

# Simposio de Participantes Múltiples 2023

## Reporte final

30 de Junio, 2023

Aurora, CO

Preparado por el programa de Prácticas de Innovación  
Universidad de Colorado, Departamento de Medicina Familiar

Acuerdo intergubernamental: Número del contrato: 23-0122 CT 2023-3711

# Resumen ejecutivo

El **simposio de participantes múltiples del 2023** es un paso en el proceso continuo a nivel estatal para construir relaciones, encontrar valores comunes y trabajar hacia los **modelos de pago de los cuidados médicos** para que trabajen para todos los participantes - pacientes, doctores, proveedores de prácticas avanzadas, sistemas de salud, pagadores, empleadores y pacientes. La meta es la de alinear a los pagadores, ambos públicos y privados, alrededor de los modelos de pago alternos que les permita a los cuidados primarios el entregar los cuidados primarios avanzados. Para poder llegar a esta meta de mejoramiento de cuidados a un costo más bajo como una experiencia mejorada de cuidados para los pacientes y para los equipos de cuidados médicos, una colaboración extensiva será esencial. El simposio de participantes múltiples es un medio entre otros que fomenta la colaboración entre los participantes.

El simposio de participantes múltiples atrae a los pagadores, proveedores y a el personal de prácticas para edificar relaciones y encontrar un campo común. El origen del simposio tiene una larga historia en Colorado, comenzando en el 2010 como parte del piloto de la demostración de pacientes centrados en los cuidados médicos en el hogar para múltiples pagadores. Conforme otros modelos son lanzados en Colorado, ellos incorporaron la oportunidad de facilitar el diálogo entre los pagadores y los doctores, incluyendo la iniciativa de los cuidados primarios comprensivos comenzando en el 2012, lo que antes se conocía como los cuidados primarios comprensivos plus y el modelo estatal de innovación en el 2016 e incorporando la iniciativa de prácticas clínicas transformadoras en el 2018. Las evaluaciones seguidas después de cada reunión de pacientes, pagadores, doctores y miembros de la práctica siempre han sido positivas, sobresaltando el valor de tener una sede en la cual pueden edificar relaciones y llegar a un entendimiento de intereses comunes. Edificando en el éxito del pasado, el simposio de participantes múltiples del 2023 fue incorporado en la propuesta de ley HB 22-1325, modelos de pagos alternos para cuidados primarios (<https://leg.colorado.gov/bills/hb22-1325/>). Los detalles del simposio de participantes múltiples del 2023 (fecha, lugar, asistentes) aparecen en el apéndice.

El programa de práctica de innovación (PIP por sus siglas en inglés) de la Universidad de Colorado, departamento de medicina familiar fue contratado por la división de seguros de Colorado para reunirse en el simposio de participantes múltiples del 2023. El PIP reúne y coordina a el sistema de extensión de salud de Colorado (CHES por sus siglas en inglés), una cooperativa de más de 20 organizaciones de prácticas transformadoras y múltiples agencias estatales y sus colaboradores. El PIP tiene más de 20 años de relaciones con prácticas, organizaciones de prácticas transformadoras y pagadores a lo largo de Colorado y ha sido un colaborador de confianza para múltiples iniciativas a gran escala de transformación y mejoramiento de prácticas.

## Trasfondo

La ley de Colorado HB22-1325 Modelos de pagos alternos para cuidados primarios requiere que la división de seguros de Colorado colabore con el departamento de políticas de cuidados

médicos y financiamiento, el departamento de personal, el departamento de salud pública y del ambiente y la reforma colaborativa de pagos de cuidados primarios para desarrollar y promulgar las reglas para los parámetros del modelo de pagos alternos para los servicios de cuidados primarios ofrecidos por medio de los planes de beneficios de salud. Para el 1 de diciembre de 2023, el Comisionado del seguro debe de promulgar las reglas detallando los requisitos para la alineación de los parámetros del modelo de pagos alternos. El simposio de participantes múltiples de 2023 fue conducido como parte del cumplimiento de esta ley para aprender de los participantes en sí y así informar a las políticas en el futuro.

Los pagos para los cuidados médicos pueden ser enseñados a lo largo de una progresión. Como está definido por la *Estructura de los modelos de pagos alternos* desarrollado por la red de acción y aprendizaje de pagos en cuidados médicos, existen cuatro categorías de pagos:

Categoría 1: Pago por servicios (sin **ningún enlace** entre la calidad y el valor)

Categoría 2: Pago por servicios (**enlazados** con la calidad y el valor)

Categoría 3: Los modelos de pagos alternos edificados en una arquitectura de cobro por servicio

Categoría 4: Pagos basados en la población

Estas categorías representan una progresión de los riesgos clínicos y financieros para las organizaciones proveedoras. Los participantes en el simposio de participación múltiple discutieron la progresión de las categorías 3 y 4 por medio de varios trabajos que están sucediendo a nivel de las prácticas individuales, organizaciones de prácticas, pagadores de cuidados médicos y proyectos a nivel estatal y nacional.

### Definiciones:

Las siguientes definiciones se aplican a este reporte:

- **Modelos de pagos alternos** – un método de pago para cuidados médicos que utilizan incentivos financieros, incluyendo pagos con riesgos compartidos, pagos basados en la población y otros mecanismos de pagos, para recompensar a los proveedores por proveer cuidados de alta calidad y de alto valor, que incluya un mejor cuidado para los individuos, una mejor salud para las poblaciones y una experiencia positiva para los equipos de cuidados médicos a un costo más bajo. La “alternativa” a diferencia de pagar por actividades en el modelo tradicional de pago por servicio.
- **Modelos de pagos basados en el valor** son categorizados ampliamente como esos modelos en los cuales el pago es calculado en el valor demostrado, ej., mejoramiento en los resultados, reducción de costos y una mejor experiencia para los pacientes.
- **Pagos basados en la población** significa que un proveedor o práctica es pagada para administrar la salud de personas específicas, y con ese pago, ellos luego pueden utilizar su juicio en referencia a que cuidado y apoyo necesita cada paciente, basado en su entendimiento y relaciones con el paciente. Los pagos basados en la población, media vez ellos sean pagados una cantidad específica de dólares por cada persona, generalmente suceden mensualmente, con frecuencia son referidos como “por miembro por mes (PMPM)” o “por beneficiario por mes”. La cantidad de dólares por

miembro/beneficiario es generalmente calculado por los actuarios utilizando fórmulas que consideran que tan enfermos están los pacientes y su historial del uso de recursos de cuidados médicos. Esto incluye el número de condiciones crónicas, la cantidad de medicamentos y el historial de hospitalizaciones y uso de departamentos de emergencias y, más recientemente, también considerando las necesidades sociales relacionadas con la salud.

- **Administración de la población**, cuando esto se practica a su mayor potencial, es entregado por un equipo diverso de personas guiados por un doctor quién tiene acceso a sistemas robustos de información y tiene relaciones sólidas con, y conocimiento de, sus pacientes, incluyendo conocimiento de sus familias, cultura y comunidad. Cuando las prácticas tienen los suficientes recursos para participar en una administración excelente de la población, ellos tienen un equipo comprensivo que puede que incluya a un asistente médico, trabajador social, administrador de cuidados, un trabajador comunitario de salud y un listado de subgrupos de pacientes. El personal de apoyo genera reportes para identificar cuáles pacientes necesitan ciertos servicios, estos tienen un rango de servicios relacionados con las exámenes recomendados y las inmunizaciones como parte de la prevención o los servicios apropiados para darle seguimiento a las condiciones crónicas. Aún más importante, los pagos basados en la población le permiten al proveedor, apoyado por un equipo fuerte de cuidados, a administrar el cuidado de aún más pacientes en un día que aquellos que son vistos en un modelo de pago por servicio.

## ***Temas claves***

### **Valores comunes a lo largo de todos los participantes:**

- Una reforma de pagos que incluya una oportunidad de dirigir más recursos a los cuidados primarios es visto positivamente.
- Pagando por resultados, ej., mejoramiento de salud y reducción de costos, a diferencia de pagar por la “actividad” (pago por servicio) es visto positivamente.
- Los cuidados primarios que están bien financiados y apoyados es central para ambos, cuidados médicos de alta calidad y pagos apropiados.
- Los cuidados primarios avanzados significan tener un enfoque en el paciente, no en la enfermedad, incluyendo el contexto de su entorno, familia y comunidad.
- Los cuidados primarios avanzados incluyen a un equipo robusto de personas atentas con entrenamiento diverso y habilidades trabajando de forma colaborativa para abordar a la prevención, el cuidado agudo, y las condiciones crónicas que incluyan la integración de la salud en el comportamiento y la atención a las necesidades sociales relacionadas con la salud, conocimiento de la salud, referencias de lenguaje y normas culturales.
- A la hora de considerar la reforma de pagos, es importante reconocer que los cuidados primarios tienen que lidiar con la complejidad.

- Para poder alcanzar una mejor salud, necesitamos abordar las necesidades subyacentes de la salud pública, incluyendo el abordar la raíz de las causas de enfermedades “hacia arriba”, y conectarse con los recursos comunitarios. Los cuidados médicos no pueden y no deberían de mejorar la salud por sí mismos.

### Perspectivas de los pagadores

- Los pagadores escuchan que los proveedores desean tener un alineamiento dentro de los planes de salud.
- Los pagadores están muy interesados en trabajar con otras aseguranzas en la alineación de medidas de calidad. Por lo menos a corto plazo, existirán algunos requisitos programáticos que pueda que limite su habilidad de alinearse exacta y completamente, pero existe la voluntad de moverse a esa dirección.
- La medida que ellos puedan, los pagadores quieren disminuir la carga administrativa. Nosotros necesitamos crear un sistema abrace a los proveedores de cuidados primarios y les ayude a hacer todas las cosas que necesitan hacer.
- Como una organización de salud, los pagadores quieren ser innovadores y útiles. Ellos quieren impulsar hacia la calidad en vez de la cantidad.
- Si nosotros podemos tener a una población más saludable, entonces las primas deberían de bajar debido a que el cuidado de las personas más saludables cuesta menos. Si nosotros podemos disminuir los costos de un empleador debido a que sus empleados son más saludables, entonces todos son felices.
- El mejoramiento de los resultados en los cuidados de salud en todo impulsa a una población más saludable a bajar los costos.
- La activación del paciente es crítica para el éxito.
- Los cuidados primarios que están contrarrestando los trechos existentes en el sistema de servicios humanos. Estos problemas se deben a las decisiones culturales que fueron hechos en nuestro país años atrás acerca de como los cuidados médicos debían de lucir. Mientras tanto, estamos experimentando patrones muy adversos en la salud pública. Hemos medicalizado todos nuestros problemas sociales. Los cuidados primarios están lidiando con mucho más de las cargas que otros lo están haciendo en otros países debido a la falta de inversión en los recursos sociales.

### Perspectiva de los pacientes

- Los pacientes quieren ser más que un número. Ellos quieren dignidad, amabilidad y compasión.
- El papeleo se ha apoderado de todo.
- Los pacientes desean tener una coordinación, para que cuando ellos lleguen para obtener cuidados las personas y los sistemas conozcan su historia. Ellos desean tener una mejor comunicación - entre los proveedores y también entre los proveedores y los pacientes.
- Al moverse hacia cuidados primarios avanzados, los pacientes quieren sentirse como que ellos tienen a un colaborador en su proveedor y equipo.

- Los pacientes no confían en su plan de salud o compañía de seguros. Los planes son tan complicados que es difícil entender que cubren y que no cubren.
- Las personas son muy sensibles a los precios.
- Se le debe de preguntar con más frecuencia a los pacientes “¿cómo estuvo su experiencia?”
- Se le debe de preguntar con más frecuencia a los pacientes “¿qué le importa a usted?” Y no “¿qué le está sucediendo?”
- Los pacientes se están acostumbrando y les gusta el cuidado provisto por equipos.

### Perspectiva de los proveedores en referencia a los cuidados primarios avanzados:

Los componentes esenciales que necesitan estar fomentados para poder entregar, y poder pagar, por los cuidados primarios avanzados:

- Pagos suficientes que les permita a los clínicos de cuidados primarios el ver a 18 pacientes por día en vez de 30 y tener un equipo robusto para poder tener un apoyo de coordinación de cuidados, abordar las necesidades sociales relacionadas con la salud y hacer un alcance proactivo apropiado para administrar la prevención y las condiciones crónicas.
- La integración de la salud del comportamiento es un fundamento esencial de los cuidados primarios avanzados.
- Es crítico el tener un equipo robusto con entrenamiento y habilidades diversas.
- El tener un apoyo de práctica transformadora es extremadamente beneficioso cuando se están haciendo cambios sustanciales y sustentables. Un facilitador de prácticas externo mantiene a la práctica enfocada y moviéndose hacia adelante. El aprendizaje entre compañeros y el compartir es bastante útil.
- Mida lo que importa - por ejemplo, la medida centrada en los cuidados primarios de Person, no una gran gama de medidas de calidad clínicas.
- Los datos de acción son necesarios; con preferencia una base de datos que agregue los datos a lo largo de múltiples fuentes para permitir que las prácticas de cuidados primarios puedan entender **fácilmente** a las experiencias de sus pacientes a lo largo de múltiples sectores - otros entornos de cuidados médicos, servicios humanos y organizaciones comunitarias. Incorporar intercambios de información de salud, como también, intercambios de información de salud social.
- Todos los pagadores necesitan proveer pagos prospectivos de administración de la población para garantizar los suficientes ingresos para poder construir y sustentar un enfoque de cuidado basado en un equipo robusto.
- Para reducir la carga administrativa y así hacer posible el entregar cuidados primarios avanzados, se necesita de un alineamiento de pagadores en las medidas, atribución y datos de acción entregados en un formato agregado útil.
- Los hospitales necesitan estar en la mesa, debido a que el 70% de los doctores en Colorado están empleados por un sistema de salud.

Una preocupación sobre los pagos basados en la población para las prácticas, es la de que ellos no pueden tomarse el riesgo de que el pago sea menos que el valor de la unidad relativa (RVU por sus siglas en inglés) generado por un pago por servicio. Las prácticas privadas necesitan suficientes pagos prospectivos para cubrir la gran mayoría, de preferencia todo, de sus pacientes y del trabajo extra consistente. Ellos necesitan poder contar con los pagos prospectivos que le pueden dar apoyo a la infraestructura incluya la integración de la salud del comportamiento y otros miembros del equipo, tales como, entrenadores de salud, trabajadores comunitarios de salud, trabajadores sociales y otros servicios esenciales de apoyo para poder entregar cuidados primarios avanzados, los cuales incluyen cuidados generales y comprensivos para la persona que aborden las necesidades sociales relacionadas con la salud. Es mucho más difícil para las prácticas privadas pequeñas el tener los recursos necesarios para poder proveer una administración de población y así abordar la prevención, condiciones crónicas y las necesidades sociales relacionadas con la salud.

En términos de medida, el sistema necesita evolucionar para tener medidas más significativas de los cuidados primarios. Las medidas actuales de calidad clínica están enfocadas exclusivamente para ser reflexivas del valor en los cuidados primarios. Éstos sirven un propósito de ayudar al equipo a mejorar la calidad y así proveer una administración de la población entre los subgrupos de pacientes, por ejemplo, aquellos con diabetes, hipertensión o asma. Hasta que el sistema evolucione a tener medidas más significativas, las clínicas abogaron rotundamente por la alineación y uniformidad de medidas.

Existe bastante entusiasmo por la idea de los pagos basados en la población que les permite a los doctores el tomarse 45 minutos a una hora con los pacientes complejos que necesitan el beneficio de un juicio clínico complejo, y ayudarle a otros con otras maneras de cuidados que pueda que sí o no involucre una visita a la práctica. Los pagos basados en la población les permite a la práctica el “tocar” y administrar el cuidado para muchos más pacientes en un día que si ellos fueran solamente compensados por ver al paciente y tener una diagnosis y un código por el servicio que proveyeron. Cuando ellos son pagados para administrar la salud de las personas, ellos pueden ser más responsivos hacia más personas. Por ejemplo, en un enfoque de pago por servicio, el “ver” de 25 a 30 pacientes, lo cual es lo que toma para poder ser financieramente viables, conlleva a la fatiga debido a que no es satisfactorio, los pacientes no se sienten como que recibieron el cuidado que merecen, y las visitas son tan cortas que hay poco tiempo para la conexión significativa con el paciente. Cuando existe un pago basado en la población, los proveedores pueden utilizar su discreción en cuáles pacientes necesitan tomarse más tiempo y cuáles pacientes estaría bien con solamente enviarles un texto breve y un enlace con la información y recursos. También les permite a los miembros del equipo de la práctica el proveer un alcance para administrar la prevención y el apoyo a condiciones crónicas.

### **Resultados de la evaluación:**

Evaluación del SMS: 53 respuestas totales  
35 respuestas de personas en persona (tasa de respuesta del 36%)

18 respuestas de personas que participaron virtualmente (índice desconocido, el número de participantes fue variable a lo largo del día)

El 100 % de las personas que participaron en persona indicaron que el Simposio había valido la pena.

El 67% de los participantes virtuales consideraron que el Simposio había valido la pena.

Todos los ponentes y mesas de debate obtuvieron respuestas muy positivas.

Las reuniones mixtas suponen un reto para los participantes virtuales; tenemos la oportunidad de mejorar su experiencia en futuros simposios.

Los comentarios de texto libre reafirmaron lo que hemos escuchado en las evaluaciones anteriores de los Simposios Multilaterales: hay un gran aprecio por la oportunidad de dialogar en las mesas entre proveedores, equipos de práctica y pagadores, con un aprecio adicional por el Simposio 2023 por contar con la participación de los pacientes, tanto en el panel como en las mesas.

A continuación figuran algunos de los comentarios que representaron el sentir de muchas respuestas a la pregunta: ¿Qué es lo que más apreció del Simposio?:

*El simposio tiene la idea correcta - un espectro diverso de proveedores y pagadores, junto con los contactos clave del gobierno de CMS y el Estado de CO. También tiene el formato correcto de tiempo para las presentaciones y creo que en general los temas correctos elegidos de la presentación.*

*Mesas interactivas, amplitud de ponentes, proveedores, pacientes. La presentación de los CMS, todo fue muy útil.*

*El tiempo en persona para establecer contactos entre el grupo de múltiples partes interesadas es realmente valioso.*

## **Próximos pasos**

La división de seguro será informada de las perspectivas de los participantes en el simposio de participantes múltiples conforme ellos colaboran con el Departamento de políticas de cuidados médicos y financiamiento, el departamento de personal y la colaborativa para la reforma de pagos para cuidados primarios para desarrollar y promulgar las reglas para los parámetros de

los modelos de pagos alternos para los servicios de cuidados primarios ofrecidos por medio de los planes de beneficios de salud. El simposio de participantes múltiples son útiles para promover el entendimiento y la colaboración entre todos los participantes: los pagadores (públicos y comerciales), los empleadores, proveedores, pacientes y organizaciones de prácticas transformadoras. Los simposios en el futuro son deseables, pero pueda que dependa de la disponibilidad de fondos. La colaborativa para la reforma de pagos de cuidados primarios continuará proveyendo un foro para la colaboración y así mover este trabajo importante hacia adelante.

# Apéndice. Detalles del simposio de participantes múltiples de 2023

23 de junio, 2023, 9:30am-3:00pm, Anschutz Medical Campus

Sede del simposio: Anschutz Health Sciences Center, 1890 N Revere Ct, Aurora, CO 80045

El simposio fue patrocinado por la división de seguros de Colorado con la financiación de la legislatura estatal (HB 22-1325)

Tiempo asignado	Tema de la agenda
9:00 – 9:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registración</b></li> <li>• <b>Café y conexiones</b></li> </ul>
9:30 – 9:50	<b>Visión para la alineación de múltiples pagadores para los cuidados basados en valores</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Representante Chris deGruy Kennedy</i></li> </ul>
9:50 – 10:15	<b>Haciendo que el cuidado sea primario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kate Davidson, LCSW CMS/CMMI, Directora de aprendizaje y difusión</i></li> <li>• <i>Sarah Fogler, PhD CMS/CMMI Directora del modelo de grupo de cuidado de pacientes</i></li> <li>• <i>Preguntas y respuestas</i></li> </ul>
10:15 – 10:30	Descanso
10:30-11:45	<b>Panel: Cuidados primarios avanzados: que es y cómo beneficia a los participantes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Moderador: Dr. Perry Dickinson, Programa de prácticas de innovación</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Plan de salud: Dr. Jonathan Sollender, Director médico, Anthem</i></li> <li>• <i>Empleador: Dr. Raymond Tsai, VP de cuidados primarios avanzados, grupo de negocios de compradores en salud</i></li> <li>• <i>Práctica familiar: Dr. Whitney Kennedy, Highlands Health for Life</i></li> <li>• <i>Práctica pediátrica: Dr. Lauren Luzietti, Every Child Pediatrics</i></li> <li>• <i>Paciente: Mari Plaza Munet</i></li> </ul> </li> </ul>
11:45 – 12:15	<b>Discusión de mesa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cuidados primarios avanzados: Perspectivas múltiples</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¿qué significa los cuidados primarios avanzados y como beneficia a cada grupo de los participantes?</li> </ul> </li> </ul>
12:15 – 1:15	Almuerzo
1:15 – 2:30	<b>Panel: Colaboración de pagadores alineados para el apoyo de los cuidados primarios avanzados</b> <b>Moderador: Ashlie Brown, Instituto de salud de Colorado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Pagador comercial: Patrick Gordon, CEO Rocky Mountain Health Plan</i></li> <li>• <i>Pagador público: Dr. Peter Walsh, Director médico principal Departamento de políticas de cuidados médicos y finanzas de Colorado</i></li> <li>• <i>Práctica familiar: Dr. Rick Vu, Mathews-Vu Medical Group</i></li> <li>• <i>Práctica pediátrica: Dr. Brian Gablehouse, Peak Pediatrics</i></li> <li>• <i>Paciente: Carol Pace</i></li> </ul>
2:30 – 3:00	<b>Discusión de mesa: consideraciones de múltiples perspectivas en referencia a los pagos basados en el valor</b>

<b>3:00 - 3:15</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Resumen</b></li> <li>• <b>Próximos pasos</b></li> <li>• <b>Conclusión</b></li> </ul>
--------------------	--

**Asistentes:**

- Participantes en persona (96)
- Personas que se registraron para tener una participación virtual (85)  
(La participación virtual fue variable durante todo el programa)

**Participantes en persona dividido por el tipo de participante:**

- Pacientes: (8)
- Proveedor/práctica: (36)
- Pagadores: 11 organizaciones, (21 personas)
  - Anthem
  - Carelon (RAE\* 2 and 4)
  - Center for Medicare and Medicaid Services (CMS/CMMI)
  - Colorado Access (RAE 3 and 5)
  - Colorado Association of Health Plans
  - Community Care Alliance (RAE 6 and 7)
  - CVS/Aetna
  - Health Care Policy and Finance
  - Humana
  - Rocky Mtn Health Plans (also RAE 1)
  - United Health Care
- Grupo de negocios de compradores en salud: 1
- Agencias estatales: 2
  - Departamento de salud pública en el ambiente de Colorado (1)
  - División de seguros (1)
- Organizaciones de prácticas transformadoras: 12
- Departamento de medicina familiar: Programa de prácticas de innovación: 12

**Otro: 4**

- Instituto de salud de Colorado (1)
- Sociedad médica de Colorado (1)
- Consultantes independientes (2)

RAE: entidad regional responsable:

Las RAEs son organizaciones bajo contrato con Health First Colorado, el programa de Medicaid de Colorado. Ellos son responsables de coordinar el cuidado de los miembros, garantizando que ellos estén conectados con cuidados primarios y de salud

del comportamiento, y desarrollando estrategias regionales para servir a los miembros de Health First Colorado.

### **Participantes virtuales (80)**

Asistentes por tipo de participantes:

- Legislador estatal: 1
- Proveedor/práctica: 53
- Pagador: 3
  - Asociación de planes de salud de Colorado (1)
  - Políticas y finanzas de cuidados médicos (1)
  - United Health Care (1)
  
- Empleadores 3
  - Asociación de planes de salud de Colorado (1)
  - Grupo de negocios de compradores en salud (1)
  - Boeing (1)

Organizaciones de prácticas transformadoras: 15

Consultantes de Deloitte: 5