

Objetivo de este documento

Publicamos una reseña de calidad para cada Plan de salud calificado (QHP, por su sigla en inglés) de Colorado en Connect for Health Colorado. La reseña le dará información acerca de las estadísticas, acreditación de planes de salud, mediciones de calidad clínica (de atención médica), experiencia del asegurado (satisfacción del asegurado) y administración del plan (eficiencia, accesibilidad y manejo); esta información le permitirá a usted comparar planes de salud cuando busque cobertura de seguro.



Anthem

Estadísticas de la compañía

FUNDADA EN:
1938

SITIO WEB:
anthem.com

ÁREA DE COBERTURA:

Abarca todo el estado de Colorado

El área de cobertura es la zona en donde un plan del seguro de salud acepta asegurados.

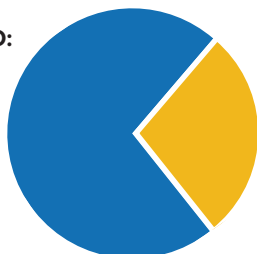
MEMBRESÍA EN COLORADO EN 2024:

Asegurados individuales: 89,179

Cuota mercado de Colorado

PARTICIPACIÓN DE MERCADO EN 2024 EN CONNECT FOR HEALTH COLORADO:

El porcentaje de la participación total de mercado se basa en los planes de salud calificados que se ofrecen en Connect for Health Colorado.



28.11%

Resumen de la compañía

Usted y su familia merecen beneficios de salud en los que puedan confiar para respaldar su bienestar en general. Anthem es **reconocido como el plan de salud en Colorado con la mejor experiencia del cliente.**¹ Somos el único plan que cubre todos los condados de Colorado. **El 98.6% de los reclamos en Colorado se pagan en los niveles de los beneficios dentro de la red.**²

Con un plan de Anthem, usted tendrá acceso a una variedad de beneficios, que incluyen opciones de atención virtual que le conecta directamente a la atención desde cualquier lugar con un teléfono inteligente, una tableta o una computadora con cámara. Tendrá la posibilidad de reunirse con un médico certificado a través de video o de chat con poco tiempo de espera.³

La experiencia importa en el cuidado de la salud. Anthem ha defendido la salud preventiva e integral de Colorado desde 1938. Usted puede sentirse confiado en que podemos conectarle con el mejor plan de salud individual y familiar para sus necesidades y su presupuesto.

¹ Becker's Payer Issues (29 de mayo de 2024): [beckerspayers.com/payer/j-d-powers-top-ranked-health-plans-for-customer-experience-2024.html](https://www.beckerspayers.com/payer/j-d-powers-top-ranked-health-plans-for-customer-experience-2024.html).

² Análisis de operaciones comerciales de la red de Anthem, agosto de 2025.

³ LiveHealth Online, datos internos de 2023.



Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR)

La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio requiere que las compañías de seguros expliquen cuánto del dinero que usted paga por sus primas se destina a servicios médicos y mejoramiento de la calidad. Esto se denomina tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos (MLR, por su sigla en inglés). La Ley también requiere que las compañías de seguros proporcionen un reembolso parcial si no llegan a la MLR mínima del 80% para planes individuales y de grupos pequeños. Esto limita la cantidad que las compañías de seguros destinan a cosas como ganancias, salarios de ejecutivos y otros gastos generales.

Tasa de pérdidas para la industria de seguros médicos en 2023*

Costos de la atención al paciente en plan individual:

78.7%



*Si una MLR es mayor del 100%, esa compañía de seguros gastó más en la atención médica de lo que recibió en dólares por las primas. *La información de MRL en 2025 aún no está disponible.*

Acreditación

La acreditación tiene lugar cuando una organización imparcial revisa las operaciones de una compañía para asegurarse de que cumple con las normas nacionales.

Acreditación de producto del Mercado

Acreditación: acreditación del plan de salud del NCQA (HMO del Mercado)

El Comité Nacional de Control de Calidad (NCQA) es una organización independiente sin fines de lucro que analiza e informa de la calidad de los programas relacionados con la salud.

Estado de la acreditación: acreditado

Acreditado significa que los programas de la organización para el servicio y la calidad clínica cumplen con los requisitos básicos de protección al consumidor y mejoramiento de la calidad. "Acreditado" es el mejor estado posible para los planes del Mercado.



Comprender las diferencias

Los planes del Mercado de seguro de salud tienen diferentes primas y costos de desembolso, además de que la calidad de los servicios y los beneficios que ofrecen también pueden ser diferentes. Al elegir un plan de salud, es importante comprender y tener en cuenta estas diferencias. Para ayudarle a decidir qué plan es el adecuado para usted, mostramos las "calificaciones de calidad" calculadas con la información que los planes de salud proporcionan cada año. Estas calificaciones se basan en la experiencia del asegurado y en la calidad de los servicios de atención médica. Todas las calificaciones de los planes de salud se calculan de la misma manera y usando la misma fuente de información. La información se obtiene de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (parte del Departamento de Servicios Humanos y de Salud de EE. UU.) usando los datos proporcionados por los planes de salud en 2025. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en el sitio web federal: www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/ACA-MQI/Quality-Rating-System/About-the-QRS.html

La calificación en estrellas le brinda una imagen instantánea de cómo se compara la calidad de cada plan de salud con la de los demás planes en Colorado y en todo el país. La calificación en estrellas ofrece información objetiva acerca de la forma en que los planes de salud se desempeñan en el Mercado. Dado que cada plan que se ofrece está calificado de la misma manera, es fácil comparar su calidad.

Sistema de calificaciones de calidad: calificación global



Cada plan de salud calificado tiene una calificación de calidad "general" de 1 a 5 estrellas (con 5 como la calificación más alta). Esta calificación se basa en tres categorías: la atención médica, la experiencia del asegurado y la administración del plan de salud. Cada una de estas categorías también tiene su propia calificación de entre 1 y 5 estrellas. Una calificación de 3 estrellas significa que un plan de salud se considera dentro del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado en todo el país. Una calificación mayor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un mejor desempeño que el promedio en comparación con los planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación menor de 3 estrellas significa que el plan tuvo un desempeño por debajo del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado en un año determinado. Una calificación en estrellas no es una imagen completa de los tipos de servicios y atención que un plan de salud ofrece. Las calificaciones pueden cambiar año con año debido a la información que los planes de salud proporcionan o debido a cambios en la forma en que se calculan las calificaciones.

Importante: Las calificaciones se calculan en una escala de 5 años y pueden cambiar de un año al siguiente. En algunos casos, como cuando los planes son nuevos o tienen un bajo nivel de inscripción, las calificaciones no están disponibles. Eso no significa que los planes sean de baja calidad.

Sistema de calificaciones de calidad: indicadores sintéticos



Atención médica

Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica y sobre los resultados de exámenes de sangre y de radiografías (más detalles en la página 4).



Experiencia del asegurado

Qué tan fácil es obtener la atención que necesita cuando la necesita, y cómo califican otros asegurados del plan a sus médicos y el servicio que reciben (más detalles en la página 5).



Administración del plan

Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria (más detalles en la página 6).

Detalles Adicionales: Encontrará más medidas detalladas en cada plan de salud calificado (QHP). Puede encontrar estas medidas adicionales en los apéndices. También puede buscar, comparar y elegir proveedores, hospitales y otros centros de atención médica usando las herramientas del sitio web federal: www.healthcare.gov/find-provider-information



Anexo 1: Manejo de la calidad clínica

A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la atención médica.

Atención médica



Qué tan bien los médicos, los hospitales y otros miembros de la red del plan mejoran o mantienen la salud de los asegurados mediante exámenes de detección adecuados, vacunas y otros servicios básicos, y qué tan informados y actualizados están sus médicos sobre su estado de atención médica y sobre los resultados de exámenes de sangre y de radiografías.

La atención médica incluye:

- Estado de vacunación en adultos
- Monitoreo anual para personas en terapia con opiáceos a largo plazo
- Manejo de medicamentos antidepresivos
- Tratamiento apropiado para infecciones de las vías respiratorias altas
- Tasa de uso de medicamento para el asma
- Evasión de tratamientos de antibióticos para bronquitis/bronquiolitis aguda
- Exámenes para detectar cáncer de mama
- Examen de detección de cáncer cervical
- Visitas de atención preventiva para niños y adolescentes
- Estado de vacunación en la infancia (combinación 10)
- Pruebas para detectar clamidia en mujeres
- Exámenes para detectar cáncer colorrectal
- Control de la hipertensión arterial
- Exámenes de depresión y seguimiento para adolescentes y adultos
- Examen de la vista para pacientes con diabetes
- Seguimiento después de hospitalización por enfermedad mental (seguimiento de 7 días y de 30 días)
- Evaluación del estado de la glucemia para pacientes con diabetes: estado de la glucemia >9.0%
- Vacunación para adolescentes (combinación 2)
- Inicio y participación en el tratamiento para el trastorno de abuso de sustancias
- Monitoreo del índice internacional normalizado para individuos que usan warfarina
- Evaluación de la salud del riñón para pacientes con diabetes
- Asistencia médica para dejar de fumar y consumir tabaco
- Evaluación oral, servicios dentales
- Readmisiones por todas las causas del plan
- Atención prenatal y posparto (atención posparto)
- Atención prenatal y posparto (puntualidad de la atención prenatal)
- Proporción de días cubiertos (todos los tipos de diabetes)
- Proporción de días cubiertos (antagonistas de RAS)
- Proporción de días cubiertos (estatinas)
- Uso de estudios de imagen para el dolor de la espalda baja
- Valoración de peso y consejería de nutrición y actividad física para niños y adolescentes
- Visitas de atención preventiva para niños durante los primeros 30 meses de vida

Importante: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2025. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2026. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings.



Anexo 2: Experiencia del asegurado

A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la experiencia del asegurado.

Experiencia del asegurado



Qué tan fácil es obtener la atención que necesita cuando la necesita, y cómo califican otros miembros del plan a sus médicos y el servicio que reciben.

La experiencia del asegurado incluye:

- Acceso a la atención médica
- Coordinación de la atención médica
- Calificación de toda la atención médica
- Calificación de los médicos principales
- Calificación del especialista

Importante: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2025. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2026. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings.



Anexo 3: Rendimiento, accesibilidad y manejo del plan

A continuación, encontrará las medidas detalladas que se usan para asignar la calificación con estrellas a la eficiencia, la accesibilidad y el manejo o la administración del plan.

Administración del plan



Si el plan coordina la atención que los asegurados reciben de diferentes proveedores y qué tan bien el plan proporciona acceso a la información necesaria.

La administración del plan incluye:

- Tratamiento apropiado para infecciones de las vías respiratorias altas
- Evasión de tratamientos de antibióticos para bronquitis/bronquiolitis aguda
- Uso de estudios de imagen para el dolor de la espalda baja
- Acceso a la información
- Administración del plan
- Calificación del plan de salud

Importante: Las calificaciones de calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado los calculan los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) con datos que proporcionaron los planes de salud en 2025. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2026. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings.

Quejas confirmadas

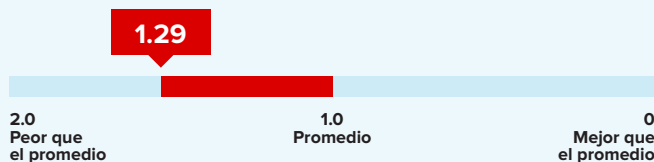
104

Las personas presentan quejas a la División de Seguros (DOI) de Colorado por cosas como el manejo de reclamos, la cancelación de una póliza o el reembolso de una prima.

En una “queja confirmada”, la DOI decidió que la compañía de seguros no cumplía con la ley o el reglamento de seguros del estado, lo que es requisito federal, o con los términos y condiciones de una póliza o un certificado de seguro que había vendido. Quienes presentan quejas confirmadas son personas pertenecientes a grupos de todos los tamaños, no solo de planes individuales como los que ofrecemos en Connect for Health Colorado.

Índice de quejas del consumidor

El índice de quejas muestra con qué frecuencia las personas se quejan de su compañía de seguros de salud comparada con otras compañías. Estos números se ajustan al tamaño de la compañía y a cuántos asegurados tiene en Colorado. El índice de quejas equivale al número total de quejas de una compañía dividido entre el ingreso total de las primas de un producto de seguro específico. El promedio es 1.0. Un índice superior a 1.0 significa que más personas se quejaron sobre **Anthem Blue Cross and Blue Shield** en comparación con otras compañías.



Fuente: 2024 Colorado DORA Division of Insurance Online Complaint Report (informe de quejas en línea de la División de Seguros del Departamento de Agencias Reguladoras [DORA] de Colorado de 2024)