



Modelo de Cuidado Coordinado 2025

Objetivos



Modelo de Cuidado: Adiestramiento

- Desarrollado para cumplir con las directrices de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid*

Toda aseguradora Medicare Advantage debe brindar y documentar un adiestramiento sobre el Modelo de Cuidado Coordinado** a todos sus empleados, personal contratado y proveedores.

- Es un requisito anual
- Metodología o tipos de intervención:
 - ❑ Presencial
 - ❑ Interactivo (Internet, audio/vídeo)
 - ❑ Auto-estudio (material impreso o medios electrónicos)

* CMS, por sus siglas en inglés. **Model of Care en inglés (MOC)

Transfondo

Incorporado en el año 2000.

Año 2001: aprobado por CMS para comenzar a brindar servicios como el Primer Plan Medicare Advantage en Puerto Rico.

Enfoque:

- Cuidado coordinado eficiente
- Prevención
- Calidad de vida

Transfondo

4.5 Estrellas

Celebramos que uno de nuestros contratos ha recibido calificación de 4.5 estrellas bajo el programa de calificaciones por Estrellas Medicare* **por ocho años consecutivos.**

Contrato H4004.
Cada año Medicare evalúa los planes a base de un sistema de calificación de 5 estrellas.

¿Qué es el Modelo de Cuidado Coordinado?

- Estructura para llevar a cabo cuidado coordinado de manera eficiente
 - Enfoque en beneficiarios con necesidades especiales
-
- Herramienta vital
 - Mejorar la calidad
 - Garantizar que se atiendan las necesidades bajo SNP*

* SNP – Planes de Necesidades Especiales (Special Needs Plan)



Plan de Necesidades Especiales



D-SNP

(Plan de necesidades especiales con Elegibilidad Dual)

MMM Diamante Platino (HMO-SNP)	Afiliados elegibles para Medicare y Medicaid.
MMM Relax Platino (HMO-SNP)	
MMM Dorado Platino (HMO-SNP)	
MMM Combo Platino (HMO-SNP)	
MMM Flexi Platino (HMO-SNP)	
PMC Premier Platino (HMO-SNP)	

Plan de Necesidades Especiales



C-SNP

(Plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas)

MMM Supremo (HMO-C SNP)

Diseñada para afiliados con enfermedades crónicas tales como;

- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedades cardiovasculares:
 - Arritmia cardíaca
 - Enfermedad vascular periférica
 - Enfermedad de la arteria coronaria
 - Trastorno tromboembólico venoso crónico

Elementos del MOC

Descripción de la población de necesidades especiales (SNP)

Cuidado coordinado

- Evaluación obligatoria de riesgos de salud y reevaluación (HRA, por sus siglas en inglés)
- Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face en inglés)
- Plan individual de cuidado (ICP, por sus siglas en inglés)
- Equipo interdisciplinario (ICT, por sus siglas en inglés)

Red de proveedores

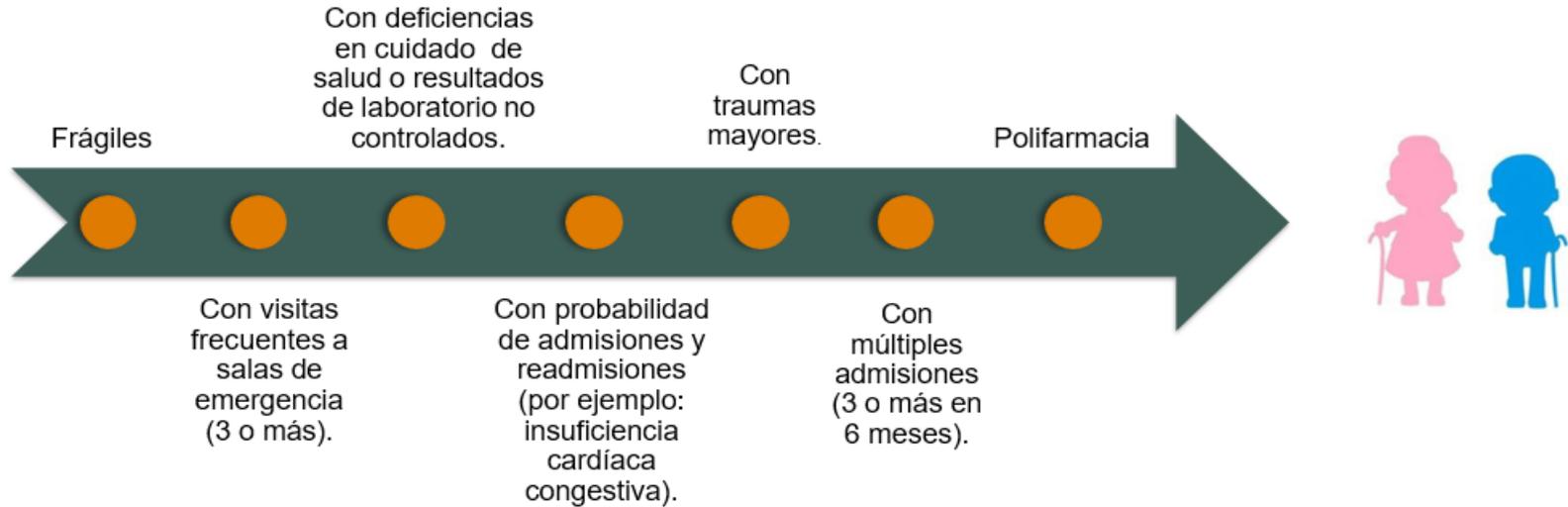
Métricas de calidad y mejoras en el rendimiento

MOC I:

**Descripción de la población con
necesidades especiales (SNP)**

Los más vulnerables

- Identifique aquellos afiliados con mayor fragilidad.



Los más vulnerables (cont.)

- **Afiliados con condiciones crónicas descontroladas:**
 - COPD (Chronic obstructive pulmonary disease/ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 - Asma
 - CHF (congestive heart failure/insuficiencia cardíaca congestiva)
 - Enfermedad cardiovascular / Arteriosclerosis
 - HTN (Hypertension/Hipertensión)
 - Diabetes
- **Afiliados con discapacidad**
- **Afiliados que requieren procedimientos complejos y/o transición de cuidado:**
 - Trasplante de órganos
 - Cirugía bariátrica





MOC 2: Coordinación de servicios

Cuidado Coordinado

Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

Coordina entrega de servicios y prestaciones especializadas que satisfacen necesidades de la población más vulnerable.

Realiza evaluaciones de riesgos de salud, Plan de Cuidado Individualizado y cuenta con un equipo interdisciplinario establecido.



Enfoque del programa



Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza para identificar necesidades médicas, mentales, psicosociales, cognitivas y funcionales, de personas con necesidades especiales.

HRA inicial - 90 días desde la afiliación para completarlo. HRA anual a partir de 365 días luego del inicial o de su último HRA.

Evaluación de Riesgos de Salud (HRA)

Se realiza por teléfono o en papel.

Resultados → Plan de Cuidado Individualizado:

* Problemas, metas e intervenciones con equipo interdisciplinario.

HRA refiere a → Programas de Manejo de Cuidado

* Manejo de casos, entre otros.

Plan de cuidado compartido con:

Afiliado + PCP y Equipo interdisciplinario

Visitas médicas (Presenciales o Face-to-Face)

Elementos esenciales:

- Gestión eficaz del cuidado preventivo
- Establece planes de tratamiento para controlar las enfermedades crónicas y mejorar la salud general.
- Apoya a los afiliados en la participación activa de su cuidado médico.
- Identifica afiliados que puedan cualificar y beneficiarse de programas de manejo de casos establecidos por el plan médico.
- Promueve un cuidado coordinado efectivo.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- El equipo interdisciplinario desarrolla un ICP para cada afiliado de cubierta SNP, identificando las necesidades del afiliado a partir del resultado obtenido en el HRA.
- El ICP garantiza que las necesidades sean cubiertas, el curso de evaluación y coordinación de servicios, y los beneficios del afiliado.

Plan de cuidado individualizado (ICP)

- ICP se le comunica al afiliado o cuidador, y se comparte con el proveedor a través de nuestro portal InnovaMD.
- Revisar anualmente o cuando cambia el estado de salud.

Equipo Interdisciplinario (ICT)



Grupo enfocado en el afiliado, discute sobre el estado de salud e intervenciones para el paciente

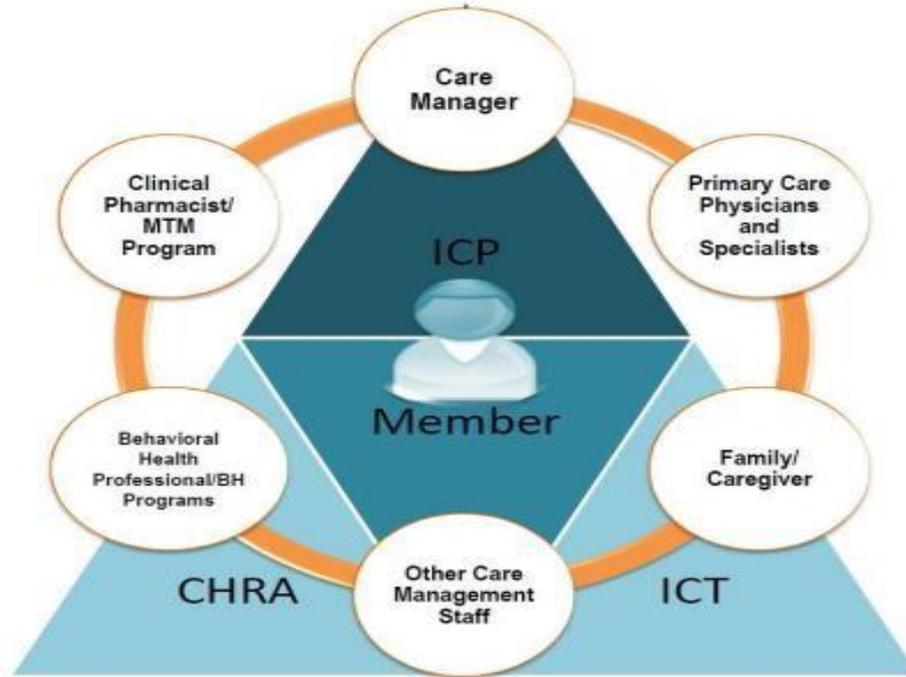
Responsabilidades de los proveedores en el ICT:

1. Participar en discusión de ICP.
2. Colaborar en establecimiento de metas.
3. Involucrar a los afiliados en la gestión de automanejo y dar seguimiento.
4. Integrar a otros médicos y proveedores.
5. Participar en reuniones de los ICT.
6. Comunicar cambios a los componentes de los ICT a través de reuniones o llamadas telefónicas.
7. Referir a los programas de manejo disponibles a través de la aseguradora.

Transición de cuidado

- Se establecen procesos y protocolos de transición para mantener continuidad de cuidado.
- Las diferentes unidades trabajan en colaboración con los médicos primarios y proveedores para garantizar y apoyar el cuidado coordinado que el afiliado merece.
- Personal disponible en la Unidad de Planificación de Alta, facilita la comunicación entre centros asistenciales, el médico primario y el afiliado o su cuidador.
- El ICP del afiliado se comparte con el afiliado y su médico primario, cuando se produzca una transición de cuidado.

Protocolos para la transición de cuidado



Rol del Proveedor en el Modelo de Cuidado

- Asegura el acceso continuo a servicios, y verifica qué necesidades e información se comparten entre el personal.
- Promueve la visita post-alta en un período dentro de siete días luego de una hospitalización.
- Coordina servicios especializados a la población más vulnerable.
- Promueve evaluación de riesgos de salud para el Plan de Cuidado Individualizado.
- Participa activamente como parte del equipo interdisciplinario.
- Realiza una evaluación anual de salud.

MOC 3:

**Red de proveedores especializados
en el plan de cuidado**

Enfoque

Mantener una red de proveedores especializados para atender las necesidades de nuestros afiliados, siendo el enlace primario en su cuidado.

La red de proveedores monitorea:

- ✓ Uso de guías de práctica clínica y protocolos.
- ✓ Que se asegure la colaboración y comunicación activa con administradores de ICT y de casos.
- ✓ Asistencia en la elaboración y actualización de los planes de cuidado.
- ✓ Que se garantice que todos los proveedores de la red son evaluados y cualificados a través de un proceso de credencialización.

MOC 4:

**Medición de calidad y mejoramiento
del desempeño**

Medición de calidad y mejoramiento del desempeño

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Recolección de datos y seguimiento de medidas del Programa Cinco Estrellas SNP específico (HEDIS, Healthcare Effectiveness Data and Information Set).
- Realización de Proyecto de Mejoramiento de la Calidad anual, el cual se centra en mejorar el aspecto clínico o servicio relevante para la población SNP.
- Medición de satisfacción del afiliado SNP.

Evaluación y mejoramiento de calidad

Los planes establecen un Programa de Mejoramiento de Calidad para vigilar resultados de salud y rendimiento del modelo de atención a través de:

- Programa de Mejoramiento de Atención Crónica (CCIP, por sus siglas en inglés) para enfermedad crónica, que identifica afiliados elegibles, e intervención para mejorar manejo de la enfermedad y evaluar la efectividad del programa.
- La recopilación de datos para evaluar si se cumplen los objetivos del programa SNP.
- Compartir anualmente los resultados del rendimiento con afiliados, empleados, proveedores y público en general.

Referencias

1. *Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2024*. Obtenido de:
https://snpmoc.ncqa.org/static/media/CY2025SNP_MOC_Scrng_Gdlns_508.4c71d8c17b37b33ff079.pdf
2. *Medicare Managed Care Manual*. Chapter 5 - Quality Assessment, section 20.2 Additional Quality Improvement Program Requirements for Special Needs Plans (SNPs). Obtenido de:
<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Internet-Only-Manuals-IOMs-Items/CMS019326>

Nuestro compromiso con la calidad

Estamos orgullosos de ver que las cubiertas de necesidades especiales de MMM seguirán mejorando la calidad de vida de miles alrededor de la isla.

Para más información puede comunicarse:

787-993-2317 (Área Metro)

1-866-676-6060 (libre de cargos)

Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

