



INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE ATENCIÓN MEJORADA (ECM) DE GOLD COAST HEALTH PLAN (GCHP) Y PREGUNTAS FRECUENTES CONTINUAS

P: ¿Cómo pueden los proveedores hacer preguntas continuas a GCHP acerca de ECM y CS?

R: GCHP creó el siguiente buzón de correo para preguntas de proveedores: calaimpr@goldchp.org. GCHP hará todo lo posible para responder a las preguntas enviadas al buzón dentro de los cinco días tras recibirse la pregunta.

P: ¿Con qué frecuencia actualizará GCHP estas preguntas frecuentes basándose en preguntas continuas relativas a ECM y CS?

R: GCHP actualizará estas preguntas frecuentes basándose en la recepción de preguntas continuas y recepción de directrices adicionales del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS, por sus siglas en inglés) del estado trimestralmente.

P: ¿Cuáles son los enlaces a todos los formularios relevantes de ECM y CS para el programa de ECM y CS?

R: Por favor, consulten los enlaces a todos los formularios relevantes de ECM y CS:

- [ECM Solicitud de Certificación de Proveedor - Inglés](#)
- [ECM Solicitud de Certificación de Proveedor - Español](#)
- [CS Solicitud de Certificación de Proveedor - Inglés](#)
- [ECM Solicitud de Certificación de Proveedor - Español](#)

P: ¿Ofrecerá GCHP capacitación para Proveedores de ECM y CS? Si es así, ¿cuándo se ofrecerá?

R: Sí. GCHP ofrecerá sesiones regulares de capacitación para proveedores de ECM y CS. Por favor consulte la página web de GCHP para futuras actualizaciones.

P: ¿Invitará GCHP a más organizaciones comunitarias (CBO, por sus siglas en inglés) para que sirvan como proveedores de ECM y CS?

R: Sí, en consonancia con las metas del DHCS de incrementar capacidad y acceso, GCHP invitará a más CBO a servir como proveedores de ECM y CS.

P: ¿Qué debe hacer una organización comunitarias si desea convertirse en el futuro en proveedor de ECM o CS?

R: Si una CBO desea convertirse en proveedor de ECM o CS, mande un correo electrónico a calaimpr@goldchp.org.



CÓMO CONVERTIRSE EN PROVEEDOR DE ECM

P: ¿Cómo puede un proveedor convertirse en proveedor de ECM?

R: Una entidad puede convertirse en proveedor de ECM completando una Solicitud de proveedor de ECM de GCHP. Por favor, consulten la ECM Solicitud de Certificación de Proveedor.

P: ¿Cuánto tiempo es necesario para convertirse en proveedor de ECM de GCHP?

R: El tiempo variará dependiendo en hasta qué punto esté completa la solicitud y completar con éxito el proceso de revisión de preparación de GCHP.

CÓMO SERVIR COMO PROVEEDOR DE ECM

P: ¿Tienen los proveedores de ECM obligación de servir a todas las poblaciones objetivo de ECM elegibles?

R: No. Los proveedores de ECM pueden servir a una o más de las poblaciones objetivo de ECM o a un subgrupo de poblaciones objetivo con las que tengan experiencia y conocimientos. El DHCS ha identificado siete “poblaciones objetivo” obligatorias para ECM. Los planes de salud deben identificar de forma proactiva y ofrecer ECM a sus miembros de altas necesidades y alto coste que cumplan los criterios de población objetivo. Estas poblaciones objetivo son:

1. Niños o jóvenes con necesidades complejas de salud física, del comportamiento o de desarrollo (por ejemplo, Servicios para Niños de California, cuidados de crianza, jóvenes con Síndrome de Alto Riesgo Clínico, o primer episodio de psicosis).
2. Personas que sufren indigencia o indigencia crónica, o que están en riesgo de convertirse en indigentes con condiciones complejas de salud y/o de salud de comportamiento.
3. Altos utilizadores con frecuentes ingresos hospitalarios, estancias en centros de enfermería especializada a corto plazo, o visitas a la sala de emergencia.
4. Personas en riesgo de institucionalización que sean elegibles para servicios de atención a largo plazo.
5. Residentes en centros de enfermería que quieren hacer transición a la comunidad.
6. Personas en riesgo de institucionalización que tienen condiciones de salud crónicas y concurrentes:
 - Enfermedad Mental Grave (SMI, por sus siglas en inglés, adultos);
 - Perturbaciones Emocionales Graves (SED, por sus siglas en inglés, niños y adultos) o
 - Trastorno por Consumo de Sustancias (SUD, por sus siglas en inglés).
7. Personas en transición desde cárcel que tienen necesidades complejas significativas físicas o de comportamiento que requieren una transición inmediata a la comunidad.



Preguntas Frecuentes a GCHP

Administración de Atención Mejorada y Apoyos Comunitarios

P: ¿Es necesario que los proveedores de ECM estén inscritos en Medi-Cal?

R: Sí. Los proveedores de ECM deben estar inscritos en Medi-Cal. Para más información sobre inscripción en Medi-Cal, visiten la [División de Inscripción de proveedores](#) (*Provider Enrollment Division*, PED por sus siglas en inglés).

P: ¿Qué es un intento de difusión para los propósitos de servicios de ECM?

R: Un intento de difusión es una interacción con un miembro remitido de GCHP que todavía no está inscrito en ECM pero que parece reunir los requisitos para ECM.

P: ¿Cómo deben los proveedores hacer seguimiento de los intentos de difusión?

R: Los proveedores deben hacer seguimiento de intento de difusión en el Registro Electrónico de Salud (EHR, por sus siglas en inglés).

P: ¿Cómo deben los proveedores tomar notas respecto de la atención que prestan?

R: Dependiendo del tipo de proveedor, las notas pueden variar. Los proveedores de ECM deben tener planes de atención integrados que prescriban metas, siguientes pasos, colaboraciones, etc. Todas las notas deben estar documentadas en el EHR bajo el plan de atención del miembro.

Es posible que algunos proveedores de CS, como las comidas médicamente adaptadas, no tengan planes de atención, sino que vayan actualizando a medida que se prestan los servicios. Los proveedores de atención de recuperación deben documentar el estado del miembro y la necesidad de apoyos continuados. Si un miembro está recibiendo ECM y CS, los servicios de CS no solo deben estar documentados por el proveedor de CS, sino que también deben incluirse en el plan de atención de ECM del miembro y se les debe hacer seguimiento como parte de su tratamiento / apoyo general.

P: ¿Cómo gestiona GCHP la Lista de Participación Dirigida (TEL, por sus siglas en inglés)?

R: GCHP extrae las listas de participación dirigida mediante minería de datos, utilizando datos de utilización, datos de encuentros, códigos ICD y determinantes sociales de datos de salud. La lógica de informes se crea mediante una colaboración mediante equipos de datos y clínicos y basándose en directrices del DHCS.

P: ¿Con qué frecuencia actualiza GCHP la TEL?

R: Mensualmente.



Preguntas Frecuentes a GCHP

Administración de Atención Mejorada y Apoyos Comunitarios

- P:** Si GCHP remite a un miembro a un proveedor de ECM, ¿qué debe hacer el proveedor antes de comunicarse con el miembro de GCHP?
- R:** El proveedor de ECM debe ofrecer difusión y evaluación inicial para garantizar que el miembro cumple los criterios del programa de ECM. Esto se financia a través de códigos de difusión. Una vez que está completa la evaluación, el proveedor de ECM presenta una solicitud de autorización para la revisión / aprobación de servicios de ECM.
- P:** Si GCHP remite a un miembro a un proveedor de ECM, ¿puede asumir el proveedor que GCHP ha comprobado que el miembro reúne los requisitos?
- R:** El proveedor de ECM puede asumir que GCHP ha comprobado la elegibilidad para Medi-Cal y posible elegibilidad basándose en la información que tiene el plan. Sin embargo, puede que esto no garantice que el miembro sea elegible para nivel de atención de ECM o lo necesite.
- P:** ¿Tiene en algún caso el proveedor de ECM que comprobar la situación de elegibilidad de un miembro de GCHP?
- R:** No, si el proveedor de ECM recibe la información del miembro de una remisión de GCHP o de listas de Difusión Dirigida, el miembro será elegible para GCHP. En algunas circunstancias inusuales, es posible que el miembro pierda la elegibilidad entre el momento en que se elaboraron las listas o se envió la remisión.
- P:** ¿Tiene GCHP una plantilla de plan de atención que puedan usar los proveedores de ECM?
- R:** GCHP tiene requisitos de lo que debe contener un plan de atención, pero los proveedores tienen la capacidad de documentar estos dentro de la estructura del EHR existente. Si un proveedor necesita ayuda o desea orientación, el equipo de Gestión de Atención de GCHP tiene materiales de asistencia técnica para apoyar el desarrollo del plan de atención.
- P:** ¿Permite GCHP a los proveedores de ECM hacer remisiones a proveedores de Servicios Comunitarios?
- R:** Sí.
- P:** ¿Pueden los proveedores de ECM hacer remisiones a cualquier otro proveedor de Medi-Cal en nombre del miembro?
- R:** Esto depende de qué tipo de proveedor. Los proveedores de ECM pueden remitir a los miembros a apoyos y servicios adicionales, y si es necesario, apoyar al miembro para cambiar de proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés). Sin embargo, será el PCP asignado al miembro el que será el punto de contacto para cualquier remisión a especialistas.



Preguntas Frecuentes a GCHP

Administración de Atención Mejorada y Apoyos Comunitarios

P: ¿Puede un proveedor de ECM hablar con un familiar y hacer que eso cuente como un encuentro mensual?

R: Si el familiar es el representante autorizado y el proveedor de ECM va a hablar de asuntos del plan de atención durante esa llamada, el proveedor de ECM puede contar la llamada como encuentro mensual.

P: ¿Puede un Trabajador de Salud Comunitaria actuar como director de un Plan de Atención Individualizada?

R: Según directrices del DHCS, los Trabajadores de Salud Comunitaria (CHW, por sus siglas en inglés) están autorizados para actuar como Administrador Director de Atención de ECM para el beneficio de ECM. Esto incluye desarrollar y mantener el Plan de Atención Individualizada (ICP, por sus siglas en inglés) del miembro para ECM.

P: ¿Qué exige GCHP en el plan de atención?

R: Según las [directrices del DHCS](#), las actividades del servicio básico de Evaluación General y Plan de Gestión de Atención deben incluir, sin limitarse a ello:

1. Interactuar con cada miembro autorizado para recibir ECM principalmente mediante contacto en persona.
2. Cuando no esté disponible la comunicación en persona o no cubra las necesidades del miembro, el proveedor de ECM debe usar métodos alternativos (incluyendo uso innovador de telesalud) para ofrecer comunicación accesible y culturalmente apropiada de acuerdo con la elección del miembro. Las preguntas actuales de servicios y apoyos a largo plazo (LTSS, por sus siglas en inglés) son las establecidas en [APL 17-013](#).
3. Identificar los recursos clínicos y no clínicos necesarios que puedan ser necesarios para evaluar adecuadamente el estado de salud y las carencias de atención del miembro, y puedan ser necesarios para informar el desarrollo de un Plan de Gestión de Atención individualizado.
4. Desarrollar un plan de atención completo, individualizado y centrado en la persona, con aportaciones del miembro y/o de su(s) familiar(es), tutor, representante autorizado, cuidador y/u otra(s) persona(s) de apoyo autorizada(s) según sea apropiado, para evaluar fortalezas, riesgos, necesidades, metas y preferencias y hacer recomendaciones para necesidades de servicio.
5. En el plan de atención del miembro, incorporar las necesidades identificadas y estrategias para abordar dichas necesidades, incluyendo, sin limitarse a ello, salud física y del desarrollo, salud mental, demencia, trastorno por consumo de sustancias, LTSS, salud bucal, cuidados paliativos, servicios necesarios sociales y basados en la comunidad, y vivienda.
6. Asegurarse que se vuelve a evaluar al miembro con una frecuencia apropiada para los avances y cambios de necesidades individuales del miembro y/o según se identifique en el Plan de Administración de la Atención. No hay una reevaluación anual obligatoria para los miembros.
7. Asegurarse que el Plan de Administración de la Atención se revisa, mantiene y actualiza bajo la supervisión clínica apropiada.



Preguntas Frecuentes a GCHP

Administración de Atención Mejorada y Apoyos Comunitarios

P: ¿Cuándo exige GCHP que se actualice el Plan de Atención?

R: El plan de atención es un documento de trabajo entre el proveedor de ECM y el miembro y, como tal, debe reflejar las necesidades continuas y los cambios en las necesidades del miembro y el progreso hacia las metas mientras que el miembro esté recibiendo servicios de ECM.

CÓMO RECIBIR PAGO DE GCHP POR SERVICIOS DE ECM

P: ¿Cómo deben los proveedores de ECM presentar reclamos para difusión fallida y exitosa?

R: El contrato entre el Proveedor de ECM y GCHP abordará el pago. Como requisito del DHCS, todas las necesidades de difusión deben presentarse mediante facturación (reclamo o factura) y en el archivo de informe de Seguimiento de Difusión Inicial (*Initial Outreach Tracker*, IOT por sus siglas en inglés).

P: ¿Cómo documenta un Proveedor de ECM intentos de difusión sin respuesta para pacientes inscritos, si los hay?

R: El contrato entre el Proveedor de ECM y GCHP abordará el pago. Como requisito del DHCS, todas las necesidades de difusión deben presentarse mediante facturación (reclamo o factura) y en el archivo de informe del IOT.

P: ¿Cuáles son los pasos obligatorios que deben seguir los proveedores de ECM para recibir pagos?

R: El Contrato entre el Proveedor de ECM y GCHP abordará el pago. Como requisito del DHCS, todas las necesidades de difusión deben presentarse mediante facturación (reclamo o factura) y en el archivo de informe del IOT.

P: ¿Deben los proveedores de ECM reportar todos los intentos de difusión en el reclamo y en el informe?

R: Sí.