

# InterCommunity Health Network CCO

**Informe sobre la estrategia de  
transformación y calidad**

Marzo 2018



**Más fuerte, más sano, juntos.**

## Índice

<b>Sección 1: Información del programa de calidad y transformación</b> .....	2
A. Dirección de CCO y estructura del programa para la calidad y transformación:.....	2
B. Revisión y aprobación de la TQS .....	5
C. OPCIONAL .....	6
<b>Sección 2: Detalles del programa de transformación y calidad</b> .....	7
Comparación de Componentes .....	7
A. COMPONENTE(S) TQS #1b.....	7
A. COMPONENTE(S) TQS #1c .....	8
A. COMPONENTE(S) TQS 1d. Acceso - Segundas opiniones.....	9
A. COMPONENTE(S) DE TQS: #2 estándares CLAS y red de proveedores; #5b Equidad y datos de salud (competencia cultural) .....	10
A. COMPONENTE(S) TQS #3.....	11
E. COMPONENTE(S) TQS: #4 Fraude, uso indebido de servicios y recursos, y exceso.....	12
A. COMPONENTE(S) TQS: #5a Equidad y datos de salud; #10 determinantes sociales de la salud .....	13
A. COMPONENTE(S) TQS 5-b: Competencia cultural - Servicios de intérprete.....	14
A. COMPONENTE(S) TQS: #6a Tecnología de la información de salud (intercambio de información de salud), #10 Determinantes sociales de la salud .....	15
A. COMPONENTE(S) TQS: #6b Tecnología de la información de salud (análisis e intercambio), #13 Modelos de pago basados en el valor .....	17
A. COMPONENTE(S) TQS: #6c Tecnología de información de salud (participación del paciente), #8 Hogar de atención primaria centrada en el paciente .....	18
A. COMPONENTE(S) TQS : #7 Integración de la atención, #10 Determinantes sociales de la salud.....	20
A. COMPONENTE(S) TQS: #9 Enfermedad mental grave y persistente, #1a Acceso, disponibilidad de servicios .....	21
A. COMPONENTE(S) TQS : #10 Determinantes sociales de la salud, #11 Necesidades especiales de atención médica.....	23
A. COMPONENTE(S) TQS: #11 Necesidades especiales de atención médica.....	24
A. COMPONENTE(S) #12 .....	25
A. TQS COMPONENTE (S): #13 Modelos de pago basados en el valor, #8 Hogar de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH) .....	26

## Sección 1: Información del programa de calidad y transformación

### A. Dirección de CCO y estructura del programa para la calidad y transformación:

- i. Describa la estructura del programa de calidad de su CCO, incluido su sistema de reclamos y apelaciones y la revisión de utilización:

Los planes de salud de InterCommunity prestan servicios a los miembros del plan de salud de Oregon en los condados de Linn, Benton y Lincoln bajo la Organización de Atención Coordinada de la Red de Salud InterCommunity (IHN-CCO, por sus siglas en inglés).

Nuestro programa de gestión de la calidad está diseñado para supervisar la calidad de la atención médica brindada a todos los miembros de IHN-CCO para cumplir con la iniciativa de triple objetivo del Instituto para el Mejoramiento de la Atención Médica (IHI) de mejorar la experiencia de atención del paciente, mejorar la salud de las poblaciones y reducir el costo per cápita de la atención de salud. Nuestro Plan de gestión de la calidad y Plan de gestión de utilización/gestión médica se revisan y actualizan anualmente y son aprobados por el Comité Interno de Mejoramiento de la Calidad (QIC) y el Comité Externo de Gestión de la Calidad (QMC).

Las metas y los objetivos del programa incluyen, entre otros:

1. Mantener un programa de gestión de la calidad efectivo:
  - Cumplir o superar las expectativas y los estándares de las entidades federales, estatales y contractuales con respecto al mantenimiento de un programa de gestión de la calidad, incluida una evaluación anual del programa
2. Garantizar la satisfacción continua de los miembros de alto nivel y el acceso a servicios de atención médica apropiados:
  - Supervisar las quejas, reclamos o apelaciones de los miembros de manera interna y continua para identificar áreas a mejorar
  - Supervisar la satisfacción de los miembros a través de agencias externas, como mediante la Encuesta al consumidor de proveedores y sistemas de salud (CAHPS, por sus siglas en inglés), etc. según los requisitos federales, estatales y contractuales para identificar áreas a mejorar
  - Implementar y supervisar las intervenciones apropiadas cuando se identifiquen áreas a mejorar en la satisfacción de los miembros o el acceso a la atención médica adecuada
  - Informar los resultados del seguimiento de la satisfacción de los miembros y el acceso a la atención médica adecuada al Comité de Gestión de la Calidad y a la Junta Administrativa, según se indique, pero al menos anualmente
  - Mantener una relación de colaboración con la red de proveedores y las entidades comunitarias
3. Desarrollar programas e intervenciones para mejorar los resultados de salud de los miembros:
  - Promover servicios médicos y odontológicos preventivos y la detección temprana de enfermedades a través de la educación de los miembros y los programas de manejo de casos
  - Promover el autocontrol de las enfermedades crónicas a través de la educación de los miembros y los programas de manejo de casos
  - Supervisar los resultados de salud de forma individual a través del programa de manejo de casos
  - Supervisar los resultados de salud en forma general a través de varios métodos, incluidos los datos del Conjunto de datos e información de efectividad de la atención médica (HEDIS), datos internos, etc.
  - Cumplir o superar las expectativas para todos los proyectos de calidad requeridos por los requisitos contractuales estatales
  - Informar los resultados de los programas y la supervisión de la intervención al Comité de Gestión de la Calidad y a la Junta Administrativa al menos una vez al año o con mayor frecuencia según lo indicado

Nuestro Programa de gestión de la calidad supervisa cuatro áreas clave: utilización de servicios, satisfacción de los miembros, servicios clínicos (incluidos salud conductual/salud mental, servicios odontológicos, prevención, mejora de la atención crónica, servicios materno-infantiles, gestión de casos, educación de la salud de los miembros y proyectos de mejoramiento de la calidad, etc.) y diversos servicios administrativos. IHN-CCO cree que la integración, la supervisión y el equilibrio de los hallazgos en estas áreas reflejan el logro de una atención

médica efectiva y eficiente que es de alta calidad y rentable y que cumple con la Iniciativa de triple objetivo de IHI.

La Junta Directiva de IHN-CCO conserva la autoridad y la responsabilidad de todas las actividades de calidad y supervisa nuestro Programa de gestión de la calidad. El Comité de Gestión de la Calidad supervisa la planificación de la calidad, la supervisión de la calidad y las actividades de mejoramiento. El Gerente de Calidad y Resultados de Salud del Plan es responsable de las operaciones diarias del Programa de gestión de la calidad y trabaja en estrecha colaboración con el director médico, el director de gestión médica y otros gerentes/directores e informa indirectamente al Director Ejecutivo y directamente al director de la acreditación NCQA.

Ver el documento constitutivo de QMC: Anexo 01. Ver Documento constitutivo de QIC: Anexo 02.

#### **Programa de gestión de la utilización y Plan de gestión de utilización**

El Programa de gestión de la utilización se encuentra dentro del alcance de nuestro Programa de gestión de la calidad. Como se señaló anteriormente, nuestro Comité de Gestión de la Calidad funciona como el "Comité de supervisión de revisión de utilización" requerido por la IHN-CCO con la asistencia del QIC.

Tenemos un Plan de gestión de la utilización/gestión médica que se revisa y actualiza anualmente y es aprobado por nuestro Comité de Gestión de la Calidad. Revisa el uso excesivo/insuficiente de los servicios; documenta sus hallazgos y hace recomendaciones para acciones de seguimiento.

Las oportunidades de mejoramiento para el año 2017 incluyen:

- El Subcomité de Integración Odontológica determinará acciones en 2017 relacionadas con la ubicación del servicio de utilización odontológica
- Mejora en el acceso a servicios de salud preventivos/ambulatorios para adultos
- Mejora en el acceso a la atención primaria para niños y adolescentes

El Consejo Asesor de Salud Mental ha tratado el uso excesivo/insuficiente de los servicios relacionados con los miembros que necesitan servicios de salud mental, como la falta de atención crítica para adultos.

La creación de informes específicos para las necesidades del Consejo Asesor de Salud Mental se desarrolló para el debate, la planificación y la supervisión del cumplimiento relacionado con los objetivos establecidos. Los informes utilizados para el análisis incluyeron:

1. Informe de tendencia de utilización
    - a. Reclamaciones de hospitalización para pacientes atendidos en ACT
  2. Tratamiento hospitalario, subagudo, psiquiátrico residencial y psiquiátrico ambulatorio
  3. Utilización de servicios de salud conductual - PCPCH
  4. Tasas de penetración de salud mental
- ii. [Describa la estructura organizacional de su CCO para desarrollar y administrar sus actividades de calidad y transformación \(incluya una descripción de la conexión entre la junta de CCO y la estructura del CAC\):](#)

La CCO (Organización de Atención Coordinada) de la Red de Salud InterCommunity se formó en 2012 por socios locales, privados y sin fines de lucro para unificar los servicios y sistemas de salud para los miembros al Plan de Salud de Oregon (Medicaid) en los condados de Benton, Lincoln y Linn.

Nuestra estructura organizacional cuenta con la Junta Directiva de IHN-CCO, que consta de muchos socios comunitarios y partes interesadas. La Junta recibe varias actualizaciones sobre las actividades de calidad y transformación a través del Director Ejecutivo de la CCO de la red de salud de InterCommunity (IHN-CCO), el Vicepresidente de IHN-CCO, el Director de Operaciones y el Director Médico de IHN-CCO. El Director Ejecutivo también presenta un Informe de la Junta al Consejo Asesor de la Comunidad (CAC) en las reuniones regionales del CAC.

Los miembros de la Junta consisten en:

- Samaritan Health Services - CEO/Presidente - Presidente de la Junta
- Samaritan Health Services - CEO del hospital - Vicepresidente/Secretario/Tesorero
- 2 Médicos
- 1 Dentista
- 1 Proveedor de salud mental (LCSW)
- 1 Presidente del CAC
- 2 Miembros de la comunidad
- 1 CPA
- 2 Comisionados del condado
- 1 Funcionario administrativo del condado

El Consejo de Planificación Regional (RPC) desarrolla herramientas y estrategias para transformar e integrar el sistema de atención; recomienda la financiación necesaria para las actividades de transformación; asegura la coordinación entre sistemas y las transiciones de atención, y patrocina un proceso efectivo de mejoramiento de la calidad para impulsar un cambio positivo del sistema. El Consejo de Planificación Regional está co-presidido por el Director Ejecutivo de Samaritan Health Plans (SHP) y el Director de Salud del Condado de Benton. El Presidente del CAC asiste al RPC, así como a muchos socios comunitarios y partes interesadas.

El Comité de Transformación del Sistema de Entrega (DST) de IHN-CCO se basa en los recursos y asociaciones actuales en los condados de Benton, Lincoln y Linn para respaldar, sostener y difundir los esfuerzos de transformación para la población de Medicaid y alcanzar el triple objetivo. El DST informa formalmente y toma la dirección del Consejo de Planificación Regional. El DST recomienda proyectos de transformación al RPC para su consideración de financiación. El DST está co-presidido por el Director de Operaciones de SHP y el Director Ejecutivo de los Centros de Salud Comunitarios de los condados de Benton y Linn. Tanto el Presidente y el Coordinador del Consejo Asesor de la Comunidad son miembros del DST.

Ver Relación con la comunidad: Anexo 03. Ver Documento constitutivo de RPC: Anexo 04. Ver Documento constitutivo de DST: Anexo 05.

Actualmente hay una representación en el Comité de Mejoramiento de la Calidad (QIC) de IHN-CCO por parte del Gerente de Transformación, y una representación del coordinador del CAC en el Comité de Gestión de la Calidad (QMC), de los cuales ambos comités se describen anteriormente en la Sección A. i. Será necesario desarrollar una coordinación adicional de actividades en vista de la nueva estructura de la estrategia de transformación y calidad (TQS, por sus siglas en inglés).

iii. [Describa cómo su CCO usa su plan de mejoramiento de la salud comunitaria como parte de su proceso de planificación estratégica para la transformación y la calidad:](#)

El Comité de Transformación del Sistema de Entrega IHN-CCO, responsable de la supervisión de los proyectos piloto de transformación, tiene un historial de uso de las Áreas de Impacto en la Salud del Plan de Mejora de la Salud de la Comunidad (CHIP); acceso, salud conductual, salud infantil, enfermedades crónicas y prevención, y salud materna para informar la planificación estratégica de proyectos piloto de transformación.

Las solicitudes de financiamiento de transformación piloto se examinan a través de un proceso de solicitud de propuesta que incluye el requisito de que los pilotos se dirijan al menos a una de las Áreas de Impacto en la Salud de CHIP para ser considerados para el financiamiento.

Además, se formó un grupo de trabajo de CHIP que se reunirá esta primavera para desarrollar una propuesta sobre cómo actualizar el CHIP. El Informe de marzo de la TQS se proporcionará a este grupo de trabajo como otra forma potencial de alinear nuestro trabajo.

OHA (Lisa Bui) nos informó que CHIP no participaría con la TQS en esta presentación inicial, ya que se consideró que había demasiadas partes interesadas en participar. Se considerará la participación futura del CHIP con la TQS con las partes interesadas apropiadas identificadas.

- iv. [Describa cómo su CCO está trabajando con socios comunitarios \(por ejemplo, sistemas de salud, clínicas, organizaciones basadas en la comunidad, salud pública local, salud mental local, gobierno local, tribus, centros de aprendizaje temprano\) para promover la TQS:](#)

IHN-CCO se basa en los recursos y asociaciones actuales dentro de los condados de Benton, Lincoln y Linn para delinear procesos y estrategias para respaldar la transformación del sistema de entrega para la comunidad. IHN-CCO y los socios comunitarios se esfuerzan por mejorar la salud de la comunidad mediante la coordinación de iniciativas de salud, la búsqueda de eficiencias a través de la combinación de servicios e infraestructura, y la participación de todos los interesados en un esfuerzo regional para garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de estar saludables donde viven, trabajan, aprenden y juegan en los condados de Benton, Lincoln y Linn. La amplitud de las asociaciones de IHN-CCO se muestra en las siguientes comisiones.

La Comisión de Transformación del Sistema de Entrega (DST) se desarrolló con membresía para incluir a cualquier persona que pueda afectar positivamente los resultados de salud de los miembros de IHN-CCO en los condados de Benton, Lincoln y Linn. Los socios actuales incluyen, distritos de servicios de educación, salud mental, sistemas de salud, clínicas, salud pública, centro de aprendizaje temprano, Departamento de Servicios Humanos, salud física, agencias de servicios sociales, miembros del Consejo Asesor de la Comunidad, salud bucal y otras organizaciones basadas en la comunidad. El DST supervisa los proyectos piloto que deben abordar al menos un área de TQS. Actualmente hay 19 pilotos activos que abordan 1 o más áreas de TQS, todas con diferentes socios comunitarios, clínicos o de sistemas de salud. Ver Pilotos DST: Anexo 06.

El Consejo de Gestión de la Calidad (QMC) está formado por socios o proveedores de servicios de salud mental, física, conductual y de salud dental, personal del plan de salud, especialistas en adicciones, representantes de la comunidad, personal de administración de la atención y expertos en temas específicos según sea necesario. El QMC supervisa el mejoramiento de la calidad y las actividades de rendimiento de Samaritan Health Plans y de la Organización de Atención Coordinada de la Red de Salud InterCommunity.

La Comisión de Mejoramiento de la Calidad (QIC, por sus siglas en inglés) está compuesta por el personal designado de operaciones de Samaritan Health Plan, incluido el Jefe Médico y/o el Director Médico y la representación del Departamento de Calidad, Apelaciones/Reclamaciones, Reclamaciones, Atención al Cliente, Experiencia del Cliente, Dental, Información de Salud, Gestión Médica, Farmacia, Contratación y Estrategia de Red, Gestión de Cuentas y ad hoc según corresponda. El propósito del QIC es mejorar la calidad de la atención y el servicio al proporcionar supervisión, comentarios e integración de datos y otra información en todo el plan de salud.

## B. Revisión y aprobación de la TQS

- i. [Describa el proceso de TQS de su CCO, incluida la revisión, el desarrollo y la adaptación, y el calendario:](#)

En IHN-CCO, la transformación y la calidad se gestionan operativamente en diferentes departamentos.

Nuestro enfoque para desarrollar la TQS fue comenzar aprovechando lo que ya estábamos haciendo o lo que ya estaba en desarrollo, y utilizarlo como punto de referencia.

El Gerente de Transformación y el Director de Calidad colaboraron con varios departamentos de Samaritan Health Plans, tales como Gestión Médica, Soluciones Comunitarias y Asuntos Gubernamentales, Cumplimiento, Apelaciones y Quejas, Gestión de Cuentas, Reembolso, Información de Salud y Participación de Proveedores Miembros para colaborar en el desarrollo de los diversos Componentes TQS.

Parte de nuestra estrategia fue aprovechar los numerosos seminarios web y horas de oficina de la OHA TQS en busca de orientación sobre las expectativas que rodean el desarrollo del Plan TQS. Estas oportunidades de Asistencia Técnica ampliaron nuestra comprensión y se descubrió que constituían un uso valioso de nuestro tiempo.

Los canales de comunicación incluyeron la Junta Directiva de IHN-CCO, el Consejo de Planificación Regional, la Comisión de Transformación del Sistema de Entrega, el grupo de trabajo de equidad en la salud, la Comisión de Mejora de la Calidad, el Consejo de Gestión de la Calidad, el Coordinador del Consejo Asesor de la Comunidad y el Consejo Asesor de la Comunidad.

La gestión del proyecto incluyó una reunión introductoria, controles de aseguramiento de la calidad, sesiones de trabajo y desarrollo del cronograma compartido con el equipo del proyecto. La línea de tiempo incluyó la ingeniería inversa de las fechas de vencimiento internas del anteproyecto, los períodos de tiempo de revisión y aclaración y la fecha de presentación final planificada. Ver línea de tiempo de la TQS: Anexo 07.

Se llevará a cabo una revisión retrospectiva del proceso, junto con los comentarios anticipados de OHA que ayudarán a informar las mejoras del proceso para el informe de progreso de septiembre.

### C. OPCIONAL

- i. **Describa cualquier característica adicional de CCO (por ejemplo, área geográfica, números de membresía, estrategia general de CCO) que sea relevante para explicar el contexto de su TQS:**

IHN-CCO actualmente presta servicios a aproximadamente 74.000 miembros que residen en los condados de Benton, Lincoln y Linn. Los condados dentro de la región IHN-CCO incluyen una franja de territorio que se extiende desde el corazón del oeste de Oregón, a través de una parte del Valle de Willamette, de gran riqueza agrícola, hasta 60 millas de la costa del Pacífico, abarcando 3.968 millas cuadradas. La región diversa está separada por la cordillera montañosa costera que contribuye a algunos desafíos de transporte y comunicación ya que una cuarta parte de la región reside en la costa del Pacífico de Oregón. Más del 51 % de los miembros de IHN-CCO viven en áreas rurales (38.174).

El área es predominantemente blanca y los niveles de pobreza son altos, particularmente en los condados de Lincoln y Linn. Los latinos representan la mayor población minoritaria en la región (3.572 miembros de IHN-CCO). Casi el 10 % (6.869) de los miembros de IHN-CCO hablan un idioma en el hogar que no es el inglés.

Los datos demográficos específicos que se ven afectados de manera desproporcionada por enfermedades incluyen aquellos con enfermedades mentales y discapacidades. Aproximadamente el 34 % (25.282) de los miembros de IHN-CCO han sido diagnosticados con una enfermedad mental y el 16 % (11.544) ha sido diagnosticado con enfermedad mental grave y persistente (SPMI). El 9 % (6.420) de los miembros de IHN-CCO tiene al menos una discapacidad que limita su capacidad para trabajar.

*Fuente demográfica de los miembros de IHN-CCO: Registro OHA, enero de 2018*

## Sección 2: Detalles del programa de transformación y calidad

### Comparación de Componentes

Componente		Componente	
1a.	Acceso: Disponibilidad de servicios	6a.	Tecnología de la información de salud: Intercambio de información de salud
1b.	Acceso: Consideraciones culturales	6b.	Tecnología de la información de salud: Analítica
1c.	Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros	6c.	Tecnología de la información de salud: Participación del paciente
1d.	Acceso: Segundas opiniones	7	Integración de la atención (atención de la salud física, conductual y dental)
1e.	Acceso: Puntual	8	Institución residencial de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH)
2	Estándares CLAS y red de proveedores	9	Enfermedad mental grave y persistente (SPMI)
3	Quejas y reclamos	10	Determinantes sociales de la salud (SDoH)
4	Fraude, uso indebido de servicios y recursos, y exceso	11	Necesidades especiales de atención médica (SHCN)
5a.	Equidad en la salud: Datos	12	Revisión de utilización
5b.	Equidad en la salud: Competencia cultural	13	Modelos de pago basados en el valor

#### A. COMPONENTE(S) TQS #1b.

<b>Componente principal:</b>	Acceso	<b>Componente secundario:</b>	Elija un punto.
<b>Componentes adicionales:</b>	Miembros con necesidades complejas y especiales de atención médica.		
<b>Subcomponentes:</b>	Acceso: Consideraciones culturales	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN-CCO mejorará aún más la capacitación para el programa de orientación para el cuidado de la salud, que es un servicio gratuito que se brinda a los miembros. IHN-CCO establecerá un programa de capacitación sobre consideraciones e impactos culturales para el acceso de miembros con necesidades de atención médica complejas y especiales. La orientación para el cuidado de la salud está disponible para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas a acceder a la atención. Los guías de atención de salud coordinan la atención y hacen que los miembros participen en la toma de decisiones compartidas, incluido el desarrollo de planes de atención y tratamiento, la coordinación con el equipo de atención interdisciplinaria y las agencias comunitarias, la obtención de acceso a servicios y suministros y barreras para la resolución de problemas. IHN-CCO proporciona materiales en otros idiomas y en un nivel de alfabetización de <sup>sexto</sup> grado. El personal del programa recibirá capacitación adicional sobre concientización cultural y habilidades para incluir, entre otras, las experiencias adversas de la infancia (ACE), la cultura de la pobreza, entrevistas motivacionales y la capacidad de recuperación.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	El programa de guías de atención de salud existe para reducir las disparidades de salud y garantizar que los miembros con necesidades especiales y complejas de atención médica tengan acceso a atención odontológica, física y de salud mental y otros servicios. Es bien sabido que los miembros con necesidades especiales a menudo carecen de la capacidad para navegar por el complejo sistema de atención de salud y acceder a los servicios necesarios. Los guías de atención médica capacitados y calificados pueden abogar eficazmente por los miembros y educar a los proveedores de atención médica y obtener acceso a los servicios necesarios para los miembros.
--------------------------------	---

#### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> Utilizar materiales basados en la evidencia y expertos consolidados en capacitación y en el tema para crear e implementar planes de estudio de capacitación en conciencia cultural.	<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo
---	---



Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Desarrollo de series de capacitación.	Existe la capacitación informal y en el trabajo.	El personal del programa es experto en defender y mejorar los resultados de salud para los miembros con necesidades especiales de atención médica.	01/2019	El personal calificado altamente efectivo aboga y mejora los resultados para los miembros con necesidades especiales de atención médica.	06/2019
Capacitaciones del personal completadas.	La formación inicial se llevará a cabo durante todo el año a medida que se desarrollan los planes de estudio.	Capacitación disponible para el personal del plan de salud.	06/2019		

## A. COMPONENTE(S) TQS #1c

<b>Componente principal:</b>	Acceso	<b>Componente secundario:</b>	Revisión de utilización
<b>Componentes adicionales:</b>	Añadir texto aquí.		
<b>Subcomponentes:</b>	Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	Añadir texto aquí.

## B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN CCO refinará aún más el programa de guías de atención médica, contratará y capacitará a guías de atención médica y establecerá métricas de desempeño en torno a la coordinación de la atención y a los miembros atendidos para garantizar que se proporcione atención de calidad a los miembros con necesidades especiales de atención médica. La orientación para el cuidado de la salud está disponible para ayudar a los miembros con necesidades de salud complejas a acceder a la atención. Los guías de atención de salud están disponibles para coordinar la atención y comprometer a los miembros en la toma de decisiones compartidas, incluido el desarrollo de planes de atención y tratamiento, la coordinación con el equipo de atención interdisciplinaria y las agencias comunitarias, la obtención de acceso a servicios y suministros y barreras para la resolución de problemas.

## C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	Los miembros con necesidades de salud complejas a menudo tienen dificultades para acceder a la atención y a los recursos adecuados y, por lo general, no entienden cómo navegar por el sistema de atención médica para obtener la atención adecuada. Los criterios y herramientas de revisión de utilización se utilizarán para supervisar y evaluar la calidad y la adecuación de la atención brindada a los miembros con necesidades de salud especiales y complejas.
--------------------------------	---

## D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> 1) Desarrollar el conjunto de datos; 2) desarrollar procesos y herramientas para segmentar con precisión y estratificar el riesgo de la población para identificar a los miembros con necesidades de atención médica especiales y complejas. Desarrollar flujos de trabajo y procesos para aplicar criterios y acceder a puntos de referencia para la población. Establecer consenso sobre el uso de datos con las partes interesadas. 3) Los datos y las herramientas se utilizan de manera efectiva para supervisar el acceso, la calidad y la idoneidad de la atención.	<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo
--	---

Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Conjunto de datos de salud de la población desarrollado para incluir determinantes sociales de la salud.	Los datos existen en fuentes dispares.	Los datos completos de salud de la población y las herramientas de riesgo identifican a la población con necesidades especiales de salud.	1/2019.	Los datos y las herramientas administran el acceso para los miembros con necesidades de salud complejas y especiales.	6/2019.
Aplicar criterios y herramientas de utilización a los datos de salud de la población para analizar la idoneidad de la atención y determinar los puntos de referencia de acceso. Establecer consenso sobre el uso de datos con las principales partes interesadas.	Existen datos y herramientas. Se deben establecer procesos y flujos de trabajo para que los datos sean útiles para el equipo de atención médica. Se deben combinar múltiples fuentes y conjuntos de datos.	Los datos y las herramientas se utilizan para supervisar y evaluar la calidad y la idoneidad de la atención. Consenso logrado de los principales interesados.	6/2019	El acceso, la calidad y la idoneidad de la atención se demuestra a través de datos e informes. Los informes son compartidos y utilizados por el equipo de atención médica para garantizar la calidad.	12/2019
Las herramientas de datos y UM se utilizan de manera efectiva para supervisar y mejorar la calidad y la idoneidad de la atención.	No disponible.	Datos e instrumentos examinados por las partes interesadas y eficaces para su utilización.	6/2019	El uso efectivo de los datos y las herramientas de UM demuestran el acceso a la calidad y la atención adecuada.	

#### A. COMPONENTE(S) TQS 1d. Acceso - Segundas opiniones

<b>Componente principal:</b>	Equidad y datos de salud	<b>Componente secundario:</b>	Acceso
<b>Componentes adicionales:</b>	Segundas opiniones		
<b>Subcomponentes:</b>	Elija un punto.	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	Añadir texto aquí.

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN-CCO desea saber si los miembros que solicitan una segunda opinión la reciben de manera oportuna o si tienen un tiempo de espera prolongado.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	El denominador se identificará como todos los miembros de IHN-CCO que solicitaron una segunda opinión en cada trimestre de 2017; el numerador será aquellos miembros que tuvieron que esperar más de una semana para una cita de segunda opinión durante este período de tiempo. El umbral de la oportunidad aceptable deberá determinarse mediante una evaluación comparativa de algún tipo y utilizando los datos de 2017 como datos de referencia para futuras comparaciones.
--------------------------------	--

#### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> Rastrear y marcar la tendencia de utilización de segundas opiniones para asegurar la puntualidad de las solicitudes y para determinar el tiempo promedio que toma el proceso de recepción de la solicitud hasta que se toma una decisión y se la comunica al miembro/proveedor.	<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo
---	---

Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Análisis de los datos	Punto de referencia	A definir	1/2017 – 12/2017	A definir	Tasa de referencia para 2017
Análisis de los datos	Estado actual	A definir	Trimestral, 2018	A definir	Trimestral

#### A. COMPONENTE(S) DE TQS: #2 estándares CLAS y red de proveedores; #5b Equidad y datos de salud (competencia cultural)

<b>Componente principal:</b>	Estándares CLAS y red de proveedores	<b>Componente secundario:</b>	Equidad y datos de salud
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>	Equidad en la salud: Competencia cultural	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

El grupo de trabajo de equidad en la salud del Comité de Transformación del Sistema de Entrega IHN-CCO apoya la transformación del sistema de entrega que identifica y reduce las disparidades de salud y promueve la equidad en la salud. El grupo de trabajo respalda las necesidades culturalmente diversas de los miembros (la capacitación en competencia cultural, la composición del proveedor refleja la diversidad de los miembros, la composición de los trabajadores de salud tradicionales certificados refleja la diversidad de los miembros). El mejoramiento de la calidad centrado en la eliminación de las disparidades raciales, étnicas, lingüísticas y de otro tipo en el acceso, la calidad y la experiencia de la atención, y los resultados es una parte importante del plan estratégico, así como el apoyo a la Evaluación de las necesidades de salud de la comunidad de IHN-CCO y el Plan de mejoramiento de la Salud de la comunidad. Los Estándares nacionales para servicios culturalmente y lingüísticamente apropiados (CLAS) se aceptan como un estándar base para el trabajo del grupo de trabajo.

El grupo de trabajo de equidad en salud desarrolló un plan estratégico de cinco años para ayudar a IHN-CCO a satisfacer las necesidades culturalmente diversas de los miembros y eliminar las disparidades de salud, incluida la promoción de una fuerza laboral diversa con una visión general de una comunidad donde todos los miembros de IHN-CCO puedan alcanzar su potencial de salud y bienestar óptimos. Ver Plan estratégico de equidad en salud: Anexo 08.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	<p>La salud general y el bienestar de una persona se ven afectados por una combinación de factores. Con una mayor conciencia de cómo la cultura y el idioma afectan la salud en general, es crucial que se realicen capacitaciones y apoyos y que la fuerza laboral refleje la diversidad de la región. Tener una fuerza laboral culturalmente receptiva aumenta la participación de los miembros y la alfabetización en salud, y a su vez, conduce a mejores resultados de salud.</p> <p>La diversidad cultural es más que conocer los valores, creencias, prácticas y costumbres de clasificación racial y orígenes nacionales. También incluye afiliación religiosa, idioma, estado físico, género, orientación sexual, edad, discapacidad (tanto física como mental), orientación política, estado socioeconómico, estado ocupacional, ubicación geográfica y otros.</p> <p>A través de la educación y la capacitación, el Plan estratégico de equidad en la salud ayudará al personal y a los proveedores de IHN-CCO a brindar atención que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• es cultural y lingüísticamente adecuada;</li> <li>• se comunica de manera clara y efectiva;</li> <li>• el uso de un lente de equidad en salud para obtener mejores resultados en la materia.</li> </ul>
--------------------------------	--

#### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

**Actividad:** Desarrollar un plan de capacitación para el grupo de trabajo sobre la equidad en la salud de IHN-CCO, el personal de IHN-CCO, los proveedores de IHN-CCO y otros interesados de la comunidad basados en el marco CLAS.

- Actividad a corto plazo o  
 Actividad a largo plazo

Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Se desarrolla el plan.	No hay plan actual.	Se desarrolla el plan.	12/2018	Se desarrolla el plan.	12/2018
Plan aprobado e implementado.	No hay plan actual.	Plan aprobado e implementado.	03/2019	Plan aprobado e implementado.	03/2019
<b>Actividad:</b> Recopilar datos demográficos (raza, etnia) sobre el personal actual del proveedor de IHN-CCO.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Investigar si los datos demográficos se recopilan en la fuerza laboral del proveedor de IHN-CCO.	Desconocido.	La determinación está en progreso.	04/2018	Se realiza la determinación.	05/2018
Determinar el plan para la recolección de datos.	No hay plan actual.	Se desarrolla el plan.	07/2018	Se desarrolla el plan.	07/2018
<b>Actividad:</b> Evaluar y establecer un punto de referencia con respecto a la diversidad de proveedores. Dependiendo de los datos disponibles, puede incluir médicos, trabajador de salud tradicional, (THW por sus siglas en inglés), asistentes médicos, enfermeros, gerencia y/u otros proveedores.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Evaluación completada.	No hay plan actual	Se desarrolla el plan.	12/2018	Se desarrolla el plan.	12/2018
Establecer el porcentaje de referencia de proveedores por raza/origen étnico e idioma.	Desconocido	Punto de referencia establecido.	03/2019	Punto de referencia establecido.	03/2019

#### A. COMPONENTE(S) TQS #3

<b>Componente principal:</b>	Quejas y apelaciones	<b>Componente secundario:</b>	
<b>Componentes adicionales:</b>	Añadir texto aquí.		
<b>Subcomponentes:</b>	Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros	<b>Subcomponente(s) adicional(es): Disponibilidad de servicios</b>	Acceso oportuno y consideraciones culturales

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

El Departamento de Apelaciones y Quejas rastrea y marca la tendencia de los problemas que enfrentan nuestros miembros al recibir servicios de salud de los proveedores o al no recibirlos. Las categorías de reclamos que se monitorean son el acceso, la interacción con los proveedores de IHN-CCO, los derechos del consumidor, la calidad de la atención, la calidad del servicio y los problemas de facturación de los clientes. Los informes se realizan trimestralmente y se presentan a varias comisiones internas así como a nuestra Comisión de Gestión de Calidad externa, que está compuesta por proveedores y el personal clave de administración de IHN-CCO. Actualmente se están explorando oportunidades de mejoramiento, así como el motivo de las quejas. Todas las quejas y apelaciones se procesan de acuerdo con la "Política de reclamos/quejas GA-01 para IHN": Anexo 09 y "Política y procedimiento de apelaciones AT-02- de IHN": Anexo 10, adjuntos.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	El análisis es parte del resultado que IHN-CCO proporciona a OHA trimestralmente a través de la presentación del Anexo I. Además, se completa un análisis interno y se informa a los comités internos de IHN-CCO cada trimestre. IHN también completa un análisis interno de fin de año. El Anexo 11, titulado "Análisis de apelaciones y reclamos de IHN-CCO", detalla las tres categorías principales de reclamos, así como las tasas por mil, tanto para reclamos como para apelaciones. Las tres categorías principales de reclamos para 2017 fueron la interacción con el proveedor o plan, la calidad de la atención y el acceso.
--------------------------------	---

D. MEJORA DEL RENDIMIENTO					
<b>Actividad:</b> Rastrear, marcar y analizar las quejas según las categorías de OHA.					<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Informes trimestrales que detallan reclamos/apelaciones, presentados en las reuniones de QIC y QMC	Punto de referencia	Tarifas 2017: Quejas: 8,32 por 1000 Apelaciones: 8,2 por 1000	12/2018	N/A	A definir
<b>Actividad:</b>					<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo
Añadir texto aquí.	Añadir texto aquí.	Añadir texto aquí.	Añadir texto aquí.	Añadir texto aquí.	Añadir texto aquí.

E. COMPONENTE(S) TQS: #4 Fraude, uso indebido de servicios y recursos, y exceso			
<b>Componente principal:</b>	Fraude, uso indebido de servicios y recursos, y exceso	<b>Componente secundario:</b>	
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>		<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

F. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA
<p>Como parte del trabajo de integridad del programa de cumplimiento de IHN-CCO, se envían cartas de confirmación de servicios (COS, por sus siglas en inglés) de los miembros cada trimestre para verificar los servicios facturados por los proveedores. Un informe interno selecciona de manera aleatoria a 700 miembros, una parte de los cuales son miembros hispanohablantes. IHN-CCO crea una carta que se envía por correo con sobres con franqueo pagado a cada miembro en el informe. El equipo de cumplimiento recopila las cartas devueltas y registra el número de cartas de confirmación completas devueltas, y rastrea la tasa de respuesta y el número de referencias de la Unidad de investigaciones especiales (SIU). Los datos recopilados y el resultado de las investigaciones de SIU se comparten con el Funcionario de Cumplimiento de IHN-CCO.</p>

G. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
<p><b>Análisis de evaluación:</b></p> <p>En 2017, se enviaron 2.800 cartas de COS a los miembros de IHN-CCO; 700 en cada trimestre. Las tasas de respuesta fueron consistentes dentro de +/- 1 % cada trimestre, con el primer trimestre en 32 %.</p> <p>69 de las 2.800 (2,5 %) las COS enviadas en 2017 fueron en idioma español. La tasa de respuesta varió por trimestre, con la tasa más alta, 15 %, en el tercer y cuarto trimestre. El equipo de cumplimiento se centrará en aumentar la tasa de participación de los miembros hispanohablantes.</p> <p>De las 847 cartas de COS devueltas, 4 (0,5 %) respuestas justificaron una referencia a SIU para una investigación adicional. Si bien no se descubrió fraude, uso indebido de servicios y recursos, ni exceso en ninguno de los casos referidos, las respuestas brindaron información sobre las áreas de la carta y/o las prácticas de facturación médica que podrían ser malinterpretadas por el miembro.</p>

H. MEJORA DEL RENDIMIENTO					
<b>Actividad:</b> Supervisar la tasa de respuesta de COS. • Ver Análisis FWA: Anexo 12.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Tasa de respuesta COS por trimestre	32 %	35 %	03/2018	≥38 %	03/2019
<b>Actividad:</b> Aumentar el alcance a los miembros hispanohablantes. • Ver análisis inicial adjunto. • Revisar el proceso actual para COS.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Tasa de respuesta del COS en español por trimestre.	15 %	≥20 %	03/2018	≥25 %	03/2019

A. COMPONENTE(S) TQS: #5a Equidad y datos de salud; #10 determinantes sociales de la salud			
<b>Componente principal:</b>	Equidad y datos de salud	<b>Componente secundario:</b>	Determinantes sociales de la salud
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>			<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>
B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA			
<p>Para identificar las necesidades únicas de nuestros miembros y prevenir las consecuencias de la inequidad en la salud, la Gestión Médica desarrollará herramientas e informes para analizar el estado de salud de las subpoblaciones dentro de nuestra población IHN-CCO. Comenzaremos con los miembros del Plan de necesidades especiales (SNP) que están inscritos tanto en IHN-CCO, así como en nuestro plan Medicare Advantage. Al utilizar datos e informes, podremos identificar los determinantes de la salud y las disparidades entre los miembros. La evaluación de la población y otras fuentes de datos nos permitirán estratificar a los miembros en subconjuntos específicos para asegurarnos de estar dirigiendo los recursos e intervenciones a las personas que más pueden beneficiarse de ellos. Los datos incluirán características relevantes como el acceso a la atención médica, suministro de alimentos, vivienda, lugar de residencia, edad, raza, idioma, género, así como discapacidades, enfermedades crónicas y comorbilidades. A través de este conjunto de datos, también podremos evaluar si los enfoques actuales de coordinación de la atención están abordando las necesidades de atención médica únicas de nuestros miembros de SNP e impactando positivamente sus vidas.</p>			
C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD			
<b>Análisis de evaluación:</b>	Si bien nuestra membresía de SNP es un pequeño subconjunto de nuestra población IHN-CCO (aproximadamente 1.500 miembros), existen muchos desafíos para acceder a datos precisos y actuales sobre esta población. Estos desafíos incluyen: conjuntos de datos que actualmente usan múltiples algoritmos en los planes de salud (por ejemplo: HEDIS vs. IHN-CCO vs. CMS); falta de información sobre los socios comunitarios involucrados con los miembros; tiempo de retraso en las reclamaciones para obtener información actualizada sobre enfermedades crónicas.		
D. MEJORA DEL RENDIMIENTO			
<b>Actividad:</b> Crear un informe utilizando los datos de inscripción y reclamaciones para revisar y caracterizar adecuadamente la membresía de SNP. El informe se evaluará trimestralmente para determinar los enfoques e intervenciones necesarias para ayudar a los miembros de SNP.			<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo

Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Desarrollar criterios de informes para la evaluación de la población. Establecer el conjunto de datos completo de la persona.	Conjuntos de datos múltiples y fuentes de datos dispares sin criterios consistentes.	Informes de comparación año tras año.	07/2018	Los informes son útiles para identificar problemas que afectan la equidad en salud.	03/2019
Métricas creadas para medir el éxito en intervenciones basadas en datos de población de SNP.	Existen datos de métricas y de evaluación de la población, que no se utilizan para evaluar cuestiones o aspectos singulares de la equidad en salud.	La Subcomisión del Modelo de Atención SNP (MOC) establece métricas para medir la efectividad de las intervenciones y las barreras potenciales de equidad en la salud.	12/2018	Los informes identifican las intervenciones más efectivas y se abordan las barreras a la equidad en la salud.	12/2019

#### A. COMPONENTE(S) TQS 5-b: Competencia cultural - Servicios de intérprete

<b>Componente principal:</b>	Equidad y datos de salud	<b>Componente secundario:</b>	Elija un punto.
<b>Componentes adicionales:</b>	Servicios de interpretación		
<b>Subcomponentes:</b>	Elija un punto.	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	Añadir texto aquí.

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

Samaritan Health Plans e IHN CCO aseguran que las necesidades lingüísticas de los miembros se cumplan para apoyar la gestión y la comprensión de su atención médica. Samaritan Health Plans/IHN CCO tiene contratos con proveedores de servicios de intérpretes certificados y/o calificados para ofrecer la mayor variedad de opciones de idiomas disponibles, entre las que se incluyen: lenguaje hablado que no sea inglés y lenguaje de señas para personas con problemas de audición o habla. Todos los intérpretes son capaces de traducir la información clínica de manera efectiva en inglés y en el idioma principal de los miembros.

Samaritan Health Plans/IHN CCO proporciona información sobre el intérprete lingüístico y las opciones de servicios de traducción y cómo obtener servicios a través de los materiales para miembros, el manual del proveedor y el sitio web del plan público. Los materiales se proporcionan y están disponibles para todos los miembros y proveedores.

Samaritan Health Plans/IHN CCO pone a disposición de sus miembros los servicios de intérpretes lingüísticos y trabaja con los proveedores para garantizar que los servicios se presten cuando sea necesario. El plan proporciona interpretación a los miembros cuando identifican que tienen una necesidad del servicio.

Samaritan Health Plans requiere que sus proveedores contratados cumplan con los requisitos de la Ley de Atención de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) con respecto a la interpretación lingüística, 45 CFR 92.201.

Para obtener información específica sobre los servicios de traducción e interpretación disponibles para los miembros del plan, consulte la política de intérpretes del plan: Anexo 13 y manual del miembro.

C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD					
<b>Análisis de evaluación:</b>		El plan tiene un número muy bajo de solicitudes de intérpretes y el servicio se ha supervisado a través del proceso de reclamos. Se recibió una queja sobre la transferencia de la llamada a un intérprete durante todo el año (2017).			
D. MEJORA DEL RENDIMIENTO					
<b>Actividad:</b> El plan desarrollará un plan de supervisión documentado para los servicios de interpretación y traducción.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
A través de nuestro Comité de Mejoramiento de la Calidad	Punto de referencia	A definir	A definir	A definir	A definir

A. COMPONENTE(S) TQS: #6a Tecnología de la información de salud (intercambio de información de salud), #10 Determinantes sociales de la salud			
<b>Componente principal:</b>	Tecnología de la información de salud	<b>Componente secundario:</b>	Determinantes sociales de la salud
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>	HIT: Intercambio de información de salud	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	
B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA			
<p>El Intercambio de Información de Salud (HIE) de IHN-CCO, Colaboración Regional de Información de Salud (RHIC), se está desarrollando aún más para buscar conexiones integradas. La infraestructura de la RHIC, HealthShare, es compatible con el HIE regional y estatal para facilitar el flujo de información crítica entre los proveedores de atención física, conductual, bucal y otras.</p> <p>La plataforma de HealthShare cumple con los requisitos federales de interoperabilidad que permiten conexiones confiables y seguras para los participantes del proveedor de Intercambio de Información de Salud. Las organizaciones de salud conductual reciben capacitación y asistencia técnica para trabajar a través de barreras tecnológicas y legales para compartir datos de salud conductual. Se proporcionan múltiples métodos de integración de datos que incluyen el ingreso en línea y la carga masiva de datos utilizando formatos estándar, como archivos de texto, para ayudar a los proveedores que están menos habilitados tecnológicamente.</p> <p>A través del trabajo con los Servicios de Salud Conductual de los Condados de Benton, Lincoln y Linn, se encontró que existe una variedad de preparación para el Registro de Salud Electrónico (EHR) para compartir información con la RHIC. Hay proveedores de salud conductual que pueden intercambiar información con RHIC y otros que tienen barreras tecnológicas. Un ejemplo de trabajo de IHN-CCO con proveedores de salud conductual es el trabajo realizado en el condado de Linn. El condado de Linn se enfrentó a barreras tecnológicas que prohibían el intercambio de información. IHN-CCO diseñó un acuerdo de ahorro compartido para incentivar al Condado de Linn a encontrar una solución de tecnología de intercambio de información utilizando un enfoque basado en estándares. IHN-CCO pudo brindar apoyo financiero para ayudar a la actualización del sistema del Condado de Linn; los ahorros compartidos luego se gastan en esfuerzos para apoyar el intercambio de información sobre salud conductual.</p> <p>La coordinación efectiva de la atención comienza asegurando que la información clínica precisa esté disponible. RHIC recopila datos a través de la atención continua y de sus comunidades y presenta una visión agregada del paciente al proveedor en el punto de atención. Con una visión integral del paciente, los proveedores de atención pueden coordinar la asistencia de una manera más fluida. Las transiciones de atención están incluidas y se pueden ver en los planes de atención al paciente de RHIC.</p>			



## C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	<p>Un registro de salud del paciente incompleto conduce a faltas en la atención e interrupciones en la continuidad de la atención. Actualmente, hay varias faltas en el panorama HIE que se están abordando a través de RHIC. Estas incluyen, entre otras, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tecnología:</b> los fondos de la subvención anteriores compraron la tecnología robusta de RHIC para unir sistemas, redes y personas para crear un modelo de atención comprensible para mantener a los pacientes enfocados siempre. La tecnología requerida para lograr una verdadera interoperabilidad entre sistemas dispares requiere una inversión financiera adicional significativa.</li> <li>• <b>Conjunto completo de información:</b> la base de información de RHIC se basa en los datos de elegibilidad y reclamos para brindar un valor inmediato a los proveedores de atención. Esto permite que el registro del paciente se complete con información valiosa antes de la integración con todos los proveedores de atención.</li> <li>• <b>Inclusión de información no tradicional:</b> determinantes sociales del impacto en la salud (factores sociales y condiciones físicas del entorno en el que las personas nacen, viven, aprenden, juegan, trabajan y envejecen) una amplia gama de resultados de salud, funcionamiento y calidad de vida. Estos factores contribuyen hasta el 85 % de la salud general de una persona. Al desarrollar un enfoque que integra los determinantes sociales de la información de salud con la información de salud tradicional, física, conductual y bucal, RHIC puede llenar los vacíos y brindar una visión integral de la persona. Además, las agencias de servicios sociales adicionales se pueden conectar con los proveedores de atención médica tradicionales más grandes.</li> <li>• <b>Atención a la población más vulnerable:</b> RHIC incluye proveedores de Medicaid prioritarios que prestan servicios a la población más vulnerable de Medicaid de la región, incluidos seis Centros de salud calificados a nivel federal (FQHC) en hogares de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH) con dos clínicas ubicadas en la zona rural del condado de Linn del Este. Los servicios para participantes de HIE del RHIC incluyen salud física, salud bucal, salud psiquiátrica y conductual para niños y adultos, alcohol y drogas, servicios generales, diversidad de desarrollo, salud pública, servicios sociales y servicios escolares para niños y jóvenes.</li> </ul> <p>La búsqueda de conexiones ricas en datos a nivel local, estatal y nacional es clave para respaldar los elementos generales de TQS 6b (tecnología de información de salud: Analítica).</p>
--------------------------------	---

## D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> El Modelo de Impacto Colectivo es utilizado por RHIC para construir relaciones de intercambio de información. Los planes a corto y largo plazo para la expansión de la información incluyen:				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Administración de veteranos	Desarrollo en progreso.	En producción, ingreso de datos de la Administración de Veteranos.	04/2018	Datos disponibles para que vean los participantes de RHIC.	06/2018
Implementación del Programa de Control de Medicamentos Recetados (PDMP).	Desarrollo en progreso.	En producción, ingreso de datos de la Base de Datos de Recetas de Oregón.	06/2018	Datos disponibles para que vean los participantes de RHIC.	07/2018
Cuestionario de edades y etapas (ASQ), del desarrollo, programa de evaluación.	Desarrollo en progreso.	En producción, ingreso de datos de los socios del programa Centro de Aprendizaje Temprano.	04/2018	Pruebas de desarrollo de ASQ disponibles en RHIC para revisión de pediatra/proveedor de atención primaria.	07/2018
Programa de Concientización sobre las Faltas en la Vacunación.	Desarrollo en progreso.	En producción, ingreso de datos de socios de datos existentes y Sistema	04/2018	Datos disponibles para que vean los participantes de RHIC.	07/2018

		de Información de Alerta de Vacunación (IIS).			
Evaluar la necesidad de conexión EDIE/PreManage.	En progreso.	La evaluación está completa.	07/2018	Determinar los siguientes pasos; si corresponde, hacer recomendaciones y obtener aprobación para avanzar hacia la incorporación y la implementación.	10/2018
<b>Actividad:</b> Desarrollar determinantes sociales del modelo de datos de salud en HIE				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Evaluación de conjuntos de datos comunitarios existentes, tecnología o falta de la misma en torno a los determinantes sociales de la salud.	En progreso.	Definir las faltas en el proceso de admisión, los conjuntos de datos y la tecnología que RHIC puede completar.	12/2018	Trabajo de desarrollo para cubrir las faltas.	A definir

#### A. COMPONENTE(S) TQS: #6b Tecnología de la información de salud (análisis e intercambio), #13 Modelos de pago basados en el valor

<b>Componente principal:</b>	Tecnología de la información de salud	<b>Componente secundario:</b>	Modelos de pago basados en el valor
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>	HIT: Analítica	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	HIT: Intercambio de información de salud

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

Utilizando la potente plataforma de datos de nuestro proveedor, InterSystems, este proyecto está implementando una capa de Análisis e Informes sobre la Colaboración Regional de Información de Salud (RHIC, por sus siglas en inglés), con la ventaja de datos clínicos integrales centrados en el paciente. Esto es crucial para ayudar a los proveedores a determinar dónde se encuentran con métricas de calidad, resultados de salud y administración de atención al paciente. Los datos del paciente se agregarán de todas las fuentes y proveedores, creando un registro de salud de la comunidad (CHR), un registro de salud longitudinal, para crear los modelos analíticos, paquetes e informes. El modelo de datos clínicos se puede ampliar para capturar información no tradicional, como los determinantes sociales de la salud y ayudar a respaldar los modelos de pago basados en el valor que alinean el pago con los resultados de salud, así como la coordinación de la atención y la administración de casos. El repositorio de una sola fuente de la RHIC brinda la posibilidad de agregar datos de múltiples proveedores, servicios de salud y sistemas de servicios sociales para respaldar los objetivos generales de transformación.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	Actualmente, nuestros mecanismos de informe de datos no proporcionan la información necesaria para lograr un impacto positivo en las métricas de CCO que IHN-CCO no está cumpliendo. La plataforma de datos para el modelado de datos sólido para apoyar a los proveedores de IHN-CCO en el cumplimiento de las métricas de calidad estatales y federales para lograr resultados de salud nos permitirá vincular las futuras herramientas de gestión de la salud de la población y las herramientas de participación del paciente.
--------------------------------	--

#### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> Calificar las medidas apropiadas de IHN-CCO y las necesidades de datos.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
<b>Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento</b>	<b>Punto de referencia o estado actual</b>	<b>Objetivo o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>	<b>Parámetro de referencia o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>
Medidas de CCO identificadas, priorizadas	5 medidas de CCO han sido	Modelos de datos construidos y	06/2018	Aseguramiento de la calidad de	12/2018

para atributos de modelado de datos.	identificadas como prioritarias.	probados.		los datos.	
Se evaluarán las necesidades de datos métricos CCO restantes.	Medidas de CCO identificadas.	Modelos de datos contruidos y probados.	01/2019	Aseguramiento de la calidad de los datos.	01/2019
<b>Actividad:</b> Evaluación del proveedor, gestión de casos, coordinación de la atención, necesidades de datos del modelo de pago basado en el valor.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Evaluación de las necesidades de informes de datos del proveedor.	No se han realizado evaluaciones.	Proyecto de evaluación desarrollado.	12/2018	Evaluaciones completadas.	12/2019
Diseñar una solución basada en las necesidades de evaluación de informes de datos del proveedor.	No existe ningún diseño.	Solución diseñada, probada.	A definir	Solución implementada.	A definir
Evaluación de las necesidades de informes de datos de gestión de casos.	No se han realizado evaluaciones.	Proyecto de evaluación desarrollado.	12/2018	Evaluaciones completadas.	12/2019
Diseñar una solución basada en las necesidades de evaluación de informes de gestión de casos.	No existe ningún diseño.	Solución diseñada, probada.	A definir	Solución implementada.	A definir
Evaluación de las necesidades de informes de datos de coordinación de atención.	No se han realizado evaluaciones.	Proyecto de evaluación desarrollado.	12/2018	Evaluaciones completadas.	12/2019
Diseñar una solución basada en las necesidades de evaluación de informes de datos de coordinación de la atención.	No existe ningún diseño.	Solución diseñada, probada.	A definir	Solución implementada.	A definir
Evaluación de las necesidades de datos del modelo de pago basado en el valor.	No se han realizado evaluaciones.	Proyecto de evaluación desarrollado.	12/2018	Evaluaciones completadas.	12/2019
Diseñar una solución basada en las necesidades de evaluación de datos del modelo de pago basado en el valor.	No existe ningún diseño.	Solución diseñada, probada.	A definir	Solución implementada.	A definir

**A. COMPONENTE(S) TQS: #6c Tecnología de información de salud (participación del paciente), #8 Hogar de atención primaria centrada en el paciente**

<b>Componente principal:</b>	Tecnología de la información de salud	<b>Componente secundario:</b>	Hogar de atención primaria centrada en el paciente
<b>Componentes adicionales:</b>	Equidad y datos de salud		
<b>Subcomponentes:</b>	HIT: Participación del paciente	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

**B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA**

El uso de elementos de los componentes de la Estrategia de Transformación y Calidad, no limitados a 6a, 6b y otros, involucra a los proveedores a través de nuestro equipo de metodología de pago alternativo, red de proveedores/equipos de contratación y otros según sea necesario para proporcionar datos métricos de CCO para lograr un impacto en la salud de la población y los servicios basados en resultados y, finalmente, el objetivo de proporcionar una estrategia de acceso al portal para pacientes será el enfoque a largo plazo de la Colaboración Regional de Información de Salud (RHIC).

La RHIC es una infraestructura de información centralizada en un Modelo de Impacto Colectivo que comparte los siguientes objetivos en común:

- Mejorar la calidad y la eficiencia de la coordinación y prestación de servicios de salud para los miembros de IHN-CCO al acelerar la adopción y el uso de la Tecnología de la Información de la Salud (HIT) y el Intercambio de Información de la Salud (HIE);
- Alentar la atención centrada en el paciente en conexión con los proveedores de atención para garantizar la continuidad de la atención para cada paciente;
- Aumentar la comprensión del paciente y la participación de su atención;
- Mejorar la comunicación entre pacientes, organizaciones de atención médica y proveedores de servicios de salud;
- Promover normas nacionales para guiar el intercambio de información y la interoperabilidad de datos electrónicos; y
- Aprovechar los sistemas de información de salud existentes.

El repositorio de una sola fuente de la RHIC brinda la posibilidad de agregar datos de múltiples proveedores, servicios de salud y sistemas de servicios sociales para respaldar los objetivos generales de transformación. Los datos confiables y oportunos son elementos fundamentales de la transformación y respaldan una atención continua que integra la salud conductual, la salud bucal, la salud física, la salud pública, los servicios de atención de la tercera edad y de discapacidad, el transporte, el Centro de Aprendizaje Temprano y los servicios sociales, proporcionando la base tecnológica para apoyar el triple objetivo.

### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	Se han realizado muchos esfuerzos para concentrarse en reunir información que mejore la calidad y la eficiencia de la coordinación de la atención. Existe una oportunidad para alinear estos esfuerzos dispares, pero complementarios, para lograr el estado óptimo de tecnología de la información de salud. (Se harán todos los esfuerzos para incorporar el compromiso del paciente y el compromiso del proveedor, según corresponda, utilizando datos desarrollados a partir de TQS 6).
--------------------------------	---

### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> Evaluar y comprender los esfuerzos (o la falta de ellos) de la tecnología de información de salud centrados en el paciente y en la comunidad que puedan alinearse y complementarse entre sí mediante el intercambio de información de salud.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Identificar y documentar las actividades actuales de compromiso del proveedor; incluyendo los esfuerzos de CHIP.	Actualmente no hay comprensión de estas actividades.	Cree un análisis de faltas para determinar dónde debemos estar en el compromiso del proveedor.	07/2019	Definir el objetivo al que queremos llegar con respecto al compromiso del proveedor a corto plazo y en el futuro.	12/2019
Crear un análisis de faltas para determinar dónde debemos estar respecto a la participación del paciente.	Se necesita más análisis para la planificación.	Priorizar los hallazgos de las fallas para crear planes de acción que aborden las fallas para la participación de los pacientes.	07/2019	Llevar a cabo planes de acción para llenar los vacíos para aumentar la participación del paciente.	12/2019
Identificar y documentar las actividades actuales de participación del paciente; incluyendo los esfuerzos de CHIP.	Actualmente no hay comprensión de estas actividades.	Crear un análisis de faltas para determinar dónde debemos estar respecto a	07/2020	Definir el objetivo al que queremos llegar con respecto a la participación del	12/2020

		la participación del paciente.		paciente a corto plazo y en el futuro.	
--	--	--------------------------------	--	--	--

#### A. COMPONENTE(S) TQS : #7 Integración de la atención, #10 Determinantes sociales de la salud

<b>Componente principal:</b>	Integración de la atención (salud física, conductual y bucal)	<b>Componente secundario:</b>	Determinantes sociales de la salud
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>		<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN-CCO está implementando herramientas de evaluación de Determinantes Sociales de la Salud (SDoH) y Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) en controles del niño sano seleccionados en un Hogar de atención primaria pediátrica centrado en el paciente con un panel de más del 50 % de miembros de IHN-CCO. Las evaluaciones positivas se remitirán al trabajador de salud comunitario (CHW) o al trabajador social integrado en la clínica en función de los resultados de la evaluación; para servicios de salud conductual, salud mental o SDOH. El objetivo piloto principal es mejorar la salud y el bienestar de las familias que están experimentando, o que han experimentado, violencia y situaciones traumáticas, y que tienen la necesidad de conectarse con recursos sociales. El proveedor que administra la herramienta es bilingüe (español e inglés) y ve una porción más grande de las familias que solo hablan español que la mayoría de los otros proveedores.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	Las investigaciones han demostrado que la adversidad en la primera infancia representa una amenaza para la salud y el bienestar durante toda la vida. La identificación de la adversidad en la primera infancia a través de la evaluación ACE puede ayudar a resaltar la importancia de la prevención de esta exposición e identificar la necesidad de tratamiento para las personas que han experimentado dicha adversidad. Los Determinantes Sociales de la Salud, (SDoH por sus siglas en inglés) en los que vive una persona, también afecta en gran medida su salud. Los niños son especialmente vulnerables a los impactos negativos de vivir en la pobreza. La detección temprana de traumas y problemas de SDOH puede mejorar la salud, la utilización de la atención médica, la satisfacción del paciente y la toma de decisiones clínicas, lo cual puede reducir potencialmente los costos de la atención médica. Se evaluará al paciente para detectar problemas de SDOH en la primera consulta (visita del nuevo paciente), los controles del niño sano de 9 meses y 24 meses, y anualmente para las edades de 3 a 12 años. Se espera que la conexión con los servicios sociales (necesidades de SDOH) den lugar a una mejor salud y bienestar. Se espera que este programa piloto mejore la equidad en salud conectando a las personas necesitadas con los recursos locales, particularmente en la población hispanohablante. La herramienta de evaluación de ACE se utilizará para evaluar a los pacientes en todas las visitas de salud conductual. Se espera que las evaluaciones identifiquen a los niños que han sufrido un trauma en sus vidas y que los conecten con los servicios de salud mental. Se espera que la conexión con la salud mental reduzca el impacto del trauma en su salud mental y física a largo plazo.
--------------------------------	--

#### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> Desarrollar una herramienta de evaluación para la SDOH pediátrica e integrarla en Epic, el registro de salud electrónico (EHR) de la clínica.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
<b>Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento</b>	<b>Punto de referencia o estado actual</b>	<b>Objetivo o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>	<b>Parámetro de referencia o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>
Se desarrolla la herramienta de evaluación.	Ninguna herramienta actual.	Se desarrolla la herramienta de evaluación.	03/2018	Se desarrolla la herramienta de evaluación.	03/2018
Integrar la herramienta de selección en Epic.	Ninguna herramienta actual.	Se integra la herramienta de evaluación.	06/2018	Se integra la herramienta de evaluación.	06/2018
<b>Actividad:</b> Desarrollar e implementar un flujo de trabajo clínico que integre la herramienta				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u>	

de evaluación. Flujo de trabajo: La herramienta de evaluación se usa en controles del niño sano. Las evaluaciones positivas se remiten al CHW o al trabajador social en base a los resultados de la evaluación. Hacer un seguimiento de los pacientes/familias que tuvieron pruebas de detección positivas en varios intervalos para determinar si se abordaron los problemas identificados y si creen que ha habido un impacto en la salud y el bienestar del niño(s) y la familia.				<input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Se desarrolla el flujo de trabajo.	No hay flujo de trabajo actual.	Se desarrolla el flujo de trabajo.	06/2018	Se desarrolla el flujo de trabajo.	06/2018
El flujo de trabajo está integrado.	No hay flujo de trabajo actual.	El flujo de trabajo está integrado.	09/2018	El flujo de trabajo está integrado.	09/2018
<b>Actividad:</b> Examinar los controles del niño sano de un pediatra seleccionado utilizando la herramienta de evaluación. Crear y usar un sistema de seguimiento para rastrear las puntuaciones de ACE y SDoH.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Crear sistema de seguimiento.	No hay sistema actual.	Se crea el sistema.	06/2018	Se crea el sistema.	06/2018
Implementar sistema de seguimiento.	No hay sistema actual.	Se implementa el sistema.	09/2018	Se implementa el sistema.	09/2018
Se evalúan los controles del niño sano que son elegibles.	0 %	50 %	12/2018	95 %	06/2019
<b>Actividad:</b> Identificar familias necesitadas y proporcionar conexión a recursos.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Hacer un seguimiento de los puntajes de los niños de ACE evaluados.	0 %	100 %	09/2018	100 %	09/2018
Hacer un seguimiento de las familias que necesitan los diversos servicios después de la evaluación de SDoH.	0 %	100 %	09/2018	100 %	09/2018
Proporcionar conexión a los recursos para niños con una puntuación ACE mayor que 1 y niños con una evaluación SDoH positiva.	0 %	50 %	12/2018	80 %	06/2019

#### A. COMPONENTE(S) TQS: #9 Enfermedad mental grave y persistente, #1a Acceso, disponibilidad de servicios

<b>Componente principal:</b>	Enfermedad mental grave y persistente (SPMI por sus siglas en inglés)	<b>Componente secundario:</b>	Acceso
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>	Acceso: Disponibilidad de servicios	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

Registros y seguimiento de individuos con diagnóstico de enfermedad mental grave y persistente (SPMI) dados de alta de los servicios de salud mental (MH) para pacientes internados del Good Samaritan Regional Medical Center (GSRMC). Determine la cantidad de servicios de MH que se brindan a las personas dentro de los 30 días posteriores al alta. Identifique la población y revise los servicios y la capacidad disponibles, y determine si los servicios estaban disponibles y/o si fueron ofrecidos. Establezca un punto de referencia de acceso al servicio luego de la hospitalización.

#### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	El programa de Salud Conductual (BH) de IHN-CCO está trabajando para mejorar los resultados de salud para las personas a las que se les diagnostica SPMI identificando quiénes son y asegurando el acceso a los servicios adecuados. No existe una fuente de información consistente que identifique quiénes son los miembros del SPMI y si se les proporcionan los servicios esenciales para respaldar su más alto nivel de función. Además,
--------------------------------	---

<p>existen obstáculos para los servicios y el acceso a los servicios recomendados para los clientes no siempre está disponible. Para mejorar los resultados para los miembros dados de alta de los servicios de MH para pacientes hospitalizados, debemos determinar si el tipo y la cantidad de servicios adecuados están disponibles para los miembros que cumplen con los criterios de SPMI. El objetivo es trabajar junto con los miembros y sus proveedores de servicios para eliminar los obstáculos y garantizar el acceso a los servicios que mejor respaldan el nivel más alto de función del individuo.</p>					
<b>D. MEJORA DEL RENDIMIENTO</b>					
<p><b>Actividad:</b> Establecer el registro SPMI y punto de referencia. Determinar los criterios, por ejemplo, el diagnóstico SPMI para el registro. Comparar los datos de reclamaciones con el registro para establecer el punto de referencia. Determinar cuántos miembros están recibiendo servicios de apoyo. Determinar los objetivos de desempeño.</p>				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Definir el diagnóstico SPMI y el criterio de registro.	No existe registro.	Registro completo y proceso establecido para mantener la calidad.	05/2018	Establecer objetivos basados en el registro.	07/2018
Ejecutar consultas para identificar la población por condado.	Existen informes globales.	Imagen clara de la población y subpoblaciones.	09/2018	Los proveedores del condado pueden identificar y rastrear a la población SPMI para garantizar que se cumplan las necesidades de acceso y la capacidad de servicio.	09/2019
Establecer un proceso para garantizar la precisión del registro y el proceso para una revisión y mantenimiento regulares.	Reuniones trimestrales establecidas.	Revisar los registros en reuniones trimestrales.	09/2018	Registro y proceso precisos establecidos para actualizar y verificar continuamente la precisión.	12/2018
<p><b>Actividad:</b> Identificar servicios, establecer objetivos de desempeño y sistema de monitoreo.</p>				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Establecer servicios para ser incluidos en la medición de accesos. Esto se aplicará al registro.	Establecer período de referencia 09/2016 - 09/2017. Aseguramiento de la calidad y datos vet.	En base al rendimiento histórico, establecer objetivos de mejoramiento.	09/2018	Informes de rendimiento utilizados para identificar problemas y mejorar el acceso/rendimiento/resultados de salud.	01/2019
Evaluar el acceso y los servicios con socios de salud mental del condado.	Los informes son inconsistentes y carecen de detalles suficientes.	Comenzar a utilizar los informes en las reuniones de proveedores de BH del condado.	01/2019	Monitorear efectivamente el servicio, acceso y capacidad.	01/2019

A. COMPONENTE(S) TQS : #10 Determinantes sociales de la salud, #11 Necesidades especiales de atención médica					
<b>Componente principal:</b>	Determinantes sociales de la salud		<b>Componente secundario:</b>	Necesidades especiales de atención médica (SHCN por sus siglas en inglés)	
<b>Componentes adicionales:</b>					
<b>Subcomponentes:</b>			<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>		
B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA					
IHN-CCO convoca reuniones comunitarias del Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT) para miembros con necesidades especiales o que están experimentando una falta en la atención. Las necesidades especiales pueden incluir la falta de vivienda estable, el acceso a los alimentos o la falta de apoyo natural o financiero. Las guías de atención de salud de Gestión Médica de IHN-CCO trabajan con socios y proveedores de la comunidad para determinar si un ICT beneficiaría al miembro y programaría los ICT en consecuencia. Los miembros del ICT pueden estar compuestos por personal de administración médica (clínico y no clínico), administradores de casos de apoyo y servicios a largo plazo, proveedores de la disciplina médica, odontológica y/o de salud conductual y otros socios comunitarios que apoyan al miembro. Los miembros del ICT trabajan juntos para desarrollar un plan de apoyo centrado en la persona para ayudar a un miembro a abordar las faltas que este está experimentando.					
C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD					
<b>Análisis de evaluación:</b>	Las disparidades sociales y de salud a menudo se asocian con resultados de salud deficientes. Además, los miembros con necesidades especiales requieren coordinación de cuidados intensivos para garantizar que tengan acceso a la atención y los servicios.				
D. MEJORA DEL RENDIMIENTO					
<b>Actividad:</b> Las reuniones de ICT se convocarán al menos una vez por trimestre. Las reuniones se documentarán a través de actas y cada miembro contará con un plan de apoyo centrado en la persona. IHN-CCO será responsable de compartir la documentación con los miembros del ICT. El seguimiento se realizará a través del sistema de registro de IHN-CCO.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Capacitación en torno a las disparidades sociales y sanitarias establecidas.	La capacitación es informal y existe una comprensión inconsistente entre los miembros del equipo de atención.	El conocimiento y la conciencia acerca de las disparidades sociales y de salud informan al equipo de atención en el desarrollo de intervenciones centradas en la persona.	01/2019	Los equipos efectivos aseguran una atención perfecta y centrada en la persona.	06/2019
Número de planes de atención de ICT centrados en la persona.	Necesidad de establecer un sistema de seguimiento.	Se establece el sistema de seguimiento.	06/2018	Sistema de seguimiento utilizado para supervisar y rastrear resultados.	06/2019
Aumentar las reuniones del ICT.	Necesidad de establecer reuniones recurrentes.	El equipo de atención interdisciplinaria se reúne regularmente.	06/2018	Reuniones consistentes establecidas.	06/2019



A. COMPONENTE(S) TQS: #11 Necesidades especiales de atención médica					
<b>Componente principal:</b>	Necesidades especiales de atención médica (SHCN por sus siglas en inglés)		<b>Componente secundario:</b>		
<b>Componentes adicionales:</b>					
<b>Subcomponentes:</b>			<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>		
B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA					
<p>Los niños y adolescentes que necesitan servicios de múltiples sistemas y sus familias a menudo experimentan una falta de coordinación de servicios y recursos, múltiples expectativas en ocasiones conflictivas y un uso ineficiente de los recursos. El establecimiento de una estructura de gestión del sistema de atención desde el nivel del equipo de niños y familias a través de un consejo ejecutivo regional aumentará la eficiencia del sistema y mejorará los resultados para los niños y sus familias.</p> <p>Múltiples sistemas de atención infantil pueden identificar a los niños que necesitan coordinación de atención intensiva a través del modelo integral. Los niños y sus familias son luego referidos al proceso integral. Las fortalezas y las faltas del sistema se identifican a través del proceso del equipo de niños y familias y se transmiten a un comité asesor del sistema de atención local. Los comités locales abordan las necesidades individuales y del sistema según sus mejores capacidades, las faltas restantes se envían al consejo asesor regional. El consejo ejecutivo regional trabaja para resolver las faltas y obstáculos del sistema que requieren soluciones de liderazgo e inversiones.</p>					
C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD					
<b>Análisis de evaluación:</b>	<p>Con el fin de abordar colectivamente las faltas y obstáculos del sistema en múltiples sistemas de atención infantil, tales como; bienestar de los niños, discapacidades del desarrollo, justicia juvenil, educación, atención primaria, salud mental, tratamiento de alcohol y drogas, y salud pública, las comunidades identificarán y comunicarán estas faltas y obstáculos a través de la estructura de gestión del sistema de atención. El Consejo Ejecutivo del Sistema Regional de Atención utilizará esta y otras fuentes de información para desarrollar estratégicamente e implementar estrategias para mejorar el sistema en nuestra región.</p>				
D. MEJORA DEL RENDIMIENTO					
<b>Actividad:</b> Desarrollar un Consejo Ejecutivo Regional. Ver la Tabla de Estructura de gestión del SOC: Anexo 14.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Establecer la membresía.	Se han identificado socios comunitarios.	Se envían las invitaciones.	02/2018	Membresía establecida.	01/2019
Reunirse al menos trimestralmente.	Primera reunión 02/2018.	Determinar el mejor día o fecha para reunirse.	03/2018	Invitaciones enviadas hasta el 2019.	04/2018
Desarrollar el Documento constitutivo.	Se ha desarrollado el anteproyecto.	Documento constitutivo finalizado.	07/2018	Documento constitutivo finalizado.	07/2018
Desarrollar la estructura de gestión.	Se ha desarrollado el anteproyecto.	Estructura de gestión finalizada.	07/2018	Estructura de gestión finalizada.	07/2018
<b>Actividad:</b> Formulario de informe de obstáculos.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Desarrollar y probar un proceso de formulario de envío de obstáculos.	Formulario provisional en proceso.	Finalizar formulario.	02/2018	Utilizar formulario.	07/2018
<b>Actividad:</b> Tendencias que identifican obstáculos y faltas a nivel regional.				<input checked="" type="checkbox"/> Actividad a corto plazo <u>o</u> <input type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	

Desarrollar el proceso de informe de tendencias.	El anteproyecto necesita desarrollarse.	Desarrollo de herramientas.	07/2018	Los informes de tendencias se presentan al Consejo Ejecutivo Regional.	12/2018
<b>Actividad:</b> Priorizar la búsqueda de soluciones a nivel regional				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
Establecer las mejores prácticas para la región.	Esperando hasta que se desarrollen las herramientas de informe de tendencias.	Evaluar	A definir	Implementar	A definir

## A. COMPONENTE(S) #12

<b>Componente principal:</b>	Revisión de utilización	<b>Componente secundario:</b>	Enfermedad mental grave y persistente (SPMI por sus siglas en inglés)
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>	<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>		

## B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN-CCO tiene un sólido programa de revisión de utilización y coordinación de atención. Sin embargo, es necesario el desarrollo de una comprensión y un consenso compartidos en torno a la identificación de la población de la SPMI y el acceso a una atención de calidad y apropiada entre la red de proveedores. IHN-CCO utilizará criterios y estándares basados en la evidencia y trabajará en colaboración con los proveedores de Salud Conductual (BH) para establecer métricas de rendimiento de utilización para garantizar que los miembros reciban la atención y los servicios recomendados.

## C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	Desarrollar herramientas para evaluar y administrar el desempeño de la red de proveedores para satisfacer las necesidades de la población con SPMI. (Evaluación del programa GOBHI.)
--------------------------------	--

## D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<b>Actividad:</b> El meta-análisis de las métricas de utilización de BH y obtener apoyo y consenso en torno a las métricas de rendimiento que detectarán la utilización excesiva y desaprovechada de servicios.				<input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o <input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo	
<b>Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento</b>	<b>Punto de referencia o estado actual</b>	<b>Objetivo o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>	<b>Parámetro de referencia o estado futuro</b>	<b>Tiempo (MM/AAAA)</b>
Investigación, inventario y análisis. Establecer la gestión a través del Comité de Calidad de la Salud Conductual.	Existen medidas y métricas. No ha habido un proceso de colaboración entre los proveedores para establecer métricas de utilización en torno a la	Consenso sobre medidas y métricas.	12/2018	Medidas y métricas establecidas y disponibles para su uso para identificar la población, el acceso a los servicios y la calidad y la idoneidad de la	

	población con SPMI, ni hay acuerdo sobre la definición y los criterios para la población con SPMI.			atención para la población con SPMI.	
Métricas y criterios de utilización establecidos.	No hay consenso sobre las métricas.	Consenso sobre las métricas de utilización.	09/2018	Las métricas de consenso muestran la utilización adecuada de los servicios.	06/2019
Reunión trimestral con proveedores de BH.	Reuniones establecidas.	Los proveedores de BH revisan la utilización de los servicios para la población SPMI.	09/2018	Mejores resultados a través de la identificación de la población y el uso de métricas de desempeño.	12/2019

#### A. TQS COMPONENTE (S): #13 Modelos de pago basados en el valor, #8 Hogar de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH)

<b>Componente principal:</b>	Modelos de pago basados en el valor	<b>Componente secundario:</b>	Hogar de atención primaria centrada en el paciente
<b>Componentes adicionales:</b>			
<b>Subcomponentes:</b>		<b>Subcomponente(s) adicional(es):</b>	

#### B. NARRATIVA DEL PROYECTO O PROGRAMA

IHN-CCO tiene un modelo de pago basado en el valor con el 94,5 % de sus Hogares de atención primaria centrados en el paciente (PCPCH) contratados. El desglose de los componentes de los modelos de pago basados en el valor incluye:

- Capitación por miembro por mes (PMPM) + pago por desempeño (PFP); 12,5 %
- Tarifa por servicio (FFS) + tarifas de administración de casos (CMF) + PFP; 22 %
- FFS + PFP; 60 %

Los pagos de PMPM por capitación son pagos ajustados por riesgo por miembro atribuidos a un PCPCH y se pagan mensualmente. El PCPCH se evalúa trimestralmente para determinar el uso apropiado de la capitación, incluido el crecimiento de la infraestructura de PCPCH en función de los criterios de PCPCH de la Autoridad de Salud de Oregón (OHA, por sus siglas en inglés), la utilización de servicios desaprovechada o excesiva, integración de servicios y áreas objetivo para control de costos potenciales. Los acuerdos de Pago por desempeño son acuerdos de pago basados en el riesgo, ya sea financiados por incentivos adicionales o basados en una retención por la cual el PCPCH debe cumplir al menos el 50 % de las métricas de calidad acordadas para obtener cualquier conjunto de incentivos o retenciones, si corresponde. IHN-CCO comparte el riesgo al reembolsar al subcontratista el monto total disponible si se alcanza el 80 % de las métricas de calidad acordadas. Los PCPCH también aceptan mostrar la prueba de su progreso en convertirse en al menos un PCPCH de 4 o 5 niveles, según lo designado por la OHA. El 74,5 % de los PCPCH también tienen una métrica de costo de atención total para recibir cualquiera de los fondos. Los pagos de CMF son pagos adicionales de PMPM ajustados al riesgo que se realizan a los PCPCH, si corresponde, que se utilizarán para incorporar servicios no tradicionales para sus miembros, como la coordinación de la atención, los trabajadores de salud tradicionales, los especialistas en comportamiento y las visitas domiciliarias.

IHN-CCO tiene un modelo de pago basado en el valor con el 100 % de sus subcontratistas dentales, subcontratistas de salud mental y sus subcontratistas contratados de la Agencia Tradicional de Trabajadores de la Salud, que es un modelo de PMPM

+ PFP, que incluye grupos de incentivos basados en el riesgo mediante los cuales el subcontratista debe cumplir con al menos el 50 % de las métricas de calidad acordadas para obtener cualquier grupo de incentivos. IHN-CCO comparte el riesgo reembolsando a los subcontratistas el monto total disponible si se alcanza el 80 % de las métricas de calidad acordadas.

IHN-CCO tiene un modelo de pago basado en el valor con el 100 % de sus proveedores de servicios de transporte no emergente (NEMT) contratados, que es un modelo PMPM + PFP, que incluye un pago de incentivo basado en el riesgo mediante el cual el proveedor de NEMT recibe un mayor pago de PMPM en una base trimestral conciliada, cuando se logra al menos el 50 % de las métricas de calidad. Si se alcanza el 80 % de las métricas, el proveedor de NEMT recibe el pago máximo de PMPM, que se concilia trimestralmente para ese trimestre.

IHN-CCO tiene un modelo de pago basado en el valor con el 60 % de sus proveedores contratados del servicio de tratamiento residencial de salud mental infantil y el tratamiento ambulatorio, que es un modelo de episodio de atención que incluye cualquier reingreso dentro de los 5 días para PRTS, y 5 días hábiles para el tratamiento de hospital de día.

IHN-CCO tiene un modelo de pago basado en el valor para reembolsar a un proveedor de cuidados paliativos con un modelo de capitación de PMPM.

### C. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

<b>Análisis de evaluación:</b>	<p>La experiencia ha demostrado que los PCPCH están más motivados para aceptar modelos de pago basados en valores basados en el riesgo cuando alcanzan una calificación de PCPCH de nivel más alto. IHN-CCO organizará un foro para todos los PCPCH contratados y no PCPCH en 2018 que se centrará en cómo convertirse en un PCPCH de 5 niveles. Los presentadores son líderes de 2 PCPCH en la red de proveedores de IHN-CCO que han alcanzado los 5 niveles.</p> <p>Los proveedores tienen la oportunidad de recibir un reembolso adicional o recuperar el reembolso retenido cuando se logra el rendimiento de calidad y utilización.</p> <p>La mayoría de los PCPCH también deben alcanzar objetivos de costos específicos para recibir cualquier reembolso retenido cuando se logra el rendimiento de calidad, costo y utilización.</p> <p>Los presupuestos de reserva de incentivos de Pago por desempeño se basan en los pagos proyectados de reserva de incentivos de calidad de IHN-CCO recibidos a través de los informes anuales de CCO a OHA.</p> <p>Los acuerdos de capitación se basan en el costo total de la experiencia de atención. Las tarifas pueden aumentar o disminuir cada año de contratación según la revisión anual del costo total de la atención.</p> <p>Motive a los clínicos e instituciones para que cambien la forma en que brindan atención a fin de reducir el crecimiento de los costos, mejorar la calidad de la atención médica y la salud de la población.</p> <p>IHN-CCO continuará implementando un modelo de pago de riesgo basado en el valor que apunta a un aumento de los acuerdos de PMPM de capitación en los PCPCH y otras instituciones a medida que entren en contacto voluntariamente. IHN-CCO continuará colaborando con todos los pagadores en Oregón para desarrollar e implementar modelos de pago basados en valores alineados que se centren en conceptos de triple objetivo.</p>
--------------------------------	---

### D. MEJORA DEL RENDIMIENTO

<p><b>Actividad:</b> IHN-CCO continuará promoviendo acuerdos de pago basados en el valor más avanzados con sus PCPCH contratados con la inclusión de criterios de estratificación de riesgos más sólidos para determinar los pagos de PMPM, y componentes de riesgo nominal compartido donde los proveedores comparten los ahorros y la pérdida, si corresponde.</p>	<p><input type="checkbox"/> Actividad a corto plazo o</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actividad a largo plazo</p>
--	--

Cómo se supervisará la actividad para el mejoramiento	Punto de referencia o estado actual	Objetivo o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)	Parámetro de referencia o estado futuro	Tiempo (MM/AAAA)
Informes trimestrales y anuales sobre objetivos métricos de calidad donde los pagos están en riesgo. Evaluación anual de los pagos actuales de Tarifas de gestión de casos (CMF).	Estado actual: 0 % cumplido	El 100% de todos los PCPCH contratados cumplen con al menos el 65 % del rendimiento general.	04/2018, 07/2018, 10/2018, y 04/2019	El rendimiento habrá aumentado año tras año (YoY) en una escala general PCPCH.	01/2019
Informes trimestrales sobre el progreso realizado en la adaptación de los criterios de estratificación del riesgo. Informes trimestrales sobre el progreso del desarrollo del modelo y el estado de negociación con PCPCH. Evaluación anual de los resultados actuales del modelo de pago basado en el valor.	Estado actual: PMPM + PFP: 12,5 %  FFS + CMF + PFP: 22 %  FFS + PFP: 60 %	Aumentar los acuerdos de capitación en un 60 %.  Aumentar los acuerdos de riesgo nominal compartido en un 60 %.	01/2019	El 70 % de los PCPCH recibirán pagos por capitación con un acuerdo de Pago por desempeño y un acuerdo de riesgo compartido basado en la pérdida o ahorro de costos.	01/2020