



# Modelo de Cuidado Coordinado 2026

# 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

5 estrellas: Celebramos que nuestros dos contratos principales han recibido la más alta calificación de estrellas, 5 de 5, bajo el programa de Calificación por Estrellas de Medicare.

Contrato H4003 y H4004. Cada año Medicare evalúa los planes a base de calificación por estrellas, siendo 5 el máximo otorgado.



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

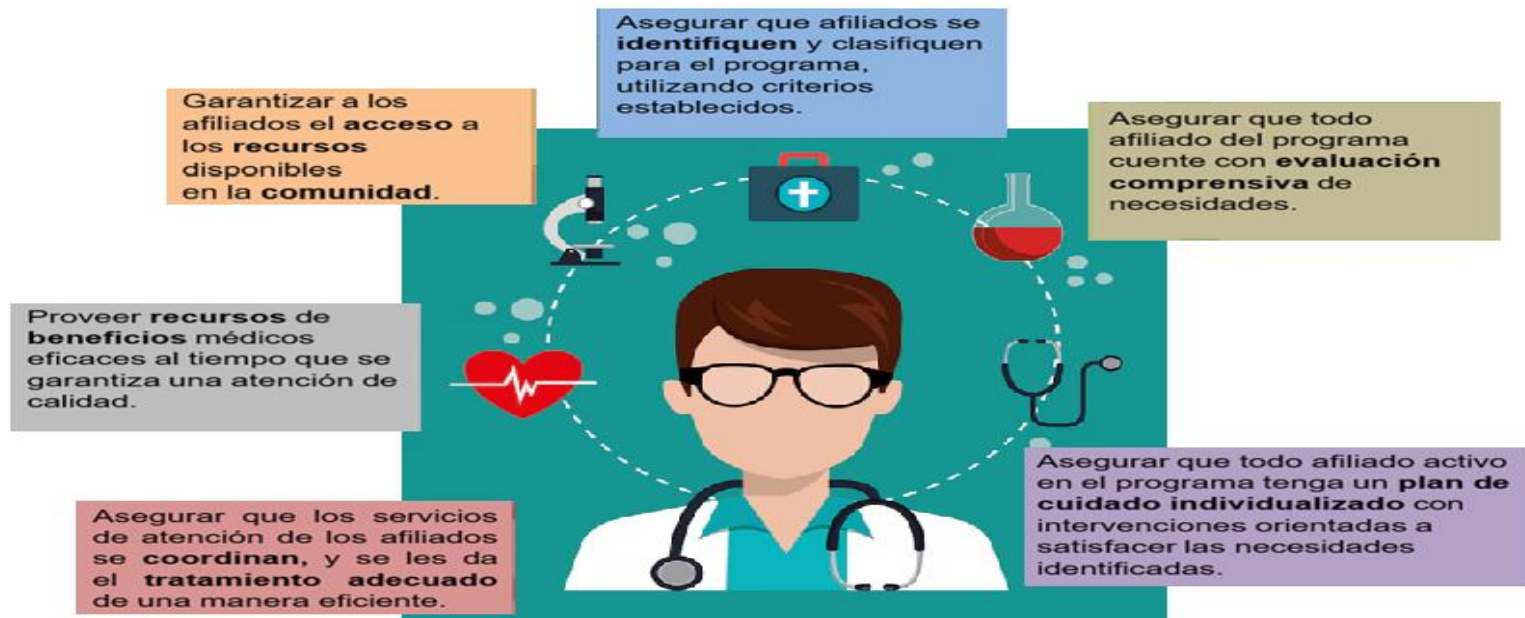
Asegura la atención de las necesidades de salud de beneficiarios de un SNP. La información se comparte entre el personal interdisciplinario.

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

*Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year 2026.* Obtenido de: [Model of Care Scoring Guidelines for Contract Year \(CY\) 2026](#)

1. *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.

