades para inversiones comunitarias?
  - Por ejemplo, *“Cada CCO tiene un proceso diferente para invertir en la comunidad. No lo hacemos de la misma manera en todas las CCO, pero todos lo hacemos. ¿Cómo podemos aprovechar eso?”.*
- ◆ ¿Cómo se considerarán los servicios específicos en relación con el presupuesto global?



- Por ejemplo, “Las CCO están preocupadas por la llegada de medicamentos costosos al mercado. ¿Podemos proteger sus presupuestos globales? Retrasar la utilización es una preocupación”.

## General: resumen y análisis

### Proceso de exención

Si bien muchos participantes proporcionaron comentarios y devoluciones con respecto a la política y las estrategias en desarrollo, algunas personas también tenían preguntas o inquietudes con respecto al **proceso de desarrollo de exenciones** (así como otras **funciones administrativas** relacionadas). Según lo expresado por las personas en las sesiones de participación, algunas estaban interesadas en ver un **enfoque integral e intencional** para el desarrollo de exenciones. Esto puede incluir **mayor participación de las partes interesadas y un circuito de devoluciones integrado** para mantenerse al día con el progreso. A continuación, se muestran algunos ejemplos de los comentarios recibidos:

- ◆ *¿Cómo están involucradas las comunidades de color y los miembros de la comunidad en este proceso de resolución de problemas y desarrollo de exenciones?*
- ◆ *Quiero tener una conexión intencional con el trabajo en la exención, ser un enlace para debatir sobre la agencia y las prioridades de los miembros, estar comprometido, apoyar a la agencia y garantizar que los intereses se incluyan en el proceso de desarrollo.*
- ◆ *Cuando las RHEC [Coaliciones Regionales de Equidad en Salud] se acercaron en noviembre con una idea de propuesta de exención muy específica, no se escuchó nada y luego se les pidió que trabajaran en esto en plazos muy ajustados. Se siente como una incorporación selectiva. Especialmente durante un momento excepcionalmente desafiante con la pandemia, la aplicación de vacunas y la respuesta a incendios forestales. En el futuro, cuando los socios de la comunidad vengan a la OHA para involucrar a la agencia, debería haber una respuesta procesable. En otras palabras: ¿Qué acciones tomó la OHA para trabajar con los socios comunitarios en esta propuesta que se presentó? ¿Cómo integró la OHA estas recomendaciones o propuestas en su trabajo?*
- ◆ *Que esté dispuesta a hacer este trabajo utilizando nuevos procesos. Por ejemplo, la OHA siempre ha utilizado un enfoque “de arriba hacia abajo” para la propuesta de exención. Que haga espacio para que los grupos comunitarios, como las RHEC, lideren y brinden tiempo suficiente para que eso suceda de manera significativa.*
- ◆ *¿La OHA ayudará a los condados que actualmente no tienen coaliciones de equidad en salud para formarlas?*
- ◆ *¿[Hay] alguna manera de que el Comité de Equidad en Salud (Health Equity Committee, HEC) se centre en las brechas y apoye esto? Hay que centrarse en nuevas inversiones para la equidad de la salud y adoptar una visión más amplia para superar esas brechas.*



- ◆ *Los socios comunitarios no son un monolito y tienen experiencias, conocimientos y perspectivas únicos. Que no agrupe a todos los socios de la comunidad en un grupo para comprometerse. De manera similar, que esté dispuesta a mantener las complejidades de las perspectivas y que tenga cuidado de no enfrentar a los grupos comunitarios entre sí en un esfuerzo por “alinear las perspectivas”.*

### **Figura 1: Resumen de las modificaciones introducidas en el proceso de desarrollo de la exención en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

En función de la revisión de las devoluciones con respecto al proceso interno de desarrollo de la exención, el OHA ha tomado las siguientes medidas para adaptarse a un **proceso más equitativo**:

- ◆ El OHA reconoce la necesidad de que haya mejores procesos de participación pública para se escuchen las voces de las comunidades de personas negras, indígenas y de color (Black, Indigenous, People of Color, BIPOC) y de las comunidades tribales. Los socios han hecho sugerencias y críticas valiosas a los procesos de la agencia, y el equipo encargado de la renovación de la exención 1115 está trabajando con la agencia, incluida la Oficina de Equidad e Inclusión, para identificar oportunidades para corregir fallas a largo plazo, de modo tal que las comunidades no sientan una frustración constante con respecto a una participación que simplemente no les sirve.
- ◆ Mientras tanto, el OHA se ha comprometido a mejorar la participación con respecto a la renovación de la exención 1115, a través de lo siguiente:
  - **Traducción de documentos** a varios idiomas y publicación simultánea de dichos documentos (es decir, no se publicará primero la versión en inglés, lo cual le otorgaría a los hablantes de lengua inglesa más tiempo para revisarlos y responder a ellos).
  - **Celebración de reuniones del Programa de Alcance de Socios Comunitarios (CPOP)** sobre la exención en español e inglés y traducción de todos los demás eventos sobre la exención.
  - Apoyo de la **Evaluación del Impacto de la Equidad de la Salud (Health Equity Impact Assessment, HEIA)**, incluido un análisis de las brechas de participación de socios, para entender los aciertos y lo que se debe mejorar. El Comité de Equidad en Salud de la Junta de Políticas de Salud de Oregon supervisará la HEIA. El OHA usará los resultados para mejorar la participación en las siguientes fases del proyecto, incluida la implementación de la exención.
  - **Incorporación de devoluciones** de participaciones públicas anteriores sobre la exención, como los días de exención y las reuniones del CPOP, al plan para el período de comentarios públicos (desde el 7 de diciembre de 2021 hasta el 7 de enero de 2022). Esto incluirá una priorización del



diálogo por encima de la presentación, y reuniones programadas para la noche, cuando la disponibilidad es más alta.

- **Documentación de comentarios públicos e indicaciones de su ubicación en la solicitud de la exención** o explicación de las razones por las cuales el OHA no incorporará las devoluciones. El OHA identificará en qué parte de la agencia se pueden abordar los comentarios relacionados con el OHP y la política de salud que no se pueden abordar mediante la exención y le informará al público cómo puede participar en aquellas áreas.

## Objetivo n.º 1: Mejorar los resultados de salud mediante la agilización de las transiciones vitales y de cobertura<sup>5</sup>

El Objetivo 1 cubrió el grupo más grande de comentarios expresados por los participantes y se centró en **equidad y abordar mejor las disparidades en salud** en todas las poblaciones; de hecho, esta fue la mayor área de debate. También incluimos un debate sobre los servicios cubiertos y las consideraciones únicas para algunos servicios cubiertos por el OHP.

### *Disparidades de salud y acceso a la atención*

Un enfoque en **atención centrada en el paciente y utilizar los recursos comunitarios existentes** y las redes fue un tema común presentado por las partes interesadas. Varios participantes también señalaron que las zonas rurales eran una preocupación particular, ya que el acceso a los servicios en **ciertas áreas geográficas** puede ser más limitado. Las siguientes inquietudes abarcan las experiencias individuales que intentan acceder a la atención y las posibles barreras que existen:

- ◆ *Centrado en el paciente, centrado en la comunidad, centrado en el médico es un objetivo clave. ¿Cuáles son las barreras para ese objetivo que la exención podría abordar, por ejemplo, el acceso a la insulina (costo, refrigeración, vivienda)?*
- ◆ *Aprecio mucho el enfoque en la equidad, en la próxima iteración de la exención, pero también, viniendo del sector de la salud conductual, estoy extremadamente preocupado por la pérdida de programación y acceso, y la oportunidad de mejorar la capacidad de las CCO para tener un presupuesto global que invierta en el acceso para ese sector, en particular para el acceso equitativo y el acceso lingüísticamente apropiado y, lo que es más importante, para la atención concurrente de personas complejas. Estamos viendo, como mencioné, realmente una degradación del acceso en el sistema debido a la COVID, fuerza laboral y muchos otros factores.*

---

<sup>5</sup> Antes, la descripción de esta área objetivo era “Sistema de salud centrado en la equidad”. La descripción cambió en función de las devoluciones de los socios. El objetivo de todas las propuestas de la exención es mejorar la equidad de la salud, de modo que la nueva descripción describe mejor cómo esta área objetivo contribuye a ese propósito.



- ◆ *Sí, como dice [un participante], crear programas que funcionen y atraigan a la comunidad, y luego eliminarlos abruptamente genera desconfianza en los sistemas que queremos crear.*
- ◆ *Desafortunadamente, las personas que realmente necesitan la ayuda no saben por dónde empezar a buscarla o tienen problemas para confiar en las entidades. Tener una fuerza laboral diversa puede ayudar a proporcionar conexiones más confiables y más identificables entre el servicio y las personas.*
- ◆ *[Un comentarista] mencionó problemas de acceso entre instalaciones antiguas con escasez de fuerza laboral. Pidió que la exención lo considerara y señaló los impactos de la pandemia en la población.*
- ◆ *Algunos de los problemas de equidad que estamos tratando de resolver son creados por el sistema mismo, pero confiamos en el mismo sistema para las soluciones; es difícil crear nuevas soluciones para los problemas que ni siquiera vemos con claridad. No tenemos una definición clara del rendimiento de la equidad en salud; es complicado.*

En los comentarios anteriores, los participantes abordaron las barreras al sistema como conjunto. Sin embargo, los participantes también expresaron comúnmente consideraciones para más **poblaciones o casos específicos**; los individuos transmitieron sus propias experiencias y proporcionaron ejemplos al abordar barreras particulares:

- ◆ **Abordar áreas rurales u otros lugares geográficamente inaccesibles:**
  - *Como he escuchado una y otra vez, el acceso a los servicios es un problema. Los residentes rurales necesitan acceso al transporte, pero existen brechas. No estoy seguro de cómo se satisfará esta necesidad.*
  - *Soy del condado de Harney, el cual es muy fronterizo/rural. Hablando de equidad, acceder a servicios es bastante difícil. Recientemente, se comenzó a exigir cada vez más que las organizaciones comunitarias soliciten fondos a través de una entidad líder o un socio, pero no contamos con organizaciones sin fines de lucro ni organizaciones comunitarias (community-based organizations, CBO) en nuestra área. A menudo, el condado es la única organización con la capacidad de ofrecer servicios.*
- ◆ **Abordar las minorías y las poblaciones BIPOC:**
  - *Muchos beneficios basados en evidencia no sirven bien a las poblaciones BIPOC.*
- ◆ **Abordar las poblaciones con discapacidad**
  - *¿La exención obligaría a los proveedores a prestar servicios a las personas con discapacidad cuando vayan a los consultorios médicos?*
- ◆ **Abordar poblaciones encarceladas o previamente encarceladas:**
  - *Tengo experiencia trabajando con la población encarcelada y este trabajo está asumiendo un desafío cultural muy complejo. Que se preparen para explicar que Oregon está pidiendo una mejor atención para [la] población encarcelada; que recuerden que los defensores tuvieron que iniciar demandas para que los*





- prisioneros obtengan la vacuna con la COVID antes en la lista de prioridades. Necesitamos educar al público, a los socios y colegas sobre las injusticias históricas que están en juego con esta población.*
- *Alguien del sistema debe ser responsables de las personas que se encuentran en el sistema correccional. Actualmente hay un vacío en esta área. Tal vez las CCO podrían cumplir esa función.*
  - *Proponer que Medicaid pague y amplíe las vías de servicios para personas con diagnóstico dual y problemas complejos de salud conductual en el sistema de justicia penal.*
  - *Cambiar el proceso para aquellos que han estado encarcelados, ya que los primeros días después de la liberación son cruciales para poder acceder al tratamiento de MH/BH/SUD.*
  - ◆ *Abordar las poblaciones sin hogar:*
    - *[Existen] muchas barreras para la población sin hogar.*
    - *El correo electrónico y el correo postal para personas sin hogar son una barrera.*
  - ◆ *Abordar las poblaciones indocumentadas:*
    - *Cuando tenemos clientes indocumentados que tienen más de 65 años, tienen que esperar una llamada de ODHS [Departamento de Servicios Humanos de Oregon] para ver si califican para otros servicios. Su solicitud está pendiente hasta que hayan tenido dicha cita; estos clientes específicos no califican para otros servicios debido a su estado.*

Un participante expresó algunas **recomendaciones de política muy específicas** con respecto a la eliminación de las barreras para la atención en la próxima exención:

- ◆ *Oregon es actualmente el único estado del país que se reserva el derecho de retener la atención médicamente necesaria de los niños con Medicaid con el único propósito de ahorrar dinero, a través de la cláusula de exención de EPSDT [Detección, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico]. El estado de Oregon ha utilizado esta cláusula de EPSDT para ahorrar dinero al retener la atención médicamente necesaria de los niños necesitados. Específicamente, Oregon usa la lista priorizada de servicios de atención médica para determinar qué servicios se brindarán. Los servicios que se encuentran “por debajo de la línea” o que simplemente no están registrados en la lista se retienen, independientemente de las determinaciones individuales de necesidad médica. Recomendación: la cláusula de EPSDT en la exención de la sección 1115 de Oregon debe eliminarse. Oregon debe cumplir plenamente con EPSDT, para garantizar que todos los niños elegibles para EPSDT reciban la atención médicamente necesaria que el Congreso pretendía, sin racionamiento.*
- ◆ *Oregon ha utilizado sistemáticamente métricas discriminatorias de “Año de vida ajustado por calidad” (QALY) como un factor para clasificar los servicios en la lista de prioridades. QALY es una herramienta que estima el valor de un tratamiento según los años de vida adicionales, descontados por el nivel de discapacidad. Este enfoque otorga un valor menor a los años de vida de las personas con discapacidades, como*





*mis hijos, que a los años de vida de las personas sin discapacidades, y es intrínsecamente discriminatorio. Cuando el Plan de Salud de Oregon clasifica los servicios en la lista de prioridades, utilizando los QALY de cualquier manera, se involucra en discriminación contra las personas en violación de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades y en contra de la misión de la Junta de Políticas de Salud de Oregon de promover la equidad en la salud. Recomendación: la exención debe incluir una disposición que renuncie explícitamente al uso de medidas discriminatorias como los QALY.*

**Figura 2: Resumen de temas clave relacionados con las disparidades de salud y el acceso a la atención incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Otros temas clave se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención.

- ◆ El objetivo general de la exención es promover la equidad de la salud. Esto está alineado con el objetivo estratégico del Oregon Health Authority de eliminar las inequidades en la salud en el estado en 2030.
- ◆ El propósito de la transformación del sistema de salud de Oregon es crear un sistema de atención médica que mejore la salud y la atención, y reduzca los costos. La atención centrada en el paciente es un valor subyacente de estos esfuerzos, incluida la exención.
- ◆ En la solicitud de exención, el OHA propone maneras de abordar las dificultades particulares que los individuos y grupos experimentan para acceder a la atención. Por ejemplo, el OHA está haciendo lo siguiente:
  - Pidiéndole al gobierno federal que no aplique la norma que impide que una persona detenida tenga acceso a los beneficios de salud.
  - Proponiendo paquetes de servicios diseñados para apoyar a las personas que atraviesan transiciones desestabilizadoras en su vida, como quedarse sin hogar, ser liberados del encarcelamiento o ser desplazados debido a fenómenos meteorológicos extremos.
- ◆ El OHA está comprometido a proporcionar tratamientos y servicios equitativos e integrales a niños y adolescentes en el Plan de Salud de Oregon. El enfoque de Oregon para garantizar que proporcionemos servicios de Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento temprano (EPSDT), los cuales son exigidos por el gobierno federal, es diferente al de otros estados. Oregon se basa en una lista de prioridades de servicios cubiertos para todos los pacientes de Medicaid, tanto niños como adultos. La Comisión de Revisión de



Evidencia de Salud, la cual considera regularmente nuevos servicios/tratamientos para su inclusión, examina los tratamientos de la lista.

Varias partes interesadas le han indicado al OHA que existen muchos servicios para niños que pueden verse limitados por nuestro enfoque. Toamos muy en serio dichas inquietudes y hemos investigado estos problemas en los niveles del personal y de la Comisión de Revisión de Evidencia de Salud. El OHA está abordando varias de las inquietudes a través de nuestro proceso de la Comisión de Revisión de Evidencia de Salud (Health Evidence Review Commission, HERC), el cual es público y responsable.

Es importante destacar que las circunstancias individuales que la HERC puede no haber considerado se pueden abordar mediante una solicitud de autorización previa o un proceso de apelación. Mediante este proceso, el proveedor solicita una revisión de los detalles médicos de un caso y que el OHA determine que los servicios no cubiertos son médicamente necesarios. El OHA revisa con diligencia todas las solicitudes y, a menudo, cubre los servicios.

Además, el OHA trabaja en estrecha relación con las CCO para asegurarse de que les estén ofreciendo a sus miembros todos los servicios de EPSDT que el OHA ha contratado para que proporcionen. Los controles de bienestar infantil, los servicios preventivos y las detecciones sistemáticas adecuadas para la edad están cubiertos, según lo que se enumera en la lista de prioridades. La lista especifica los tratamientos que las CCO deben cubrir para las afecciones de salud infantiles, incluidas aquellas identificadas mediante detección sistemática. Además, en virtud de su contrato, las CCO deben cubrir todos los servicios de diagnóstico necesarios para identificar las afecciones de salud infantil cubiertas. Estamos en constante comunicación con las CCO para conocer las barreras que estas o sus miembros están experimentado y trabajamos en conjunto para superarlas.

El OHA aprecia los aportes de las comunidades, los individuos o los grupos de defensa cuando estos experimentan cualquier tipo de brecha en la cobertura. Trabajamos duro para proporcionar procesos y resoluciones que las personas puedan usar para plantear sus inquietudes al OHA. Como se dijo con anterioridad, el OHA está comprometido a proporcionar servicios equitativos e integrales para todas las personas en el Plan de Salud de Oregon.

- ◆ Actualmente, los años de vida ajustados por calidad (QALY's) desempeñan un rol pequeño en las decisiones que toma la Comisión de Revisión de Evidencia de Salud, por lo general se usan para comparar dos tratamientos para la misma afección. No se usan para discriminar a personas con discapacidad. Más a menudo, es posible que se prefiera un tratamiento más rentable que uno menos rentable. Otras veces, se debe probar un tratamiento de menor costo antes de que se pueda usar un servicio más costoso.



## **Coordinación de la atención**

Poder acceder a los servicios de manera oportuna y eficiente requiere una atención a la **coordinación de la atención**. Varios comentaristas enfatizaron la importancia de la coordinación de la atención y brindaron algunas sugerencias para mejorarla dentro del sistema actual. Por ejemplo, varios debatieron la importancia de una **buena red de referencias y comunicación entre proveedores**. Algunos también profundizaron en los **incentivos** (o desincentivos) para una adecuada coordinación de la atención:

- ◆ *Las devoluciones de nuestro equipo de coordinación de la atención y los socios comunitarios sugieren que existe una colaboración inadecuada entre los sistemas, lo cual se puede solucionar mediante actividades relacionadas con la exención y no relacionadas con esta. Es posible que haya una necesidad de apoyo para que el gobierno federal exija dicha comunicación entre los sistemas.*
- ◆ *Acceso a servicios para pacientes Open Card<sup>6</sup> cuando acceden por primera vez al OHP. Es muy difícil para ellos acceder a servicios y encontrar proveedores como Open Card.*
- ◆ *Los tiempos de espera de la CCO pueden ser de hasta un mes para que los miembros consulten a un médico fuera de la red de su elección. La elección del cliente debe respetarse más rápido.*
- ◆ *La coordinación de la atención es un componente clave de la exención actual de Oregon. Considere cómo las barreras pueden ser el costo de realizar la coordinación como el sistema está diseñado actualmente.*

Varias personas señalaron formas de apoyar un mejor acceso a una atención de calidad, con **comunicación adecuada y mensajes claros y coherentes** en el centro de estas sugerencias. Esto también puede incluir los **canales de devoluciones** (entre grupos) para la sostenibilidad continua y el progreso del programa.

- ◆ *Idioma, transporte, etc. Lo que más ayudaría son las clases de alfabetización comunitaria.*
- ◆ *Proporcionar subvenciones, contratos y capacitaciones a organizaciones comunitarias culturalmente específicas.*
- ◆ *Cuando no hay cambios en los sistemas después de las devoluciones, y continúan operando de la misma manera, se genera aún más desconfianza en el sistema por parte de las organizaciones comunitarias (CBO) y los miembros de la comunidad.*

---

<sup>6</sup> Los servicios de salud para los miembros del OHP que no están en una CCO los paga la OHA, y se denomina Open Card o Fee-for-Service (FFS) OHP. Los nativos americanos, los nativos de Alaska, los miembros de tribus y los miembros de Medicare del OHP pueden optar por recibir atención administrada o tener una Open Card.

### Figura 3: Resumen de temas clave relacionados con la coordinación de la atención incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Otros temas clave se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención. Por ejemplo:

- ◆ Mediante la exención, Oregon está solicitando una inversión federal para apoyar las inversiones e infraestructura dirigidas por la comunidad para las CBO. Estos fondos aumentarán los recursos y la colaboración local para abordar la equidad de la salud y mejorar la coordinación entre los sistemas de salud y las CBO.
- ◆ Muchas de las inquietudes planteadas sobre la coordinación de la atención se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención y a través de cambios operativos y cambios en los programas, en lugar de no aplicar reglamentaciones federales. Sin embargo, el estado propone brindar un conjunto de servicios centrados en los determinantes sociales de la salud para determinadas poblaciones de interés que atraviesan transiciones en su vida, con el objetivo de mejorar la coordinación de la atención en los sistemas.

### *Servicios cubiertos: servicios médicos y otros beneficios*

Al debatir sobre los servicios del OHP, las personas que asistieron a los eventos de las partes interesadas proporcionaron comentarios sobre una **amplia gama de servicios y programas**. En general, las personas que comentaron querían asegurarse de que los servicios prestados fueran más **accesibles**, incluidas las formas de **extender esos servicios** (para poblaciones particulares, etc.). Otros participantes tenían preguntas generales sobre cómo se prestaban estos servicios actualmente o los costos asociados.

La atención de las madres y los niños también fue un tema recurrente; las personas expresaron su deseo de mejores opciones de atención para **cuidado materno-infantil**, particularmente para extender los **servicios posparto**.

- ◆ *Que se considere la posibilidad de ampliar la cobertura posparto a 12 meses posteriores al parto. La cobertura del OHP finaliza 60 días después del nacimiento; Georgia, Illinois y Misuri han recibido esta cobertura ampliada en sus exenciones.*
- ◆ *Nuestro paquete ideal para apoyos para la depresión y la ansiedad perinatal incluye [asegurar] el suministro de proveedores que estén específicamente capacitados en salud mental perinatal, [garantizar] una variedad de métodos accesibles (de pares, grupales, individuales, manejo médico, etc.), y [proporcionar] un reembolso por servicios de apoyo como Baby Blues Connection, línea directa, apoyo entre pares, etc.*
- ◆ *[Que se consideren] visitas domiciliarias para todos durante todo el año según sea necesario, vinculadas al pago para los padres, no para el bebé.*



- ◆ *El tiempo de espera para las personas que pasan de Open Card a una CCO es un gran desafío para nuestras clientas embarazadas que necesitan recibir atención prenatal lo antes posible.*

Hubo algunos comentarios relacionados con los servicios de **oftalmología, odontología y farmacia**, relacionados con los costos y la extensión de estos servicios:

- ◆ *La mayoría de las personas necesitan una derivación si tienen OHP para ver a un oculista.*
- ◆ *Visión y acceso más fácil a la atención dental.*
- ◆ *La salud bucal se ha integrado contractualmente en las CCO desde 2014/15; sin embargo, las recomendaciones de la política de CCO 2.0 estaban casi literalmente desprovistas de inclusión de la salud bucal a pesar de la disponibilidad de informes, recomendaciones e investigaciones encargados por la OHA de Health Management Associates (HMA) y el Centro para la Efectividad del Sistema de Salud de OHSU.*
- ◆ *¿Qué cambios han hecho a los documentos conceptuales para que se incluya más salud bucal?*

Hubo un par de comentarios y preguntas relacionados con servicios de **intérpretes**, particularmente en torno a la facturación:

- ◆ *¿Podemos tratar a los intérpretes como proveedores a efectos de facturación?*
- ◆ *¿No podría el intérprete facturar si se convirtiera en un trabajador de salud comunitario (CHW) y luego sería considerado como un proveedor y tendría un NPI # [Número de identificación nacional del proveedor] a través de su CCO?*
- ◆ *Las CCO cubren los servicios de interpretación, pero Open Card no. Sería bueno que la OHA cubriera los servicios de interpretación.*

En cuanto a otros tipos de servicios, varios participantes proporcionaron comentarios sobre la recepción de servicios a través de ciertos programas específicos, así como comentarios sobre **servicios para poblaciones específicas** (que incluyen **telesalud, servicios médicos emergentes exentos de ciudadanos extranjeros (Citizen Alien Waived Emergent Medical, CAWEM)** y **servicios y apoyo a largo plazo (Long-term Services and Supports, LTSS)**):

- ◆ *Estoy de acuerdo en que necesitamos extender la telesalud; quizás indefinidamente.*
- ◆ *Cambiar el nombre de atención médica de emergencia para no ciudadanos (CAWEM) como cuando la gente pregunta qué significa; es ofensivo, confuso.*
- ◆ *Cobertura CAWEM para cubrir diálisis ambulatoria, si es posible, e inmunosupresores.*
- ◆ *[Un comentarista] habló sobre el LTSS y señaló cómo han evolucionado los beneficios para esa población; señaló las consideraciones de la CBO que se relacionan con los servicios LTSS. Dijo que este puede ser un gran lugar para aprender, ya que se ha realizado en un espacio diferente, pero puede tener algunas experiencias cruzadas similares. Dijo que el subconjunto de población que previene la institucionalización en esta población es probablemente un mejor lugar para buscar.*



#### **Figura 4: Resumen de temas clave relacionados con los servicios médicos cubiertos incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Otros temas clave se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención.

Algunos de estos temas derivados de los comentarios de las partes interesadas que no requieren que se introduzcan cambios en la autoridad de exención 1115 se destacan a continuación:

- ◆ **Salud bucal:** Las oportunidades para abordar algunos de los desafíos pendientes relacionados con la salud bucal no son las más adecuadas para la exención, ya que no requieren autoridades federales adicionales y se abordarán en los próximos meses y años, a medida que se acerque el próximo ciclo de contratación de la organización de atención coordinada (CCO).
- ◆ **Cobertura posparto:** Oregon tiene el objetivo de ampliar la cobertura posparto de Medicaid para las personas que den a luz hasta los 12 meses en abril de 2022 a través de una enmienda del plan estatal (state plan amendment, SPA) según las disposiciones de la Ley del plan de rescate estadounidense de 2021.
- ◆ **Acceso al idioma:** Si bien los servicios de interpretación no se están abordando en los documentos conceptuales de la exención, garantizar el acceso a servicios de interpretación es una medida que se está considerando para las revisiones del Programa de Incentivos de Calidad.
- ◆ **Telemedicina:** Se está investigando y considerando la ampliación de los servicios de telemedicina a través de otros medios distintos a la exención.
- ◆ **CAWEM:** Actualmente, el OHA está en proceso de cambiar el nombre “CAWEM” a servicios médicos exentos de acuerdo a la ciudadanía (Citizenship Waived Medical, CWM) para reflejar mejor nuestro compromiso con la equidad.
- ◆ **CAWEM:** Desde el 1 de julio de 2021, los servicios de diálisis de emergencia han estado cubiertos para los beneficiarios de CWM y, a partir del 1 de enero de 2022, la diálisis para pacientes ambulatorios también estará cubierta. La diálisis para pacientes ambulatorios para beneficiarios de CWM cubrirá inmunosupresores.
- ◆ **Transición de tarifa por servicio (Open Card):** El Oregon Health Authority está trabajando para abordar el tiempo de espera para las personas que pasan de una Open Card a una inscripción en una CCO a través de cambios operativos internos.





## **Servicios cubiertos: servicios de salud conductual**

La **salud conductual** fue un tema muy debatido durante los compromisos de las partes interesadas. Las conversaciones se centraron en brindar más atención a los problemas de salud conductual, así como en encontrar formas de mejorar el acceso a estos servicios.

- ◆ *¿Qué fondos de exención y oportunidades o conceptos de inversión se están formulando para aumentar el acceso equitativo y mejorado a SUD [trastorno por uso de sustancias] y salud mental a lo largo de la vida, tanto dentro de la tarifa por servicio como de las CCO?*
- ◆ *En las zonas rurales no hay suficientes trabajadores sociales con licencia. Se debe poder reembolsar a otros asesores calificados por los servicios de salud mental. El desafío en las inversiones comunitarias y la continuidad es que las inversiones comunitarias se consideran gastos administrativos en lugar de gastos de atención médica y, por lo tanto, tienen un tope artificial. ¿Podemos hacer que CMS los considere médicos, incluso si no son atribuibles a un miembro específico?*
- ◆ *Señaló las barreras a los servicios de BH de los controles de gestión de utilización usados por las CCO.*
- ◆ *¿La propuesta de exención considerará el aumento esperado en las necesidades de BH debido a los impactos de la COVID para las crisis de servicios comunitarios a través de la prevención?*
- ◆ *Escuché de CPS [Servicios de Protección Infantil]: se necesitan más proveedores de MH/BH en el área que acepten OHP.*
- ◆ *Una posible estrategia para abordar las inequidades en la salud consiste en inscribir automáticamente a los niños, independientemente de sus ingresos, con diagnósticos de salud conductual en el Plan de Salud de Oregon. Preguntaríamos cómo funciona esta idea con la propuesta de mantener la inscripción de niños ininterrumpida durante cinco años.*

Otros comentaristas proporcionaron sugerencias y otras posibles mejores prácticas con respecto a los **servicios de la salud conductual**:

- ◆ *¿Puede Oregon obtener una exención para reembolsar a los consejeros de salud mental certificados más allá de los trabajadores sociales certificados para proporcionar servicios de salud mental en áreas rurales donde hay escasez de MSW [Máster en Trabajo Social]? Además de los consejeros de pares, también estaba pensando en los consejeros matrimoniales y familiares y otros consejeros capacitados profesionalmente.*
- ◆ *¿Existe la oportunidad de crear un hogar de salud conductual? Cambiar de proveedor crea caos.*
- ◆ *La BH del condado de Clackamas ofrece un programa de BH centrado en los pares financiado por Medicaid e invita a la OHA a visitar y conocer más sobre su modelo para informar los conceptos de ECSH en la exención.*



- ◆ *Nurture OR puede proporcionar un buen modelo de servicios integrales: fusiona la salud médica, de pares y [conductual] (ahora es específico para el uso de sustancias, pero es posible que se pueda aplicar de manera más amplia).*

**Figura 5: Resumen de temas clave relacionados con los servicios de salud conductual cubiertos incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Otros temas clave se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención.

- ◆ “Providers” (Proveedores): Oregon está solicitando que más proveedores fuera del modelo médico estén cubiertos para apoyar la salud conductual. Los proveedores fuera del modelo médico incluyen a trabajadores de salud tradicionales y comunitarios, guías de salud personales, especialistas de apoyo y bienestar entre pares y doulas. Específicamente, Oregon solicita que a los pares de recuperación se les permita ser pagados fuera de un plan de tratamiento tradicional (es decir, antes y después del tratamiento) o, alternativamente, utilizar los servicios de SDOH propuestos que abordan las necesidades sociales de los individuos fuera de los servicios médicos típicos y el modelo de pago asociado. Los pares de recuperación apoyan a los miembros con trastornos por uso de sustancias (SUD), lo cual constituye una necesidad de salud conductual significativa.
- ◆ Servicios estabilizadores: Oregon también propone cobertura de servicios adicionales diseñados para apoyar determinantes sociales de salud clave para las poblaciones elegibles, incluidas aquellas con necesidades de salud conductual o aquellas en riesgo de tener problemas de salud conductual. Estos servicios, los cuales incluyen, entre otros, coordinación de cuidados intensivos, apoyo a la vivienda y apoyo al transporte pueden permitir que las personas accedan a apoyos de salud conductual y pueden proporcionar estabilización para abordar los determinantes sociales de problemas de salud conductual.
- ◆ Sesión legislativa de 2021: El OHA planea abordar muchos de los desafíos del sistema de salud conductual a través de las inversiones que la legislatura hizo en la última sesión legislativa, en las disposiciones de la exención de SUD 1115 aprobada y en el próximo ciclo de contratación de la CCO.



## **Servicios cubiertos: servicios centrados en los determinantes sociales de la salud**

Muchos comentaristas también expresaron su deseo de centrar más recursos en los **determinantes sociales de la salud**, además de los servicios médicos más tradicionales. Varias personas dieron sugerencias y explicaron por qué ciertas inversiones en prevención y recursos sociales podrían respaldar mejor los mejores resultados de salud en todo el sistema:

- ◆ *Un objetivo clave debería ser expandir lo que la ayuda federal paga a través de la exención o flexibilidad y cómo se definen los sistemas de salud y la salud para ser más expansivos. ¿Cómo se puede priorizar y ampliar la prevención, por ejemplo, la vivienda? Considere cómo los servicios integrales pueden ser más completos e intencionales. La expansión de los servicios relacionados con la salud es parte de la historia en evolución, al igual que la flexibilidad del presupuesto global para que se puedan realizar inversiones y las CCO se puedan beneficiar de las inversiones iniciales.*
- ◆ *En algunas comunidades, las organizaciones de servicios no médicos no están fácilmente disponibles y el programa Medicaid por sí solo no puede mantenerlas. La necesidad de recursos supera actualmente la capacidad disponible. Es importante asegurarse de que existan servicios apropiados desde el punto de vista cultural y lingüístico antes de ofrecerlos como beneficio. Si bien la atención de menor intensidad es valiosa, no queremos sacrificar la calidad por una variedad más amplia de servicios.*
- ◆ *Que se consideren el acceso a los cuidados paliativos y el reembolso.*
- ◆ *El problema no es solo albergar a los sin techo, el 99 % del trabajo comienza una vez que tienen viviendas. Ahí es cuando la flexibilidad resulta útil. Me encanta que la gente tenga viviendas y les deseo lo mejor. Pero ese no es el caso; algunas de estas personas necesitan más asistencia, apoyo y más recursos. Aquí es donde el apoyo de la CCO se vuelve crítico.*
- ◆ *[Un participante] identificó la necesidad de trabajar con los centros de salud comunitarios y la flexibilidad para cumplir con las intervenciones SDOH/ascendentes es un buen objetivo. Estuvo de acuerdo con [otro participante] sobre las tasas de subcapitalización de salud oral/BH y cómo eso desalienta una mejor atención integrada.*

La **vivienda** fue un tipo específico de beneficio cubierto que los comentaristas querían explorar más como una opción. A continuación, se capturan algunas de las opiniones y preguntas relacionadas con los apoyos para la vivienda y cómo se pueden cubrir con el nuevo plan:

- ◆ *Pregunté si existía la oportunidad de trasladar los costos de vivienda y otros servicios de apoyo a la integración de la salud del comportamiento y el tratamiento por abuso de sustancias y el tratamiento de salud mental.*
- ◆ *¿Qué tan “reales” son las opciones de flexibilidad de vivienda como componentes de exención? Es probable que CMS no permita la construcción, pero cosas como vales a*



*corto plazo podrían ser una opción. La vivienda temporal después de la hospitalización puede ser otra opción de negociación.*

- ◆ *Las zonas de oportunidad y la escasez de viviendas no son el resultado de la falta de financiadores y desarrolladores. Existe una barrera para el desarrollo porque no están designadas como áreas de zona de oportunidad (OZ). La forma en que designemos las zonas de oportunidad determinará la equidad.*
- ◆ *¿Por qué no se están haciendo más esfuerzos para considerar las casas pequeñas que podrían colocarse fácilmente en lotes vacíos y tal vez trabajar con organizaciones comunitarias (como Salvation Army, TPI, etc.) para proporcionar un administrador en el sitio?*
- ◆ *[Ideas para la inclusión:] (1) Prevención de la falta de vivienda, incluido el pago [por] la vivienda para quienes no tienen vivienda y [el pago] por la vivienda para evitar los desalojos de quienes están alojados; (2) garantizar que la vivienda sea segura para la madre y el bebé.*

El **transporte** también fue otro tema que los participantes abordaron continuamente. Varios vieron el transporte como un beneficio integral para ayudar a las personas a recibir la atención que necesitan; en los casos en que los servicios de transporte no eran tan sólidos, las personas pueden haber notado que esto es una barrera para la atención. Muchos señalaron que a veces era difícil coordinar o acceder al transporte entre condados y **en diferentes áreas geográficas** (particularmente en las zonas rurales).

- ◆ *Se agradecería el transporte para las personas que intentan obtener cobertura del OHP, como los que vienen a ver a los asistentes en persona. E incluso cuando hay transporte público disponible, no siempre es lo más fácil*
- ◆ *Para la clientela rural, el transporte es una barrera enorme. Se espera que los programas de transporte local transporten a todos a sus citas médicas. Pero en más y más casos, no hay reembolso de millaje de transporte para que los programas de transporte accedan a compensar los costos.*
- ◆ *¿Qué sucede si un paciente tiene una cita fuera del condado y la cita es temprano al día siguiente, pero tienen OHP en un condado y el transporte no cubre el otro condado y no conocen ningún transporte en el otro condado?*
- ◆ *Este problema es la brecha en el financiamiento del transporte cuando una persona cumple 65 años y pasa del programa Medicaid a Medicare. En un área muy rural, estos viajes pueden tener cientos de millas y se debe tener un vehículo y conducir un día entero para completarlos. Este problema se llama “dumping” en el mundo del transporte público. Una agencia más grande puede trasladar la carga de los costos a otra agencia, en este caso un departamento de transporte público rural muy pequeño con recursos extremadamente limitados.*

Además de la vivienda y el transporte, los participantes enumeraron **otros beneficios y recursos** que respaldaría una población más saludable:

- ◆ *Un problema sin importar cuál sea su estatus económico social, pero especialmente para aquellos que reciben cupones de alimentos y aquellos que tienen presupuestos*



*limitados para alimentos, es la cantidad de alimentos procesados. La cantidad de carbohidratos, sal y azúcar en los alimentos procesados es muy dañina. Me parece que algo de educación sobre la comprensión de las porciones y el etiquetado debería ser parte del apoyo. Tal vez expandir los cupones agrícolas para aquellos con cupones de alimentos podría brindar más acceso a frutas y verduras frescas.*

- ◆ *¿Por qué no existe ningún tipo de programa de cupones de alimentos/WIC (mujeres, bebés, niños) para personas que tienen diabetes? Este tipo de programa ayudaría a las personas a comprar alimentos saludables para que puedan controlar mejor su diabetes.*
- ◆ *Acceso a parques y lugares recreativos: muchas personas viven en apartamentos o no tienen lugares para hacer ejercicio.*
- ◆ *¿Qué pasa con los vínculos con la educación? Promover estrategias de salud que mejoren los resultados educativos.*
- ◆ *¿Se pueden considerar las guarderías comunitarias? Tener guarderías locales hace que se pueda ir caminando o, al menos, reduce la necesidad de viajar, y proporciona trabajo y genera confianza en la comunidad local.*
- ◆ *Guarderías: las guarderías de CBO son locales, reduce la necesidad de viajar, genera confianza en la comunidad.*

**Figura 6: Resumen de temas clave relacionados con los servicios centrados en los determinantes sociales de la salud incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales.

- ◆ Organizaciones comunitarias: Oregon está solicitando inversiones federales para apoyar las colaboraciones de inversión de la comunidad que serán dirigidas por la comunidad e invertirán en equidad de la salud. Además, Oregon está solicitando inversiones federales para apoyar la infraestructura para las organizaciones comunitarias. Si aquello se acepta, estas solicitudes de exención tienen el objetivo de que las organizaciones locales aborden los determinantes sociales de la salud y otras necesidades de servicios en sus comunidades con más facilidad.
- ◆ En la solicitud de exención, el OHA propone maneras de abordar los determinantes sociales de la salud para las personas que atraviesan transiciones significativas en su vida. Específicamente, el OPH ofrecería paquetes de servicios diseñados para apoyar a las personas que atraviesan transiciones desestabilizadoras en sus vidas, como quedarse sin hogar o acceder a una vivienda.
- ◆ Oregon también propone proporcionar apoyos de transporte para determinadas poblaciones de interés que atraviesan transiciones en sus vidas.





## **Una fuerza laboral sólida**

Varias personas expresaron que la fuerza laboral es un área clave, particularmente en lo que respecta a la capacidad de proporcionar **atención culturalmente apropiada**. Por ejemplo, algunos de los siguientes extractos se identificaron en conversaciones con las partes interesadas:

- ◆ *Necesitamos aumentar la atención culturalmente apropiada y luego cambiar las OAR para auditar a fin de asegurar el respeto y ofrecer atención culturalmente específica.*
- ◆ *Los proveedores no deben brindar atención en otros idiomas a menos que sean competentes para hacerlo; “no es como pedir café en otro idioma”.*
- ◆ *A medida que aumentamos y alentamos a los proveedores culturalmente específicos a unirse a la red, ¿cómo cambiamos las OAR o las auditorías, etc. para asegurarnos de que estamos aplicando las reglas de una manera que respete la solicitud que tenemos para la atención culturalmente específica (nuestras OAR [Normas Administrativas de Oregon] y otras reglas mantienen el cuidado centrado en los blancos).*
- ◆ *El OHP necesita contratar más terapeutas individuales, quienes también podrían ser más adecuados para los clientes con necesidades especiales (es decir, clientes transgénero, clientes que no hablan inglés, etc.); la tasa de reembolso es baja.*

Hubo varios casos en los que las personas sugirieron **más recursos de fuerza laboral** para apoyar una atención más accesible, como agregar flexibilidad para participar o aumentar el número de proveedores.

- ◆ *Solo quiero saber en qué consiste la inversión o si en el proceso de exención se indica una política específica para garantizar que la fuerza laboral de trabajadores de nuestra comunidad se incluya en la exención como parte de este proceso de sostenibilidad.*
- ◆ *La expansión de la fuerza laboral podría ser un objetivo clave. Considere la flexibilidad con respecto a lo que se puede pagar y reembolsar en lo que se refiere a la integración y la fuerza laboral. La exención de 2012 incluía la capacidad de reembolsar a los trabajadores de salud comunitarios y puede haber una oportunidad para aprovechar ese tipo de flexibilidad. Es probable que se pueda lograr una mayor flexibilidad en torno a la fuerza laboral.*
- ◆ *Como se mencionó anteriormente, Oregon necesita un esfuerzo concertado para invertir en el reclutamiento, la retención y el desarrollo de la fuerza laboral. La auditoría de la Secretaría de Estado del sistema de salud conductual infantil identificó desafíos asociados con la retención de trabajadores de atención directa. Ciertamente, si bien la legislación potencialmente promulgada en esta sesión podría ayudar a sentar las bases para una fuerza laboral más fuerte, este esfuerzo llevará tiempo.*
- ◆ *Las partes interesadas expresaron inquietudes con respecto a la capacidad de la fuerza laboral de brindar estos servicios a las tarifas de Medicaid.*





- ◆ *[Con respecto a la expansión de la elegibilidad del OHP a todos los niños], la comunidad concuerda en que es posible que Oregon no pueda cumplir con estos requisitos ni garantizar un volumen de casos razonable para los proveedores sin sacrificar la calidad.*
- ◆ *Fondos directos para apoyar la capacitación de equipos de atención clínica en servicios, y prácticas prometedoras de la fuerza laboral de CHW para aumentar las tasas de retención. Creo que hay más flexibilidad para las personas con trabajo estacional, trabajos temporales, etc., tal vez agilizando las recertificaciones.*

A través de múltiples compromisos y diferentes categorías de partes interesadas, se enfatizó el uso de **socios de la comunidad**. Varios participantes expresaron que los socios de la comunidad eran una parte integral del sistema y debían recibir más poder y los recursos adecuados para servir mejor a la comunidad local.

- ◆ *La exención 1115 de Oregon puede expandir el papel y la función del apoyo de pares del modelo clínico/no médico que se enfoca en el alcance y la participación para abordar los problemas de acceso, apoyar la elección individual con respecto a las vías de atención e impactar los determinantes sociales de la salud y la equidad (SDOH-E).*
- ◆ *¿Cómo tomaría en cuenta el modelo la gobernanza comunitaria que ya está teniendo lugar en determinadas áreas?*
- ◆ *Una fuente de financiamiento confiable [para servicios de pares] sostendría y apoyaría el desarrollo del acceso equitativo a los servicios de pares en todo el estado y brindaría la oportunidad de apoyar salarios dignos equitativos para esta fuerza laboral crítica y diversa.*

**Figura 7: Resumen de temas clave relacionados con la fuerza laboral incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Por ejemplo:

- ◆ Oregon está solicitando que más proveedores fuera del modelo médico estén cubiertos para apoyar la salud conductual. Los proveedores fuera del modelo médico incluyen a trabajadores de salud tradicionales y comunitarios, guías de salud personales, especialistas de apoyo y bienestar entre pares y doulas.
- ◆ Oregon está solicitando fondos federales para invertir en organizaciones comunitarias (CBO) para brindarles un mejor apoyo a los miembros del OHP. Con frecuencia, las organizaciones comunitarias son las que mejor conocen las necesidades de los miembros a los que asisten. Por lo tanto, son capaces de brindar servicios que tengan en cuenta las diferencias culturales, en el idioma de preferencia de las personas, y conectarlas con recursos.



Otros temas derivados de los comentarios de las partes interesadas no se abordan a través de la autoridad de exención 1115, pero se destacan a continuación:

- ◆ La mayoría de las inquietudes en relación con la fuerza laboral no requieren autoridades adicionales para ser abordadas, sino que se pueden abordar a través de otros mecanismos, incluidos las inversiones de la legislatura y los cambios operativos en los programas, y a través de los contratos con la CCO y la próxima adquisición de CCO.

## Objetivo 2: Garantizar el acceso a la cobertura: resumen y análisis

En general, los comentarios que se asignaron a este objetivo estaban relacionados con las formas de garantizar la cobertura de los beneficiarios, incluido el acceso a la cobertura, los procesos de inscripción y las estructuras de gobernanza (y la rendición de cuentas) relacionadas con el OHP.

### *Garantizar el acceso a la cobertura y la inscripción*

Varios participantes expresaron interés en formas de **ampliar la elegibilidad para ciertas poblaciones**. Algunos creen que más personas (no cubiertas actualmente) podrían beneficiarse de la cobertura del OHP, en uno o más de sus programas; sin embargo, puede haber cierta confusión sobre cómo esas personas podrán acceder a esos servicios. También hay varios casos en los que los comentaristas debatieron sobre la **deserción de poblaciones** y tratar de **asegurar la cobertura** para aquellas personas que ya no tienen la cobertura del OHP (o están en transición entre programas):

- ◆ *Me encanta la dirección y la “estrella del norte” de los periódicos. Estaba entusiasmado con la cobertura y la elegibilidad para incrementos de 5 años; esta es una gran continuidad.*
- ◆ *¿Cómo ampliamos la cobertura a las personas y hacemos que las personas se inscriban en un seguro, pero tampoco perdemos de vista el problema de las personas con seguro insuficiente que simplemente no pueden permitirse utilizar el seguro que tienen?*
- ◆ *En cuanto a las nuevas listas expandidas de Medicaid en las que se incorporan entre 100,000 y 300,000 miembros nuevos al Plan de Salud de Oregon: ¿Cuál es el plan de Oregon para generar de \$150 millones a \$400 millones adicionales anuales que son necesarios para pagar la mayor inscripción (teniendo en cuenta una tasa de coincidencia federal de 90-10)?*
- ◆ *En ausencia de la contribución federal actualmente disponible de la emergencia de COVID-19, ¿cómo pagará el estado su parte del costo de estos miembros adicionales?*
- ◆ *Siempre pensé que la elegibilidad retroactiva es maravillosa, pero en realidad el sistema significa asumir el riesgo del seguro y realmente no obtener recursos para evitar que eso suceda. ¿Existe la oportunidad de hacer algo con personas de 60 a*



*64 años que se dirigen a una gran transición de nada a Medicare o de Medicaid a Medicare? Al pensar en acercarse a CMS, ¿trabajaría con nosotros para llenar realmente las brechas, especialmente para este grupo de alto riesgo? Y, si lo logramos, ¿compartirá los ahorros a medida que ingresen a Medicare?*

- ◆ *Creo que el [presidente] Biden ha manifestado interés en la población de 60 a 64 años. Es la población de más riesgo a nivel comercial. Una característica de riesgo es que, a medida que acceden a Medicare, algunas de aquellas personas posponen la atención electiva con la esperanza de que la cobertura de Medicare sea mejor que su cobertura con deducible alto. Existen muchas historias tristes sobre personas que perdieron la vida a causa de esto.*
- ◆ *Si su empleador le ofrece un plan, entonces no es elegible para exenciones, cobertura, beneficios. ¿Cómo podemos ayudar a aliviar la deserción y asegurarnos de que la cobertura del empleador ayudará al cliente y no creará brechas?*
- ◆ *¿Tiene la OHA algún tipo de programa implementado que identifique a aquellos que entran y salen de la atención “crónicamente” y luego se esfuerza por reconectarse activamente con esas personas (tratando de encontrar y reunirse en persona en la última dirección/número de teléfono conocido) para restablecer la atención?*
- ◆ *Pensamos en las poblaciones que son realmente difíciles de manejar, aquellas que entran y salen de diferentes tipos de elegibilidad. Sería útil crear un proceso de inscripción previa a la adjudicación. Crear un plan de solo coordinación de la atención (CCO-Z) que permitiría que una CCO sea parte de la coordinación, incluso cuando no esté pagando por la atención, ayudaría a mantener la inscripción y reduciría las demoras en la atención del FFS.*
- ◆ *¿En la exención se habla sobre la posibilidad de brindar Open Card a los clientes nómades, sin hogar o que viven en hogares transitorios y se desplazan mucho, para que no tengan que seguir cambiando su CCO y explorando sistemas nuevos?*
- ◆ *La sugerencia es, si hay una persona que vive en California y planea mudarse a Oregon, que sería útil para ellos tener la oportunidad de comenzar su proceso de solicitud antes de llegar aquí para que no tengan ningún tipo de brecha en la cobertura.*
- ◆ *Una de las áreas de las que hemos estado hablando en nuestro subcomité ha sido la cuestión de cuándo las personas se vuelven elegibles para Medicare. Y pasan a una situación dual, y muchas de estas personas obviamente tendrán necesidades de atención complejas. Y es muy perturbador. Me preguntaba si ha habido algún debate sobre formas de hacer que esas transiciones sean más tranquilas o de abordar algunas de esas preocupaciones.*
- ◆ *Nuestro mayor problema en nuestra oficina es cuando se termina la cobertura para un niño porque no completaron la renovación, se fueron a una cobertura diferente a la que tenían antes y no es una que aceptamos en nuestra oficina. ¿Hay alguna manera de que puedan ver en qué programa estaban antes y mantenerlos en este? Además, al agregar un recién nacido a la familia también tiene el mismo problema.*



- ◆ *De acuerdo con la iniciativa de la Autoridad de cubrir a los niños ininterrumpidamente durante cinco años, [el comentarista] cree que existe una política complementaria de priorizar la coordinación de la atención para aquellos que interactúan con la Autoridad Juvenil de Oregon. Si bien brindar atención a todos los miembros del Plan de Salud de Oregon es primordial, creemos que las intervenciones tempranas y la coordinación de la atención para nuestros jóvenes podrían servir como una estrategia central para cumplir con el objetivo de la administración de eliminar las inequidades en la salud.*
- ◆ *¿Existe algún camino para permitir que los cónyuges recién separados permanezcan en el OHP hasta que se determine la custodia? Algunos cónyuges perdieron la cobertura debido a que el otro cónyuge los eliminó del plan familiar.*
- ◆ *¿Cuántos de los inscritos que se añadieron han estado en el OHP durante los últimos dos años? ¿Cuántos son elegibles para recibir subsidios en el intercambio? ¿Esta inscripción se ha estratificado de acuerdo a la información de raza, origen étnico, idioma y discapacidad (race, ethnicity, language, and disability, REALD)? ¿Cuáles son las posibles consecuencias de que las poblaciones BIPOC de Oregon pierdan su cobertura?*

Algunos participantes también mencionaron algunas consideraciones para garantizar un **proceso de inscripción más fluido y accesible** para apoyar mejor un enfoque equitativo de la cobertura.

- ◆ *Además, no todos reciben su correo porque son nómades o no tienen hogar, y el correo electrónico no siempre es accesible debido a la banda ancha, por lo que tal vez se comuniquen a través de los trabajadores de la salud tradicionales que se asocian para contactar a las personas que están a punto de perder la cobertura o no la tienen.*
- ◆ *Los asistentes son un gran recurso para ayudar a la comunidad a inscribirse en el OHP. Sin embargo, su trabajo es un desafío porque cuando llaman a la línea del OHP, a veces tienen que esperar hasta 3 horas y a veces su problema no se resuelve. Muchas familias no tienen tiempo para esperar 4 horas con un asistente para obtener su OHP.*
- ◆ *Muchas personas que podrían beneficiarse del OHP, pero que no saben cómo acceder a este tienen hijos que van a la escuela. Tener contactos del OHP en las escuelas puede ayudar. Los navegadores de salud escolar han estado conectando con éxito a los estudiantes y sus familias con el OHP y los servicios de salud y SDOH durante varios años en el condado de Benton.*
- ◆ *[Un comentarista] sugiere que la exención podría utilizar el Programa de Alcance de Socios Comunitarios para [cerrar la brecha de cobertura de seguro]. A través de los coordinadores de alcance regional, este equipo capacita y certifica a los asistentes de inscripción/solicitud/socios comunitarios del Plan de Salud de Oregon basados en la comunidad. Muchos de estos socios son culturalmente específicos. Aprovechar la exención (y, por lo tanto, los fondos federales) para aumentar los fondos para el programa de subvenciones bianuales del Programa de Alcance para Socios Comunitarios podría reforzar el alcance.*



- ◆ *El servicio es muy difícil en el OHP. Muchas veces llamamos, pero la persona de servicio al cliente no sabe la respuesta. O muchas clínicas más pequeñas se niegan a aceptar el OHP porque su burocracia es demasiado abrumadora. Que se mejore la experiencia del cliente para mejorar la inscripción.*

**Figura 8: Resumen de temas clave relacionados con la cobertura y la inscripción incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales.

- ◆ En la nueva exención, Oregon planea facilitar el acceso de las personas elegibles a la cobertura del OHP y la permanencia de sus miembros en dicho plan. Específicamente, la exención propone lo siguiente:
  - una manera rápida y fácil de inscribirse en el OHP para quienes soliciten beneficios del Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ya que muchas personas que son elegibles para el SNAP también son elegibles para el seguro de salud del OHP;
  - una inscripción continua en el OHP para los niños hasta que cumplan 6 años; y
  - una inscripción continua de dos años en el OHP para personas mayores de seis años, aunque haya cambios en sus ingresos.
- ◆ La exención propone que se brinden paquetes de servicios diseñados para poblaciones específicas que necesitan apoyo adicional durante las transiciones. Esto incluye un paquete de servicios para miembros que pasan de una cobertura exclusiva de Medicaid a una cobertura de Medicaid y Medicare.
- ◆ Oregon está pidiendo permiso para que no se aplique la norma federal que impide que una persona detenida tenga acceso a los beneficios de Medicaid. Esto permitirá que Oregon brinde cobertura a jóvenes elegibles, aunque se encuentren dentro del sistema correccional juvenil. Para muchos jóvenes, esto significará permanecer en el OHP.

### ***Gobernanza y poder compartido***

Hubo algunas sugerencias relacionadas con la **gobernancia** del programa y cómo la OHA debe considerar el **poder compartido** con comunidades e individuos.

- ◆ *Estoy muy contento de cambiar el poder a la participación de la comunidad; sin embargo, deberíamos ser más agresivos con el lenguaje: por ejemplo, redistribuir recursos a las comunidades más afectadas por las inequidades en salud. Centrarse*





*en inversiones más profundas y sostenidas a largo plazo en las comunidades que más lo necesitan.*

- ◆ *Invertir en objetivos “estatales” con el OHA en calidad de “intermediario” reduce el control local, la participación local y las opiniones de la comunidad. La CCO 2.0 ya creó un proyecto de mejora del desempeño (Performance Improvement Project, PIP), de modo que incluir esto en la exención es tanto redundante como contraproducente.*
- ◆ *¿Podemos hablar sobre cómo se verá un cambio de poder real para empoderar a las comunidades? La OHA ha recibido muchísimos aportes de las comunidades a lo largo de los años y sabe bien quién habla bien por sus comunidades, pero estas personas/grupos/organizaciones ahora no están verdaderamente empoderadas.*
- ◆ *Muchas oportunidades les otorgan poder a las personas y es posible que también se deban considerar otros problemas, como la privacidad y la confidencialidad. La comunidad es un buen representante, pero también se deben tener en cuenta a las personas y empoderarlas para que obtengan información por sus propios medios.*
- ◆ *¿El problema es nuestra definición de equidad de la salud en relación con la redistribución de recursos y poder? Es un cambio estructural muy grande pasar de un sistema de bonificación a un sistema de retención y cómo los servicios comunitarios integrales (Comprehensive Community Services, CCS) pueden estar usando ese cambio para reflexionar acerca de cómo repercute en las comunidades, en particular con respecto a las inequidades en la salud que ya existen y cómo incentivamos la mejora en ese territorio.*
- ◆ *Necesitamos inversiones dirigidas a las causas fundamentales de las inequidades y necesitamos rectificación y rendición de cuentas. Esta responsabilidad debe centrarse en las CCO, la OHA, e incluir la colaboración con las poblaciones locales prioritarias, siendo el punto final de responsabilidad con las comunidades locales. Las estrategias en la propuesta podrían incluir cosas como: un comité de supervisión, financiado y que refleje la diversidad de la comunidad, etc.*
- ◆ *Me gustaría centrarme en cómo la exención podría impulsar las decisiones de gasto de la comunidad [y] cómo la propuesta de exención puede ayudar a impulsar las decisiones de gasto a la comunidad. La toma de decisiones de la comunidad está en el corazón de nuestro enfoque como CCO. [Nuestra CCO] cumple con sus responsabilidades bajo el contrato de organización de atención coordinada mediante la creación de consejos de salud en la comunidad local. Cada región será diferente, pero en términos generales, los consejos mejoran la salud en la región en general, no solo para los miembros del Plan de Salud de Oregon o la organización de atención coordinada.*

### Figura 9: Resumen de temas clave relacionados con la gobernanza y el poder compartido incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales.

- ◆ El OHA reconoce que, para contribuir a resolver las inequidades en la salud, Oregon tiene que otorgar poder y recursos a las comunidades. La exención apoya esto a través de sus procesos y propuestas. Específicamente:
  - El Comité de Equidad en Salud (HEC) está apoyando al OHA para evaluar el impacto de las políticas de exención sobre la equidad en la salud propuestas, el proceso de participación pública y el proceso de desarrollo de la política en general. Como parte de este trabajo, el HEC está supervisando y asesorando al OHA para que lleve a cabo la evaluación del impacto de la equidad en la salud. El OHA usará los resultados para mejorar la participación en las siguientes fases de la exención.
  - Las coaliciones regionales de equidad en la salud trabajaron en estrecha relación con el OHA para desarrollar el concepto “inversiones centradas en la equidad” de la política. Este concepto respalda el proyecto de ley 3353, el cual se aprobó en 2021 y fue dirigido por socios comunitarios. El concepto “inversiones centradas en la equidad” describe cómo Oregon usará el dinero federal solicitado a través de la exención para financiar las nuevas colaboraciones de inversión de la comunidad (Community Investment Collaboratives, CIC). Las CIC decidirán qué problemas son la prioridad a resolver y cómo se invertirán los fondos para reducir las inequidades en la salud.

### Objetivo 3: Gastos inteligentes y flexibles: resumen y análisis

Los comentarios bajo este objetivo mencionaron la capacidad de la OHA para apoyar la atención centrada en la equidad en la salud a través de medidas de estandarización y rendición de cuentas. Un comentario sobre la inversión actual en CCO puede ofrecer alguna confirmación de que la inversión en programas de prevención primaria puede tener éxito.

#### Capitación

La **capitación**, o más específicamente, los **modelos de pago de presupuesto global** para las CCO se mencionaron varias veces. A menudo, el tema era de naturaleza general o se cuestionaba cómo las CCO podían invertir en las necesidades de la comunidad basándose en dólares flexibles recibidos a través de un presupuesto global. Los comentarios sobre reinversión también se asignaron periódicamente al Objetivo 4.

- ◆ *Es gratificante que nuestra comunidad se haya unido para expandir la cobertura de salud, lo cual genera equidad en la salud en nuestras comunidades, crea un*



presupuesto global real y mantiene el control local para volver a invertir los fondos y los apoyos en la comunidad.

- ◆ *¿Puede un presupuesto global ser actuarialmente sólido?*
- ◆ *Tengo una pregunta acerca del 3 % [de los presupuestos globales de la CCO invertidos en fondos gestionados por la comunidad]. Eso sería invertido en las comunidades. Parece bastante fijo. ¿Hay posibilidad de que se expanda para las comunidades bastante diversas que se encuentran dentro de una comunidad en particular? Parece que esas comunidades reciben mucho menos. ¿Cómo se adaptan a las necesidades de la comunidad, a su dimensión y a su diversidad?*
- ◆ *Si cuentan con varias CCO, ¿se espera que trabajen con las mismas organizaciones comunitarias para hacer eso? ¿O sus CCO cuentan con una organización comunitaria diferente a la que trabaja con su 3 %?*
- ◆ *Asegurar que la inversión (presupuesto global) sea adecuada para apoyar y mantener la accesibilidad en todo el estado a una atención de alto valor, equitativa y centrada en la persona.*
- ◆ *Entendemos la necesidad de utilizar estructuras de tarifas para asegurar que los beneficios médicos se acumulen para los miembros que atraviesan transiciones clave. Es probable que las estructuras de tarifas necesiten estar informadas por métricas clave, lo que creemos que podría ser difícil, ya que los rastreados están experimentando inestabilidad en sus circunstancias.*
- ◆ *¿Cómo nos acercaremos a CMS de manera diferente para brindar flexibilidad a los fondos? Las preocupaciones sobre hablar de poblaciones específicas podrían dividirse en presupuestos o tarifas para crear reservas.*
- ◆ *Me sorprendió que una de las preocupaciones fuera la fragmentación de los determinantes sociales de la salud. Estamos creando más integración con gasto flexible con vivienda, con el sistema de justicia penal. Lo veo como una integración intencional en lugar de una fragmentación. El problema es que los sistemas han sido administrados por diferentes fuentes de financiamiento y ahora estamos tratando de pensar en este problema interrelacionado en lugar de varios problemas diferentes.*
- ◆ *La exclusión de los medicamentos de alto costo durante dos años después de la aprobación inicial del cálculo de costos para las CCO reflejará mejor nuestro trabajo colectivo para administrar la utilización y los costos que están bajo nuestro control. Revisar la exclusión cada dos años brinda la oportunidad de incluir esos medicamentos en los cálculos de costos del programa a medida que los precios bajan y los genéricos o terapias comparables ingresan al mercado.*
- ◆ *El desarrollo de corredores de riesgo para medicamentos de vía acelerada de alto costo es otra opción para administrar estos costos fuera de la tasa de crecimiento de CCO. En este caso, el programa general de Medicaid aún sentiría el impacto de esos costos, pero el estado podría aprovechar aún más los reembolsos para disminuir la carga financiera.*



Un comentarista ofreció un ejemplo de cómo las **CCO ya estaban apoyando la inversión comunitaria**.

- ◆ *En el condado de Lane, nuestras CCO invierten mensualmente (por miembro, por mes) en programas de prevención primaria. Las CCO contratan a Salud Pública para trabajar con los miembros de la comunidad (CAC) para decidir dónde y cómo se gastan los fondos cada año y administrar esas estrategias. Nos dirigimos a comunidades/regiones que necesitan más apoyo, rurales, BIPOC, etc. Entonces, por ejemplo, la pregunta anterior sobre modelos de financiación sostenible para programas de crianza, SDOH: este es un modelo que funciona muy bien para las CCO, la salud pública y la comunidad, y está alineado con nuestro plan de mejora de la salud comunitaria.*

Un par de comentarios ofrecieron **devoluciones a nivel operacional para consideración de la OHA**, tales como:

- ◆ *La solidez actuarial debe seguir formando parte de la conversación. Los factores de riesgo, la experiencia histórica, etc. podrían afectar a diferentes CCO de manera diferente.*
- ◆ *Reducir los costos administrativos asociados con los gastos médicos.*

En relación con el presupuesto global, varias personas estaban interesadas en la manera en que la exención afrontaría la **administración de los costos de medicamentos**:

- ◆ *¿Cómo se abordarán los costos farmacéuticos en la exención?*
- ◆ *La exclusión de los medicamentos de alto costo durante dos años después de la aprobación inicial del cálculo de costos para las CCO reflejará mejor nuestro trabajo colectivo para administrar la utilización y los costos que están bajo nuestro control. Revisar la exclusión cada dos años brinda la oportunidad de incluir esos medicamentos en los cálculos de costos del programa a medida que los precios bajan y los genéricos o terapias comparables ingresan al mercado.*
- ◆ *El desarrollo de corredores de riesgo para medicamentos de vía acelerada de alto costo es otra opción para administrar estos costos fuera de la tasa de crecimiento de CCO. En este caso, el programa general de Medicaid aún sentiría el impacto de esos costos, pero el estado podría aprovechar aún más los reembolsos para disminuir la carga financiera.*
- ◆ *[La parte interesada pregunta] si aunque el Estado otorgue reembolsos para los medicamentos de alto costo aprobados recientemente, cuya evidencia de eficacia o seguridad es escasa, la Comisión de Revisión de Evidencia de Salud podría restringir estos medicamentos solo a las personas que están en riesgo de sufrir un daño permanente inmediato, hasta que el conjunto de evidencias se considere suficiente para incluir dichos medicamentos en la lista de medicamentos recetados.*

## Figura 10: Resumen de temas clave relacionados con la capitación incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Por ejemplo:

- ◆ El proyecto de ley 3353 aprobado en 2021 exige que las CCO utilicen al menos el 3 % de sus presupuestos globales con base en el valor para hacer inversiones en equidad en la salud y que dichas inversiones se contabilicen de manera diferente para los informes financieros y la fijación de tarifas. Las propuestas de la exención apoyan este esfuerzo.
- ◆ La exención propone calcular un presupuesto de base (tarifa de capitación) que sea razonable y adecuado para los servicios cubiertos y el riesgo de la población, y que se base en varios años de utilización y gasto históricos, tendencias recientes y gastos en servicios relacionados con la salud. El objetivo es otorgarle a las CCO un presupuesto global más simple y predecible, y, al mismo tiempo, alentar a las CCO a que inviertan más en la atención de la salud que mejora los resultados de la salud y las vidas de los miembros.
- ◆ La exención propone una gestión más rigurosa de los gastos de farmacia mediante la adopción de formularios cerrados de tipo comercial y la exclusión de los medicamentos con pruebas limitadas o inadecuadas de eficacia clínica.

### ***Pago del proveedor e integridad del programa***

Hubo sugerencias de pago en el **nivel de proveedor** e interés en **integridad del programa**.

- ◆ *Enfatizar y asimilar los modelos de prestación de atención de pago orientados a la atención domiciliaria de atención primaria.*
- ◆ *¿Es posible insertar requisitos de presentación de informes en la exención de OHA sobre estos cambios en el sistema centrados en la equidad? Si algunos de estos requisitos se integraran en la exención, podría desencadenar una mayor supervisión y aplicación para que la OHA cumpla.*
- ◆ *Si la intención de la iniciativa ILOS (en lugar de servicios) es reembolsar a los proveedores de servicios no clínicos, la Autoridad deberá abordar quién y de qué manera se supervisará este programa. Este concepto puede necesitar incluir disposiciones para realizar verificaciones de antecedentes y conflictos, determinar estándares y mecanismos para la presentación de informes y auditorías, y similares.*
- ◆ *[ILOS] no permite la creación o el mantenimiento de esos servicios. En gran parte del estado, los servicios ampliados necesarios no existen o la población de Medicaid por sí sola no puede mantener los servicios.*





- ◆ *Actualmente, existen una serie de barreras en torno a la capacitación y la certificación dentro del poder de la Autoridad para resolver. Por ejemplo, aunque la Autoridad está en el proceso de evaluar cómo certifica a los trabajadores de salud tradicionales, el programa es un ejemplo de una idea aparentemente establecida para mejorar la equidad, pero se complica por los requisitos del programa contradictorios y las fuentes de financiamiento altamente prescritas.*
- ◆ *Crear métodos alternativos para pagar los servicios prestados por pares (sin tener que facturar a Medicaid).*
- ◆ *¿Cuál será el control sobre abuso, fraude y desperdicios para las autoatestaciones para la inscripción?*

**Figura 11: Resumen de temas clave relacionados con los servicios centrados en los determinantes sociales de la salud incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Por ejemplo:

- ◆ Las inquietudes acerca de la integridad del programa, el fraude y el abuso se abordarán en la estrategia de calidad.

### ***Alineación del pagador***

Hubo comentarios específicos que **recomendaron la alineación entre los programas públicos, así como entre Medicaid y los pagadores privados.**

- ◆ *Pregunté acerca de alinear los beneficios de salud de los empleados públicos para aprovechar el poder adquisitivo con Medicaid a través de un componente de exención.*
- ◆ *¿Visualiza una vía de transición para los miembros de Medicaid a otro pagador, como una opción pública?*
- ◆ *[Quería] ver una mayor alineación con las CCO y los pagadores privados en BH.*
- ◆ *Clarifique el objetivo y la aplicación del Programa de objetivos de crecimiento de costos de atención médica sostenible.*

**Figura 12: Resumen de temas clave relacionados con los modelos de pago alineados incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos temas clave derivados de los comentarios de las partes interesadas se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención. Algunos de estos temas se destacan a continuación:



- ◆ El Oregon Health Authority está trabajando para alinear las políticas de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (Public Employees' Benefit Board, PEBB) y de la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon (Oregon Educators' Benefit Board, OEBC) de Medicaid, y el mercado comercial, de ser posible.
- ◆ De conformidad con el proyecto de ley 2010 (2021), actualmente, el OHA y el Departamento de Asuntos de Negocios y del Consumidor (Department of Consumer and Business Affairs, DCBS) están desarrollando un plan propuesto de implementación de una opción pública, el cual tiene el objetivo de ayudar a los miembros de Medicaid a pasar al mercado individual con facilidad. El estado no exige que la exención de Medicaid logre esto.

### **Datos/mediciones e incentivos/métricas**

Algunas consultas relacionadas con **informes de la CCO** y sugerencias de que un poco de **estandarización** puede ayudar a desarrollar una mejor imagen de lo que está sucediendo y cómo afecta el gasto en atención médica. En particular, investigar el tipo de información que tienen las CCO que sería útil para la OHA. Los comentarios en la categoría también se enfocaron en la conexión con la equidad en salud, tales como:

- ◆ *Las organizaciones de atención coordinada ya operan con algunas métricas “ascendentes”. Las métricas deben diseñarse de manera que eviten consecuencias adversas no deseadas. Instamos a la Autoridad a que primero examine cómo las métricas actuales pueden abordar las inequidades en salud; la Autoridad tal vez desee considerar trabajar con las partes interesadas para establecer objetivos dentro de las métricas existentes.*
- ◆ *[En lo que respecta a las estructuras ascendentes y descendentes], debemos señalar que las métricas deben elegirse con mucho cuidado y deberán permanecer en su lugar durante una cantidad considerable de tiempo para desarrollar datos útiles, y probablemente excedan el requisito actual de tres años para métricas de mejora de la calidad.*
- ◆ *Cambien el modelo económico para que los proveedores ganen dinero mejorando de verdad la salud de la población... ¿[H]an cambiado de manera sustancial el modelo económico para que los proveedores ganen dinero logrando que la población a la que le prestan servicios esté más saludable en lugar de enferma? Si no lo han hecho, entonces realmente no incentivarán una salud mejor y costos más bajos, y el sistema no cambiará...*
- ◆ *Las métricas de calidad deben agregarse por raza y etnia para impulsar la equidad en salud.*
- ◆ *[D]ebido a que los servicios relacionados con la salud (incluidos los servicios relacionados con la salud basados en la comunidad) requieren un alto grado de cumplimiento, las organizaciones de atención coordinada dedican considerables apoyos administrativos para ayudar a las comunidades a superar estos requisitos.*



*Para [nuestras] organizaciones de atención coordinada, hemos visto que nuestro modelo de ahorro compartido comunitario funciona de una manera que logra los objetivos de los servicios relacionados con la salud basados en la comunidad con menos costos administrativos.*

- ◆ *También creemos que una aplicación consistente de estándares de calidad y supervisión es necesaria para el éxito de los servicios prestados por pares, así como para lograr resultados de salud positivos para las poblaciones a las que servimos.*

### **Figura 13: Resumen de temas clave relacionados con las medidas y métricas incentivadoras incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Otros temas clave se pueden abordar de maneras que no requieren autoridad de exención.

- ◆ Desde 2013, el Programa de Incentivos de Calidad de Oregon destina parte de los pagos de las CCO al buen desempeño en determinadas métricas o mediciones de salud que evalúan la manera en que estas brindan acceso a la atención a los miembros del OHP. En la nueva exención, Oregon planea aprovechar el éxito del programa y agregar un enfoque en las métricas que abordan factores ascendentes que afectan la equidad en la salud.
- ◆ Los órganos de supervisión establecidos, como el Comité de métricas y puntuación, desarrollarán métricas que midan el éxito de la exención.

## **Objetivo 4: Reinversión focalizada de los ahorros del gobierno: resumen y análisis**

La única etiqueta de “inversión” se referenció al Objetivo 4. Sin embargo, se formularon muchas preguntas aclaratorias, así como recomendaciones sólidas.

### ***Inversión***

Las preguntas generales incluyeron lo siguiente:

- ◆ *¿Qué investigación se ha realizado con respecto a las inversiones que reducen los costos, por ejemplo, el ROI [retorno de la inversión] del modelo de hogar de atención primaria?*
- ◆ *¿Cómo impulsamos las oportunidades económicas hacia las comunidades BIPOC?*
- ◆ *¿Cómo influye el mecanismo fiscal para proveedores en el debate sobre la exención, si es que lo hace?*
- ◆ *¿Cómo nos damos cuenta de los ahorros en SDOH? Hablamos de inversiones mínimas, ¿existe un mecanismo para invertir en SDOH antes de que se materialicen los ahorros?*



- ◆ *Preocupado, deberíamos pasar de una inversión única a una inversión sostenida.*
- ◆ *Si no obtenemos la aprobación para fondos adicionales de CMS, ¿no se tendrá en cuenta?*

Hubo comentarios más específicos que solicitaron información sobre **el rol y la visión de la CCO para la inversión comunitaria**. El apoyo a la inversión a largo plazo se mencionó más de una vez; sin embargo, también hubo preocupación sobre el potencial de **consecuencias no deseadas** al escindir los SDOH.

- ◆ *Priorizar la inversión para proteger la infraestructura (es decir, la fuerza laboral) para garantizar que todas las poblaciones cubiertas por esta renovación de exención tengan acceso proporcional a una atención equitativa y de calidad.*
- ◆ *Asegurar una inclusión significativa en la reinversión regional basada en la equidad.*
- ◆ *[Pedimos que algunas disposiciones sean]: cualquier nueva inversión comunitaria debe “demostrar, a través de evidencia basada en la práctica o en la comunidad, mejores resultados de salud para los miembros individuales de la organización de atención coordinada o la comunidad en general atendida por la organización de atención coordinada”.*
- ◆ *¿Podría haber una presentación sobre los fondos flexibles de OHP y cómo funciona para diferentes CCO?*
- ◆ *¿Estamos alejándonos del rol actual de las CCO y avanzando hacia un modelo en el que la OHA envía recursos a las organizaciones comunitarias?*
- ◆ *Las CCO ya están obligadas a colaborar y distribuir dinero en función de los objetivos de CHIP, incluida la equidad. ¿Cómo funciona el nuevo programa con ese proceso? ¿Reemplaza ese proceso?*
- ◆ *Plantearon una cuestión interesante con respecto a la inversión en la comunidad: se requieren estructuras, mejoras tecnológicas y acceso. ¿Se puede crear infraestructura para facilitar el intercambio de información, como radiografías?*
- ◆ *Trabajo para una organización de primera infancia y me asocio con muchos programas de primera infancia. Una cosa que hemos escuchado mucho es que las organizaciones obtienen subvenciones a corto plazo, pero luego la financiación termina. Puede que no haya una continuidad de la inversión a largo plazo. ¿Podría ser este un indicador a seguir en términos de responsabilizar a las CCO en sus comunidades? ¿Cuál es la duración de la subvención?*
- ◆ *Los presupuestos de las CCO todavía se basan de año en año en sus gastos médicos. Las inversiones en la comunidad no están incluidas en los presupuestos básicos. Pagar a los proveedores de salud conductual por encima de lo que es “habitual y usual” no se incluye en los presupuestos básicos de las CCO. Como resultado, las CCO están incentivadas negativamente para realizar esas inversiones de SDOH ascendentes. Las CCO aún realizan estas inversiones de todos modos, pero se ven obligadas a realizar inversiones a corto plazo o subvenciones únicas.*
- ◆ *La estructura de financiamiento actual no permite los cambios sostenidos originalmente previstos en la primera exención de CCO de 2012. Esta idea de separar*



*los fondos de las CCO de los determinantes sociales de la salud es, a la vez, tonta e insostenible. Simplemente creará el mismo sistema en el que están atrapadas las CCO, pero ahora esos fondos de Medicaid se aislarán aún más lejos del sistema de atención médica. También socavaría enormemente el trabajo crítico de las CCO, CAC.*

Varias personas debatieron sobre las **zonas de equidad en salud** y estrategia de reinversión propuesta por la OHA, y algunos comentaron sobre la posibilidad de crear pistas paralelas:

- ◆ *Preocupaciones sobre el concepto de zonas de equidad: parece que estamos creando un sistema más fragmentado.*
- ◆ *[La parte interesada sugirió que se incluya una disposición que exija] que los fondos para la calidad del reembolso federal total sea “parte de un plan desarrollado en colaboración con miembros de organizaciones o dirigido por estos, o por organizaciones que sirven a las poblaciones de prioridad locales y desatendidas que forman parte de comunidades a las que sirven las organizaciones de atención coordinada, las cuales incluyen, entre otras, las coaliciones regionales de equidad en la salud, y que el consejo asesor comunitario de la organización de atención coordinada apruebe dicho reembolso”.*
- ◆ *Nos preocupa que, tal como está redactada actualmente, la estrategia de reinversión y las “zonas de equidad en salud” propuestas por la OHA esencialmente desarrollarán un segundo sistema que funcione en paralelo a la atención coordinada. Creemos que las consecuencias no deseadas de los procesos separados de toma de decisiones dentro de las comunidades a las que servimos solo conducirán a una desconexión entre nuestro trabajo y los miembros del OHP. Nuestro objetivo es integrar mejor nuestro trabajo con las comunidades locales, en lugar de trabajar aparte.*
- ◆ *Entendemos que las comunidades quieren una mayor participación en las inversiones de equidad en salud. Esto se puede hacer con éxito dentro del modelo de la CCO sin crear estructuras paralelas. Una vía paralela podría conducir a una divergencia de prioridades de gasto, mientras que las inversiones comunitarias deberían alinearse en la búsqueda de la equidad en salud.*

**Figura 14: Resumen de temas clave relacionados con las inversiones incorporados a las propuestas de la política en respuesta a las devoluciones de las partes interesadas**

Muchos de los temas clave anteriores se abordan en las propuestas del OHA para la renovación de la exención de Medicaid 1115, los cuales están pendientes de comentarios públicos adicionales. Por ejemplo:

- ◆ Las conversaciones con los socios de la comunidad sobre la inversión federal y la equidad en la salud llevaron a un mayor desarrollo de políticas, estrategias y cambios en la forma en que se describe este trabajo.
- ◆ El concepto “inversiones centradas en la equidad” de la política describe cómo Oregon usará el dinero federal solicitado a través de la exención para financiar las



nuevas colaboraciones de inversión de la comunidad (CIC). Las CIC incluirán a las CBO y decidirán qué problemas son la prioridad a resolver y cómo se invertirán los fondos para reducir las inequidades en la salud.

## Próximos pasos

Myers and Stauffer revisó el proceso y los materiales relacionados con la recopilación de [sic]. Hemos finalizado esta fase de análisis de las devoluciones recibidas hasta el 30 de septiembre de 2021 en la primera versión de los documentos conceptuales y su desarrollo adicional. Myers and Stauffer ha revisado el proceso y los materiales relacionados con la recopilación de participación de las partes interesadas, incluida la recopilación, el registro y el análisis de comentarios futuros. Seguiremos colaborando con el OHA y apoyándolo según se solicite, en particular en los próximos pasos relacionados con la recopilación y el análisis de las devoluciones en la versión definitiva de los documentos conceptuales y la versión preliminar de la solicitud, las cuales estarán disponibles el 1 de noviembre de 2021 y el 1 de diciembre de 2021, respectivamente.

Las devoluciones se recopilarán en la versión definitiva de los documentos conceptuales y en la versión preliminar de la solicitud de exención durante el período de comentarios públicos desde el 7 de diciembre de 2021 hasta el 7 de enero de 2022. El OHA incorporará las devoluciones en los documentos conceptuales y los comentarios públicos oficiales en la solicitud definitiva. Los socios tendrán oportunidades adicionales para seguir participando en la implementación de la planificación y en las negociaciones de aplicación previas a la solicitud de exención definitiva y aceptada.

Para obtener más información acerca de la exención y las oportunidades para hacer aportes, ingrese a [Oregon.gov/1115WaiverRenewal](https://Oregon.gov/1115WaiverRenewal).

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.