



## **Descripción general del Programa de Mejora de la Calidad 2020**

### **Introducción y propósito**

El Programa de Mejora de la Calidad (QI, por sus siglas en inglés) de CarePlus ayuda a alcanzar el bienestar de sus afiliados durante toda su vida, al proporcionarles información sobre las tendencias que pueden mejorar la atención y el tratamiento.

El Programa QI establece un plan de monitoreo que mide indicadores de calidad de la atención de los afiliados en función de requisitos y pautas contractuales, gubernamentales, de acreditación y organizacionales. Se hace un seguimiento y análisis de los datos para buscar patrones mensuales, trimestrales o anuales, y las oportunidades de mejora identificadas se comparten con usted.

### **Alcance**

El alcance del Programa QI incluye los planes de beneficio de las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés) de Medicare de CarePlus.

## Objetivos del programa

Las metas y los objetivos de nuestro programa de mejora de calidad incluyen:

- Desarrollar estrategias clínicas y proporcionar programas clínicos que consideren a la persona en su totalidad, a la vez que integren atención médica de conducta y física.
- Identificar y resolver los problemas relacionados con el acceso y disponibilidad a servicios de atención médica.
- Proporcionar un mecanismo por el cual los afiliados, médicos y proveedores puedan expresar inquietudes a CarePlus con respecto a la atención y el servicio.
- Proporcionar un servicio al cliente efectivo para las necesidades y solicitudes de los afiliados y proveedores.
- Proporcionar un proceso a través del cual se recopila y analiza información relevante del afiliado, y un comité del plan médico, conformado por médicos participantes y personal del plan médico, implementan acciones de mejora.
- Monitorear la coordinación e integración de la atención del afiliado en los centros proveedores.
- Proporcionar una estrategia integral para la gestión médica de la población que aborde las necesidades de los afiliados en la continuidad de la atención.
- Proporcionar mecanismos por los cuales los afiliados con necesidades complejas y múltiples condiciones crónicas puedan alcanzar resultados médicos óptimos.
- Guiar a los afiliados para que alcancen una salud óptima, al proporcionar herramientas que los ayuden a comprender sus opciones de atención médica y a tomar control de sus necesidades médicas.
- Monitorear y promover la seguridad de la atención y el servicio médicos.
- Proporcionar a los proveedores datos comparativos con respecto a la información de precios de calidad para apoyar el logro de las metas de gestión de la salud de la población.
- Promover una mejor comunicación entre los departamentos y un mejor servicio y satisfacción de los miembros, proveedores y asociados.
- Promover una mejor experiencia clínica para los médicos y todos los proveedores clínicos para fomentar la seguridad de los afiliados, la satisfacción y retención de los proveedores.

## **Servicios de mejora de calidad continua**

Algunos de los programas que utiliza CarePlus en su esfuerzo por mejorar la calidad de la atención que reciben los afiliados son:

- **Gestión de la Salud de la Población (PHM, por sus siglas en inglés)**

CarePlus usa una variedad de sistemas que proporcionan datos procesables para que los médicos usen en la mejora de la salud y el bienestar de los pacientes.

- **Programa de seguridad del paciente**

Las iniciativas de seguridad priorizadas en todo CarePlus se revisan y alinean con los temas de seguridad nacional que se centran en tres áreas clave:

- Reducción de readmisiones hospitalarias de 30 días
- Eliminación de errores en los medicamentos
- Eliminación de complicaciones quirúrgicas y para los pacientes hospitalizados

La información de los reclamos y las revisiones de caso se usan para identificar posibles oportunidades de mejora en cada área.

- **Continuidad y Coordinación de la Atención**

CarePlus reúne y analiza datos de varios centros de prestación y durante cada proceso de enfermedad. Estos datos se usan para identificar oportunidades para ayudar en la coordinación de la atención y las transiciones de atención de un médico u otro proveedor a otro. Algunos ejemplos incluyen:

- Coordinar los servicios de atención médica en el hogar
- Aumentar el conocimiento de los planes e instrucciones de alta
- Mejorar la comunicación entre los especialistas y los proveedores de atención primaria

- **Gestión de farmacia**

CarePlus promueve terapias médicas clínicamente adecuadas, seguras y rentables, que evalúan la seguridad y

eficacia al desarrollar formularios y procedimientos. Estas terapias están diseñadas para garantizar una revisión e inclusión de clases de medicamentos adecuadas, y una revisión periódica de políticas de medicamentos.

- **Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés)**

Continuamos centrándonos en implementar los requisitos de la Ley de Mejoras para pacientes y proveedores de Medicare de 2008 (MIPPA, por sus siglas en inglés) con respecto a los SNP. Medicare requiere que la atención de un afiliado a un SNP se coordine con una herramienta de mejora de la calidad llamada Modelo de Atención (MOC, por sus siglas en inglés). Nuestro implementador dedicado de MOC debe desarrollar mediciones de desempeño de calidad y compartir los resultados con las partes interesadas.

### **Proceso Clínico e Indicadores de Resultados de 2019**

En 2019, el Programa QI de CarePlus estableció tres metas para el programa: administración de casos, iniciativas clínicas y de salud preventiva, y servicio y disponibilidad. Los resultados de 2019 se indican en las tablas a continuación.

- **Administración de casos de SNP** El programa de administración de casos apoya a los pacientes al ayudarlos a usar los mejores servicios de atención médica para satisfacer sus necesidades y guiarlos a lo largo de la continuidad de la atención.

<b>Metas de 2019</b>	<b>Resultados de 2019</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar la finalización de la evaluación después del alta al 100 %</li><li>• Mejorar la documentación del plan de atención personalizado de manera oportuna al 100 %</li><li>• Disminuir las readmisiones al 18 %</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• La finalización de la evaluación después del alta estuvo en 93 %</li><li>• La documentación de la atención personalizada de manera oportuna estuvo en 95 %</li><li>• La tasa de readmisión de SNP estuvo en 20 %</li></ul>

- **Proyectos para la mejora de la calidad (QIP, por sus siglas en inglés).** De acuerdo con las regulaciones federales del manual de atención administrada de Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) exigen la implementación de un QIP como parte de su programa para la mejora de la calidad. El QIP debe medir y demostrar la mejora en los resultados de la salud.

Desde 2012, CMS ha exigido tres temas:

1. Reducir las readmisiones por cualquier causa
2. Promover un manejo efectivo de las enfermedades crónicas con énfasis en la EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
3. Promover los cuatro subrequisitos de comunicación y coordinación efectivas de la atención que entraron en vigencia en 2018:
  - Abordar uno o más objetivos de las estrategias de calidad de los CMS
  - Mejorar los resultados de salud o la satisfacción de los afiliados
  - Abordar las posibles disparidades de salud
  - Producir mejores prácticas

Este QIP proporciona una oportunidad de mejorar los resultados de salud a través de mejores notificaciones (es decir, comunicaciones "en tiempo real" con respecto a admisiones, altas y transferencias) a los médicos y enfermeros de CarePlus, cuando sus pacientes cubiertos por CarePlus visitan un departamento de emergencias. La nueva medición HEDIS (Conjunto de datos e información sobre la efectividad de la atención médica) "Seguimiento después de una visita al departamento de emergencias para personas con alto riesgo de múltiples condiciones crónicas", es la métrica de los resultados que se monitoreará en un estudio de tres años, que los CMS exigen.

- **Programas para la mejora de la atención crónica (CCIP, por sus siglas en inglés).** CMS también requiere una supervisión interna y documentación de los CCIP como parte del programa QI obligatorio bajo las leyes federales. El

tema que los CMS comunicaron en 2012 involucró la reducción de las enfermedades cardiovasculares (CVD, por sus siglas en inglés) en pacientes cubiertos por Medicare. Las intervenciones que se implementaron para afectar a los pacientes con CVD fueron en administración de casos y usaron un RxMentor. Los resultados esperados fueron mejoras en el control de la presión arterial (CBP, por sus siglas en inglés), revisiones de medicamentos completas (CMR, por sus siglas en inglés) y evaluaciones de riesgos para la salud completas (HRA, por sus siglas en inglés).

A partir de enero de 2018, los QIP de COPD cambiaron a CCIP y se continuó monitoreando y actualizando cada año.

Cada año, CMS espera que CarePlus tenga en funcionamiento QIP y CCIP para cada contrato de Medicare Advantage y SNP. Cada estudio debe contener tanto un análisis de los resultados y los datos de las intervenciones recolectados como los obstáculos para cumplir las metas, los planes para reducir los obstáculos, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.

- **Iniciativas Clínicas y de Salud Preventiva.** Para medir la efectividad de las iniciativas clínicas y de atención de salud preventivas, CarePlus usa mediciones HEDIS, que el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA, por sus siglas en inglés) desarrolla y mantiene.

La meta de 2019 era alcanzar o exceder el percentil 50 de la comparativa de NCQA en cada categoría de medición. Se cumplieron las metas o se observaron tendencias positivas para las siguientes medidas habituales:

#### **HMO de Medicare**

- Evaluación del índice de masa corporal (IMC) de adulto
- Prueba de detección de cáncer de mama
- Prueba de detección de cáncer colorrectal

- Uso de pruebas de espirometría en la evaluación y diagnóstico de EPOC
- Control de farmacoterapia de exacerbación de la EPOC
- Control de la presión arterial alta
- Persistencia del tratamiento con beta bloqueadores después de un ataque cardíaco
- Atención integral de la diabetes
- Terapia con medicamentos antirreumáticos modificadora de la enfermedad
- Gestión de la osteoporosis
- Gestión de medicamentos antidepresivos
- Reconciliación de medicamentos después del alta
- Acceso a servicios de salud preventivos/ambulatorios
- Uso de medicamentos de alto riesgo en adultos mayores (2 o más recetas)
- Acceso de los adultos a servicios de salud preventiva/ambulatorios (más de 45 años)
- Condiciones cardiovasculares en terapia con estatinas (de 18 a 64 años)

- **Servicio y Disponibilidad.** De acuerdo con las Comunicaciones de Medicare y las Pautas de Marketing (MCMG), CMS requiere el cumplimiento de tres estándares de llamadas de servicio al cliente. CarePlus monitorea continuamente estos indicadores de servicio y determina las acciones adecuadas, si es necesario.

Metas	Resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder más del 80 % de las llamadas entrantes en 30 segundos</li> <li>• Limitar la tasa de desconexiones de todas las llamadas entrantes a 5 % o menos</li> <li>• Limitar el tiempo de espera promedio de los pacientes a dos (2) minutos o menos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No cumplir con la meta de 77 % de llamadas entrantes respondidas en 30 segundos</li> <li>• Cumplir la meta de una tasa del 3 % de llamadas desconectadas</li> <li>• Cumplir la meta de 31 segundos de tiempo de espera</li> </ul>

### Conclusiones y Prioridades

En 2020, el QIP de CarePlus continúa desarrollando e implementando soluciones de atención médica que proporcionen a los afiliados de CarePlus con opciones, independencia, educación y orientación con sus beneficios y atención médica. CarePlus está comprometido en crear soluciones que ayuden a los afiliados con su atención médica, lo que produce mejores resultados y menos costos. Nuestra meta final es ayudar a los afiliados de CarePlus a mejorar su bienestar general.

La información de las actividades de mejora de la calidad se enfoca en la evaluación de la efectividad de las intervenciones, el aprendizaje de las respuestas del pasado y el intercambio de mejores prácticas. Siempre que ha sido posible, hemos pasado de métricas operativas a métricas de resultados.

CarePlus continúa:

- Evaluando el progreso hacia alcanzar las metas, evaluando obstáculos y mejorando la eficiencia, y facilitando los cambios que se necesiten centrados en los resultados
- Evaluando el cumplimiento de las normas a través del control interno de los procesos
- Alentando el cumplimiento de los requisitos de acreditación nacionales
- Evaluando la estructura del Programa QI por cambios que se necesiten para abordar normas futuras



# ¡IMPORTANTE!

## 2018 En CarePlus, es importante que reciba un trato justo.

CarePlus Health Plans, Inc. no discrimina o excluye a personas debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ancestros, estado civil o religión. La discriminación está prohibida por la ley. CarePlus cumple con las leyes de Derechos civiles federales vigentes. Si considera que ha sido discriminado por CarePlus, hay maneras de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal, en:  
**CarePlus Health Plans, Inc. Attention: Member Services Department.**  
11430 NW 20th Street, Suite 300. Miami, FL 33172.  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-794-5907 (TTY: 711)**. Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo atendemos los 7 días de la semana de 8 a.m. a 8 p.m. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, atendemos de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. Usted también puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, sábados, domingos y feriados, y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
- También puede presentar una queja de derechos civiles en el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**, o por correo o teléfono al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

Los formularios de quejas están disponibles en **<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

## 2019 Hay disponibles asistencia y servicios auxiliares sin costo. 1-800-794-5907 (TTY: 711).

CarePlus proporciona asistencia y servicios auxiliares gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas calificados e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando tales asistencia y servicios auxiliares son necesarios para garantizar una oportunidad equitativa de participación.

**Hay servicios de asistencia de idioma disponibles gratuitos. 1-800-794-5907  
(TTY: 711)**

**Español:** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chino):** 撥打上面電話號碼免費語言服務

**Tiếng Việt (Vietnamita):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Coreano):** ☎ ☎ ☎ ☎ ☎☎☎ ☎☎☎ ☎ ☎☎☎ ☎☎☎☎☎.

**Tagalog (Tagalo – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Ruso):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (Francés criollo):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resewva sèvis èd pou lang ki gratis. **Français (Francés):**

Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique. **Polski (Polaco):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer. **Português (Portugués):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italiano):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (Alemán):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**ગુજરાતી (Gujarati):** નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ નામ કરવા માટે ઉપરોક્ત નંબર પર કોલ કરો.

**ภาษาไทย (Tailandés):** โทรติดต่อที่หมายเลขด้านบนนี้เพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย.

**Diné Bizaad (Navajo):**

**فیبیر علا (Árabe):**

کنقلب ةد عاسمل ةیناجم تامدخ نلع لوصحلال هلاعا نییملا مقرلاب لاصتلاا ءاجرلا

CP REV: 6.25.20