



Oregon

Tina Kotek,



350 Winter Street NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97301-0405

971-701-1750

uhpgb.info@dcbs.oregon.gov

oregon.gov/uhpgb

8 de abril de 2026

El siguiente documento se elaboró en marzo de 2026 con el fin de proporcionar a los grupos de discusión un resumen de las recomendaciones preliminares acordadas por la Junta de Gobierno del Plan Universal de Salud (UHPGB, Universal Health Plan Governance Board) en ese momento. La UHPGB continúa realizando adiciones y ajustes al borrador de la propuesta, y el contenido del siguiente documento está sujeto a cambios antes de la presentación de la propuesta final ante la Legislatura de Oregon en septiembre de 2026.

Miriam D. McDonell, Doctora en Medicina (MD, Doctor of Medicine),
Maestra en Salud Pública con especialización en Gestión de Sistemas
(MPHSM, Master of Public Health in Systems Management)
Directora Ejecutiva de la UHPGB



Gracias por participar en uno de los Grupos de Discusión de la Junta de Gobierno del Plan Universal de Salud. Sus comentarios son esenciales para el trabajo de la Junta al momento de elaborar recomendaciones para la legislatura sobre un plan integral para financiar y administrar un plan de salud universal para los residentes de Oregon.

Por favor revise este material antes de la sesión de su grupo de discusión. El documento proporciona información general sobre la labor de la Junta y sus comités, incluyendo resúmenes de sus primeras recomendaciones y consideraciones clave. En cada reunión habrá tiempo para que usted formule preguntas aclaratorias, y posteriormente le solicitaremos su opinión sobre cuestiones clave que ayudarán a la Junta a finalizar las recomendaciones que se presentarán ante la legislatura en septiembre de 2026.

Antecedentes:

Los costos de la atención médica en los Estados Unidos son más altos que en otros países industrializados, y ello está perjudicando a Oregon. En todo nuestro estado, las familias, los empleadores, los proveedores y las comunidades están sintiendo la presión del incremento de los costos, los retos laborales y un sistema fragmentado y difícil de manejar. Durante muchos años, Oregon ha estado trabajando para lograr un enfoque más equitativo, económico y sustentable de la atención médica.

En 2022, el Grupo de Trabajo del Plan de Salud Universal llevó a cabo [una amplia campaña de participación pública en todo el estado](#) y definió una visión inspirada en los valores de los habitantes de Oregon. A raíz de ese trabajo, en 2023, los legisladores crearon la Junta de Gobierno del Plan de Salud Universal ("la Junta") con la aprobación del Proyecto de Ley del Senado 1089. La Junta tiene la responsabilidad de elaborar recomendaciones preliminares para la legislatura sobre cómo financiar y administrar un plan de salud universal para los residentes de Oregon.

Las recomendaciones se presentarán ante la legislatura a más tardar el 15 de septiembre de 2026.

Los habitantes de Oregon en todo el estado - empleadores, trabajadores, proveedores de atención médica, pacientes y líderes comunitarios - han estado viviendo con un sistema cada vez más costoso, complicado y difícil de comprender. Muchas familias se enfrentan a estos retos a diario: incremento de las primas, presión laboral, complejidad en la facturación, carga administrativa, lagunas en la cobertura, e incertidumbre acerca de la sustentabilidad a largo plazo.

Las personas más cercanas al sistema comprenden sus fortalezas y sus defectos mejor que nadie. Su conocimiento sobre cómo funciona la cobertura en la práctica, cómo se presta la atención médica, cómo se administran los costos, y dónde surgen los obstáculos es fundamental.

Este borrador de plan se basa en años de conversaciones sostenidas en todo Oregon y pretende reflejar lo que hemos escuchado de las personas que trabajan dentro del sistema actual y que dependen de él. No es un producto terminado. Solicitamos su opinión sincera para ayudarnos a poner a prueba el diseño, identificar posibles consecuencias no deseadas y reforzar los aspectos que funcionan. Su experiencia contribuirá a garantizar que cualquier sistema futuro refleje la experiencia del mundo actual y las realidades prácticas.

El mandato que la legislatura le ha encomendado a la Junta es el siguiente:

- **Diseñar** opciones de planes de salud financiados con fondos públicos y de ámbito estatal que garanticen la cobertura a todos los residentes de Oregon.

- **Recomendar** cómo el plan debe ser administrado, dirigido, financiado, implementado y evaluado
- **Cumplir** con los requisitos legales federales y estatales, incluyendo las exenciones de Medicaid, las consideraciones de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, Employee Retirement Income Security Act of 1974) y la adaptación a las reformas de salud estatales vigentes.
- **Identificar** estrategias para el control de costos, la mejora de la calidad y el acceso equitativo que reflejen el compromiso histórico de Oregon con la equidad, la inclusión y la sustentabilidad.

A medida que la Junta trabaja para presentar las recomendaciones del plan en 2026, debe realizarlo en el contexto de un panorama de atención médica que ha cambiado drásticamente — uno que está marcado por la reducción de la financiación federal para Medicaid, nuevas restricciones de elegibilidad, y la profunda conmoción posterior a la pandemia que afecta a los proveedores, la fuerza laboral, el acceso de los pacientes y la viabilidad financiera de los hospitales y clínicas. Estas circunstancias hacen que la labor de la Junta sea todavía más difícil y urgente.

Una nueva urgencia para actuar

Los cambios propuestos en las políticas federales — incluyendo límites a la financiación de Medicaid, requisitos más estrictos de elegibilidad e información, y una reducción del apoyo a los programas de asistencia social — han provocado que miles de habitantes de Oregon pierdan su cobertura médica. Sin reformas a nivel estatal:

- **Las brechas en la cobertura se seguirán ampliando**, especialmente para los residentes de zonas rurales y de bajos ingresos.
- **Los recortes en la cobertura seguirán elevando los costos generales**, ya que cada vez más personas retrasan la atención médica necesaria hasta que sus afecciones se vuelven más graves y costosas de tratar.
- **Los sistemas de salud se verán aún más sobrecargados**, y los hospitales, las clínicas y los proveedores se enfrentarán a costos más altos de atención no compensada y a una mayor presión sobre una capacidad ya limitada.
- **Se prevé que los costos de atención médica sigan aumentando a un ritmo mayor que los ingresos**, lo que empeorará la economía para las familias, los empleadores y las comunidades.

Es evidente que el sistema actual no es sustentable.

- **Crecimiento del gasto:** El gasto de salud por persona en Oregon ha aumentado casi un 40% desde 2015, superando ahora los \$9,000 anuales, un crecimiento mayor al de los salarios, la inflación, el objetivo de crecimiento del costo de atención médica del estado, y la economía en general.¹
- **Inseguridad financiera:** En 2023, 1 de cada 8 hogares reportó que las facturas médicas agotaron la mayor parte o la totalidad de sus ahorros.

- **Barreras para el acceso a la atención médica:** El 15% de los habitantes de Oregon retrasan o evitan la atención médica necesaria por el costo; en varios condados rurales, la cifra asciende al 20%.
- **Estrés del proveedor:** La escasez de mano de obra y el agotamiento son problemas generalizados.²
- **Acceso reducido:** Los usuarios de los servicios de salud se enfrentan a retrasos en la atención médica, los centros de maternidad están cerrando en las zonas rurales de Oregon, y los hospitales rurales están en riesgo.^{3 4}
- **Presión para los empleadores:** Las pequeñas empresas se encuentran entre la presión de las primas de seguros en aumento y la necesidad de retener al personal —viéndose a menudo obligadas a reducir las prestaciones o a absorber mayores costos a expensas de los salarios y la inversión.⁵

1. ["Impacto de los Costos de Atención Médica para las Personas en Oregon,"](#) Junio de 2025, Autoridad de Salud de Oregon (Oregon Health Authority).

2. [Evaluación de las Necesidades de Personal de Atención Médica en Oregon para 2025,](#) Enero de 2025, Autoridad de Salud de Oregon.

3. [Los hospitales de Oregon al borde del colapso,](#) Asociación de Hospitales de Oregon, análisis financiero y de utilización hospitalaria de 2024.

4. [Los hospitales rurales están cerrando sus salas de maternidad. Las personas buscan opciones para dar a luz más cerca de casa | Noticias de Prensa Asociada \(AP, Associated Press\),](#) 17 de septiembre de 2023.

5. [El aumento de los precios de la atención médica supone una carga para los empleadores y los residentes de Oregon 2017-2021,](#) Instituto de Costos de Atención Médica (Health Care Cost Institute).

Puede encontrar más información sobre la historia de la atención médica universal en Oregon [en este documento resumen](#) y en el [informe anual de la Junta de 2025 a la legislatura](#).

En este documento:

Este documento describe las siguientes recomendaciones de la Junta de Gobierno del Plan de Salud Universal:

- Quiénes estarían cubiertos
- Qué estaría cubierto
- Cómo sería financiado
- Cómo sería administrado y dirigido

Resumen de las recomendaciones preliminares del UHP:

Elegibilidad. Todas las personas quienes vivan en Oregon califican para el plan.

Cobertura garantizada. La cobertura de la atención médica no está vinculada al empleo.

Beneficios. Las prestaciones del plan se basarán en los planes de salud para los empleados estatales, con una cobertura mejorada en materia de salud conductual.

Elección del proveedor. Las personas cubiertas por el plan podrán acudir a cualquier proveedor autorizado.

Alta calidad. Se desarrollarán una política y una estrategia de calidad de la atención médica, más ágiles y eficientes.

Asequibilidad. Al momento de la atención médica, los copagos serán mínimos o nulos.

Centrado en el paciente. Los sistemas de prestación de servicios se enfocarán en el modelo consolidado de Atención Primaria Centrada en el Paciente y en el modelo de Salud Conductual Comunitaria Certificada, y se basarán en las innovaciones de las Organizaciones de Atención Coordinada.

Salud conductual. Se destinarán fondos adicionales a los servicios de salud conductual.

Estructura. Una sociedad pública sin fines de lucro con sede en Oregon se encargará de administrar el plan, garantizando la rendición de cuentas pública con flexibilidad operativa. Los fondos se mantendrán en un fideicomiso en la Tesorería del Estado y estarán exentos de las leyes de incentivos especiales.

Administración y dirección. La sociedad pública será administrada y dirigida por una Junta Directiva, la cual será designada por el Gobernador y ratificada por el Senado.

Recomendaciones del Plan Universal de Salud de Oregon a febrero de 2026

Quiénes estarían cubiertos bajo el Plan Universal de Salud:

Estarían cubiertos los residentes de Oregon de todas las edades, tal y como se define en el Estatuto Revisado de Oregon (ORS, Oregon Revised Statute) 316.027: las personas que tengan su residencia permanente en Oregon y pasen más de 200 días del año fiscal en el estado (ORS 316.027(1)(a)(B)).

Esto incluye:

- Residentes independientemente de su situación de vivienda.
- Residentes independientemente de su situación migratoria, incluyendo los trabajadores agrícolas de temporada definidos en el ORS 652.145(2).

Además,

- Estudiantes de otros estados que asisten a escuelas en Oregon.
- Los estudiantes de Oregon menores de 26 años que asisten a escuelas en otros estados estarían cubiertos por un plan de salud universal que funcionaría con una red nacional de aseguradoras.
- Personas que se encuentren en centros penitenciarios de Oregon, es decir, cárceles y prisiones.

Quiénes no estarían cubiertos:

- Personas que trabajen en Oregon pero residen en otro estado o país. Sus empleadores pueden ofrecer un método alternativo para cubrir sus costos de atención médica.
- Personas que residen temporalmente en Oregon, o que viajen o visiten el estado.

Personas con opciones de cobertura:

Los integrantes de las nueve tribus indígenas reconocidas por el gobierno federal, incluyendo los proveedores tribales, tendrían la opción de participar en un plan de salud universal además de la cobertura del Servicio de Salud Indígena.

Las personas que viven en Oregon y que viajen fuera del estado y necesiten atención médica urgente o de emergencia estarían cubiertas por un plan de salud universal a través de un contrato con una red nacional de aseguradoras.

Afiliación:

La Junta propone que la afiliación sea más accesible para las personas y más sencilla que el sistema actual de cobertura pública y privada.

La propuesta actual es:

1. La afiliación de nuevas personas se realizaría inmediatamente después de que manifiesten su intención de residir en Oregon, siendo obligatoria la verificación en un plazo de 90 días.
2. Para la afiliación solo se requeriría la documentación mínima necesaria, incluyendo elementos que acrediten la residencia, determinen la elegibilidad para Medicaid o Medicare, y acepten que un plan de salud universal se comunique con el afiliado.
3. Los afiliados serían reinscritos automáticamente en el plan de salud universal al presentar una declaración de impuestos de Oregon o al participar en otros programas estatales. La reinscripción afirmativa del afiliado solo sería necesaria si todos los demás intentos de verificación resultaran infructuosos.

Beneficios:

Qué estaría cubierto en el Plan de Salud Universal

Todos los proveedores autorizados o acreditados del estado serían elegibles para brindar servicios cubiertos por un plan de salud universal, sin restricciones de red. Las recomendaciones incluyen un paquete integral de beneficios que abarca:

Salud física y conductual:

Servicios solicitados o prestados por cualquier proveedor participante en Oregon, incluyendo:

- Atención primaria
- Consultas de salud física y conductual
- Terapias (como la fisioterapia o la terapia del habla) • Pruebas de diagnóstico y tratamientos
- Atención especializada
- Procedimientos y cirugías ambulatorios (en los que no es necesario pasar la noche en un hospital o centro quirúrgico)
- Atención hospitalaria (hospitalizaciones y estancias en centros de enfermería especializada)
- Tratamientos de salud conductual y trastornos por consumo de sustancias, incluyendo atención en situaciones de crisis, especialistas en apoyo entre pares y tratamientos de desintoxicación
- Equipos médicos duraderos (por ejemplo, tobilleras o sillas de ruedas) que sean solicitados por profesionales autorizados de atención médica
- Una cantidad limitada de atención a la fertilidad

- **Atención primaria:** La Junta recomienda destinar el 15% del gasto total en atención médica a los servicios de atención primaria.

Medicamentos con receta: Un plan de salud universal cubriría una lista específica de medicamentos con receta. La lista de medicamentos incluidos en el formulario sería elaborada por una junta independiente de farmacéuticos y profesionales de la salud, en colaboración con una entidad de investigación como el Centro de Políticas Basadas en la Evidencia (Center for Evidence Based Policy), de forma similar a como se diseña actualmente el formulario del Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan). **Es posible** que exista un costo adicional para los medicamentos que no figuren en la lista.

Salud dental: Atención dental rutinaria y una cantidad limitada de atención de ortodoncia.

Vista: Atención de la vista rutinaria, con cobertura limitada para anteojos o lentes de contacto.

Servicios y apoyos a largo plazo: Se continuaría ofreciendo una cantidad limitada de servicios y apoyos a largo plazo. La mayoría se financiarían y administrarían de forma independiente del UHP.

Las personas que reúnan los requisitos para recibir servicios y apoyos a largo plazo a través de Medicaid (Plan de Salud de Oregon - OHP, Oregon Health Plan) continuarían recibiendo dichos servicios a través del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (Oregon Department of Human Services). Es probable que otras personas necesiten contratar un seguro de cuidados a largo plazo o pagar de su propio bolsillo.

Medicaid: Las personas que reúnan los requisitos para recibir los servicios de Medicaid de Oregon (OHP) recibirían cualquier beneficio adicional que esté cubierto para esa población, de acuerdo con la ley de Oregon y las regulaciones federales. Por ejemplo, el transporte médico no urgente estaría cubierto para los participantes que reúnan los requisitos de OHP/Medicaid.

**Para reducir el costo de un plan de salud universal para todos los habitantes de Oregon, se está considerando revisar la lista de beneficios antes mencionada. Entre los beneficios que pueden quedar excluidos están los servicios de la vista, salud dental y/o de fertilidad.*

Costo y financiación de un Plan de Salud Universal

Un plan de salud universal permitiría que todos los residentes de Oregon tuvieran cobertura de atención médica, independientemente de si tienen trabajo o de cuánto ganen. En lugar de compañías de seguros privadas, la atención médica se prestaría a través de un sistema de financiación unificado.

Los análisis preliminares muestran que la mayoría de las personas pagarían menos por su atención médica bajo un plan de salud universal, y la mayoría de las empresas también pagarían menos en costos de atención médica para sus empleados.

Costos generales:

El objetivo es brindar cobertura a todas las personas que actualmente están cubiertas por su empleador a través del Mercado de Seguros Médicos, por Medicaid, Medicare, el Plan Puente del OHP, Healthier Oregon y a quienes no tienen seguro médico.

Un análisis preliminar del costo total para ofrecer el nivel de prestaciones recomendado a todos los habitantes de Oregon oscilaría entre \$69,700 y \$76,900 millones anuales. La estimación incluye - en este momento - una reducción conservadora del 10% en los costos administrativos del sistema. La Junta continúa revisando las investigaciones académicas y de la industria relativas a la administración de planes a fin de incorporar más oportunidades para la reducción de costos.

Comparaciones de costos estimados

Estas cifras son estimaciones para fines comparativos.^{6 7} La Junta continúa trabajando en cómo se administrará y financiará el plan, y está revisando investigaciones académicas y de la industria para elaborar una propuesta que reduzca la complejidad administrativa y disminuya los gastos generales en comparación con el sistema fragmentado actual.

Personas con seguro médico proporcionado por el empleador⁸

Ingreso	Costo actual por año	Costo del UHP por año
\$35,000	\$2,813	\$0
\$55,000	\$3,063	\$0
\$75,000	\$3,313	\$1,111
\$100,000	\$3,313	\$2,556
\$150,000	\$3,313	\$5,446

Hogar de cuatro personas con seguro médico proporcionado por el empleador

Ingreso	Costo actual por año	Costo del UHP por año
\$65,000	\$7,938	\$0
\$105,000	\$9,688	\$890
\$150,000	\$10,688	\$4,678
\$195,000	\$10,688	\$8,580
\$250,000	\$10,688	\$11,759

6. Costos anuales incluyendo primas, copagos, coaseguros y deducibles.

7. Se considera que los ingresos salariales son iguales al ingreso bruto ajustado federal, sobre el cual se basa el impuesto sobre la renta personal para la atención médica (HCPIT, Health Care Personal Income Tax).

8. Se considera que todos los empleadores son de tamaño mediano o grande, con nóminas de al menos \$5 millones.

**Personas con cobertura de la Ley de Atención Médica Asequible
(ACA, Affordable Care Act).⁹ Trabajadores por cuenta propia: 30 años**

Ingreso	Costo actual por año*	Costo del UHP por año
\$35,000	\$2,576	\$311
\$55,000	\$5,478	\$2,331
\$75,000	\$6,000	\$4,351
\$100,000	\$6,000	\$6,876
\$150,000	\$6,000	\$11,926

Parejas con cobertura de la ACA. Trabajadores por cuenta propia: 55 años

Ingreso	Costo actual por año*	Costo del UHP por año
\$65,000	\$6,474	\$2,399
\$105,000	\$20,904	\$7,381
\$150,000	\$20,904	\$12,104
\$200,000	\$20,904	\$17,154
\$250,000	\$20,904	\$22,204

Hogar de cuatro con cobertura de la ACA. Principio: 40 años

Ingreso	Costo actual por año*	Costo del UHP por año
\$65,000	\$4,220	\$0
\$105,000	\$10,458	\$4,829
\$150,000	\$21,600	\$11,458
\$195,000	\$21,600	\$17,004
\$250,000	\$21,600	\$22,559

*En virtud de las grandes diferencias entre los planes, esto no incluye los gastos que se deben pagar de su propio bolsillo.

9. "Plan nivel plata" para los planes de ACA.

Seguridad social	Otros ingresos	Total de ingresos	Costo actual por año (situación actual)	Costo del UHP por año
\$50,000	\$50,000	\$100,000	\$8,961	\$4,082
\$60,000	\$75,000	\$135,000	\$8,961	\$4,082
\$70,000	\$100,000	\$170,000	\$8,961	\$6,759
\$70,000	\$150,000	\$220,000	\$10,910	\$12,104
\$70,000	\$165,000	\$235,000	\$10,910	\$12,104
\$70,000	\$250,000	\$320,000	\$13,830	\$22,204

Seguridad social	Otros ingresos	Total de ingresos	Costo actual por año	Costo del UHP por año
\$50,000	\$50,000	\$100,000	\$11,246	\$4,082
\$60,000	\$75,000	\$135,000	\$11,246	\$4,082
\$70,000	\$100,000	\$170,000	\$11,246	\$6,759
\$70,000	\$150,000	\$220,000	\$13,195	\$12,104
\$70,000	\$230,000	\$300,000	\$16,116	\$20,184
\$70,000	\$250,000	\$320,000	\$16,166	\$22,204

Existe una gran variación entre los empleadores respecto a las prestaciones de atención médica que ofrecen. Actualmente, casi el 40% de los trabajadores de Oregon no tienen cobertura médica a través de su empleo.

Los empleadores pueden calcular la variación en los costos para ellos consultando las propuestas de financiación que se presentan a continuación.

Para personas: Reducción o eliminación de costos compartidos

Un plan de salud universal reduciría o eliminaría por completo el pago al momento de la atención médica. Los siguientes tipos de costos se eliminarían o reducirían significativamente bajo un plan de salud universal:

- Primas de seguros
- Deducibles
- Copagos
- Coaseguros
- Facturación del saldo

Para los empleadores: No más administración de los seguros

Según la Fundación de la Familia Kaiser (Kaiser Family Foundation), la prima anual promedio para la cobertura individual en Oregon es de \$8,382 por empleado, y los empleadores cubren aproximadamente el 85% de ese costo.¹⁰ Ello representa un gasto significativo y continuo vinculado directamente al tamaño de la fuerza laboral.

Bajo un plan de salud universal, los empleadores ya no serían responsables de financiar o administrar la cobertura médica de sus empleados. En lugar de absorber el aumento de las primas año tras año, las empresas obtendrían previsibilidad en los costos y se verían liberadas de las responsabilidades administrativas que conlleva la negociación de los contratos de seguros.

En términos prácticos, esto permitiría a los empleadores redirigir el tiempo, el capital y el enfoque del liderazgo hacia las operaciones principales, el desarrollo de la fuerza laboral y el crecimiento, en lugar de servir como intermediarios en el sistema de seguros de salud.

Debido a la prevalencia de la ERISA, los empleadores conservan el derecho a proporcionar una cobertura médica a sus empleados; no obstante, independientemente de ello, estarían obligados a pagar el impuesto patronal.

10. [Prima anual promedio única por empleado inscrito para seguro médico basado en el empleador](#), KFF.

Objetivos de la propuesta de ingresos

Económicos

Lograr la atención médica universal para todos los habitantes de Oregon

Reducir los costos administrativos y ahorrar dinero utilizando un plan público único en lugar de varias compañías de seguros diferentes.

La cobertura médica permanecería con la persona, no con el empleador.

Frenar el aumento de los costos de atención médica a través del tiempo.

Financieros

Mantener los flujos de financiación federales de Medicaid y Medicare.

Mantener vigentes las deducciones fiscales para las empresas de Oregon donde sea aplicable.

Asegurar que el plan cuente con la financiación adecuada, esté diseñado para perdurar y sea práctico de operar.

Legales

Evitar la prevalencia de la ERISA recurriendo a gravámenes generales que no sean específicos para cada empleador y a mandatos de cobertura universal.

Fuentes de financiación:

Las fuentes de ingresos propuestas están estimadas a febrero de 2026. Estas cifras cambiarán a medida que la Junta continúe su análisis de los ahorros administrativos.

Desglose de la financiación propuesta

Sustituir el gasto de salud actual de los empleadores y las personas

Mecanismo de financiación federal

Si Oregon recibiera la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services), los fondos del Gobierno Federal destinados a programas como Medicaid (OHP), Medicare y otras fuentes seguirían financiando la atención médica en Oregon.

Contribuciones empresariales

Diseñado para reemplazar el gasto de primas del empleador y garantizar una participación empresarial estable.

- **Contribución del empleador sobre la nómina**
Aproximadamente la tasa del 9.6% sobre la nómina. Los primeros \$500,000 de la nómina estarían exentos de la contribución
- **Ajuste al impuesto sobre la renta de las sociedades**
3.0% más de recargo sobre la tasa existente del 7.6%
- **Ajuste del impuesto sobre actividades económicas**
0.10% adicional a la tasa existente del 0.57%.

Contribuciones de los hogares

En lugar de primas, deducibles y copagos

- **Contribución del ingreso personal a la atención médica**
- Los ingresos de hasta el 200% del nivel de pobreza federal (FPL, Federal Poverty Level) no estarán gravados. Los hogares con ingresos menores a ese límite no pagarán nada. Los hogares que superen ese límite pagarán un impuesto sobre la renta personal del 10.1%, pero **únicamente sobre la parte de su ingreso que exceda el 200% del monto del FPL**. Esto genera una estructura tributaria progresiva.

Contribución complementaria

- **Ajuste del impuesto sobre hospedaje (menor que el 0.1%)**
Aumento del 0.2% del recargo sobre la tarifa estatal vigente

Medidas de protección integradas para las personas

- **Crédito fiscal sobre la nómina del empleador**
Un crédito fiscal para las personas empleadas por empresas que pagan el impuesto sobre nóminas. El monto sería el 50% del impuesto sobre nóminas
- **Crédito de la Parte B de Medicare (100%)**
Compensa las primas pagadas por los beneficiarios de Medicare

Administración, dirección, y estructura

Bajo el marco actual de la Junta, un plan de salud universal sería administrado por una sociedad pública creada por ley. Una sociedad pública es una entidad creada por el Estado para llevar a cabo misiones y servicios públicos. SAIF, la compañía de seguros de compensación para trabajadores de Oregon, es un ejemplo de una sociedad pública.

Las sociedades públicas ofrecen:

- Mayor flexibilidad operativa (en comparación con un organismo estatal) para garantizar su éxito de la mejor manera posible, manteniendo al mismo tiempo los principios de rendición de cuentas pública.
- Una junta directiva, nombrada por el Gobernador y ratificada por el Senado del Estado de Oregon, se encargaría de la administración y dirección de la sociedad pública, y tendría la facultad de establecer las políticas y gestionar las operaciones de la misma.
- Una estructura administrativa centralizada dependiente de la sociedad pública, con el fin de maximizar la coherencia y la simplicidad para los usuarios y los proveedores de los planes de salud.

Cómo funcionaría:

Pagos a proveedores: Los proveedores recibirían el pago directamente de un plan de salud universal mediante una lista de tarifas estandarizada, lo que reduciría significativamente la carga administrativa para las clínicas y los hospitales.

- Los pagos por atención primaria incluirían cantidades fijas por persona para apoyar la infraestructura y la coordinación de la atención, además de los pagos por los servicios prestados. El 15% del presupuesto del UHP se destinaría a la atención primaria.
- Los pagos por atención especializada se realizarían principalmente por el servicio prestado, con algunos pagos basados en el valor que han demostrado mejorar la calidad y reducir los costos. Se implementarían estrategias para proteger los pagos por los servicios altamente especializados, de modo que las reducciones en los pagos no provoquen la salida de esas especialidades.
- Los pagos por los servicios de salud conductual incluirían cantidades fijas por persona para apoyar la infraestructura, la divulgación y los servicios no reembolsables, además de los pagos por los servicios prestados. La financiación y los importes de los pagos de salud conductual se integrarán con la financiación de la atención primaria en la medida de lo posible; sin embargo, los fondos para tratamientos de los Acuerdos de Asistencia Financiera del Condado (CFAA, County Financial Assistance Agreements) que cubren los servicios de crisis y forenses no deben integrarse en un plan de salud universal, ya que financian servicios funcionalmente distintos y basados en la capacidad, estrechamente vinculados a la seguridad pública.

Presupuestos globales para hospitales:

Muchos hospitales operarían con presupuestos globales, lo que les proporcionaría un mayor control sobre sus operaciones y una mayor previsibilidad en materia de financiación. Ello ayudaría a contener los costos, eliminar la transferencia de gastos entre pacientes, y proteger los servicios en las zonas rurales.

Medicamentos con receta: El plan cubriría íntegramente una lista estandarizada de medicamentos (formulario), probablemente con un sistema escalonado (los medicamentos de marca y los medicamentos especializados se ofrecerían con un costo compartido parcial o total).

Administración de beneficios: Todos los habitantes de Oregon tendrían el mismo nivel de beneficios, con la opción de adquirir un seguro complementario para cualquier beneficio no cubierto bajo el plan.

Consejos consultivos regionales: La estructura administrativa incluiría la creación de consejos consultivos regionales; la propuesta actual recomienda siete regiones que se ajustan a los patrones de colaboración en materia de salud pública y salud conductual. Los consejos regionales aportarían información sobre la participación de la comunidad, la formación de proveedores, la captación de afiliados, la innovación local, la planificación y priorización de los recursos de salud, y el desarrollo de la fuerza laboral. Las regiones no constituirían redes, sino centros para la interacción local con pacientes y proveedores.

Fondo fiduciario: Se crearía un fondo fiduciario para un plan de salud universal dentro del Tesoro del Estado de Oregon, separado e independiente del fondo general. La Junta recomienda una estructura fiduciaria híbrida, en la que los fondos de inversión sean administrados por el Tesoro de Oregon y los fondos operativos pertinentes sean gestionados a través de servicios bancarios ajenos al Tesoro, para brindar mayor flexibilidad y eficiencia administrativa.

¿Cómo cambiarían las cosas con las recomendaciones del plan de salud universal?

Personas elegibles para el UHP

Hoy

Bajo el UHP

Costo

Hoy: Los costos no están relacionados con los ingresos. Primas impredecibles, copagos, coaseguros, deducibles, gastos de su propio bolsillo, facturas sorpresa.

Bajo el UHP: Impuesto progresivo sobre la renta
Abajo del 200% del nivel de pobreza federal: Sin cargo
Arriba del 200% del nivel de pobreza federal: un impuesto sobre la renta progresivo con base en el nivel de ingresos

Experiencia en la atención médica

Hoy: La atención médica se retrasa o se pospone debido a copagos demasiado elevados. Las personas tienen que buscar servicios que estén dentro de su red.

Bajo el UHP: Las personas reciben la atención que necesitan, cuando la necesitan, y los costos no influyen en su decisión de acudir o no a recibir la atención necesaria.

Acceso a proveedores

Hoy: Limitaciones de la red y remisiones

Bajo el UHP: Todos los profesionales clínicos con licencia en regla que ofrezcan servicios cubiertos por el UHP

Acceso para todas las personas

Hoy: Las políticas de pago y las normas de la red pueden limitar el uso de ciertos tipos de proveedores.

Bajo el UHP: Mayor integración de los servicios de salud conductual, salud bucodental y otros proveedores autorizados dentro de un sistema unificado.

Acceso a cobertura

Hoy: La cobertura y los costos se basan en la capacidad de pago, la situación laboral y la utilización de los servicios de atención médica.

La cobertura proviene principalmente de los planes de los empleadores. Las personas quienes no están cubiertas por los programas federales y estatales pagan de su propio bolsillo la atención médica.

Bajo el UHP: Todas las personas, sin importar cuánto ganen o cuánta atención médica utilicen, tendrían acceso a una atención médica integral.

Todas las personas, sin importar su situación laboral o su nivel de ingresos, tendrían acceso a una atención médica integral.

Empleadores

Hoy

Bajo el UHP

Costo

Hoy: Los costos por atención médica representan un gasto significativo, impulsados por incrementos crecientes e insostenibles.

Costos elevados por la negociación de contratos y la administración de planes.

Los empleadores compiten entre sí en la contratación de personal en función de la solidez de las prestaciones y el aumento de los costos.

Proveedores

Hoy

Bajo el UHP

Contratación, retención y bienestar del personal clínico

Hoy: Escasez de profesionales clínicos debido al agotamiento, el daño moral y la frustración con un sistema que no cumple con las necesidades de sus pacientes ni con sus propias necesidades para tener una carga de trabajo razonable y disfrutar de su profesión.

Un sistema basado en incentivos financieros y el lucro en lugar de brindar atención a la comunidad.

Costo y administración

Hoy: Los altos costos administrativos y generales se deben a los contratos con múltiples pagadores que tienen diferentes sistemas de facturación, normas, contratos, beneficios, estándares de autorización previa y formularios. Se destinan importantes recursos de personal a la facturación, codificación, gestión de contratos, autorizaciones previas y apelaciones por denegación.

Bajo el UHP: Reducción de la carga administrativa gracias a la existencia de un pagador único para todas las personas cubiertas por el UHP. Un sistema de pago unificado con normas, beneficios, procesos de facturación y políticas de cobertura estandarizados. Posible reasignación de personal hacia la coordinación de la atención, la participación de los pacientes y los servicios clínicos.

Cambios en la cobertura

Hoy: Los pacientes frecuentemente cambian entre el OHP, la cobertura del mercado de seguros médicos, la cobertura del empleador y la situación de no tener seguro, lo que interrumpe la relación con el proveedor y la continuidad de la atención médica.

Bajo el UHP: La continuidad de la cobertura reduce los cambios y favorece relaciones estables y duraderas entre pacientes y proveedores.

Medición de la calidad

Hoy: Las distintas aseguradoras exigen múltiples indicadores de desempeño y diferentes modelos de pago basados en valor.

Bajo el UHP: Medición de la calidad, expectativas de desempeño y modelos de pago armonizados en todo el sistema.

Atención integral a las personas

Hoy: Las políticas de pago y las normas de la red pueden limitar el uso de ciertos tipos de proveedores.

Bajo el UHP: Mayor integración de los servicios de salud conductual, salud bucodental y otros proveedores autorizados dentro de un sistema unificado.

Pasos para implementar un Plan de Salud Universal para Oregon

Lograr la cobertura de salud universal para todos los habitantes de Oregon será un proceso largo que requerirá aprobaciones tanto del gobierno estatal como federal, así como una transición masiva desde el sistema actual. Estos son algunos pasos clave que es necesario seguir.

Fase 1 — Diseño y autorización

- La Junta presentará las recomendaciones ante la legislatura en septiembre de 2026.
- Modificación legislativa: Las leyes son aprobadas por los legisladores o por los votantes (si los legisladores las someten a votación popular). Las fechas más tempranas de aprobación serían 2027 si la aprueba la legislatura, o 2028 si se somete a votación popular.
- Aprobación federal: Una sociedad pública solicita la aprobación de una exención federal para integrar Medicaid y Medicare en un plan de salud universal.

Fase 2 — Creación del sistema

- Constituir una sociedad pública
- Crear una junta de gobierno
- Contratar un administrador de reclamaciones
- Constituir reservas/entidades legales
- Establecer un proceso de elegibilidad/afiliación
- Crear una plataforma informática universal que permita a todos los hospitales y clínicas comunicarse con la sociedad pública
- Determinar las tarifas y los métodos de pago para los hospitales, médicos de atención primaria y médicos especialistas
- Transición de los hospitales a presupuestos globales
- Trabajar con los proveedores y las comunidades para preparar la transición

Fase 3 — Implementación

Transición de los afiliados de los planes actuales al UHP

Ajustar según sea necesario en función de la experiencia en el mundo real

La Junta exhorta a todos los habitantes de Oregon a seguir participando en la labor de avanzar hacia la atención médica universal en nuestro estado. La Junta celebra reuniones públicas mensuales y recibe comentarios del público. Consulte el calendario y reciba notificaciones de todas las reuniones públicas de la Junta y los comités en

<https://www.oregon.gov/uhpgeb/>.