

Cuidado coordinado en camino a las 5 estrellas

Nilda González, HIA, CHC, MHP, HCSA

*Vicepresidenta Auxiliar de Operación de Cinco Estrellas
MMM Healthcare, LLC. & PMC Medicare Choice, LLC.*



Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) evalúan los planes médicos en base un sistema de calificación de 5 estrellas. Las calificaciones se calculan cada año y pueden cambiar de un año al otro (www.medicare.gov).

En los últimos años se ha observado una gran mejoría en los resultados que los planes en Puerto Rico han obtenido a pesar de los retos que representa el nivel socioeconómico local y la cronicidad de condiciones de salud como la diabetes y sus comorbilidades, entre otros. Esta tendencia es muy importante para el sistema de salud pues garantiza acceso al cuidado para los pacientes, mejor apoyo y coordinación entre los proveedores y el respaldo económico que sostiene más del 50% de los fondos para servicios de salud de Puerto Rico.

Para el año 2016 las calificaciones de estrellas a nivel nacional dictan que el 49% de los contratos esté en un nivel de 4 o más estrellas. El objetivo de CMS es que cada vez más contratos estén en este nivel y que el que esté con desempeño menor de 3 estrellas en parte C o D por tres años consecutivos sea terminado.

Este programa de calificación busca la satisfacción y seguridad del paciente a través de buenas prácticas, el uso de tecnología y la prevención. Más de 80% de la calificación depende de la experiencia del paciente con su médico y proveedor de salud, en cuanto a la educación, servicio, cuidado coordinado y preventivo que recibe. Por esto, es indispensable que los planes apoyen y eduquen a sus proveedores sobre estas valoraciones y que los proveedores de salud conozcan las medidas que se evalúan para que puedan incorporar estas guías clínicas en el manejo de sus pacientes. La realidad es que muchas de las valoraciones de este programa dependen de la colaboración entre los planes y los proveedores de la red que brindan servicios a los afiliados.

Las clasificaciones se hacen públicas cada otoño, lo que ayuda a los beneficiarios a tomar decisiones en cuanto a los planes que seleccionarán para el próximo año. Adicionalmente, es uno de los mecanismos que utilizan los CMS para determinar si un contrato se mantiene activo o no ya que, en la eventualidad de observarse desempeño bajo, los CMS se reservan el derecho de terminar su contrato con el plan.

La evaluación se basa en los servicios que brinda el plan, tomando en cuenta diferentes categorías:

- **Mantenimiento de la salud:** con pruebas de detección, vacunas y chequeos que ayuden a los afiliados a mantenerse saludables;
- **Manejo de condiciones crónicas:** cada cuánto tiempo afiliados con diversas condiciones obtienen ciertas pruebas y tratamientos que los ayudan a manejar sus condiciones;
- **Experiencia del afiliado con su plan:** incluye el nivel de satisfacción del afiliado;
- **Quejas de afiliados y cambios en el desempeño del plan:** considera con qué frecuencia Medicare detecta problemas con el plan y los afiliados tienen problemas con el mismo, e incluye si el desempeño ha mejorado con el tiempo, si es el caso;
- **Servicio al afiliado:** incluye cuán bien maneja un plan las apelaciones de los afiliados, así como la prontitud con la que se atienden estos asuntos.
- **Seguridad y precio de los medicamentos:** mide la precisión de la información de precios de los medicamentos y con qué frecuencia los afiliados con determinadas condiciones médicas reciben recetas de la manera más segura y clínicamente recomendada para su condición. 