

InterCommunity Health Network CCO

Informe sobre la estrategia de transformación y calidad

Marzo 2019



LINCOLN

BENTON

LINN

Más fuerte, más sano, juntos.

| | |
|---|----|
| Sección 1: Información sobre el Programa de Transformación y Calidad | 2 |
| A. Gobierno de la Organización de atención coordinada (CCO, por su sigla en inglés) y estructura del programa para la calidad y la transformación:..... | 2 |
| B. Revisión y aprobación de TQS | 5 |
| C. OPCIONAL | 6 |
| Sección 2: Detalles del Programa de Transformación y Calidad | 8 |
| Vías para el proyecto y componentes..... | 8 |
| A. N.º 01 Acceso: Consideraciones culturales: Capacitación de coordinación de cuidados..... | 9 |
| A. N.º 02 Acceso: Calidad y adecuación: Desarrollo de cohorte de PHM..... | 11 |
| A. N.º 03 Acceso: Segundas opiniones: Segundas opiniones..... | 13 |
| A. N.º 04 Normas CLAS y red de proveedores: Equidad en salud para la fuerza laboral..... | 15 |
| A. N.º 05 Sistema de quejas y apelaciones: Quejas y apelaciones | 17 |
| A. N.º 07 Equidad en salud: Datos: Evaluación de la población SNP | 19 |
| A. N.º 08 Equidad en salud: Competencia cultural: Servicios de intérprete..... | 21 |
| A. N.º 09 Tecnología de la información de salud: HIE: Socios de datos de RHIC HIT..... | 23 |
| A. N.º 10 Tecnología de la información de salud: Análisis: Análisis de los datos de RHIC..... | 26 |
| A. N.º 11 Tecnología de la información de salud: Compromiso del paciente: Miembro de RHIC/Compromiso del paciente | 29 |
| A. N.º 12 Integración de la atención: Detección de SDoH y ACE para niños | 31 |
| A. N.º 13 Enfermedad mental grave y persistente: Reducción de la readmisión en centros de atención psiquiátrica | 34 |
| A. N.º 14 Determinantes sociales de la salud: TIC | 36 |
| A. N.º 15 Necesidades especiales de atención médica: Necesidades especiales de salud..... | 38 |
| A. N.º 16 Enfermedad mental grave y persistente: Servicios apropiados para miembros diagnosticados con trastorno depresivo grave y trastorno por uso de sustancias..... | 40 |
| A. N.º 17 Modelos de pago por valor: VBP-PCPCH | 42 |
| A. N.º 18 Integración de cuidados: Bienestar infantil integrado | 44 |
| A. N.º 19 Métodos de pago por valor: Programa VBP-Maternity Case Management Plus | 47 |

Sección 1: Información sobre el Programa de Transformación y Calidad

A. Gobierno de la Organización de atención coordinada (CCO, por su sigla en inglés) y estructura del programa para la calidad y la transformación:

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

Los planes de salud de InterCommunity prestan servicios a los miembros del plan de salud de Oregón en los condados de Linn, Benton y Lincoln como InterCommunity Health Network-Coordinated Care Organization (Organización de Atención Médica Coordinada de la Red de Salud Intercomunitaria, IHN-CCO).

Nuestro programa de gestión de la calidad está diseñado para monitorear la calidad de la atención médica brindada a todos los miembros de IHN-CCO para cumplir con la Iniciativa de triple objetivo del Institute for Healthcare Improvement (IHI), cuyos objetivos son la mejora de la experiencia de atención del paciente, la mejora de la salud de las poblaciones y la reducción del costo per cápita de la atención médica. El Plan de gestión de calidad y el Plan de gestión de utilización/de gestión médica se revisan y actualizan anualmente y son aprobados por el Comité de mejora de la calidad interno (QIC, por su sigla en inglés) y el Consejo de gestión de la calidad externo (QMC, por su sigla en inglés).

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

1. Mantener un programa de gestión de 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 alto nivel de los miembros y acceso a los servicios de atención médica apropiados:
 - Supervisar las quejas, los reclamos y las apelaciones de los miembros internamente de manera continua para identificar áreas de mejora.
 - Supervisar la satisfacción de los miembros a través de agencias externas, como a través de la Evaluación del consumidor de proveedores y de sistemas de salud (CAHPS, por su sigla en inglés), etc. según los requisitos federales, estatales y contractuales para identificar áreas de mejora.
 - Implementar y supervisar intervenciones apropiadas cuando se identifiquen áreas de mejora respecto a 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 Consejo de gestión de la calidad y al Consejo de administración según lo indicado, 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 dentales preventivos y la detección temprana de enfermedades a través de la educación de los miembros y los programas de gestión de casos.
 - Promover la autogestión de enfermedades crónicas a través de la educación de los miembros y los programas de gestión de casos.
 - Supervisar los resultados de salud de forma individual a través del programa de gestión 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 Conjunto de datos e información de la eficacia de la atención médica (HEDIS), datos internos, etc.
 - Cumplir o exceder las expectativas para todos los proyectos de calidad exigidos mediante por los requisitos contractuales estatales.
 - Informar los resultados de los programas y el monitoreo de la intervención al Consejo de gestión de la calidad y a la Junta directiva al menos una vez al año o con mayor frecuencia según lo indicado.

Nuestro programa de gestión de calidad supervisa cuatro áreas clave: utilización de servicios, satisfacción de los miembros, servicios clínicos (incluidos salud conductual/salud mental, servicios dentales, prevención, mejora de la atención crónica, servicios materno-infantiles, gestión de casos, educación de la salud para miembros y proyectos de mejora de la calidad, entre otros) y diversos servicios administrativos. IHN-CCO cree que la integración, el monitoreo y el balance 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 del 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 Calidad. El Consejo de gestión de la calidad supervisa la planificación de la calidad, el seguimiento de la calidad y las actividades de mejora. El Gerente de resultados médicos y de calidad del plan es responsable de las operaciones diarias del Programa de Gestión de 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 del Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA, por su sigla en inglés).

Consulte el Anexo 01: Estatuto del QMC Consulte el Anexo 02: Estatuto del QIC

Programa de Gestión de Utilización y Plan de Gestión de Utilización

El Programa de Gestión de Utilización es parte del Programa de Gestión de Calidad. Como se señaló anteriormente, el Consejo 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.

Contamos con un plan de gestión de utilización/gestión médica que se revisa y actualiza anualmente y es aprobado por nuestro Comité de gestión de la calidad. Revisa la utilización excesiva/insuficiente de servicios; documenta sus hallazgos y hace recomendaciones para acciones de seguimiento.

Las oportunidades de mejora para 2019 incluyen:

- El Comité ASESOR DE SALUD DENTAL (DHAC, por su sigla en inglés) debe aumentar la utilización dental a través de la integración de servicios en ubicaciones médicas.
- DHAC debe mejorar la gestión de casos de pacientes mediante la realización de exámenes, educación y derivaciones desde la consulta dental.
- 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 Comité de Calidad de la Salud del Comportamiento (BHQC, por su sigla en inglés) ha discutido la utilización excesiva/insuficiente de servicios relacionados con los miembros que necesitan servicios de salud mental, como la falta de atención aguda para adultos.

Se desarrollaron informes específicos de las necesidades del BHQC para el análisis, la planificación y el monitoreo del cumplimiento relacionados con los objetivos establecidos. Los informes utilizados para el análisis incluyeron:

1. informe de tendencias de utilización
 - reclamaciones de hospitalización psiquiátrica para pacientes hospitalizados en ACT
2. servicios de salud conductual después del alta
3. tasas de penetración en salud mental

- ii. [Describa la estructura organizativa de su CCO para el desarrollo y la gestión de sus actividades de calidad y transformación \(incluya una descripción de la conexión entre la junta de CCO y la estructura del CAC\):](#)

InterCommunity Health Network CCO (Organización de atención coordinada) fue formada en 2012 por socios locales, privados y sin fines de lucro para unificar los servicios y sistemas de salud para los miembros del Plan de salud de Oregón (Medicaid) en los condados de Benton, Lincoln y Linn.

Nuestra estructura organizativa 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 InterCommunity Health Network CCO (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, por su sigla en inglés) en las reuniones regionales del CAC.

Los miembros de la Junta son:

- Samaritan Health Services: director ejecutivo/presidente; presidente de la junta
- Samaritan Health Services: director ejecutivo 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 oficial administrativo del condado

El Consejo de planificación regional (RPC, por su sigla en inglés) 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 mejora de la calidad para impulsar un cambio positivo del sistema. El Consejo de planificación regional está copresidido por el director ejecutivo de Samaritan Health Plans (SHP) y el director de salud del condado de Benton. El presidente del CAC y el coordinador del CAC son miembros del RPC, al igual que muchos socios comunitarios y partes interesadas.

El Comité de Transformación del sistema de entrega (DST, por su sigla en inglés) de IHN-CCO emplea 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 presenta informes formales ante el Consejo de planificación regional y está subordinado a este. El DST recomienda proyectos de transformación al RPC para su consideración de financiamiento. El DST está copresidido por el DIRECTOR DE OPERACIONES de SHP y EL DIRECTOR EJECUTIVO de los centros de salud comunitarios de los condados de Benton y Linn. El presidente del Consejo asesor de la comunidad y el coordinador del Consejo asesor de la comunidad son miembros del DST.

Consulte el Anexo 03: Relaciones con la comunidad. Consulte el Anexo 04: Estatuto del RPC. Consulte el Anexo 05: Estatuto del DST.

Actualmente, hay representación en el Comité de mejora de la calidad (QIC) de IHN-CCO por parte del Departamento de transformación y representación del coordinador del CAC en el Consejo de gestión de la calidad (QMC), cuyos comités se describen arriba en la Sección A.i. Será necesario desarrollar una coordinación adicional de actividades en vista de la nueva estructura de TQS.

iii. **Describa cómo su CCO usa su plan de mejora de salud comunitario como parte del proceso de planificación estratégica para la transformación y la calidad:**

El Comité de transformación del sistema de entrega de IHN-CCO, responsable de la supervisión de los proyectos piloto de transformación, ha utilizado anteriormente las áreas de impacto en la salud del Plan de mejora de la salud de la comunidad (CHIP, por su sigla en inglés); Access, 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 piloto de transformación se examinan a través de un proceso de solicitud de propuesta que requiere que los pilotos aborden al menos una de las áreas de impacto en la salud de CHIP que se considerarán para financiamiento.

Además, hasta 2018, los comités consultivos locales para el grupo de trabajo de CAC y CHIP desarrollaron un nuevo CHIP propuesto que se aprobará esta primavera. El informe de marzo de TQS se proporcionará a este grupo de trabajo como otra forma potencial de alinear nuestro trabajo.

El plan de mejora de la salud de la comunidad también tiene un papel importante en el pedido de CCO 2.0 para la planificación de solicitudes. Esto incluye utilizar CHIP mientras se eligen áreas y resultados prioritarios con determinante social de salud.

- iv. **Describa cómo su CCO está trabajando con socios comunitarios (por ejemplo, sistemas de salud, clínicas, organizaciones basadas en la comunidad, salud pública local, programas comunitarios de salud mental, gobiernos locales, tribus, centros de aprendizaje temprano) para el avance de TQS:**
IHN-CCO emplea recursos y asociaciones actuales dentro de los condados de Benton, Lincoln y Linn para delinear procesos y estrategias a fin de 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 eficiencia 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 los siguientes comités.

El Comité 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, centros de aprendizaje temprano, el Departamento de Servicios Humanos, salud física, agencias de servicios sociales, miembros del Consejo asesor de la comunidad, salud oral y otras organizaciones basadas en la comunidad. El DST supervisa 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.

El Consejo de gestión de la calidad (QMC) está formado por proveedores o socios practicantes de salud mental, física, conductual y 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. QMC supervisa y monitorea la mejora de la calidad y las actividades de rendimiento de Samaritan Health Plans e Intercommunity Health Network Coordinated Care Organization.

El Comité de Mejora de la Calidad (QIC) está compuesto por el personal designado de operaciones de Samaritan Health Plans, incluido el director médico y o el director médico y la representación del Departamento de Calidad, Apelaciones/Denuncias, 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 utilizar todas las áreas del plan de salud para consultar, deliberar y facilitar la implementación de tácticas que conduzcan a un mejor desempeño.

B. Revisión y aprobación de TQS

- i. **Describa el proceso de desarrollo de TQS de su CCO, incluidos 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 el TQS fue comenzar aprovechando lo que ya estábamos haciendo o lo que ya estaba en desarrollo y usarlo como nuestra línea de base.

El Departamento de Transformación y el Departamento de Calidad colaboraron con varios departamentos de Samaritan Health Plans, tales como Gestión Médica, Soluciones Comunitarias y Asuntos Gubernamentales, Cumplimiento, Apelaciones y Reclamaciones, Gestión de Cuentas, Reembolso, Información de Salud y Participación de Proveedores Miembro para colaborar en el desarrollo de diversos componentes de TQS.

Parte de nuestra estrategia fue aprovechar los numerosos seminarios web y horas de oficina de TQS de la Oregon Health Authority (OHA, por su sigla en inglés) en busca de orientación sobre las expectativas que rodean el desarrollo del Plan de TQS. Estas oportunidades de asistencia técnica ampliaron nuestra comprensión y se consideraron un uso valioso de nuestro tiempo.

Los canales de comunicación incluyeron la Junta directiva de IHN-CCO, el Consejo de planificación regional, el Comité de transformación del sistema de entrega, el grupo de trabajo de equidad en la salud, el Comité 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 control y calidad, sesiones de trabajo y desarrollo del cronograma compartido con el equipo del proyecto. La línea de tiempo incluyó ingeniería inversa de las fechas de vencimiento internas del anteproyecto, los tiempos de revisión y aclaración, y la fecha de presentación final planificada.

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

C. OPCIONAL

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

IHN-CCO actualmente brinda servicio a aproximadamente 72 000 miembros que residen en los condados de Benton, Lincoln y Linn. Los condados dentro de la región de IHN-CCO incluyen un área que se extiende desde el corazón del oeste de Oregón, a través de una parte del Valle de Willamette, de gran riqueza agrícola, hasta 100 km de la costa del Pacífico, que abarca 10300 km cuadrados. La región diversa está separada por la cadena de la Montañas Costeras 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 (36 798).

El área es predominantemente blanca y los niveles de pobreza son altos, es particular, en los condados de Lincoln y Linn. Los latinos representan la población minoritaria más grande de la región (3488 miembros de IHN-CCO). Más del 6 % (4608) de los miembros de IHN-CCO hablan un idioma doméstico que no es el inglés (una caída del 4 % con respecto a 2018 y esto puede indicar un registro insuficiente).

Los datos demográficos específicos que se ven afectados de manera desproporcionada por afecciones y enfermedades incluyen aquellos con enfermedades mentales y discapacidades. Aproximadamente el 36 % (25.330) de los miembros de IHN-CCO han sido diagnosticados con una enfermedad mental y el 17 % (11.839) han sido diagnosticados con enfermedad mental grave y persistente (SPMI, por su sigla en inglés). El 9 % (6211) 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: OHA Dashboard, enero 2019

Sección 2: Detalles del Programa de Transformación y Calidad

| Vías para el proyecto y componentes | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|----|----|---|
| 13 | 1a | Acceso: Disponibilidad de servicios | 09 | 5a | Tecnología de la información de salud: Intercambio de información de salud |
| 01 | 1b | Acceso: Consideraciones culturales | 10 | 5b | Tecnología de la información de salud: Análisis |
| 02 | 1c | Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros | 11 | 5c | Tecnología de la información de salud: Compromiso con el paciente |
| 03 | 1d | Acceso: Segundas opiniones | 12 | 6 | Integración de la atención (cuidado de la salud física, conductual y dental) |
| 05 | 1e | Acceso: Oportuno | 11 | 7 | Hogar de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH, por su sigla en inglés) |
| 04 | 2 | Normas CLAS y red de proveedores | 13 | 8 | Enfermedad mental grave y persistente (SPMI) |
| 05 | 3 | Quejas y reclamos | 14 | 9 | Determinantes sociales de la salud (SDoH, por su sigla en inglés) |
| 07 | 4a | Equidad en la salud: Datos | 15 | 10 | Necesidades especiales de atención médica (SHCN, por su sigla en inglés) |
| 08 | 4b | Equidad en la salud: Competencia cultural | 16 | 11 | Revisión de utilización |
| | | | 17 | 12 | Modelos de pago por valor |

A. N.º 01 Acceso: Consideraciones culturales: Capacitación de coordinación de cuidados

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Acceso

- i. Componente secundario abordado: Necesidades especiales de salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Acceso: Consideraciones culturales

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Los miembros con necesidades de salud especiales y complejas a menudo carecen de la capacidad de abogar por sí mismos o de navegar por el sistema de atención médica y acceder a los servicios necesarios. Para abordar esta inquietud, IHN-CCO brindó capacitación integral para garantizar que los coordinadores de atención involucren y equipen efectivamente a los miembros con necesidades de atención médica especiales y complejas para que accedan a la atención de salud física, dental y conductual y, otros servicios. Si bien la educación y la capacitación de los coordinadores de atención es esencial, reconocemos la necesidad más amplia de mejorar la capacitación en concientización y sensibilidad para los proveedores y el personal de la comunidad, que atienden a los miembros con necesidades de atención médica especiales y complejas.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Ampliar la capacitación para asegurar que los miembros reciban atención culturalmente receptiva y lingüísticamente apropiada e informada sobre el tratamiento de traumas. Los proveedores y el personal de la red recibirán capacitación adicional sobre concientización cultural y habilidades, lo que incluye, sin limitación, diversidad e inclusión culturales, entrevistas motivacionales, atención informada sobre el tratamiento de traumas y primeros auxilios para la salud mental. Con una capacitación mejorada, los proveedores estarán equipados para involucrar a los miembros en la toma de decisiones compartidas, lo que les permitirá vivir, trabajar y prosperar en sus comunidades.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Usar materiales basados en la evidencia, expertos conocidos en la materia y capacitación para crear e implementar planes de estudio de capacitación en conciencia cultural. Desarrollar módulos de capacitación para atención informada sobre traumatismos, entrevistas motivacionales y primeros auxilios para la salud mental. Desarrollar una campaña de educación y divulgación en colaboración con los servicios para proveedores de IHN y los clínicos de la comunidad. Desarrollar un sistema para monitorear y hacer un seguimiento de comentarios y comparar la capacitación con los estándares nacionales para los currículos basados en evidencia.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Realizar un seguimiento mediante el sistema existente de aprendizaje y documentación que proporciona y supervisa la capacitación sobre cumplimiento requerida para los clínicos con contrato directo.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|--|-----------------------------------|---|--|
| Hay capacitación y talleres, pero no existe un plan de capacitación formal y organizado para los proveedores y el personal de Network PCPCH. | Módulos de capacitación desarrollados. Campaña educativa organizada. | 06/2019 | Capacitación completada por el 50 % de los proveedores y personal de Network PCPCH. | 06/2020 |
| No existe un plan de capacitación formal organizado para los especialistas de la red con contrato directo. | Módulos de capacitación desarrollados. | 06/2019 | Capacitación completada por el 40 % de los especialistas. | 12/2020 |
| No existe evaluación de entrenamiento. | Establecer un mecanismo para proporcionar una evaluación continua de los planes de estudio de capacitación basados en la evidencia, y reunir los comentarios de la comunidad y el personal y la respuesta a la capacitación. | 12/2020 | Capacitación actualizada y modificada para cumplir con las normas nacionales y las necesidades de aprendizaje de los proveedores y el personal de la comunidad. | 06/2021 |

A. N.º 02 Acceso: Calidad y adecuación: Desarrollo de cohorte de PHM

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Acceso

- i. Componente secundario abordado: Revisión de utilización
- ii. Componentes adicionales abordados: Tecnología de la información de salud
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud conductual
 - Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Para garantizar que los miembros tengan acceso a la atención y los recursos adecuados, IHN-CCO desarrollará cohortes y aplicará métricas de utilización para identificar las necesidades de atención, monitorear la prestación de atención y evaluar la calidad y la adecuación de la atención brindada a los miembros con necesidades de salud especiales y complejas.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

El programa de gestión de atención (CM, por su sigla en inglés) de IHN-CCO está desarrollando datos y análisis de población para identificar y monitorear a los miembros con necesidades de salud especiales y complejas, y garantizar que reciban atención oportuna y efectiva. El equipo de CM supervisará los datos y se comunicará con los miembros con brechas de atención identificadas. Los gestores de atención involucrarán a los miembros en la toma de decisiones, incluidos el desarrollo de planes de atención y tratamiento, la coordinación con el equipo de atención interdisciplinaria y las agencias comunitarias, el acceso a servicios y suministros y la solución a barreras.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: 1) Desarrollar el conjunto de datos 2) Desarrollar procesos y herramientas para segmentar con precisión y estratificar el riesgo de la población con el fin de 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 monitorear el acceso, la calidad y la adecuación de la atención.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Aplicar gran parte del trabajo realizado en la evaluación de la población de SNP al resto de la población de IHN.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|---|-----------------------------------|---|--|
| Se utilizan informes múltiples y fuentes de datos dispares sin estandarización. | Creación de conjuntos estandarizados de criterios para evaluar el riesgo y la utilización de la población de IHN. | 09/2019 | Los informes se utilizan para identificar las lagunas de atención y evaluar el acceso adecuado a los servicios para miembros con necesidades de salud complejas y especiales. | 12/2019 |

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Los puntos de referencia y las métricas están identificados y alineados para esta población para la creación de intervenciones futuras e iniciales.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|--|--|
| Existen muchas métricas y puntos de referencia diferentes para la población, pero no están alineados o coordinados en la CCO. | Las métricas están alineadas en la CCO para las intervenciones y los esfuerzos hacia la población. | 09/2019 | Los conjuntos de datos y las métricas estándar se actualizan, validan y monitorean sistemáticamente para asegurar su precisión y consistencia. Se utilizan conjuntos de datos estándar en todos los departamentos dentro de la CCO. Las decisiones se basan en datos precisos. Las métricas se utilizan para monitorear el desempeño y alinear los esfuerzos para mejorar los resultados de salud para los miembros con necesidades de salud especiales y complejas. | 12/2019 |

A. N.º 03 Acceso: Segundas opiniones: Segundas opiniones

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. Componente primario abordado: Acceso

- i. Componente secundario abordado: Tecnología de la información de salud
- ii. Componentes adicionales abordados: [Añadir texto aquí](#)
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. Subcomponente principal abordado: Acceso: Segundas opiniones

- i. Subcomponentes adicionales abordados: [Añadir texto aquí](#)

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

IHN-CCO tiene contratos con una gran red de proveedores de servicios físicos, de salud mental y dentales para garantizar que los miembros puedan acceder fácilmente a una segunda opinión sobre su salud y bienestar. Las segundas opiniones están disponibles para todos los tipos de servicios de planes de salud sin costo para los miembros. Los coordinadores de atención están disponibles para ayudar a los miembros a organizar una segunda opinión de un proveedor de atención médica calificado dentro o fuera de la red. Los proveedores y miembros reciben información sobre esta política a través de la educación de divulgación y manuales para proveedores y miembros. Nuestro sistema de quejas y apelaciones realiza un seguimiento de los problemas e inquietudes relacionados con el acceso a segundas opiniones. Con excepción de los DCO, que rastrean las segundas opciones a través de la coordinación de la atención y el proceso de UM, las autorizaciones de salud física y conductual solo se rastrean para los proveedores fuera de la red. IHN desea desarrollar un seguimiento integral de segundas opiniones para incluir el seguimiento de las derivaciones de salud física y conductual dentro de la red.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

IHN-CCO creará un campo en nuestra nueva plataforma de software de administración de utilización para identificar y rastrear segundas opiniones para la salud física y conductual. Hasta que se cree este campo, el seguimiento continuará a través de Apelaciones y reclamaciones.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Establecer un seguimiento integral a través del nuevo sistema de gestión de utilización.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Desarrollar el seguimiento de utilización de segundas opiniones para incluir servicios dentro de la red.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|---|--|
| No se requieren derivaciones para las evaluaciones de médicos dentro de la red y evaluaciones de salud mental como segunda opinión. Las segundas opiniones solo se rastrean para solicitudes fuera de la red. | El seguimiento de derivaciones de segunda opinión se estableció a través de la nueva plataforma de software de gestión de utilización. | 12/2019 | Informes exhaustivos de servicios de segunda opinión desarrollados para identificar problemas, tendencias y posibles problemas de acceso o de calidad de la atención. | 03/2020 |

Descripción de la actividad 2: Una vez que se establece el seguimiento, se pueden establecer puntos de referencia para garantizar la puntualidad de las solicitudes y para determinar el tiempo promedio que toma desde la derivación hasta la finalización de la segunda opinión. Se requiere una revisión histórica de los datos de reclamaciones para determinar la línea de base y establecer los objetivos de desempeño. Se puede consultar la plataforma de gestión de utilización para identificar y monitorear las solicitudes de segunda opinión.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Determinar puntos de referencia y seguimiento del desempeño para identificar tendencias.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|---|-----------------------------------|--|--|
| Los informes de tendencias integrales de segundas opiniones no están disponibles. | Informes establecidos, revisión de los últimos 6 meses de datos para identificar tendencias, patrones y fijación de puntos de referencia. | 06/2020 | Los informes se utilizan para evaluar el rendimiento e identificar problemas relacionados con el acceso y la calidad de los servicios. | 01/2021 |

A. N.º 04 Normas CLAS y red de proveedores: Equidad en salud para la fuerza laboral

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. Componente primario abordado: Normas CLAS y red de proveedores

- i. Componente secundario abordado: Equidad en salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. Subcomponente principal abordado: Equidad en la salud: Competencia cultural

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

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 que la fuerza laboral refleje la diversidad de la región. Cuando se cuenta con una fuerza laboral culturalmente receptiva, se aumenta la participación de los miembros y la alfabetización en salud, lo cual genera mejores resultados de salud. La diversidad cultural es más que conocer los valores, creencias, prácticas y costumbres de la clasificación racial y los orígenes nacionales. También incluye afiliación religiosa, idioma, estado físico, género, orientación sexual, edad, discapacidad (tanto física como mental), orientación política, estatus socioeconómico, estatus ocupacional, ubicación geográfica y más. A través de la educación y la capacitación, el plan estratégico de equidad en la salud ayudará al personal y los proveedores de IHN-CCO a brindar atención que sea:

- cultural y lingüísticamente apropiada;
- comunicada de manera clara y efectiva;
- equitativa para mejores resultados de salud.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

El grupo de trabajo de equidad en la salud del Comité de transformación del sistema de entrega de 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 (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). La mejora de la calidad centrada en la eliminación de disparidades raciales, étnicas, lingüísticas y de otro tipo en el acceso, la calidad de la atención, la experiencia de atención y los resultados es una parte importante del plan estratégico, así como el apoyo a la evaluación de las necesidades de salud comunitaria y el plan de mejora de la salud comunitaria de IHN-CCO. Las normas nacionales para servicios cultural y lingüísticamente apropiados (CLAS, por su sigla en inglés) se aceptan como un estándar base para el trabajo del grupo de trabajo.

El grupo de trabajo Healthy Equity desarrolló un plan estratégico de cinco años para ayudar a IHN-CCO a satisfacer las necesidades culturales 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 pueden alcanzar su potencial para una óptima salud y bienestar. Consulte el Anexo 06: Plan estratégico de equidad en salud.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Desarrollar un plan de capacitación para el grupo de trabajo Health Equity de IHN-CCO, el personal de IHN-CCO, los proveedores de IHN-CCO y otros interesados de la comunidad basado en el marco de las CLAS.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Desarrollo, aprobación y adopción del plan de capacitación.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| El plan está desarrollado | El plan está desarrollado | 12/2018 | El plan está desarrollado | 12/2018 |
| Plan pendiente de aprobación y adopción | El plan está aprobado y adoptado | 03/2019 | El plan está aprobado y desarrollado | 03/2019 |

Descripción de la actividad 2: Investigar si los datos demográficos se recopilan en la fuerza laboral del proveedor de IHN-CCO y establecer un plan para la recolección de datos.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Investigar si los datos demográficos se recopilan en la fuerza laboral del proveedor de IHN-CCO y establecer un plan para la recolección de datos.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Desconocido | Determinación en curso | 04/2018 | Determinación completada | 03/2019 |
| No hay plan actual | El plan está desarrollado | 06/2019 | El plan está desarrollado | 06/2019 |

Descripción de la actividad 3: Evaluar y establecer una línea de base con respecto a la diversidad de proveedores. Según los datos disponibles, puede incluir médicos, THW, asistentes médicos, enfermeras, gerencia u otros proveedores.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento para la mejora de la actividad 3: Establecer el porcentaje de referencia de proveedores por raza/origen étnico e idioma.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Desconocido | Línea de base establecida | 12/2019 | Línea de base establecida | 12/2019 |

A. N.º 05 Sistema de quejas y apelaciones: Quejas y apelaciones

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. Componente primario abordado: Sistema de reclamos y apelaciones

- i. Componente secundario abordado: Acceso
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. Subcomponente principal abordado: Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Acceso oportuno y consideraciones culturales

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

El análisis es parte de la entrega 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 realiza un análisis interno de fin de año. El análisis 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 2018 fueron interacción con el proveedor o plan, calidad de la atención y acceso. Consulte el Anexo 07: Análisis de apelaciones y reclamos de IHN-CCO.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

El Departamento de Apelaciones y Reclamos rastrea y determina tendencias sobre los problemas que enfrentan los miembros cuando reciben servicios de salud o la falta de servicios de los proveedores. Las categorías de reclamos rastreadas son acceso, interacción con los proveedores de IHN-CCO, derechos del consumidor, calidad de la atención, calidad del servicio y problemas de facturación de los clientes. Los informes se evalúan trimestralmente y se presentan a varios comités internos, así como a nuestro Consejo de gestión de calidad externo, que está compuesto por proveedores y personal clave de gestión de IHN-CCO. IHN-CCO continúa explorando oportunidades de mejora para garantizar que las tres categorías principales tengan una tendencia descendente. También continuamos contactando a más proveedores para que se unan a IHN-CCO. IHN-CCO tiene un Departamento de Contratación de Proveedores que brinda capacitación y educación a nuestros proveedores contratados para mejorar la calidad del servicio y la atención a todos los miembros de IHN-CCO. Todas las quejas y apelaciones se procesan de acuerdo con el Anexo 08: Política de quejas/reclamaciones GA-02 para IHN y Anexo 09: Póliza AT-02 y procedimiento/apelaciones-IHN.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Rastrear, marcar y analizar las quejas según las categorías de OHA.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Reunión mensual del grupo de trabajo para revisar el estado del plan.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|--|-----------------------------------|--|--|
| IHN-CCO continúa supervisando los datos de reclamos para las tres categorías principales: interacción con el proveedor o plan, calidad de atención y acceso. | Desarrollar planes para abordar las tres categorías principales. | 07/2019 | Implementación de planes de mejora de procesos para las tres categorías principales. | 12/2019 |

A. N.º 07 Equidad en salud: Datos: Evaluación de la población SNP

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Equidad en salud

- i. Componente secundario abordado: Determinantes sociales de la salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Tecnología de la información de salud
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Equidad en la salud: Datos

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

IHN-CCO desarrolló informes de gestión de la salud de la población (PHM, por su sigla en inglés) para los miembros del plan de necesidades especiales (SNP) que están inscritos en forma dual en IHN-CCO y el plan Medicare Advantage. La incorporación de datos de PHM incluye datos de reclamaciones y características relevantes, tales como acceso a atención médica, suministro de alimentos, vivienda, lugar de residencia, edad, raza, idioma, género, y discapacidades, enfermedades crónicas y comorbilidades. A través de los datos e informes de PHM, podemos segmentar las subpoblaciones y estratificar a nuestros miembros en categorías de alto, mediano y bajo riesgo para abordar las lagunas y barreras de atención y garantizar que los recursos y las intervenciones estén dirigidos a las personas que se beneficiarán más.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

IHN-CCO ampliará las herramientas y los informes de PHM para analizar el estado de salud de las subpoblaciones e identificar las necesidades únicas de nuestros miembros, además de prevenir las consecuencias de la inequidad en la salud.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Los datos e informes de PHM se evaluarán trimestralmente para determinar los enfoques e intervenciones necesarios para ayudar a los miembros de IHN.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Actualizaciones trimestrales y presentaciones al grupo de trabajo de PHM con información actualizada del informe y cualquier información nueva disponible que pueda agregarse. La nueva información disponible puede consistir en información de HRA de un nuevo proveedor, nueva información de SDOH, participación en programas relacionados con la coordinación de atención o gestión de casos disponibles, etc.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Se ha desarrollado y presentado un informe que muestra datos demográficos de la población, afecciones crónicas y comorbilidades. | El informe incluye, además, el análisis estadístico de comorbilidades, otros SDOH en reclamos, SDOH no presentas en reclamos, resultados de HRA, participación en programas y puntajes de riesgo. | 01/2020 | El grupo de trabajo de PHM y el subcomité del SNP MOC han discutido e implementado enfoques para coordinar mejor la atención de la población IHN-CCO. | 01/2020 |

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Implementación de tácticas de coordinación de atención identificadas y cualquier intervención identificada a través de los datos y con el nuevo proveedor de gestión de atención

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|--|--|
| La coordinación de atención ya está implementada, pero nos pondremos en marcha con el nuevo proveedor de gestión de atención 03/01/2019. | Será necesario implementar y alinear nuevos caminos para cerrar las brechas y coordinar mejor la atención entre los análisis de SHP y nuestro vendedor. | 01/2020 | Se están produciendo enfoques específicos para nuestros miembros identificados a través del informe. | 03/2020 |

A. N.º 08 Equidad en salud: Competencia cultural: Servicios de intérprete

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa

B. Componente primario abordado: Equidad en salud

- i. Componente secundario abordado: Elija un artículo.
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. Subcomponente principal abordado: Equidad en la salud: Competencia cultural

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

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 una llamada a un intérprete durante todo el año 2017. El plan recibió cero reclamos con respecto a los servicios de interpretación para 2018.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

Samaritan Health Plans e IHN-CCO aseguran que se cumplan las necesidades lingüísticas de los miembros 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 o calificados para ofrecer la mayor variedad de opciones de idiomas disponibles, que incluyen, entre otras: 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 brinda información sobre las opciones de un intérprete lingüístico y de servicios de traducción, y cómo obtener servicios a través de los materiales para miembros, el manual del proveedor y el sitio web público del plan. 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 necesitan el servicio.

Samaritan Health Plans requiere que sus proveedores contratados cumplan con los requisitos de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por su sigla 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 el Anexo 10: La política de servicios de intérpretes lingüísticos y la página 13 del manual para miembros se encuentran en <https://www.ihntogether.org/-/media/ihn/documents/benefits/2019-ihn-cco-member-handbook.pdf?la=en&hash=BBB6619826894EC2F66E938C10958F42B5C5273F>.

Samaritan Health Plans/IHN-CCO Provider Engagement supervisará las quejas presentadas sobre los servicios de interpretación y traducción, y brindará educación a los proveedores a través de visitas al sitio y reuniones trimestrales con proveedores.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: El plan supervisa los servicios de interpretación y traducción a través del proceso de reclamaciones.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Provider Engagement supervisará trimestralmente los servicios de interpretación y traducción.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Establecer un programa de seguimiento. | Desarrollar un calendario o una agenda. | 03/2019 | Reunirse trimestralmente | 06/2019 |

A. N.º 09 Tecnología de la información de salud: HIE: Socios de datos de RHIC HIT

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Tecnología de la información de salud

- i. Componente secundario abordado: Determinantes sociales de la salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud del comportamiento
 - Integración de la salud oral

C. **Subcomponente principal abordado:** HIT: Intercambio de información de salud

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Un registro de salud del paciente incompleto conduce a brechas en la atención e interrupciones en la continuidad de esta. Actualmente, existen varias brechas en el panorama del intercambio de información de salud (HIE, por su sigla en inglés) que se están abordando a través de la Colaboración regional de información de salud (RHIC, por su sigla en inglés). Estas incluyen, entre otras:

- Tecnología: los fondos de subvención anteriores compraron la tecnología robusta de RHIC para unir sistemas, redes y personas con el fin de crear un modelo de atención integral para mantener a los pacientes siempre en el centro de todo. La tecnología requerida para lograr una verdadera interoperabilidad entre sistemas dispares requiere una importante inversión financiera adicional.
- Conjunto completo de información: 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.
- Inclusión de información no tradicional: los determinantes sociales de la salud (factores sociales y condiciones físicas del entorno en el que las personas nacen, viven, aprenden, juegan, trabajan y envejecen) afectan una amplia gama de resultados sobre la salud, el funcionamiento y la calidad de vida. Estos factores contribuyen hasta el 85 % de la salud general de una persona. El desarrollo de un enfoque que integra los determinantes sociales de la información de la salud con la información de salud tradicional, física, conductual y oral permite a RHIC llenar los vacíos y brindar una visión integral. Además, algunas agencias de servicios sociales adicionales pueden conectarse con los proveedores de atención médica tradicionales más grandes.
- Atención a la población más vulnerable: RHIC incluye proveedores prioritarios de Medicaid que prestan servicios a la población más vulnerable de Medicaid de la región, incluidos seis Centros de salud con calificación federal (FQHC, por su sigla en inglés) en hogares de atención primaria centrada en el paciente (PCPCH, por su sigla en inglés) con dos clínicas ubicadas en la zona rural al este del condado de Linn. Los servicios para participantes del HIE de 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.

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 la información de salud): Análisis).

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Se está desarrollando aún más el HIE de IHN-CCO, RHIC, para buscar conexiones integradas. HealthShare, la infraestructura de RHIC, es compatible con el HIE regional y estatal para facilitar el flujo de información crítica entre los proveedores de atención física, conductual, oral y otros.

La plataforma HealthShare cumple con los requisitos federales de interoperabilidad que permiten conexiones confiables y seguras para los participantes proveedores del intercambio de información de salud. Las organizaciones de salud del comportamiento reciben capacitación y asistencia técnica para superar las barreras tecnológicas y legales sobre el uso compartido de datos de salud conductual. Se proporcionan múltiples métodos de integración de datos que incluyen la

entrada en línea y la carga masiva de datos utilizando formatos estándar, como archivos de texto, para ayudar a los proveedores que están menos habilitados a nivel de tecnología.

A través del trabajo con los servicios de salud del comportamiento de los condados de Benton, Lincoln y Linn, se descubrió que existe una variedad de preparación para el registro electrónico de salud (EHR, por su sigla en inglés) para compartir información con RHIC. Hay proveedores de salud conductual que pueden intercambiar información con RHIC y otros que presentan 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 para compartir 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 se invierten en esfuerzos para apoyar el intercambio de información sobre salud conductual.

La coordinación efectiva de la atención comienza asegurando que la información clínica precisa esté disponible. RHIC recopila datos a través del espectro de atención y sus comunidades, y presenta una visión global del paciente al proveedor en el punto de atención. Con una visión integral del paciente, los proveedores pueden coordinar la atención de una manera más fluida. Las transiciones de atención están incluidas y se pueden ver en los planes de atención al paciente de RHIC.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: El modelo de impacto colectivo es utilizado por RHIC para construir relaciones de intercambio de información. Los planes de información A largo plazo incluyen tanto proveedores contratados como proveedores no contratados.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Reuniones semanales del equipo central de RHIC; reuniones de planificación de proyectos con rastreadores integrados para medir y monitorear el progreso.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|---|--|
| Se está desarrollando la hoja de ruta del socio para compartir datos. | La lista completa de proveedores con contratos de pago por valor contará con un plan de incorporación. | 12/2019 | Todos los proveedores contratados mediante pago por valor incorporados. | 12/2021 |

Descripción de la actividad 2: Desarrollar los determinantes sociales de la red de proveedores de servicios de salud, así como los datos de referencia para proporcionar una mejor visión de la situación y las posibles brechas.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Reuniones semanales del equipo central de RHIC; reuniones de planificación de proyectos con rastreadores integrados para medir y monitorear el progreso.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Despliegue del sistema | La red de socios | 06/2019 | Los datos del sistema | 12/2020 |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| de derivaciones por circuito cerrado de SDoH. | comunitarios está utilizando el sistema de derivaciones por circuito cerrado de SDoH (Unite Us) y los datos que se producen. | | de derivaciones por circuito cerrado de SDoH (Unite Us) se envían a HIE para que se realicen análisis avanzados. | |
|---|--|--|--|--|

A. N.º 10 Tecnología de la información de salud: Análisis: Análisis de los datos de RHIC

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Tecnología de la información de salud

- i. Componente secundario abordado: Modelos de pago por valor
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** HIT: Análisis

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Actualmente, nuestros mecanismos de informe de datos no proporcionan la información necesaria para generar un impacto positivo en las métricas de CCO que IHN-CCO no está alcanzando. 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 a fin de 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.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

A través de 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 médica (RHIC) aprovechada a partir 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, y se creará un registro de salud de la comunidad (CHR) (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 gestión de casos. El repositorio de una sola fuente de RHIC brinda la capacidad de agregar datos de múltiples proveedores, servicios de salud y sistemas de servicios sociales para respaldar los objetivos generales de transformación.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Evaluación del proveedor, gestión de casos, coordinación de la atención, necesidades de datos de pago basadas en el valor. El trabajo para identificar y priorizar las 5 medidas de CCO se identificó para los atributos del modelado de datos. El aseguramiento de la calidad de los datos se determinó antes de lo programado con barreras que se abordarán en una sección posterior.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: El programa HIE, las métricas de CCO y el sistema de seguimiento se han implementado y se revisan semanalmente.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Las primeras 5 métricas de CCO se han evaluado para las necesidades de modelado de datos. Las necesidades de datos de las métricas de CCO restantes ahora serán evaluadas. | Datos estratificados para comprender dónde están las brechas en el desempeño del proveedor, la coordinación de la atención y los modelos de pago por valor. | 6/2019 | Los datos se utilizarán para determinar que los proveedores de datos regionales serán el objetivo de la integración de HIE en RHIC para ampliar los conjuntos de datos. | 12/2019 |

Descripción de la actividad 2: Calificar las medidas apropiadas de IHN-CCO y las necesidades de datos. La actividad meta de objetivo A largo plazo comenzará de acuerdo con las fechas de vencimiento objetivo.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Las métricas del programa HIE y el sistema de seguimiento se han implementado y se revisan semanalmente.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Evaluación de las necesidades de informes de datos del proveedor. No se han realizado evaluaciones. | Proyecto de evaluación desarrollado. | 9/2019 | Valoraciones completadas. | 12/2019 |
| Diseño de una solución basada en las necesidades de evaluación de informes de datos del proveedor. No existe ningún diseño. | Solución diseñada, probada. | 12/2019 | Solución implementada. | 1/2020 |
| Evaluación de las necesidades de informes de datos de gestión de casos. No se han realizado evaluaciones. | Evaluación del anteproyecto desarrollado. | 9/2019 | Valoraciones completadas. | 12/2019 |
| Diseño de una solución basada en las necesidades de evaluación de informes de datos de coordinación de atención. No existe ningún diseño. | Solución diseñada, probada. | 12/2019 | Solución implementada. | 6/2020 |
| Evaluación de | Evaluación del | 9/2019 | Valoraciones | 12/2020 |

| | | | | |
|--|-----------------------------|---------|------------------------|---------|
| necesidades de datos del modelo de pago por valor. No se han realizado evaluaciones. | anteproyecto desarrollado. | | completadas. | |
| Diseño de una solución basada en las necesidades de evaluación de datos del modelo de pago por valor. No existe ningún diseño. | Solución diseñada, probada. | 12/2019 | Solución implementada. | 12/2020 |

A. N.º 11 Tecnología de la información de salud: Compromiso del paciente: Miembro de RHIC/Compromiso del paciente

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Tecnología de la información de salud

- i. Componente secundario abordado: Hogar de atención primaria centrada en el paciente
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud del comportamiento
 - Integración de la salud oral

C. **Subcomponente principal abordado:** HIT: Compromiso con el paciente

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

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, y 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 cuando corresponda utilizando datos desarrollados a partir del Componente 5 de TQS).

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Mediante el uso de elementos de los componentes de la Estrategia de transformación y calidad, no limitados a 5a, 5b y otros, involucrar a los proveedores a través de nuestro equipo de metodología de pago alternativa, red de proveedores/equipos de contratación y otros según sea necesario para proporcionar datos métricos de CCO y lograr un impacto en la salud de la población, ofrecer servicios basados en resultados y, finalmente, considerar la posibilidad de proporcionar una estrategia de acceso al portal para pacientes será el enfoque a largo plazo de la Colaboración regional de información médica (RHIC).

RHIC es una infraestructura de información centralizada en un modelo de impacto colectivo que comparte la siguiente agenda 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 con conexión a proveedores para garantizar la continuidad de la atención para cada paciente;
- aumentar la comprensión y la participación del paciente en su cuidado;
- mejorar la comunicación entre pacientes, organizaciones de atención médica y proveedores de atención;
- promover estándares nacionales para guiar el intercambio de información y la interoperabilidad de datos electrónicos;
- aprovechar los sistemas de información de salud existentes.

El repositorio de una sola fuente de RHIC brinda la capacidad 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 del comportamiento, la salud bucal, la salud física, la salud pública, el envejecimiento y la discapacidad, el transporte, el Centro regional de aprendizaje temprano y los servicios sociales, además de proporcionar la base tecnológica para apoyar el triple objetivo.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Evaluar y comprender los esfuerzos de la tecnología de información de salud centrados en el paciente y en la comunidad (o la falta de ellos) que puedan alinearse y complementarse entre sí mediante el intercambio de información de salud.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: La preparación de la RFA de CO 2.0 revelará qué sistemas/brechas existen hoy.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|---|-----------------------------------|---|--|
| Evaluar la situación de compromiso de los miembros. Definir lo que se está implementado hoy y dónde se pueden realizar mejoras. | Las actividades de compromiso del proveedor actual, incluidos los esfuerzos de CHIP, se identificarán y documentarán. | 07/2019 | Definir el objetivo para el lugar en el que queremos participar A corto plazo y a futuro. | 12/2019 |
| Análisis adicional necesario para la planificación. | Análisis de brechas para determinar el compromiso del proveedor actual respecto al compromiso del paciente. | 07/2019 | Priorizar los hallazgos de brechas para crear planes de acción y abordar las brechas para el compromiso del paciente. | 12/2019 |

A. N.º 12 Integración de la atención: Detección de SDoH y ACE para niños

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Integración de cuidados (salud física, conductual y bucal)

- i. Componente secundario abordado: Determinantes sociales de la salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud del comportamiento Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Elija un artículo.

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

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 de ACE puede ayudar a resaltar la importancia de la prevención de esta exposición e identificar la necesidad de tratamiento para las personas que han estado expuestas. SDoH, las circunstancias en que vive una persona, también afecta en gran medida la salud de una persona. 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; todo esto puede reducir los costos de la atención médica. El paciente será examinado para detectar problemas de SDOH en la primera cita (visita del nuevo paciente), los controles de bienestar de 9 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) se traduzca en una mejor salud y bienestar. Se espera que este programa piloto mejore la equidad en salud conectando a las personas con necesidades con recursos locales, particularmente en la población de habla hispana. La herramienta de detección de ACE se utilizará para evaluar a los pacientes en todas las visitas de salud del comportamiento. Se espera que las evaluaciones identifiquen a los niños que han sufrido un trauma en sus vidas y los conecten con los servicios de salud mental. Se espera que la conexión con la salud mental reduzca el impacto del trauma en la salud mental y física a largo plazo.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

IHN-CCO está implementando herramientas de detección de factores determinantes sociales de la salud (SDoH) y experiencias adversas en la infancia (ACE) en controles de bienestar 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 de la comunidad (CHW) o al trabajador social integrado en la clínica en función de los resultados de la evaluación, para servicios de salud del comportamiento, 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 trauma, y que tienen una necesidad de conexión con los recursos sociales. El proveedor que administra la herramienta es bilingüe (español e inglés) y ve una parte más grande de las familias que solo hablan español que la mayoría de los otros proveedores.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1 (continuar repitiendo hasta que todas las actividades estén incluidas): Desarrollar una herramienta de detección para la SDoH pediátrica e integrarla en Epic, el registro de salud electrónico (EHR) de la clínica.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Se desarrolla la herramienta de evaluación. Integrar la herramienta de selección en Epic.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Se desarrolla la herramienta de cribado. | N/C | Completado | N/C | Completado |
| Se integró la herramienta de detección en Epic. | N/C | Completado | N/C | Completado |

Descripción de la actividad 2: Desarrollar e implementar un flujo de trabajo clínico que integre la herramienta de detección. Flujo de trabajo: La herramienta de evaluación se usa en controles de bienestar. Las evaluaciones positivas se remiten al CHW o al trabajador social conforme 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 de los niños o de la familia.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: El flujo de trabajo está desarrollado e integrado.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| El flujo de trabajo está desarrollado. | N/C | Completado | N/C | Completado |
| El flujo de trabajo está integrado. | N/C | Completado | N/C | Completado |

Descripción de la actividad 3: Examinar los controles de bienestar de un pediatra seleccionado utilizando la herramienta de detección. Crear y usar un sistema de seguimiento para rastrear las puntuaciones de ACE y SDoH.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento para la mejora de la actividad 3: Crear e implementar un sistema de seguimiento; se revisan los controles elegibles de bienestar.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Crear un sistema de seguimiento | N/C | Completado | N/C | Completado |
| Implementar un sistema de seguimiento | N/C | Completado | N/C | Completado |
| El 80 % de los chequeos elegibles de bienestar se examinan | El 100 % de los chequeos elegibles de bienestar se examinan | 12/2019 | El 100 % de los chequeos elegibles de bienestar se examinan | 12/2019 |

Descripción de la actividad 4: Identificar a las familias necesitadas y conectarlas con recursos.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 4 para la mejora: Realizar un seguimiento de los puntajes ACE de los niños examinados. Realizar un seguimiento de las familias con necesidades de los diversos servicios después de la evaluación de SDoH. Proporcionar una conexión a los recursos para niños con una puntuación ACE mayor que 1 y niños con una evaluación SDoH positiva.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Se realiza un seguimiento del 100 % de las puntuaciones de ACE examinadas. | N/C | Completado | N/C | Completado |
| Se realiza un seguimiento del 100 % de las familias con necesidades de los diversos servicios después de la evaluación de SDoH. | N/C | Completado | N/C | Completado |
| Los proveedores derivan de manera consistente a CHW para las necesidades de SDoH. Las derivaciones para los síntomas relacionados con traumatismos se derivan a trabajadores sociales en clínicas o profesionales de salud mental externos. Además, se les ofrece a las familias ayuda de crianza para comportamientos relacionados con traumatismos. | N/C | Completado | N/C | Completado |

A. N.º 13 Enfermedad mental grave y persistente: Reducción de la readmisión en centros de atención psiquiátrica

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Enfermedad mental grave y persistente

- i. Componente secundario abordado: Acceso
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud conductual
 - Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Elija un artículo.

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Disponibilidad de servicios

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Se ha completado el registro SPMI y se han revisado los hallazgos en el Comité de calidad de la salud conductual (BHQC). La mayoría de los individuos que obtuvieron el alta recibieron servicios de seguimiento de manera oportuna. No se plantearon preocupaciones específicas por los servicios prestados. Debido a esto, el Comité de calidad de salud conductual de IHN-CCO decidió modificar el enfoque de la respuesta a las personas que han sido readmitidas en un hospital psiquiátrico dentro de un período de seis meses. El objetivo es llevar a cabo el análisis de causa raíz a través de la revisión interdisciplinaria de la historia clínica de cada individuo readmitido para determinar los factores que influyen en la readmisión e identificar las vías apropiadas para mejorar la atención y prevenir la readmisión. Hemos ampliado nuestra revisión de los miembros de Good Samaritan Regional Medical Center para incluir las readmisiones en todas las instalaciones psiquiátricas.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Realice una revisión de una historia clínica y un análisis de causa raíz de cada individuo readmitido como paciente psiquiátrico hospitalizado dentro de un período de seis meses para determinar los factores que influyen en la readmisión y recomendar vías de atención adecuadas para resolver.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Informe sobre los servicios de salud mental proporcionados a los miembros dentro de los 30 días posteriores a la atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Identificar la membresía que repitió hospitalización en instalaciones psiquiátricas para pacientes hospitalizados y analizar los datos.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|--|-----------------------------------|--|--|
| Solicitud de informe enviada para datos especificados. | Se completará el informe. | 02/2019 | Análisis de datos. Comenzar las revisiones de gráficos. | 02/2019 |
| No desarrollado. | Comunicar mensualmente las readmisiones a los programas de salud mental del condado. | 02/2019 | Los programas de salud mental del condado realizarán su propio análisis. | 03/2019 |

Descripción de la actividad 2: Identificar servicios y establecer objetivos de desempeño y sistema de monitoreo.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Desarrollar el equipo de respuesta que realizará el análisis de cadenas y estrategias de comunicación.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| No desarrollado. | Identificar el equipo de respuesta para revisar los datos de readmisión. | 04/2019 | Revisiones mensuales del equipo de respuesta. | 06/2019 |
| No desarrollado. | Crear un formato para análisis, desarrollando categorías para revisar e identificar las tendencias que conducen a las readmisiones. | 04/2019 | Seguimiento de tendencias de readmisión, factores causales identificados, planes de respuesta desarrollados. | 06/2019 |
| No desarrollado. | Desarrollar un informe con recomendaciones para abordar los factores causales de la readmisión con las vías de atención adecuadas. | 06/2019 | Informe presentado a BHQC. Objetivos establecidos para reducir la tasa de readmisión. | 07/2019 |

A. N.º 14 Determinantes sociales de la salud: TIC

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. Componente primario abordado: Determinantes sociales de la salud

- i. Componente secundario abordado: Necesidades especiales de salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud conductual Integración de la salud bucal

C. Subcomponente principal abordado: Elija un artículo.

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

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.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

IHN-CCO convoca reuniones comunitarias del Equipo de atención interdisciplinaria (ICT) para miembros con necesidades especiales o que están experimentando una brecha en la atención. Las necesidades especiales pueden incluir la falta de vivienda estable, la falta de acceso a los alimentos o la falta de apoyo natural o financiero. El equipo de coordinación de atención de Gestión médica de IHN-CCO trabaja con socios y proveedores de la comunidad para determinar si un ICT beneficiaría al miembro y programaría los ICT en consecuencia. Los miembros de los ICT pueden ser personal de administración médica (clínico y no clínico), administradores de casos de apoyo y servicios. A largo plazo, proveedores de la disciplina médica, dental o de salud del comportamiento 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 brechas que el miembro está experimentando.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Las reuniones del TIC se convocarán regularmente para abordar las necesidades de los miembros. Las reuniones se documentarán en minutos y se completará un plan de apoyo centrado en la persona para cada miembro. IHN-CCO será responsable de compartir la documentación con los miembros de los TIC. El seguimiento se realizará a través del sistema de registro de IHN-CCO.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Los miembros que han sido identificados para una reunión del Equipo de atención individual (ICT) tienen una reunión documentada. Esto es para miembros con necesidades médicas, de comportamiento, sociales y de salud oral.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|--|-----------------------------------|---|--|
| IHN-CCO refinó y fortaleció la infraestructura y el sistema del ITC para identificar a los miembros, convocar reuniones, hacer un seguimiento de los planes y monitorear los resultados. | Equipo de atención receptiva, TIC oportunas y seguimiento de resultados. | 03/2019 | Seguimiento efectivo del desempeño de las TIC para garantizar que los miembros reciban una coordinación de atención efectiva. | 03/2020. |

A. N.º 15 Necesidades especiales de atención médica: Necesidades especiales de salud

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Necesidades especiales de salud

- i. Componente secundario abordado: Elija un artículo.
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud del comportamiento
 - Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Elija un artículo.

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

Con el fin de abordar colectivamente las brechas y barreras 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 brechas y barreras a través de la estructura de gobierno del sistema de atención. El Consejo ejecutivo del sistema regional de atención utilizará esta y otras fuentes de información para desarrollar e implementar estrategias para mejorar el sistema en nuestra región.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

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 gobierno 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.

Esta estrategia de 2018 está siendo modificada. Se ha establecido un Consejo regional del sistema ejecutivo de atención y se reúne regularmente. El Consejo se enfoca en todos los niños, jóvenes y sus familias en la región y no solo en aquellos involucrados en IHN-CCO o en el proceso Wraparound. Se enfoca particularmente en los problemas y brechas del sistema que se encuentran en al menos 2 de los 3 condados e involucran a múltiples sistemas. La agenda se construye mediante problemas identificados a través de las estructuras locales del Sistema de atención y recomendados por el Comité consultivo regional SOC. El Consejo ejecutivo regional trabaja para resolver las brechas y barreras del sistema que requieren soluciones de liderazgo e inversiones.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Desarrollar una posición de Coordinador de proyecto del sistema regional de atención

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: El Consejo ejecutivo del sistema de salud ha redactado un modelo de financiamiento compartido y un memorando de entendimiento y obligaciones de la posición, y el Centro de aprendizaje temprano ha acordado alojar esta posición. Esta posición proporcionará el apoyo necesario para implementar las acciones identificadas por el Consejo ejecutivo y trabajar en colaboración con cada uno de los tres condados de la estructura de gobierno de SOC. Consulte el Anexo 11: Posición de coordinador del proyecto SOC.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | |

| | | | | |
|---|--|---------|---|---------|
| Finalizar el memorando de entendimiento | Memorando de entendimiento firmado enviado a entidades de financiamiento | 02/2019 | Firmado por todas las partes que invierten en la posición | 07/2019 |
| Anteproyecto de deberes de cargo y descripción del puesto | El Centro de aprendizaje temprano Linn Benton Lincoln completa la descripción del puesto y lo publica. | 05/2019 | El coordinador regional comienza a trabajar. | 09/2019 |

Descripción de la actividad 2: Flujo de comunicación del SOC y proceso de presentación de barreras

 A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Un aspecto clave del trabajo en el sistema de cuidado es identificar y resolver problemas y brechas lo más cerca posible de los niños, los jóvenes y las familias. El proceso debe ser completamente informado por los niños, los jóvenes y las familias, y luego ser revisado y resuelto tan pronto como sea posible. El Consejo ejecutivo ha desarrollado un proceso de comunicación para que cada condado pueda desarrollar su propio proceso de presentación de barreras y resolver los problemas que puedan dentro de su propia estructura de gobierno de SOC. El plan de comunicación incluye la presentación de un informe trimestral que resume las fortalezas a nivel de condado, los problemas resueltos y los problemas que siguen sin resolverse y que deben escalar al nivel regional. Esos informes serán analizados por el Comité asesor regional y serán prioridad para el Consejo ejecutivo. El Consejo actuará e informará al Comité asesor y a los sistemas locales de atención. El Consejo ejecutivo puede escalar barreras y brechas a nivel estatal. Consultar Anexo 12: Estatuto del Consejo ejecutivo de SOC, 13: Flujo de comunicación SOC y formularios de presentación de barreras, y 14: estructura de gobierno del SOC.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| Proceso de comunicación establecido, y cada condado capacitado | Informes trimestrales enviados desde cada condado | 04/2019 | Informes trimestrales utilizados para mejorar el sistema de servicios y soporte | 12/2019 |

A. N.º 16 Enfermedad mental grave y persistente: Servicios apropiados para miembros diagnosticados con trastorno depresivo grave y trastorno por uso de sustancias

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Enfermedad mental grave y persistente

- i. Componente secundario abordado: Acceso
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud del comportamiento
 - Integración de la salud bucal

C. **Subcomponente principal abordado:** Elija un artículo.

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Disponibilidad de servicios

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

El registro original tenía 8013 miembros identificados con la condición SPMI. Al revisar los datos, el Comité de Calidad de la Salud del Comportamiento (BHQC) decidió limitar el enfoque a los miembros con trastorno depresivo grave, que es la condición más prevalente. Al mismo tiempo, la consulta se amplió para centrarse en el diagnóstico de salud mental con trastornos de uso de sustancias concurrentes, (SUD, por su sigla en inglés) y otros diagnósticos de salud mental concurrentes.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Identificar los patrones de utilización actuales, las respuestas adecuadas y si la red actual es adecuada para brindar servicios que cumplan con las mejores prácticas de atención para miembros con trastorno depresivo mayor. Desarrollar vías de atención adecuadas y estandarizadas para estos miembros. Identificar las personas que tienen trastornos de uso de sustancias concurrentes e implementar las mejores prácticas estándar de atención para estos miembros.

F. **Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:**

Descripción de la actividad 1: Identificar los patrones de utilización y mejores prácticas para la atención de los miembros con MDD y MDD concurrente con SUD.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Identificar el número de miembros con trastorno depresivo grave y sus patrones de utilización. Incluir una marca para aquellos con un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|
| Informe de solicitud enviado | Informe desarrollado | 04/2019 | Patrones de utilización identificados | 04/2019 |
| No desarrollado | Presentar datos sobre los patrones de utilización a BHQC y los hallazgos iniciales sobre las mejores prácticas para MDD y MDD concurrente con SUD. | 05/2019 | Las mejores prácticas para el estándar de atención son acordadas y consensuadas para avanzar. | 05/2019 |

Descripción de la actividad 2: Determinar las mejores prácticas y la adecuación de la red.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Aplicar herramientas analíticas para identificar las necesidades de los miembros y evaluar si la red de proveedores es adecuada para abordarlas.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|--|-----------------------------------|--|--|
| No desarrollado | Determinar si la red actual es adecuada para proporcionar servicios. | 09/2019 | Analizar la red en BHQC para identificar brechas y establecer vías apropiadas. | 09/2019 |
| No desarrollado | Desarrollar un sistema para una respuesta adecuada. | 12/2019 | Implementar el sistema. | 01/2020 |

A. N.º 17 Modelos de pago por valor: VBP-PCPCH

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa.

B. **Componente primario abordado:** Modelos de pago por valor

- i. Componente secundario abordado: Hogar de atención primaria centrada en el paciente
- ii. Componentes adicionales abordados: Añadir texto aquí
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 - Integración de la salud del comportamiento
 - Integración de la salud oral

C. **Subcomponente principal abordado:** HIT: Intercambio de información de salud

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Añadir texto aquí

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

IHN-CCO gasta el 32 % de sus costos médicos totales en acuerdos de pago por valor (VBP, por su sigla en inglés) donde la calidad está vinculada al pago. IHN-CCO ha tenido éxito en la implementación de VBP con el 94,5 % de sus PCPCH contratados en toda el área de servicio. El desglose de las categorías HCP Lan de los modelos de pago por valor incluye:

Categoría 4B; capitación por miembro por mes (PMPM) + pago por rendimiento (P4P): 75 %

Categoría 2C; Tarifa por servicio (FFS) + Tarifas por gestión de casos (CMF) + P4P: 14 %

Categoría 2B; Pago por informar sobre cualquier dato de reclamaciones que ayude a IHN-CCO a alcanzar las métricas de rendimiento del estado: 5,5 %

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), que incluyen CEHRT 2015 o superior, sobre y subutilización de los servicios (incluidos los servicios no clínicos tales como coordinación de atención), integración de servicios y áreas objetivo para el control de costos potenciales.

Los acuerdos de pago por rendimiento (P4P, por su sigla en inglés) son acuerdos de pago basados en el riesgo, ya sea financiados por incentivos adicionales o basados en un acuerdo de retención mediante el cual el PCPCH debe cumplir al menos el 50 % de las métricas de calidad acordadas para obtener cualquiera de los fondos de incentivos o retención, 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 evidencia del progreso alcanzado para convertirse en al menos un PCPCH de 4 o 5 niveles, según lo designado por la OHA.

Los pagos de la tarifa de gestión de casos (CMF, por su sigla en inglés) son pagos adicionales de PMPM ajustados al riesgo que se realizan a los PCPCH, si corresponde, para incorporar servicios no tradicionales para sus miembros, como coordinación de atención, trabajadores de salud tradicionales, profesionales conductuales y visitas domiciliarias.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

Para respaldar aún más la infraestructura de PCPCH para que funcione con PCPCH de 5 niveles con atención integral a través de una lente de equidad en salud, IHN-CCO está lanzando un proyecto para implementar una metodología sólida de estratificación de riesgos que incluya determinantes sociales de la salud además de análisis predictivos basados en condiciones.

IHN-CCO comenzará a investigar la mejor solución en el verano de 2019 con el objetivo de implementarlo a fines del invierno de 2019.

Tras la implementación del producto o la solución, IHN-CCO utilizará la metodología de estratificación del riesgo para determinar los pagos de PMPM CMF que se reembolsarán a los PCPCH. Los pagos se reembolsarán en un pago mensual especificado como pagos de PCPCH o como una mejora de PMPM a los pagos de PMB de la categoría 4B LAN de HCP en lugar de PCPCH, cuando corresponda.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Selección de solución o producto de estratificación del riesgo

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Supervisar la selección de la solución de estratificación de riesgo o la implementación del producto.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--|---|-----------------------------------|---|--|
| El modelo de estratificación de riesgo actual utilizado es manual y de calidad inferior. | Implementación de un producto o solución de estratificación de riesgo que sea predictivo e incluya la capacidad de utilizar la información de SDOH para calcular el riesgo. | 12/2019 | Los pagos estratificados por riesgo incluyen SDOH en el cálculo para predecir los resultados. | 12/2021 |

Descripción de la actividad 2: Implementación de pagos estratificados por riesgo PCPCH CMF

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Supervisar los pagos de PCPCH CMF para garantizar que estén estratificados por riesgo.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|--|--|
| El 14 % de los pagos de CMF del proveedor están estratificados por riesgo y se estratifican por riesgo utilizando una metodología deficiente. | El 100 % de cualquier PCPCH que recibe pagos de CMF está recibiendo un pago de CMF estratificado por riesgo infalible. | 1/1/2020 | El 100 % de cualquier PCPCH que recibe pagos de CMF está recibiendo un pago de CMF de estratificación de riesgo infalible que incluye información de SDOH. | 01/2022 |

A. N.º 18 Integración de cuidados: Bienestar infantil integrado

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa

B. Componente primario abordado: Integración de cuidados (salud física, conductual y bucal)

- i. Componente secundario abordado: Necesidades especiales de salud
- ii. Componentes adicionales abordados: Acceso, equidad en salud, determinantes sociales de la salud
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud del comportamiento Integración de la salud oral

C. Subcomponente principal abordado: Acceso: Calidad y adecuación de la atención brindada a todos los miembros

- i. Subcomponentes adicionales abordados: Acceso: Acceso oportuno, equidad en salud: Competencia cultural

D. Antecedentes y justificación/fundamentos:

Un tercio de los niños que ingresan a cuidado tutelar tienen una condición de salud crónica y hasta el 80 % tiene una necesidad significativa de salud mental. Los adolescentes en cuidado tutelar tienen más probabilidades de participar en comportamientos de riesgo que sus compañeros que no son de acogida y tienen 2,5 veces más probabilidades de experimentar un embarazo antes de los 19 años. El uso de sustancias es mayor y estos jóvenes tienden a tener un sistema de apoyo social más deficiente. Es más probable que tengan una puntuación ACE de 4 o más. Es más probable que tengan un diagnóstico de ADD, TEPT, depresión, consumo de tabaco y asma. Incluso cuando el niño ya no está bajo cuidado tutelar, muchas de estas afecciones de salud siguen siendo más altas que las de los niños no acogidos. La recomendación actual de la Academia americana de pediatría (AAP, por su sigla en inglés) es que todos los niños que ingresan a cuidado tutelar tengan un examen de salud dentro de las 72 horas posteriores a la colocación con niños médicamente complejos que reciben atención dentro de las 24 horas, y que todos los niños bajo cuidado reciban una evaluación integral de la salud alrededor de los 30 días después de la colocación en cuidado tutelar. La AAP clasifica a los niños en cuidado tutelar como niños con necesidades especiales de atención médica (CYSHN), que requieren visitas médicas más frecuentes y coordinación de atención.

Actualmente, las familias de acogida luchan para que los niños sean vistos de manera oportuna, la atención a menudo es fragmentada y las evaluaciones de salud mental son difíciles de completar. Los pediatras tienen entre 20 y 30 minutos para ver a los niños que a menudo tienen necesidades complejas e historial médico que a menudo está incompleto. La coordinación del cuidado de un niño en cuidado tutelar es a menudo complejo y desafiante. Las transiciones de regreso a la familia biológica, o cuando los niños se salen del sistema de acogida, son momentos críticos para el manejo continuo de casos.

E. Breve descripción del programa o proyecto:

La misión del Programa Integrado de Bienestar del Niño en Cuidado Tutelar (IFCW, por su sigla en inglés): Optimizar el bienestar de todos los niños y jóvenes involucrados con el bienestar infantil mediante la facilitación y coordinación de la atención en las áreas de medicina, salud mental, odontología y desarrollo/educación desde el nacimiento hasta la transición a la edad adulta.

Los objetivos del Programa integrado de bienestar del niño en cuidado tutelar son los siguientes: 1. Desarrollar un comité directivo que facilite y coordine entre los tres condados con el Hogar de atención primaria centrado en el paciente (PCPCH) como el centro del modelo de coordinación. 2. Asegurar que las evaluaciones para niños de crianza temporal no sean fragmentadas, redundantes o inoportunas. 3. Mejorar las evaluaciones métricas de incentivos para niños bajo custodia del DHS.

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Desarrollar un comité directivo que facilite la coordinación de los cuidados de crianza entre los tres condados y todas las agencias asociadas.

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Comité desarrollado y comprometido.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| No hay comité directivo | Miembros del comité identificados | 06/2019 | Miembros del comité comprometidos | 12/2019 |

Descripción de la actividad 2: Desarrollar e implementar un modelo de coordinación de cuidado infantil tutelar con el PCPCH en el centro.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Modelo de coordinación asistencial identificado e implementado.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|---|-----------------------------------|--|--|
| No hay modelo. | Modelo de coordinación asistencial identificado y acordado. | 06/2020 | Modelo de coordinación asistencial implementado. | 12/2020 |

Descripción de la actividad 3: Determinar los mejores métodos para obtener registros médicos (asignación de médico de atención primaria [PCP] y visitas/asignación de salud oral y visitas/visitas de salud mental) de manera oportuna.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento para la mejora de la actividad 3: Obtener registros médicos completos de manera oportuna.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| No hay métodos identificados. | Métodos identificados. | 10/2019 | Métodos identificados. | 10/2019 |

Descripción de la actividad 4: Asegurarse de que las evaluaciones para niños en cuidado tutelar temporal no sean fragmentadas, redundantes o inoportunas.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 4 para la mejora: Mejorar las evaluaciones métricas de incentivos para niños en cuidado tutelar del DHS.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
|-------------------------|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

| | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|--------------------------------|---------|
| Resultado final de 2017: 79,5 %. | Resultado final de 2019: 82,5 %. | 06/2020 | Resultado final de 2020: 90 %. | 06/2021 |
|----------------------------------|----------------------------------|---------|--------------------------------|---------|

A. [N.º 19 Métodos de pago por valor: Programa VBP-Maternity Case Management Plus](#)

¿Continuado o ligeramente modificado del TQS anterior? Sí No, este es un nuevo proyecto o programa

B. **Componente primario abordado:** [Modelos de pago por valor](#)

- i. Componente secundario abordado: Determinantes sociales de la salud
- ii. Componentes adicionales abordados: [Añadir texto aquí](#)
- iii. Si se elige el componente *Integración de cuidados*, marque todo lo que corresponda:
 Integración de la salud del comportamiento Integración de la salud oral

C. **Subcomponente principal abordado:** [HIT: Intercambio de información de salud](#)

- i. Subcomponentes adicionales abordados: [Añadir texto aquí](#)

D. **Antecedentes y justificación/fundamentos:**

El modelo VBP actual en vigor para Maternal Case Management Plus es un modelo PMPM VBP, categoría 4N, en el que se contrata a los socios de salud pública del condado para proporcionar servicios de gestión de casos maternos a los miembros que residen en cada uno de los condados. IHN-CCO ampliará este programa para atender las necesidades de la población con un modelo VBP de categoría más alta que apoye el acceso a más mujeres embarazadas y familias con IHN-CCO desde el inicio del embarazo hasta el posparto, a fin de promover la integración de la atención con toda la comunidad de proveedores, y la evaluación de los resultados de calidad y eficacia del programa.

E. **Breve descripción del programa o proyecto:**

El propósito del Programa Maternal Case Management Plus es expandir el sistema de entrega actual para lograr el objetivo mutuo de IHN-CCO, los proveedores no clínicos, los proveedores de salud pública y los proveedores clínicos en la comunidad para ayudar a las mujeres de IHN-CCO a tener embarazos más saludables con resultados más positivos y criar niños saludables.

Los socios de salud pública del condado trabajarán en colaboración y conectarán a las mujeres y sus familias con los obstetras, proveedores de salud conductual, trabajadores de salud tradicionales, proveedores dentales, PCPCH y otros recursos de salud y paternidad en salud pública y en la comunidad, como atención prenatal y clases de paternidad. Todos los proveedores deben visitar a las mujeres embarazadas y las nuevas madres cuando sea conveniente para el miembro.

Los servicios de Nurse Family Partnership (NFP) se brindarán utilizando los servicios de visitas domiciliarias basadas en la evidencia de la Oficina de servicio nacional de Nurse Family Partnerships. Este modelo incluye la creación de recursos comunitarios y socios de servicios comunitarios para apoyar los determinantes sociales de la salud y la coordinación con proveedores clínicos, trabajadores de salud tradicionales y otras organizaciones basadas en la comunidad.

Los socios incluidos en la coordinación de la atención del Programa Maternal Case Management Plus utilizarán los sistemas HIT respaldados por IHN-CCO para recopilar datos, incluidos, como mínimo, los determinantes sociales de la información de salud, los puntajes de ACE, las evaluaciones de riesgo de salud para administrar los planes de atención adecuados y garantizar la comunicación y el intercambio de información con los proveedores apropiados no clínicos, de salud pública y clínicos incluidos en el plan de atención.

IHN-CCO implementará un VBP de categoría 4B de HCP LAN con los proveedores de salud pública del condado y recopilará datos para monitorear los resultados de desempeño de los miembros incluidos en el Programa de Gestión de Casos de Maternidad para determinar los pagos de calidad en un acuerdo P4P.

El acuerdo P4P será un acuerdo de pago basado en el riesgo financiado por incentivos adicionales donde el socio de salud pública del condado debe cumplir con al menos el 50 % de las métricas de calidad acordadas para obtener cualquiera de los grupos de incentivos. IHN-CCO compartirá el riesgo reembolsando al socio de salud pública del condado el monto total disponible si se alcanza el 80 % de las métricas de calidad acordadas.

IHN-CCO supervisará las siguientes métricas de rendimiento en el año 1:

1. Finalización de las evaluaciones de riesgos para la salud (Family Connects)
2. Resultados de la encuesta de satisfacción del paciente
3. Servicios y alcance proporcionados a otros miembros de la familia en el hogar
4. El porcentaje de mujeres embarazadas inscritas en el programa
5. El número de servicios de gestión de casos prestados
6. Referencias para la salud bucal
7. Derivaciones de salud conductual
8. Derivaciones a PCPCH
9. Pruebas de alcohol y drogas realizadas
10. Cumplimiento de los cuestionarios de ACE

IHN-CCO supervisará las siguientes métricas de rendimiento en los contratos PCPCH P4P, los contratos P4P de la organización de atención dental y los contratos tradicionales de trabajadores de la salud:

PCPCH:

1. Atención prenatal y atención posparto oportunas
2. Vacunación infantil
3. Evaluaciones madurativas en los primeros 36 meses de vida

Organizaciones de atención dental:

1. Aumento del porcentaje de miembros que tienen una visita dental durante el embarazo

Trabajadores de salud tradicionales:

1. Vacunación infantil
2. Evaluaciones madurativas en los primeros 36 meses de vida
3. Derivaciones al programa Maternal Case Management Plus

F. Actividades y seguimiento para la mejora del rendimiento:

Descripción de la actividad 1: Aumento del número de miembros atendidos en la comunidad a través del programa Maternity Case Management Plus

A corto plazo o A largo plazo

Monitoreo de la actividad 1 para la mejora: Monitoreo de los miembros inscritos en el programa.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|---|--|
| El 5 % de todas las mujeres embarazadas inscritas en el Programa MCM Plus: 73 miembros. | El 10 % de todas las mujeres embarazadas inscritas en el Programa MCM Plus: un aumento de 92 miembros. | 12/2019 | EL 20 % de todas las mujeres embarazadas inscritas en el Programa MCM Plus: un aumento de 257 miembros. | 12/2020 |

Descripción de la actividad 2: Las tasas de adopción de HIT de todos los proveedores involucrados en la coordinación de la atención con el fin de rastrear el SDOH, derivación a tratamiento a proveedores de servicios clínicos y no clínicos, y revisión de los planes de atención alimentados por los cuestionarios de HRA y ACE.

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento de la actividad 2 para la mejora: Supervisar la adopción del proveedor de soluciones HIT.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|---|--|-----------------------------------|---|--|
| 0 proveedores están usando Unite Us and Care Connect (anteriormente conocido como PreManage). | Las agencias de salud pública y salud mental de los 3 condados, 4 agencias de trabajadores de salud tradicionales y el Departamento de Obstetricia de Samaritan están usando estas herramientas. | 12/2020 | Los proveedores de atención primaria y atención dental están usando las herramientas. | 12/2021 |

Descripción de la actividad 3: Reducción de los resultados adversos del parto, incluidos los nacimientos prematuros

A corto plazo o A largo plazo

Seguimiento para la mejora de la actividad 3: Como parte del plan A largo plazo, IHN-CCO verá una reducción en los resultados de entrega adversos a través del Programa MCM Plus.

| Estado actual o inicial | Estado objetivo/futuro | Objetivo alcanzado para (MM/AAAA) | Punto de referencia/estado futuro | Punto de referencia alcanzado para (MM/AAAA) |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| 49 % de resultados de parto adversos | 42 % de resultados de parto adversos | 12/2020 | 30 % de resultados de parto adversos | 12/2022 |

La definición de parto adverso incluye:

Un parto/resultado adverso incluye al menos uno o más de los siguientes:

- un código rev. de UCI/UCIN;
- código de diagnóstico ICD-10 P00-P96 para el recién nacido;
- una estancia de más de 48 horas si el parto es vaginal;
- una estancia de más de 96 horas si el parto es por cesárea;
- una laceración de 3.º o 4.º grado;
- una transfusión de sangre;
- un código de rev. de enfermería de nivel 2 o superior.