

Integrando la Coordinación de Cuidados en un hogar médico centrado en el paciente: Modelo de coordinación de atención delegada dirigida por proveedores

Escrito por Anne Zhao, M.P.H., Anh Reiland, A.P.N., M.B.A., y Danielle Lazar, DrPH

Febrero del 2023

Introducción y fundamentos

El concepto de coordinación de cuidados no es nuevo. Los principios de un hogar médico, incluida la coordinación de la atención, se remontan a finales de la década de 1960 cuando La Academia Estadounidense de Pediatría estaba desarrollando un modelo de cuidado para pacientes con necesidades especiales (Audet & Patel, 2012). Desde entonces, la atención coordinada se ha convertido en parte del léxico de modelos para la prestación de cuidados diseñados para abordar condiciones crónicas, evolucionando desde el modelo de Atención Crónica Wagner hasta el modelo de Medicina centrada en el paciente de atención domiciliaria (PCMH) (Definiendo el PCMH, 2021). Un nuevo modelo de atención médica, el PCMH, desempeña un papel importante en la prestación de atención basada en el valor, que conecta el pago con los resultados de salud del paciente para costos más bajos, aumentar la satisfacción del paciente y mejorar métricas de salud (Teisberg, Wallace y O'Hara, 2020).

En general, el objetivo de la coordinación de la atención es mejorar la prestación de atención general y el bienestar del paciente al proporcionar servicios rentables y no duplicados. El coordinador de cuidado trabaja con varios proveedores de servicios y las partes interesadas, incluida la farmacia, el equipo de salud del comportamiento, proveedores de atención primaria, odontólogos, agencias de servicios asociadas y especialistas para hacer transiciones de atención y acceso general a los servicios más fluidos para pacientes de importancia crítica, especialmente a medida que los cambios continúan a lo largo de esta era de pandemia. En colaboración con especialistas en beneficios para abordar la asistencia con inscribirse, mantener y aprovechar los beneficios: si se relacionan con el apoyo a las necesidades sociales tales como transporte, o inscribirse en Medicaid y otros tipos de seguro.

Continuación de introducción y fundamentos

En 2015, Access Community Health Network (ACCESS) – la red de centros de salud profesionales y federalmente calificados en Illinois: la prestación de atención para apoyar su valor basado en su modelo de atención. Hay cinco elementos clave de PCMH en atención primaria según la Agencia por Investigación y Calidad en Salud (AHRQ):

- 1 Atención integral
- 2 Atención centrada en el paciente
- 3 Atención coordinada
- 4 Servicios accesibles
- 5 Seguridad del paciente

Si bien los componentes de PCMH ya habían sido parte de la prestación de atención de ACCESS, la implementación del marco PCMH completo permitió a ACCESS centrarse en la plena integración en áreas clave. Fue de particular importancia el modelo de coordinación de atención de ACCESS, que ha evolucionado de diferentes formas a través de varios proyectos: 1) navegación del paciente para pacientes con cáncer de mama y de cuello uterino, 2) Strong Start, un proyecto de demostración de salud materno-infantil donde el administrador de atención se combinó con dos roles: una Enfermera titulada y trabajadora social, y 3) a través de un proyecto de demostración que movió la atención del VIH de en silos, atención especializada a atención primaria, con un coordinador de cuidado para cerrar la brecha. En todos los casos, este rol del coordinador de cuidado se consideró útil para abordar una variedad de necesidades: educación, seguimiento de visitas y navegación a través de atención primaria/especializada, servicios sociales y sistemas de salud (incluidos los de atención secundaria y terciaria).

ACCESS quería tomar los aprendizajes de estos tres programas e incorporar formalmente a los coordinadores de atención como parte del sistema de ACCESS más grande, por lo que este servicio estaría disponible para

todos los pacientes en necesidad de un equipo de atención mejorado. Como ACCESS y otros sistemas de salud comenzaron a transitar hacia integrar PCMH y atención basada en valores, la pregunta se convirtió en: ¿Cómo impactaría un modelo de coordinación de la atención dirigido por proveedores a la calidad clave y medidas de costo mientras se aborda las necesidades de pacientes complejos dentro del escenario de FQHC?

Para hacer la transición a este modelo completo de coordinación de atención integrada para atender a todos los pacientes independientemente de su estado del seguro, ACCESS primero necesitaba mostrar que una coordinación asistencial delegada e integrada modelo sería más eficaz, tanto desde el punto de vista financiero y una perspectiva de resultado de salud de calidad, que los modelos donde se proporcionó la coordinación de la atención fuera del sistema de salud a través de compañías de seguro. Este equipo de coordinación de atención 'delegada' atiende principalmente a pacientes de atención administrada de Medicaid, que comprenden aproximadamente el 30 por ciento del total de la población de pacientes de ACCESS. Los trabajos de coordinación asistencial delegada tanto interna como externamente, actúan como nexo entre el paciente, el proveedor y el pagador para garantizar entrega de cuidados.

Además, al adaptar los estándares del PCMH, ACCESS ha recibido el reconocimiento de Nivel 3 para PCMH y una acreditación de gestión de casos de tres años del Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA). NCQA es considerada como la mejor organización de acreditación de atención en los EE.UU. Los de ACCESS son sus más altas acreditaciones. Los estándares de acreditación de NCQA están destinados a ayudar organizaciones, como ACCESS, alcanzan el más alto nivel de rendimiento posible para crear un entorno de mejora continua.

Continuación de introducción y fundamentos

Nuestro modelo de coordinación de la atención utiliza varias estrategias clave para garantizar la prestación de una atención de calidad basada en el valor de la gestión dentro del PCMH. A través de un sistema integrado de prestación de atención, los coordinadores de atención de ACCESS son incluidos en el modelo PCMH y proporcionan el manejo de los casos, enfermedades y casos complejos. Este modelo dirigido por el proveedor se basa en un enfoque centrado en la atención primaria impulsado por el médico de atención (PCP) y coordinador de atención, con la paciente en el centro como un socio comprometido en su cuidado. Nuestro modelo involucra a los proveedores de servicios y otras partes interesadas para mantener a los pacientes saludables y evitar enfermedades y hospitalización innecesaria.

Tenemos objetivos específicos de atención e impacto financiero para el programa de coordinación de atención delegada tal como está integrado dentro de la Salud de la Población de ACCESS y el Departamento de Calidad:

- 1 Reducir la utilización del departamento de emergencias
- 2 Mejorar el compromiso del paciente con los proveedores y equipos de atención a través de altos niveles de participación de los pacientes
- 3 Mejorar las métricas de calidad como HEDIS
- 4 Mejorar la relación costo total de atención/pérdidas médicas



En la base del modelo de coordinación de la atención se encuentra el equipo de atención integrada, que está dirigido por el PCP e incluye al coordinador de atención, un Consultor de Salud del comportamiento de ACCESS, un Trabajador de Salud Comunitaria y personal del centro de salud. Este equipo es monitoreado continuamente a través de métricas de desempeño para asegurar un ritmo de trabajo optimizado y mejora continua. Las métricas se determinan anualmente en función del Conjunto de

Datos e Información de Efectividad de la Salud (HEDIS) y Sistema Uniforme de Datos (UDS), así como métricas organizacionales. Estas métricas se rastrean en el registro de salud electrónico (EHR) de ACCESS, Epic, y son informadas por los Equipos de Salud de la población y Calidad de ACCESS Enterprise Data Analytics. Una vez realizado esto, el equipo de atención integrada lleva a cabo reuniones semanales para revisar métricas, solucionar problemas y discutir las fortalezas y debilidades.

² Cada respuesta de la escala de Likert tiene una puntuación correspondiente (es decir, 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, etc.) y esas puntuaciones se promediaron para clasificar el cambio de los objetivos.

Ritmo de trabajo

El ritmo de trabajo de coordinación de la atención está estandarizado en ACCESS para garantizar que los pacientes estén recibiendo la mejor y más eficiente atención. ACCESS identifica a poblaciones de pacientes que podrían beneficiarse del servicio de coordinación de la atención a través de un proceso de estratificación de riesgos. Esta evaluación se realiza a través de herramientas de detección, modelo predictivo o informes de alto uso, determinantes sociales, y otros indicadores clínicos. Aquellos pacientes con un riesgo de alto a moderado se les asigna un coordinador de atención, que trabaja en colaboración con el paciente a través de toma de decisiones para desarrollar un plan longitudinal de cuidado. Este plan se adapta al nivel de riesgo del paciente, necesidades preventivas y metas individuales. El plan puede incluir componentes clínicos y no clínicos tales como actividades de prevención y mantenimiento de la salud, educación o información de recursos. De acuerdo con este plan, los coordinadores de atención brindan referencias de pacientes con respecto a determinantes sociales clave de la salud, incluidas asistencia de transporte, recursos alimentarios, y otras necesidades críticas. A través de este modelo de apoyo de seguimiento de las necesidades del paciente, los coordinadores de atención pueden identificar grietas en la atención y colaborar con todo el equipo de atención para crear soluciones.

Este plan de atención se crea dentro de Epic, se comparte con el PCP para ediciones, y puede ser accedido por todos los miembros del equipo y el paciente. Además de entablar contacto frecuente entre el coordinador de atención y el paciente, Epic también facilita la comunicación bidireccional entre el coordinador de atención, paciente y PCP. Los coordinadores de atención se comunican directamente con los miembros a través del portal del paciente myACCESSHEALTH, y luego con el proveedor ya sea en persona o a través de Epic. Dado el papel clave que juega el EHR en la coordinación de la atención, el análisis de datos empresariales de ACCESS y Epic Clinical.

Los equipos de aplicaciones se asocian con el departamento de Coordinación de Atención para proporcionar soporte electrónico continuo. El panel de coordinación de la

atención, la plantilla del plan de atención y la herramienta de auditoría están optimizados en Epic para mostrar métricas clave y garantizar que el personal capture los requisitos del plan de atención. Todos los componentes de la coordinación de la atención son notificables y se pueden monitorear a través de un flujo de trabajo.

El rol crítico del coordinador en un modelo de atención delegada dirigida por un médico

Además de su rol conectando al paciente con su proveedor, el coordinador de atención también actúa como conducto entre el paciente y su plan de seguro.

Esto demuestra por qué el modelo delegado es esencial para nuestro programa de coordinación de la atención. Debido a que el coordinador de atención está conectado tanto con el paciente y el proveedor, luego pueden conectar al paciente con los servicios de su seguro, incluido el coordinador de atención del pagador y la administración de la atención.

El coordinador de atención también es responsable de ayudar con la transición de la atención y la planificación del alta. En nuestros hospitales asociados, ACCESS tiene coordinadores de atención en el lugar que identifican a los pacientes en la emergencia departamento (ED). Estos coordinadores de atención integrados luego trabajan con el equipo de alta del hospital para conectar al paciente con su PCP o coordinador de atención asignado. El coordinador de atención asignado es responsable de ayudar con las necesidades del paciente durante el alta y la transición de la atención, incluidas las citas de seguimiento con el PCP. Además, si el paciente no tiene un coordinador de atención, esta es una oportunidad para inscribirse en el programa. El papel de la atención integrada del coordinador en el ED es esencial porque nos permite capturar a nuestros pacientes difíciles de alcanzar o pacientes que previamente rechazaron la coordinación de su atención. ACCESS se asocia con hospitales de gran volumen, incluidos el Hospital Mount Sinai, el Hospital Holy Cross y la University of Chicago, para garantizar que estos pacientes no se queden atrás.

Resultados

Nuestro modelo de atención delegada dirigida por el proveedor muestra que es posible mejorar el valor y las medidas financieras, al mismo tiempo que mejora las métricas de calidad. A través del éxito de nuestro programa de coordinación de atención, ACCESS ha superado tanto nuestros propios objetivos internos como las Métricas HEDIS de CountyCare.

En cuanto a las métricas de proceso, ACCESS está superando los niveles esperados en múltiples indicadores. Nuestra tasa de detección de riesgo de salud dentro de los 60 días posteriores a la inscripción es del 70%, y nuestra tasa de reevaluación de 12 meses es del 80% para pacientes de alto riesgo, el 75% recibe una revisión del plan de atención cada 30 días, y el 80% recibe una revisión del plan de atención cada 90 días.

Desde la incorporación de la coordinación de atención delegada, ha habido un progreso significativo en las metas establecidas para el programa. En términos de nuestros ingresos, estamos viendo cambios en nuestra tasa de pérdidas médicas (MLR): el porcentaje de ingresos

gastados en atención médica y mejora de la calidad vs. costos administrativos, que reflejan nuestro objetivo de optimizar el gasto en calidad y atención. En 2021, el ACCESS MLR fue del 81%, que es más bajo que nuestro MLR de 2020 y 2019. Como hemos disminuido nuestro MLR, nuestras métricas de calidad continúan superando los objetivos.

Nuestros objetivos generales de mejora del programa de coordinación son reducir la utilización de ED, mejorar la calidad de vida y el estado funcional del paciente, y mejorar las métricas de calidad. Desde que el programa comenzó, hemos visto una disminución en las visitas al servicio de urgencias y admisión de pacientes hospitalizados entre nuestra población de CountyCare. Además, en 2021, ACCESS superó la tasa de CountyCare en múltiples medidas de desempeño, incluyendo visitas preventivas ambulatorias anuales, visitas dentales, cuidado integral de la diabetes, iniciación y participación en el tratamiento de la dependencia de sustancias, y visitas de niño sano (Cuadro 1).

Cuadro 1 Informe de la medida de rendimiento ACCESS HEDIS

Métricas	Puntaje final de ACCESS en 2021	Puntaje final del plan de salud de CountyCare
Acceso de adultos a servicios preventivos/ambulatorios	77.82%	71.38%
Visita Dental Anual	56.10%	52.15%
Detección de cáncer de mama	51.35%	50.86%
Detección de cáncer de cuello uterino	59.53%	52.36%
Atención Integral a la Diabetes	88.82%	84.93%
Estado de vacunación infantil	34.69%	30.77%
Seguimiento dentro de los 30 días posteriores a la visita al departamento de emergencias por enfermedad mental	58.43%	49.79%
Inicio de Tratamiento por Dependencia de Alcohol y otras Drogas	67.68%	63.20%
Compromiso del tratamiento de la dependencia del alcohol y otras drogas	11.09%	12.93%
Puntualidad en la atención prenatal y posparto	80.86%	76.61%
Visitas de niño sano en los primeros 15 meses de vida	67.60%	51.73%
Visitas de niño sano en los primeros 30 meses de vida	69.61%	59.53%
Visitas de Bienestar Infantil y Adolescente	56.31%	53.88%

Debate

En general, la implementación exitosa de la coordinación de atención en ACCESS y nuestra mejora en las métricas de calidad, así como las medidas de costo, ilustran el valor de este modelo tanto para los pacientes como para el sistema de salud. Los pacientes desarrollan relaciones con todo el equipo de atención, que luego podrán coordinarse dentro del hogar de atención primaria para evaluar las necesidades y responder rápidamente con atención médica, servicios sociales y otras necesidades integrales.

Hay varios componentes críticos que necesitan suceder para este nivel de éxito:

- 1 La coordinación de la atención no debe quedar fuera del hogar de atención primaria, pero de lleno en el centro de este. La coordinación de la atención dirigida por la institución de proveedor es más eficaz que cuando los coordinadores se sientan fuera de la institución de atención primaria. Si las relaciones con los pacientes son centrales, también lo son las relaciones con el equipo de atención. Esto es casi imposible de crear si el coordinador del cuidado no es parte del hogar médico y tiene la misma relación con los proveedores y el apoyo personal como el paciente esperaría.
- 2 El coordinador de atención debe ser un licenciado profesional con experiencia. Colaborando a través de múltiples miembros del equipo de atención y agencias en el cuidado continuo requiere práctica. Desarrollar la confianza con pacientes complejos significa entender cómo abordar las necesidades inmediatas y a largo plazo, así como el entorno en el que un paciente vive. Esto puede incluir a otros miembros de la familia y otras relaciones. El tener experiencia en múltiples situaciones y el compromiso con este modelo de atención integral es clave.
- 3 Es muy importante para que este modelo funcione el ritmo fluido de trabajo integrado y la delimitación de roles. La mayoría de los sistemas de servicios de salud son muy complicados de navegar. El definir

claramente qué hace el coordinador de cuidados y cómo se integran con el ritmo regular de atención al paciente es fundamental para transferencias cálidas, documentación y mejores resultados.

- 4 La revisión periódica de las medidas clave del proceso es sumamente importante, al igual que la utilización de datos para respaldar los ritmos de trabajo y entender dónde fallan los aspectos que podrían estar ocurriendo transiciones. Este modelo está basado sobre la comprensión de dónde están los pacientes y cuáles son las brechas de atención, y luego abordarlas desde el principio. Aquí es donde la coordinación de la atención puede hacer la mayor diferencia para los pacientes.
- 5 El tiempo es posiblemente el factor más importante en el modelo. Tanto pacientes, proveedores, como coordinadores de atención necesitan tiempo para desarrollar relaciones de confianza entre sí. Para que los coordinadores de atención hagan su trabajo efectivamente, necesitan establecer confianza con sus pacientes. Esto es algo que puede que no suceda inmediatamente y debe tenerse en cuenta cuando se determinan los plazos para medir el éxito. Los pacientes más difíciles de alcanzar, y los más vulnerables pueden no tener a su salud como una prioridad. Tomarse el tiempo para conocer al paciente, comprender su situación y encontrarlos a medio camino es la clave para mover la aguja para individuos y poblaciones.
- 6 El establecer un Programa de Transición en la Atención exitoso con coordinadores de atención integrados en hospitales asociados de gran volumen y la vinculación de pacientes que sean difícil de alcanzar, de vuelta al cuidado coordinador y hogar médico, ha demostrado ser otro factor clave en el éxito del programa.

Desafíos

Aunque la coordinación de la atención se ha integrado en el flujo de trabajo de PCMH, todavía hay avances que hacer para lograr la plena integración de los coordinadores de atención en el equipo. ACCESS continúa desarrollando estrategias de comunicación estandarizada entre el coordinador de cuidados y el resto del equipo de atención para garantizar que los primeros están totalmente integrados en el centro de salud existente y su ritmo de trabajo. Esto incluye el entrenamiento constante para equipos de atención con respecto a la coordinación de la atención, así como formación continua sobre el valor de la coordinación asistencial y cómo utilizar mejor este programa.

Otro desafío ha sido construir datos y análisis para el monitoreo clave de diferentes métricas. Tener un IS dedicado y un equipo de apoyo de la clínica Epic ha sido esencial para la adecuada documentación y extracción de datos, pero sigue siendo un desafío permanente debido al alcance del programa y dificultad de integrar la producción de nuestros datos con el lado del pagador. Se ha incrementado la carga para nuestro equipo administrativo, debido a solicitudes de múltiples pagadores con respecto a los requisitos de atención, auditorías y elaboración de informes. Aunque la coordinación de la atención delegada nos ha permitido optimizar nuestras medidas financieras y mejorar nuestras métricas de calidad, el hacer de entidad delegada ha aumentado la carga sobre ACCESS debido a este volumen de requisitos administrativos.

Además, la pandemia de COVID-19 y por consiguiente, el trabajo remoto, ha impactado a los centros de salud, particularmente para la coordinación de la atención. La pandemia ha perturbado tanto la comunicación entre el coordinador de atención y el personal del centro de salud, así como entre el coordinador de atención y el paciente. Previo a la pandemia, los coordinadores de atención contaban con interacciones cara a cara y reuniones con pacientes para la evaluación de riesgos para la salud y la creación de planes de atención. Debido a la indecisión de reunirse en persona durante la pandemia

se ha interrumpido esta construcción de relaciones, que puede limitar la participación de los pacientes en la creación e implementación de sus planes de cuidados individualizados.

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, el hecho de tener un modelo de coordinación de atención establecido ha ayudado a ACCESS a apoyar a los pacientes durante la pandemia. A razón de que los coordinadores de atención ayudan pacientes con necesidades tanto de atención médica como en determinantes sociales de la salud, han sido capaces de derivar a los pacientes a servicios de apoyo, incluidos transporte, ayuda con las comidas, asistencia legal, y más. Ahora, los coordinadores de atención están regresando al ritmo de reuniones con pacientes en los centros de salud para reconstruir esas relaciones y restablecer el objetivos de los pacientes.

Próximos pasos

Mientras el programa de coordinación de atención en ACCESS continúa creciendo, hay varios próximos pasos para construir e implementar un modelo completamente realizado:

- Si bien la coordinación de la atención está disponible para la mayoría de los pacientes de ACCESS, ya que es principalmente un modelo delegado, aquellos sin seguro médico no tienen necesariamente el mismo nivel de apoyo disponible a través de la coordinación de la atención. ACCESS está trabajando para extender el modelo a todos pacientes, independientemente del estado del seguro. Esto requeriría una evaluación de las proporciones de personal para coordinación de cuidados desde el equipo directivo de la coordinación de cuidados.

Cont. de Próximos pasos

- La evaluación del modelo y su impacto a largo plazo en los resultados de salud está en curso. Sin duda, hay beneficios a corto plazo para los pacientes en las transiciones de la atención y la vinculación a los servicios. Aunque el impacto general a largo plazo parece ser positivo, aún se desconoce, porque este programa es relativamente nuevo y nuestras métricas de calidad se enfocan en las medidas del proceso (es decir, la finalización de las evaluaciones). En el futuro, nuestro objetivo será vincular estas actividades a la comprensión longitudinal del impacto.
- Los tableros de transiciones de atención y documentación de apoyo o barreras a la atención son importantes para compartir información fuera de ACCESS. Si bien ACCESS continúa desarrollando nuestro programa de coordinación de la atención, también dependemos de otros socios estratégicos. La documentación y el seguimiento de la mejora en medidas específicas, como la hora de la cita o la programación de los seguimientos, debe ser parte del informe general y utilizarse para mejorar las asociaciones.
- Es importante tener en cuenta la adaptación continua a nuevos proyectos e iniciativas con el pagador y otras partes interesadas clave. En particular, la integración del sistema de admisiones, altas y transferencias, los datos de reclamos del pagador, así como la optimización de la plataforma Epic Population Health Payor, serán un enfoque continuo para mejorar este modelo de coordinación de atención integrada.

Fuentes

A. M. Audet, S. Patel, TEI imperativo de la coordinación de la atención: respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, Blog de The Commonwealth Fund, febrero de 2012

Wagner EH. Manejo de enfermedades crónicas: ¿Qué se necesita para mejorar la atención de las enfermedades crónicas? *Práctica Clínica Efectiva*. 1998;1(1):2-4
Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1(1):2-4.

Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Definición e implementación de atención médica basada en valores: un marco estratégico. *Academia Med*. 2020 mayo;95(5):682-685. doi: 10.1097/ACM.0000000000003122. PMID: 31833857; IDPM: PMC7185050.

Definición del PCMH. Contenido revisado por última vez en septiembre de 2021. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/ncepcr/tools/pcmh/defining/index.html>