

Transición de Cuidado:  
¿Cómo debe fluir el proceso?  
38va Convencion Asociación de Calidad en Salud de Puerto Rico

9 de mayo de 2019

# Objetivos

---

Entender los componentes principales de la coordinación de cuidado y transiciones de cuidado

---

Aprender como estructurar procesos de transición de cuidado con un enfoque hacia laboratorios, imágenes, especialistas y hospitales

*Si deseas ir rápido, ve solo.*

*Si deseas llegar lejos,  
ve acompañado.*

-Proverbio Africano



*Care Coordination  
and Care Transitions*

Manejo de resultados  
de laboratorio /  
imagenología

Seguimiento y gestión  
de referencias de  
pacientes

Transiciones de  
cuidado

# Coordinación y Transición de Cuidado

La práctica realiza un seguimiento sistemático de las pruebas de pacientes, referidos y transiciones de cuidado para lograr una coordinación efectiva que mejore la calidad de los servicios, reducciones de costos innecesarios, evitar errores médicos y garantizar una comunicación efectiva entre los especialistas y otros proveedores en el vecindario médico.

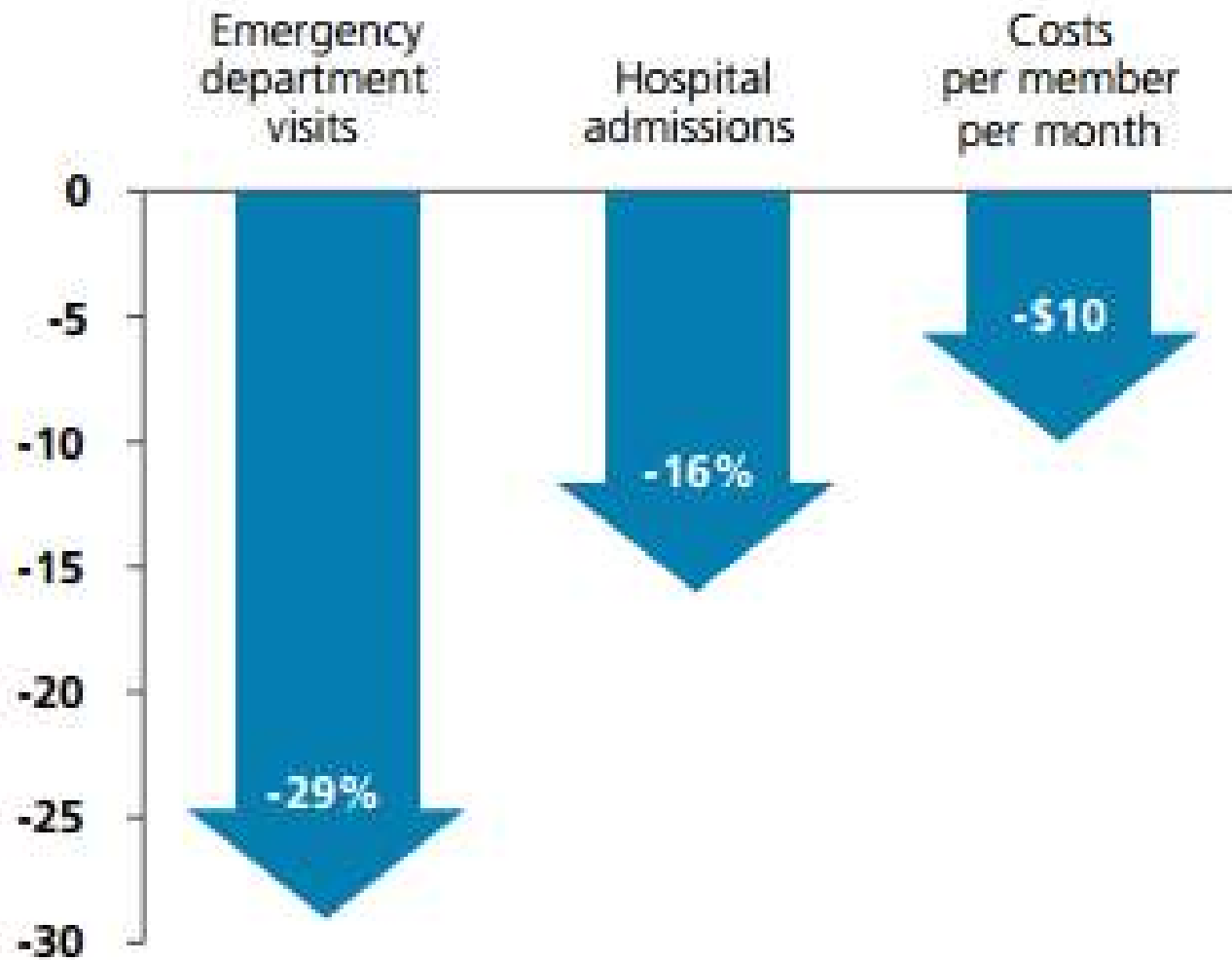
# Panel: Perspectivas sobre la transición de cuidado

Taller: Transición de  
Cuidado según el  
modelo del Hogar  
Medico Enfocado en el  
Paciente (PCMH)

## Reconocimiento como Hogar Médico Centrado en el Paciente (PCMH)

- **El Hogar Médico** es un modelo de cuidado primario de vanguardia centrado en el paciente.
- Investigaciones demuestran que este modelo mejora:
  - ❖ Calidad del servicio
  - ❖ Experiencia y resultados del paciente
  - ❖ Satisfacción del personal
  - ❖ Reducción de costos
  - ❖ Modelos de pago





Source: Robert Reid, Katie Coleman, Eric A. Johnson, Paul A. Fishman, Clarissa Hsu, Michael P. Soman, Claire E. Trescott, Michael Erikson, and Eric B. Larson, "The group health medical home at year two: cost savings, higher patient satisfaction, and less burnout for providers," *Health Affairs*, 2010, 29(5): 835-843.

NCQA-PCMH Evidence Report October 2017

## Beneficios de ser reconocido como PCMH

- Reducción de 29% en las visitas a sala de emergencias.
- Reducción de 16% en hospitalizaciones.
- Reducción de \$10 en los costos mensuales por miembro.
- Reducción de \$11.75 en gastos por concepto de medicinas por paciente por mes.
- Aumento de adherencia a tratamientos de diabetes en al menos un 20%.
- Aumento en pruebas de detección temprana: cáncer de seno (6.8%), cervical (9%) y colon (18.1%).



- Fundamentado en los conceptos de Hogar Médico Centrado en el Paciente del “American Academy of Pediatrics”.
- Conceptos principales:
  1. Organización del cuidado y la práctica basada en el equipo
  2. Conocer y administrar a sus pacientes
  3. Acceso y continuidad centrados en el paciente
  4. Manejo del cuidado y apoyo
  5. Coordinación del cuidado y transiciones del cuidado
  6. Medición del rendimiento y mejoramiento de la calidad



*Team-Based Care and Practice Organization*

- Practice leadership
- Care team responsibilities
- Orientation of patient/families/car givers



*Knowing and Managing Your Patients*

- Data collection
- Medication reconciliation
- Evidence-based clinical decision support
- Connection with community resources



*Patient-Centered Access and Continuity*

- Access to practice and clinical advice
- Care continuity
- Empanelment



*Care Management and Support*

- Identifying patients for care management
- Person-centered care plan development



*Care Coordination and Care Transitions*

- Management of lab/imaging results
- Tracking and managing patient referrals
- Care transitions



*Performance Measurement & Quality Improvement*

- Collecting and analyzing performance data
- Setting goals
- Improving practice performance
- Sharing practice performance data

- Fundamentado en los conceptos de Hogar Médico Centrado en el Paciente del “American Academy of Pediatrics”.
- Conceptos principales:
  1. Organización del cuidado y la práctica basada en el equipo
  2. Conocer y administrar a sus pacientes
  3. Acceso y continuidad centrados en el paciente
  4. Manejo del cuidado y apoyo
  5. Coordinación del cuidado y transiciones del cuidado
  6. Medición del rendimiento y mejoramiento de la calidad

*Team-Based Care and Practice Organization*

Practice leadership  
 Care team responsibilities  
 Orientation of patient/families/car givers

*Care Management and Support*

Identifying patients for care management  
 Person-centered care plan development

*Knowing and Managing Your Patients*

Data collection  
 Medication reconciliation  
 Evidence-based clinical decision support  
 Connection with community resources

*Care Coordination and Care Transitions*

Management of lab/imaging results  
 Tracking and managing patient referrals  
 Care transitions

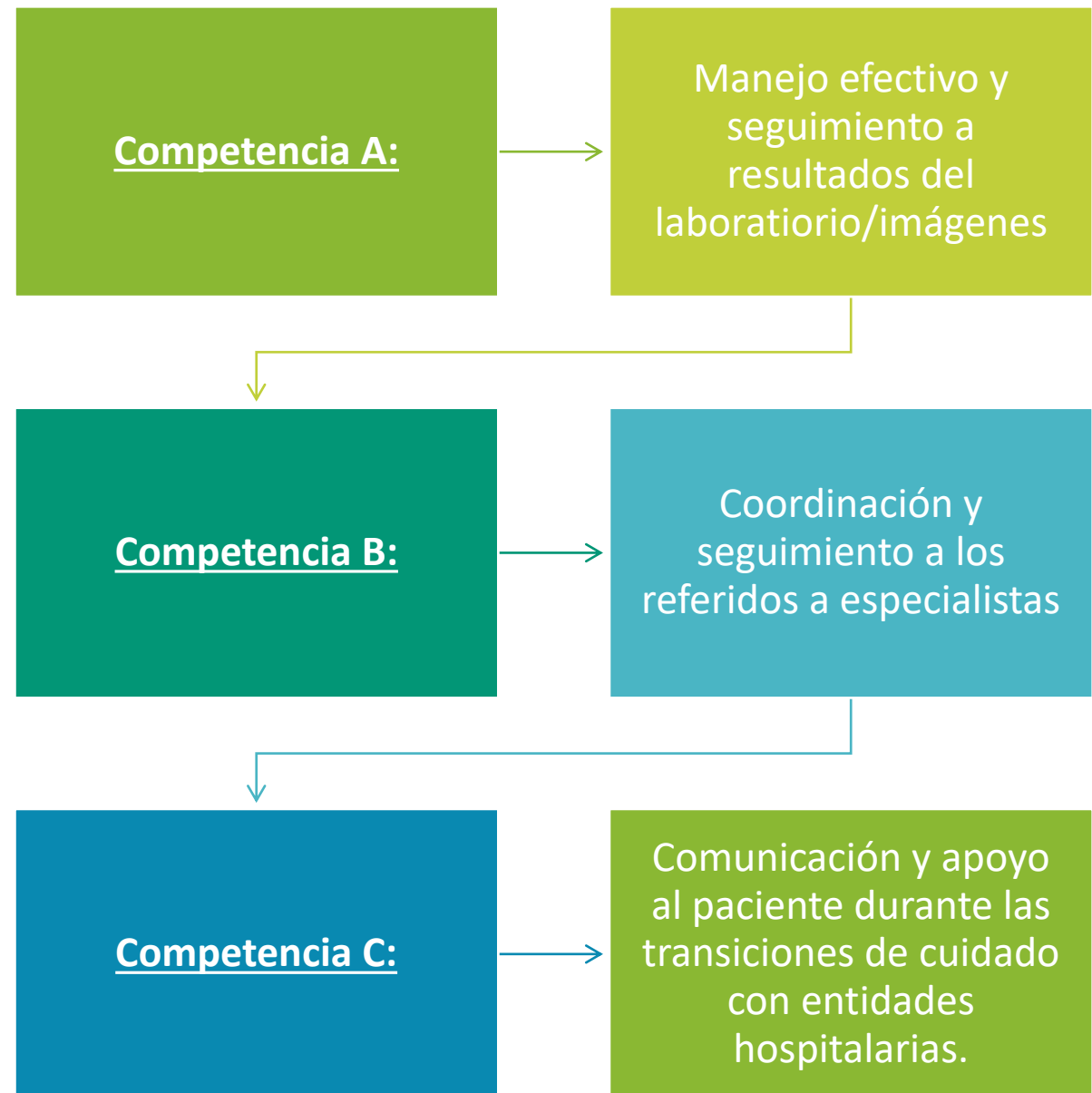
*Patient-Centered Access and Continuity*

Access to practice and clinical advice  
 Care continuity  
 Empanelment

*Performance Measurement & Quality Improvement*

Collecting and analyzing performance data  
 Setting goals  
 Improving practice performance  
 Sharing practice performance data

# COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO COORDINADO Y TRANSICIONES DE CUIDADO



# Manejo efectivo y seguimiento a resultados del laboratorio/ imágenes

## La práctica sistemáticamente gerencia los laboratorios e imágenes al:

Darle seguimiento a las pruebas de laboratorio hasta que el resultado está disponible, identificando y dando seguimiento a los resultados que no han llegado.

Darle seguimiento a las pruebas diagnósticas (imágenes) hasta que el resultado está disponible, identificando y dando seguimiento a los resultados que no han llegado.

Identificación de laboratorios con resultados irregulares y traerlos a la atención del médico.

Identificación de imágenes con resultados irregulares y traerlos a la atención del médico.

Notificación a pacientes/familiares/cuidadores de resultados normales de laboratorio e imágenes.

Notificación a pacientes/familiares/cuidadores de resultados irregulares de laboratorio e imágenes.

# Coordinación y seguimiento a los referidos a especialistas

La práctica sistemáticamente gerencia las consultas a especialistas:

- Proveyendo al especialista una pregunta clínica y requiriendo un tiempo específico y tipo de referido.
- Proveyendo al especialista datos demográficos y clínicos (incluyendo laboratorios y plan individualizado de cuidado).
- Dando seguimiento al referido hasta que el especialista provee un informe y dando seguimiento a los informes hasta que han llegado.

Comunicación y apoyo al paciente durante las transiciones de cuidado con entidades hospitalarias.

Sistemáticamente identifica pacientes con admisiones hospitalarias y visitas a sala de emergencia no planificadas.

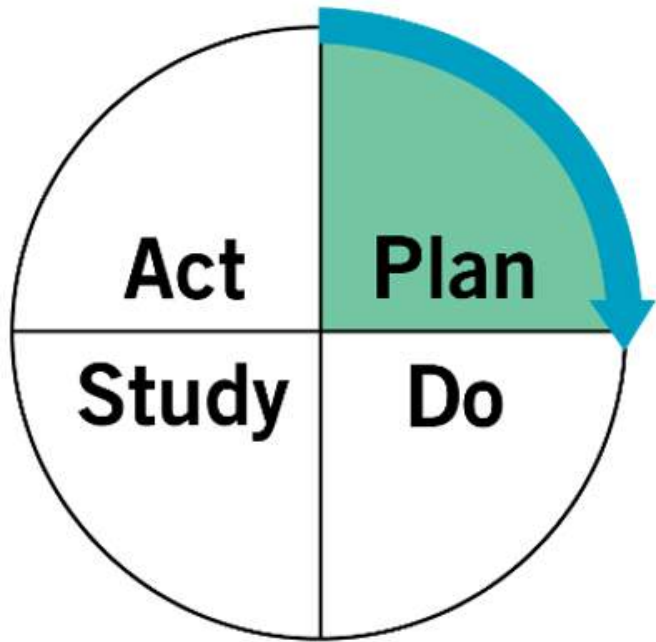
Comparte información clínica con hospitales y salas de emergencia.

Se comunica con pacientes/familiares/cuidadores para darle seguimiento a las admisiones y visitas de sala de emergencias en un periodo de tiempo apropiado.

# Usando el ciclo de PDSA para mejorar la Coordinación de Cuidado

## Repase la descripción de los criterios de Coordinación de Cuidado:

- Manejo efectivo y seguimiento a resultados del laboratorio/imágenes
- Coordinación y seguimiento a los referidos a especialistas
- Comunicación y apoyo al paciente durante las transiciones de cuidado con entidades hospitalarias.



## PLANIFICAR

¿Que datos necesitamos coleccionar?

¿Cual es el “baseline”?

¿Cual es el plan para lograr los cambios?

- ¿Quién?

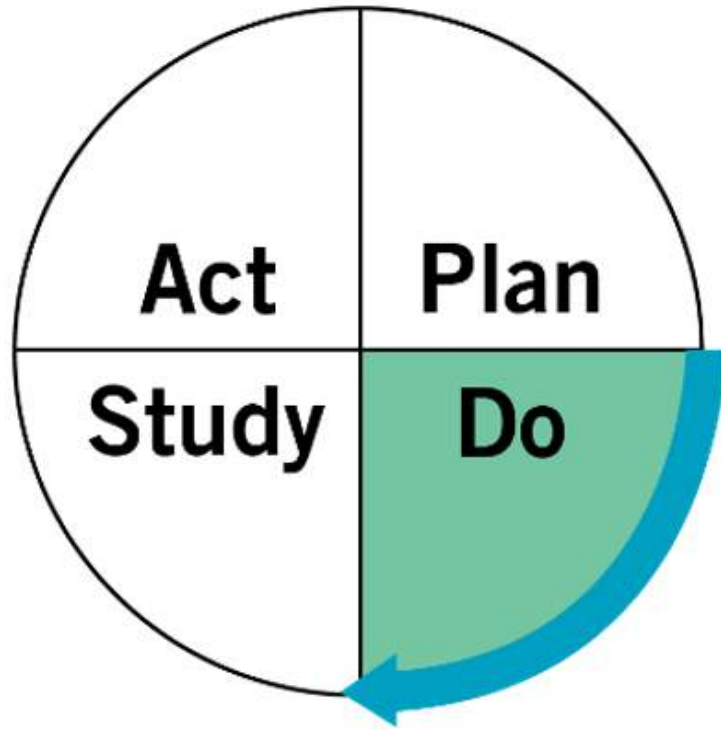
- ¿Hace qué?

- ¿Cuándo?

- ¿Dónde?

- ¿Cómo?





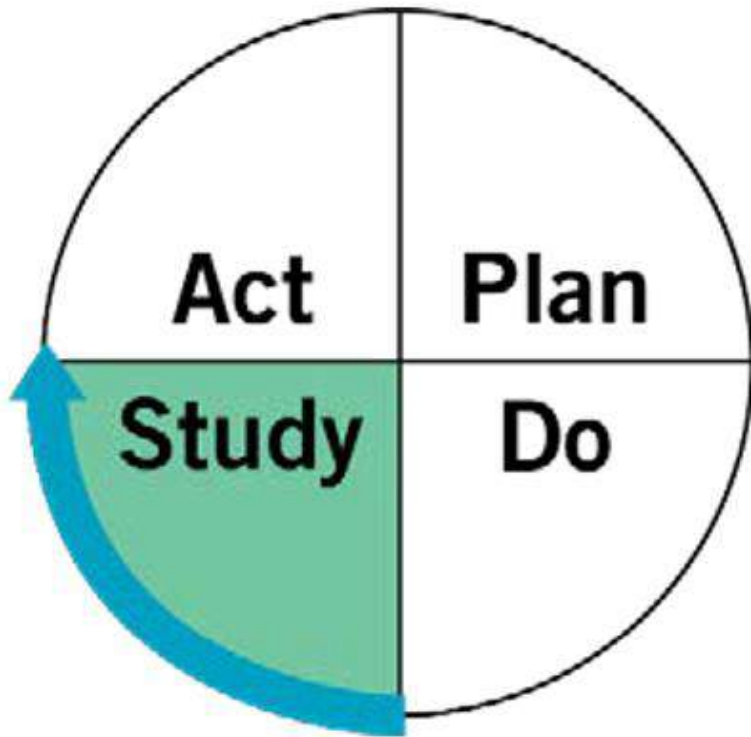
## HACER

Vamos a hacer una prueba.

Recolección de datos y análisis.

¿Tuvimos algún problema?

¿Qué observaciones tienen sobre cómo alcanzar la meta?

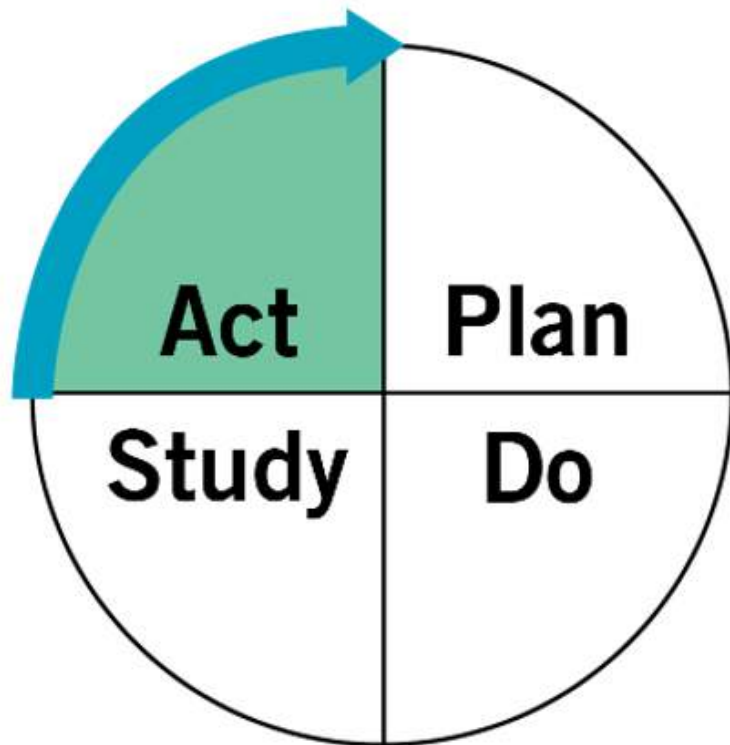


## ESTUDIAR

Analice la data.

Compare su data a su meta.

Refleccione sobre lo que aprendió.



## ACTUAR

Basado en lo que han aprendido,  
¿cuál es su próximo paso?  
¿Pueden mejorar?  
¿Van a adaptar el plan y correr otra prueba?  
¿Van a adoptar el plan a una escala mayor?  
¿Van a abandonar el plan y tratar una idea nueva?

¿Cuál es su próximo proyecto de mejoramiento?

## Proceso de Transformación

- Incluye educación y capacitación del equipo de profesionales de la salud.
- Alineado con prácticas de vanguardia relacionadas a la atención médica y a los pagadores.
- Médicos pueden ver beneficios como aumentos en reembolso, éxito en MACRA, créditos MOC y la capacidad de centrarse mejor en la atención al paciente.

## Quadruple Aim



# ¿Cuáles son los beneficios?



Mejora los niveles de satisfacción entre los pacientes y sus familiares.



Mejora la reputación de los proveedores entre los consumidores.



Mejora la moral y la productividad entre el personal clínico, no-clínico y administrativo.



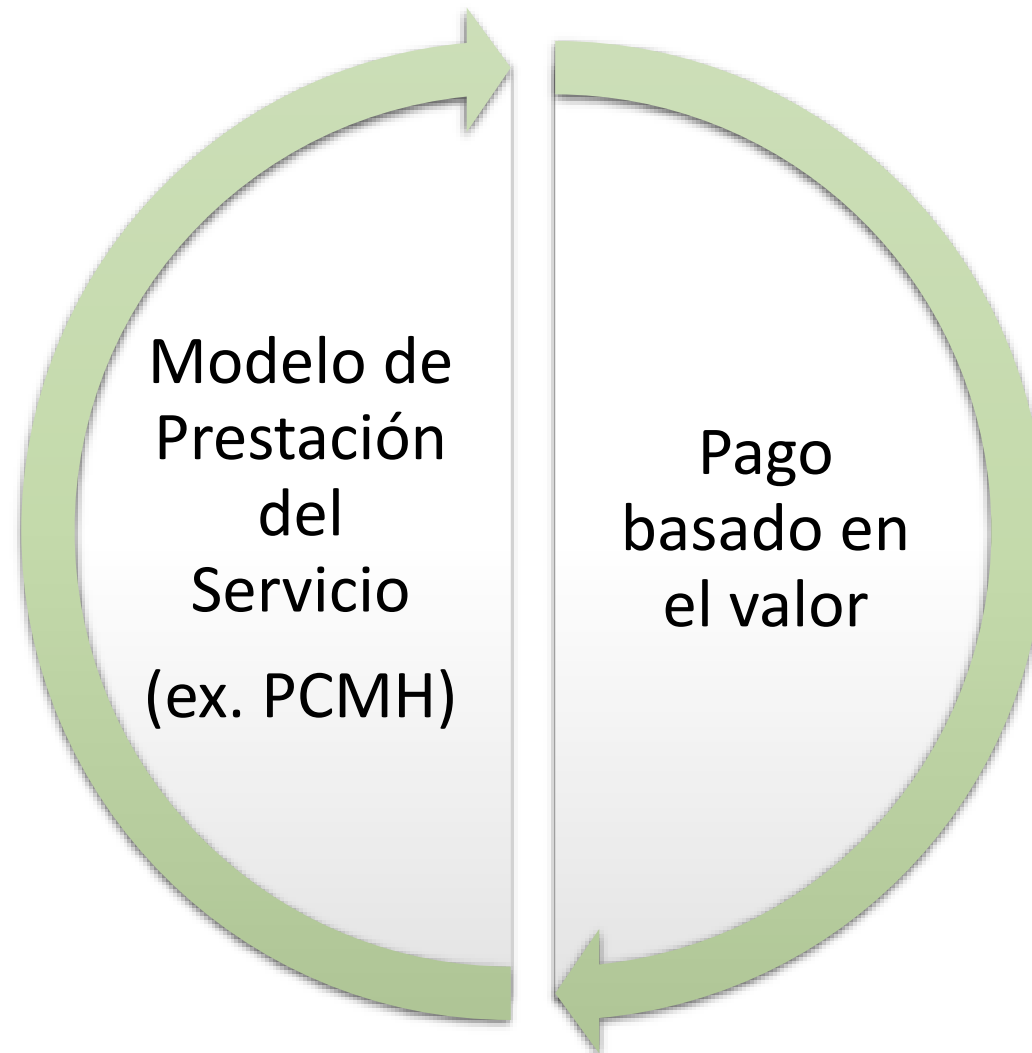
Mejorar la asignación de recursos.



Reduce los gastos y aumenta los márgenes financieros a lo largo del proceso de atención.



Mejora la autopercepción de los pacientes, reduce el estrés y aumenta el apoderamiento.



# El cambio al pago basado en el valor

# Hablemos sobre la salud de Zoraida

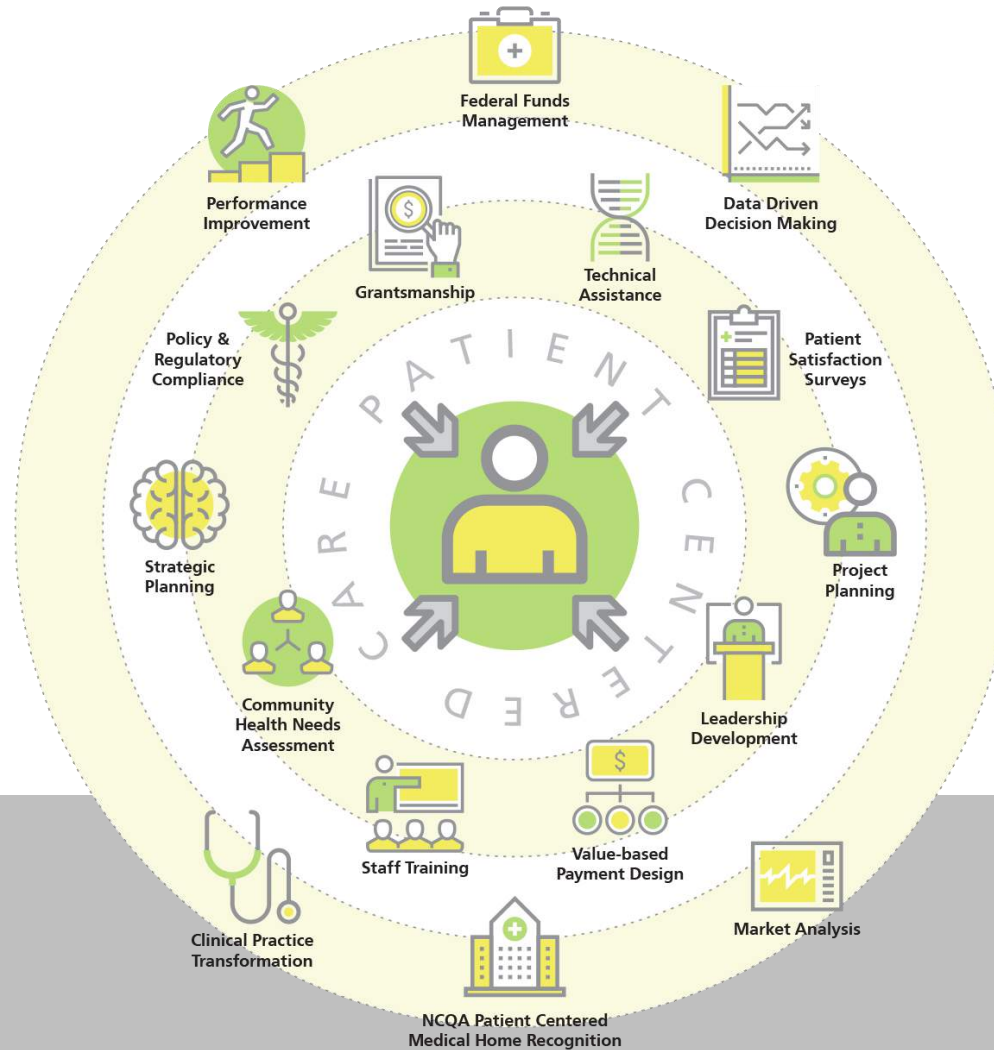


---

<https://youtu.be/REIMHSiywqA>

## MISIÓN

Empoderamos a líderes con conocimiento, herramientas y datos para asegurar la efectividad y el rendimiento del cuidado centrado en sus pacientes y población.



1357 Ashford Ave.

PMB 140

San Juan, PR 00907

(787) 993-1508

Email: [info@impactivo.com](mailto:info@impactivo.com)

Web: [www.impactivo.com](http://www.impactivo.com)

Web: <http://region2phtc.org>