Objetivo de este documento

Publicamos una reseña de calidad para cada plan de salud calificado (QHP) de Colorado en Connect for Health Colorado. La reseña le dará información sobre estadísticas de la compañía, acreditación del plan de salud, medición de la calidad clínica (atención médica), experiencia del asegurado (satisfacción del asegurado) y administración del plan (rendimiento, accesibilidad y manejo) para que usted pueda comparar los planes de salud al momento de adquirir su cobertura del seguro.



KAISER PERMANENTE®

Estadísticas de la compañía

FUNDADA EN:
1945

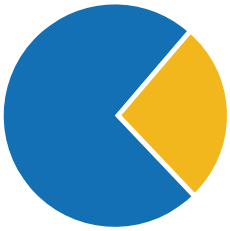
SITIO WEB:
kp.com

ÁREA DE COBERTURA:
Denver/Boulder, norte de Colorado, Colorado Springs y Pueblo
El área de cobertura es la zona en donde un plan del seguro de salud acepta asegurados.

ASEGURADOS EN COLORADO EN 2025:
Asegurados individuales: 74,147

Participación de mercado en Colorado

PARTICIPACIÓN DE MERCADO EN 2025 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.



26.74%

Resumen de la compañía

Kaiser Permanente ha ofrecido atención médica y cobertura de alta calidad por más de 50 años en Colorado. Combinamos atención y cobertura en un sistema integrado de prestación de atención, lo que nos diferencia de otros planes de salud. Sus médicos particulares y el equipo de atención están conectados entre ellos a través de su registro de salud electrónico, lo que ofrece una experiencia de atención sin interrupciones.

Usted obtendrá una atención preventiva, primaria y especializada de primer nivel de parte de los equipos de expertos, quienes se toman el tiempo para conocerle. Nuestros asegurados tienen más maneras de obtener atención a través de servicios en persona y virtuales, como el acceso a la salud mental y el apoyo de bienestar. Visite kp.org/co para obtener más información sobre cómo funciona Kaiser Permanente para mantener saludables a usted y a su familia.

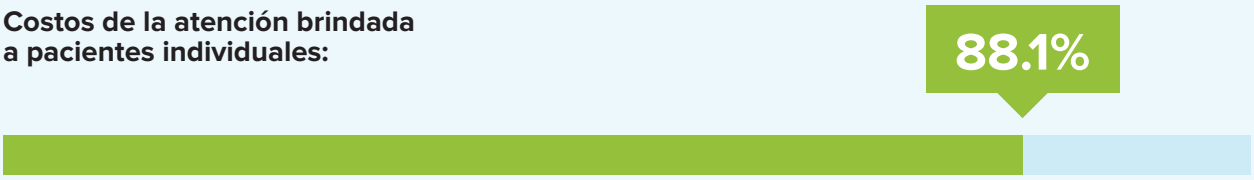
KAISER PERMANENTE®

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

La Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio exige 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). Esta ley también exige que las compañías de seguros proporcionen un reembolso parcial si no alcanzan 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 2024*

Costos de la atención brindada a pacientes individuales:



*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 la MLR en 2026 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 por el NCQA (plan 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.

KAISER PERMANENTE®

Comprender las diferencias

Los planes del Mercado de seguros 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 Servicios de Medicare y Medicaid (parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 idea general 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 el plan de salud se considera dentro del promedio en comparación con otros planes de salud del Mercado de 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 sus resultados de exámenes de sangre y 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).

Anexo 1: Manejo de la calidad clínica

A continuación, encontrará los datos de medición específicos 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 sus resultados de exámenes de sangre y radiografías.

La atención médica incluye:

- Tasa de uso de medicamentos para el asma
- Evaluaciones de depresión y seguimiento para adolescentes y adultos (según el ECDS)
- Seguimiento después de hospitalización por enfermedad mental (seguimiento de 7 días y de 30 días)
- Inicio y participación en el tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias
- Control de la presión arterial alta
- Proporción de días cubiertos (antagonistas de RAS)
- Proporción de días cubiertos (estatinas)
- Examen de la vista para pacientes con diabetes
- Evaluación del estado de la glucemia para pacientes con diabetes: estado de la glucemia >9.0%
- Evaluación de la salud del riñón para pacientes con diabetes
- Proporción de días cubiertos (todos los tipos de medicamentos para diabetes)
- Readmisiones por todas las causas del plan
- Exámenes para detectar cáncer de mama (según el ECDS)
- Exámenes para detectar cáncer colorrectal (según el ECDS)
- Atención prenatal y posparto (atención posparto)
- Atención prenatal y posparto (puntualidad de la atención prenatal)
- Exámenes para detectar clamidia
- Asistencia médica para dejar de fumar y consumir tabaco
- Estado de vacunación en adultos (según el ECDS)
- Evaluación oral, servicios dentales
- 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
- Control de la presión arterial para pacientes con hipertensión (según el ECDS)
- Examen de detección de cáncer cervical (según el ECDS)
- Consultas de atención preventiva para niños y adolescentes
- Estado de vacunación en la infancia (según el ECDS) (combinación 10)
- Vacunación para adolescentes (según el ECDS) (combinación 2)

Importante: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

Anexo 2: Experiencia del asegurado

A continuación, encontrará los datos de medición específicos 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
- Experiencia del afiliado con el costo
- Calificación de toda la atención médica
- Calificación de los médicos principales
- Calificación del especialista

Importante: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. 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 los datos de medición específicos que se usan para asignar la calificación con estrellas al rendimiento, 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 adecuado 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: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2026. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2027. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: www.healthcare.gov/quality-ratings

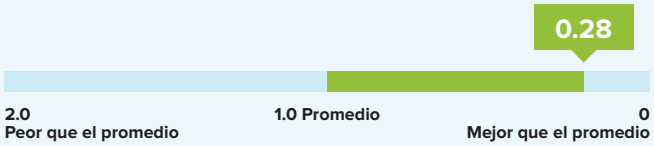
Quejas confirmadas

39

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 cumplió con la ley o el reglamento de seguros del estado, con un requisito federal o con los términos y condiciones de una póliza o un certificado de seguro que vendió. Las quejas confirmadas provienen de 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 en comparación 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 menor a 1.0 significa que menos personas se quejaron sobre **Kaiser Permanente** en comparación con otras compañías.



Fuente: *2025 Colorado DORA Division of Insurance Online Complaint Report*