



## ÁREA DE OPERACIONES CLÍNICAS

### INFORME TRANSICIÓN 2020-2024



Aprobado por:

Milagros Soto Mejía  
Directora

Roxanna K. Rosario Serrano, BHE, MS  
Directora Ejecutiva

Fecha: Sept. 2024

## Contents

ÁREA DE OPERACIONES CLÍNICAS .....	3
ORGANIGRAMA .....	4
ASUNTOS CLÍNICOS .....	5
<b>Vigilancia de utilización y servicios clínicos</b> .....	7
<b>Proyectos Especiales</b> asignados al Área de Asuntos Clínicos: .....	8
<b>Logros en Área de Asuntos Clínicos</b> .....	10
<b>Programa de Servicios Especializados en Neumología para Niños con Ventiladores</b> .....	12
<b>Proyectos de Manejo de Emergencias de Salud</b> .....	13
<b>Apoyo a comités y organizaciones</b> .....	13
ESTADÍSTICAS .....	14
<b>Federally Qualified Health Centers (FQHC)</b> .....	15
<b>Cambios y mejoras al Reporte de Actividades de Reclamaciones:</b> .....	17
<b>Retos</b> .....	17
<b>Estadísticas (Logros)</b> .....	18
<b>Procedimientos Específicos</b> .....	20
FARMACIA .....	20
<b>Cubierta de Farmacia</b> .....	21
<b>Formulario de Medicamentos</b> .....	22
<b>Programa de Descuentos de Medicamentos (Rebates)</b> .....	22
<b>Comité de Farmacia y Terapéutica (P&amp;T)</b> .....	24
<b>Comité Financiero de Farmacia (PBFC)</b> .....	24
<b>Revisión de Utilización de Drogas (DUR)</b> .....	25
<b>MMIS- Fase III – Pagos Suplementarios</b> .....	25
<b>Logros</b> .....	26
CALIDAD.....	27
Reportes del Área de Calidad.....	27
ANEJOS.....	31

## ÁREA DE OPERACIONES CLÍNICAS

El Área de Operaciones Clínicas está dividida en varias secciones, cada una con sus propias funciones, las cuales se detallan a lo largo de este informe:

- **Asuntos Clínicos (Salud Física y Salud Mental)**
- **Estadísticas**
- **Farmacia**
- **Calidad**

### Visión, Misión, y Valores

#### Visión

Administración y fiscalización pertinente y oportuna para que los servicios sean de calidad y accesibles bajo un concepto de "value based" centrado en el beneficiario y con un mayor apoyo al proveedor.

#### Misión

Dirigir eficientemente la negociación, implementación y fiscalización de los modelos de servicios de salud aplicables al mejoramiento de la salud del país, fomentando la educación hacia la prevención y sustentando el cuidado coordinado que traigan una cultura de mejoramiento continuo, ágil, sensible, diligente y competitiva. Establecer los más rigurosos estándares de salubridad para el control de enfermedades haciendo de la práctica de la medicina una accesible y efectiva, vigilando la existencia inclusiva y amplia de proveedores de servicios y socios de negocio que garanticen el modelo de servicios transparente y de excelencia.

#### Valores

En la ASES estamos comprometidos con brindar servicios a todos nuestros clientes, fundamentados en los siguientes valores:

Calidad  
Compromiso  
Empatía  
Equidad  
Excelencia  
Inclusivo  
Integridad  
Transparencia

Estos valores caracterizan el desempeño de cada empleado de ASES al brindar sus servicios al pueblo puertorriqueño, demostrando como servidores públicos su compromiso con el bienestar de su país.

<https://www.ases.pr.gov/sobre-ases#ASES>

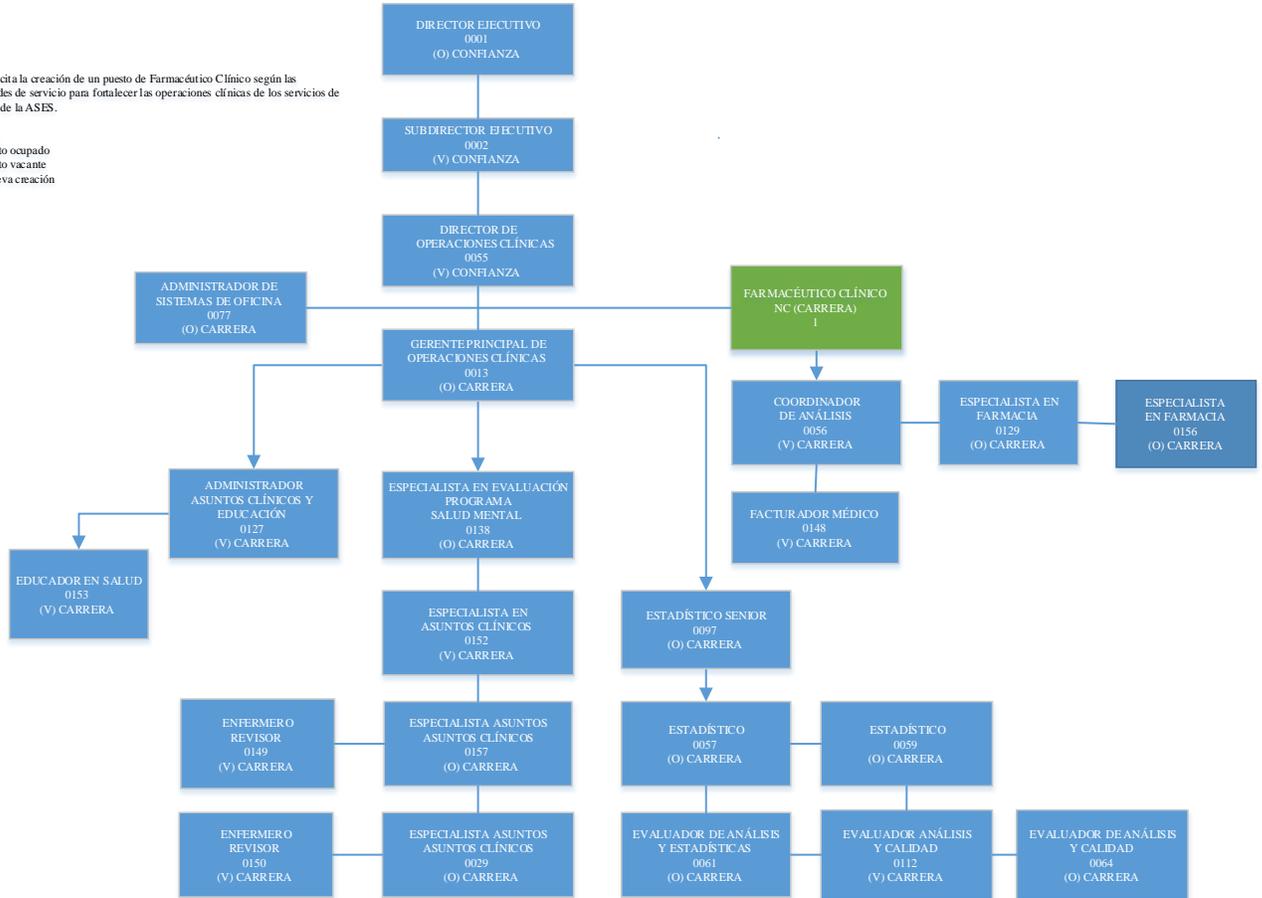
# DIAGRAMA ORGANIZACIONAL ÁREA DE OPERACIONES CLÍNICAS

**Notas:**

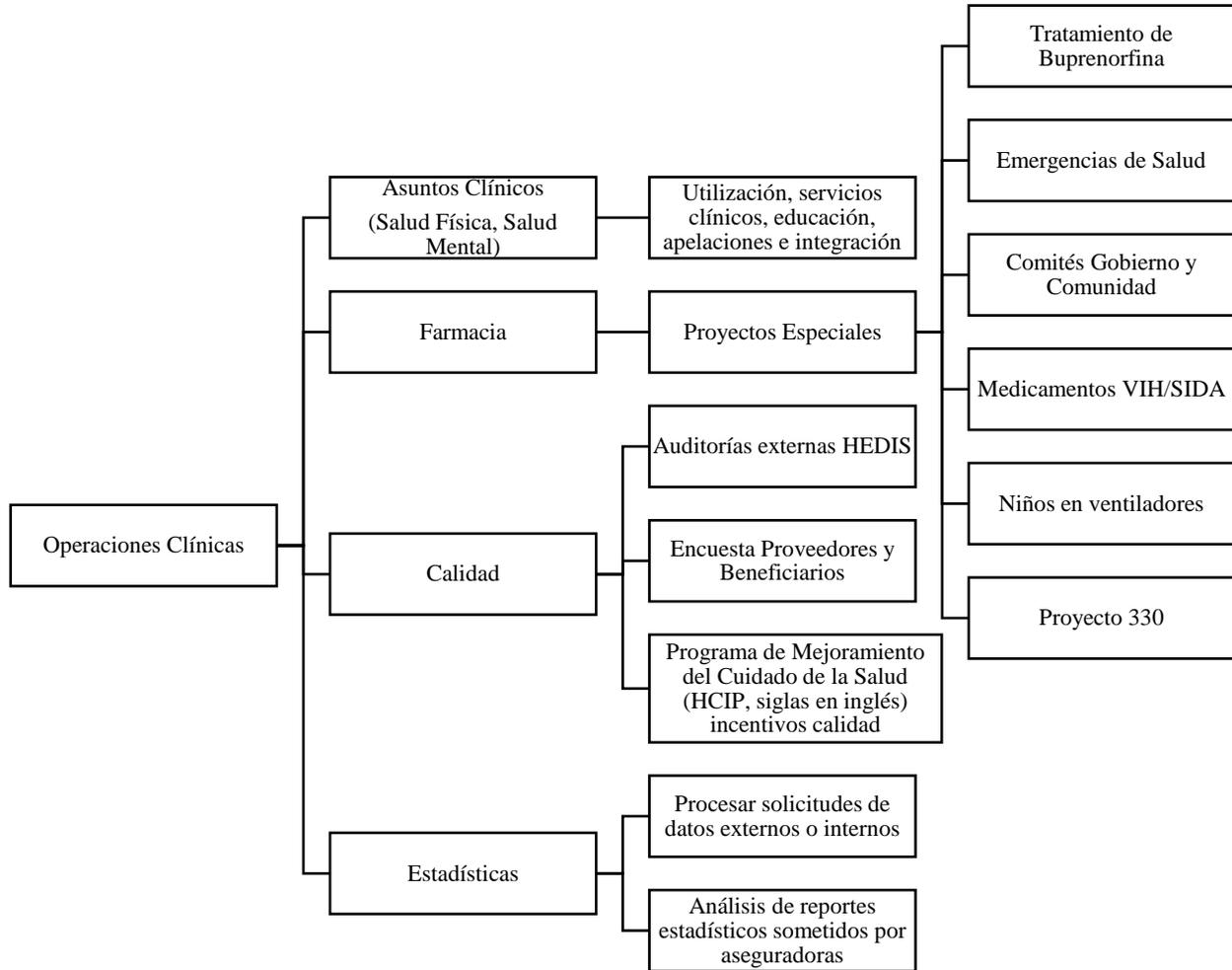
1. Se solicita la creación de un puesto de Farmacéutico Clínico según las necesidades de servicio para fortalecer las operaciones clínicas de los servicios de farmacia de la ASIES.

**Leyenda:**

(O)-puesto ocupado  
(V)-puesto vacante  
(NC)-nueva creación



## ORGANIGRAMA OPERACIONAL



### ASUNTOS CLÍNICOS

El Área de Asuntos Clínicos es la encargada de apoyar al Director Ejecutivo en la actualización de la cubierta de servicios del Plan de Salud del Gobierno (PSG), actualmente conocido como Plan Vital, conforme a los requerimientos de la legislación federal, estatal y del contrato de servicios establecido con el gobierno federal mejor conocido como el Plan Estatal del Programa Medicaid (*State Plan*). Además, maneja todos los asuntos relacionados con la prestación de servicios de salud física y salud mental considerando el modelo de prestación de servicios en la que está esbozado el Plan de Salud del Gobierno, el modelo de Manejo de Cuidado Coordinado o “Manage Care” según las disposiciones del Código de Regulación Federal (*42 CFR Part 438-Managed Care*) guiado con un enfoque clínico y de calidad. Esta responsabilidad incluye, pero no se limita, a:

- Apoya a la Oficina del Programa Medicaid con las enmiendas al Plan Estatal del Programa Medicaid (“State Plan”) la cual es la base de la cubierta de servicios ofrecida a los beneficiarios del PSG, actualmente llamado Plan Vital.
- Desarrolla, actualiza y hace cumplir las políticas de atención clínica que se desarrollan en el departamento, y que la prestación de los servicios se brinde conforme a las mejores prácticas clínicas, basadas en evidencia científica y apoyadas pero no limitadas a las guías clínicas establecidas y vigentes que utilizan a su vez las aseguradoras contratadas bajo el Plan Vital, en coordinación con agencias de gobierno y organizaciones de la comunidad. La intención es garantizar una cubierta de servicios estandarizada entre todas las aseguradoras contratadas bajo el PSG.
- Para el listado completo de políticas clínicas creadas o enmendadas durante 2020-2025, ver anejo: [TRANSICIÓN 2024\\_ POLÍTICAS CLÍNICAS](#). Estas deben ser actualizadas por lo menos cada dos (2) años.
  - Ejemplos de estas políticas incluyen:
    - Política Hepatitis C
    - Protocolo obligatorio y uniforme para las condiciones incluidas en la cubierta especial.
    - Política de Autismo
    - Política *Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment* (EPSDT)
    - Política Enfermedad Inflamatoria Intestinal
    - Política sobre sedación y anestesia general durante servicios dentales a pacientes con necesidades especiales.

Entre las múltiples responsabilidades de esta área operacional se incluye, pero no se limitan a los siguientes:

- Desarrollo y revisión de las Políticas sobre condiciones cobijadas bajo Cubierta Especial
- Definir de cubierta de beneficios donde se requiera.
- Desarrolla procedimientos para la implantación de políticas públicas sobre manejo de condiciones o situaciones sobre acceso a servicios.
- Revisa y vigila cumplimiento del Plan Estatal de Medicaid y sus enmiendas (SPA), en conjunto con Puerto Rico Medicaid.
- Recomienda las modificaciones al lenguaje del contrato sobre cubierta y procesos.
- Valida el cumplimiento del Modelo de Integración de servicios de salud física y salud mental, la aplicación de cubierta especial y de programas tales como: *Manejo de Condiciones* y *Coordinación de Cuidado*. Además, de apoyar con monitoreo del Programa de Incentivos de Calidad, y el programa de mejora de la atención de salud (*Health Care Improvement Program*).
- Fiscalizar las secciones aplicables del contrato con las aseguradoras bajo Plan Vital (MCOs), en especial:
  - Artículo 7 - Covered Services and Benefits
  - Artículo 7.5.12 - Pharmacy Services
  - Artículo 8 - Integration of Physical and Behavioral Health Services
  - Artículo 11 - Utilization Management

- Artículo 12 - Quality Improvement and Performance Program
  - Artículo 14 - Grievance and Appeal System
- Fiscalizar las secciones aplicables del contrato con las aseguradoras contratadas bajo “Platino”- MCOs (Artículo 7 – Covered Services and Benefits)
  - Analizar de datos de utilización mediante la revisión de los informes requeridos a las aseguradoras en los contratos bajo la responsabilidad de Operaciones Clínicas. Más adelante se especifican los mismos.
  - Iniciativas clínicas de control de costo según refleja la utilización del PSG y donde se identifiquen oportunidades para una mejor administración de los recursos fiscales.
  - Apoyo Clínico a través de consultas médicas a los procesos apelativos de los beneficiarios:
    - Artículo 14 - Grievance and Appeal System
    - Artículo 16 - Provider Payment Management
    - Artículo 21 - Contract Term
  - Manejar Proyectos Especiales requeridos por la Oficina del Director Ejecutivo.

Las funciones anteriores se realizan en coordinación con el Departamento de Salud, la Oficina de Medicare en Puerto Rico, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid, las entidades contratadas para dar servicios de salud, la entidad contratada para el manejo del beneficio de farmacia (Administrador del Beneficio de Farmacia (PBM por sus siglas en inglés)) entre otros.

Los recursos clínicos desarrollan un plan de trabajo dirigido a la vigilancia de la utilización y los servicios a beneficiarios. Este plan incluye el análisis de los reportes asociados a asuntos clínicos, discusión de resultados con las aseguradoras contratadas, visitas a facilidades y proveedores, auditorías “de escritorio”, y apoyo con cualquier plan de auditoria establecido por la Oficina de Cumplimiento y el Comité de Auditorias de la Junta de Directores de ASES entre otras gestiones.

**A continuación, se describen distintos elementos asociados a las principales responsabilidades de Asuntos Clínicos y su alcance:**

### **Vigilancia de utilización y servicios clínicos**

#### Programa de Prevención, Educación y Bienestar (Care Management and Wellness Plan)

Las responsabilidades respecto a estos programas están definidas en el contrato entre ASES y las entidades. A este respecto corresponde a Asuntos Clínicos:

- El velar por que se aumente el alcance del programa a los beneficiarios.
- Monitorear disminuciones o alzas en la utilización y costos.
- El asegurar que el programa promueva la educación, la promoción de la salud y la prevención enfocado en condiciones crónicas, y de Salud Mental.

Estos propósitos se alcanzan mediante el análisis de los datos estadísticos de las entidades y la discusión de estos en reuniones con los MCOs, según sea necesario.

Núm. de referencia	Nombre	Sección Contrato	Frecuencia	Plan
14	Executive Director and Utilization Data	18.2.4.2	trimestral	Vital
25	Utilization Management and Integration Model	18.2.7	trimestral	Vital
38	Preventable Conditions	5.2.2.2	trimestral	Platino

**Proyectos Especiales** asignados al Área de Asuntos Clínicos:

1. **Proyecto colaborativo entre ASES, ASSMCA, y VOCES para tratar la Hepatitis-C** – Se estableció acuerdo colaborativo que permite enlace más rápido a tratamiento a beneficiarios que reciben servicios en las Clínicas de Tratamiento Integral Asistido con Medicamentos (CTIAM). Este proyecto comprende capacitación a los proveedores de ASSMCA y comunicación/reuniones con las aseguradoras para asegurar que se logre aumentar la población que reciba tratamiento contra la Hepatitis C crónica.
2. **Colaborar con el equipo del área de Calidad** en asuntos relacionados con “*Care Management*” y “*Health Care Improvement Program*”.
3. **Colaborar en monitoreos a las aseguradoras pertinentes a procesos de “Readiness Review”** en las áreas de “*Care Management*” y Región Virtual (o Región X) previo al inicio de contrato de las aseguradoras bajo Plan Vital.
4. **Revisión del listado de condiciones especiales (Niños con Necesidades Médicas Especiales)** con Departamento de Salud y subsecuentes cambios a listado de Cubierta Especial (Anejo 7 del contrato con las aseguradoras).
5. **Desarrollar Acuerdo Colaborativo entre ASES & Vigilancia de Amenazas Emergentes para las Madres y Bebés (VAEMB) del Departamento de Salud** para apoyar en la identificación y monitoreo de:
  - infantes diagnosticados con un defecto congénito posiblemente asociado al virus **Zika**;
  - mujeres con evidencia de laboratorio de infección probable o infección confirmada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19) durante el embarazo y sus infantes hasta los seis meses de edad;
  - y mujeres con evidencia de laboratorio de posible infección o infección confirmada por el virus Zika durante el embarazo y sus infantes hasta los cinco años según solicitado por el Departamento de Salud

6. **Colaborar en los procesos de desarrollo y evaluación de propuestas durante los *Request For Proposals (RFP)* para el PSG, contratistas y cualquier otro RFP que trabaje la administración. Entre estos:**
  - i. Contratación de aseguradoras bajo Plan Vital
  - ii. Contratación de Administrador del Beneficio de Farmacia (PBM)
  - iii. Contratación de múltiples contratistas como clínicos / profesionales y compañías que apoyen en la administración del PSG
  - iv. Contrato de consultoría especializada en la administración de los servicios de salud, análisis de riesgo, monitoreo, asuntos de regulación, enmiendas al plan estatal.
  
7. **Coordinar actividad educativa sobre el Sistema de Salud a Estudiantes Visitantes y miembros de la Facultad de Administración de Hospitales de George Washington University.** (24 de febrero de 2024). Los objetivos generales de esta actividad fueron:
  - Ofrecer descripción de alto nivel sobre los roles de la ASES, según la ley.
  - Explicar las funciones que desempeñan las distintas divisiones en la ASES.
  - Mostrar el impacto de las funciones de ASES en la prestación de servicios de salud a los beneficiarios de Plan Vital.
  
8. **Desarrollo formulario estándar “Health Risk Assessment (HRA)”** (2022)
  
9. **Colaboración con Plan Estratégico del Programa de Manejo y Control del Asma 2021-2025**, del Departamento de Salud (2021).
  
10. ***Improving Asthma Control: Puerto Rico Asthma Affinity Group***: Colaboración entre Asuntos Clínicos, Asuntos de Calidad, & Estadísticas de la ASES con el Programa de Asma del Departamento de Salud, mediante la cual se desarrolló e implementó proyecto piloto, bajo apoyo técnico de Mathematica, consultor de CMS (que le apoya en asuntos de *Medicaid and Children’s Health Insurance Program (CHIP) Quality Measurement and Improvement Program*).
  - i. El grupo de afinidad del asma tuvo como objetivo específico impulsar una mejora cuantificable en el control del asma para los beneficiarios de Medicaid y CHIP, a través de la mejora del rendimiento en las medidas de Ratio de Medicación del Asma (AMR) en los Conjuntos Básicos, la reducción de las hospitalizaciones relacionadas con diagnóstico asma, o la reducción de las visitas al departamento de emergencias (ED) relacionadas con el asma.
  
11. Se trabajó en el cuatrienio la evaluación del *Mental Health Parity and Addiction Equity Act de 2008 según enmendada y requerida* bajo la regulación establecida en el 42 CFR 457.496 completado en abril de 2022 y que como resultado se enmendó

las tablas de copagos a los beneficiarios eliminando todos los copagos de servicios bajo salud mental con excepción de los copagos de farmacia.

12. Recientemente iniciamos el proceso de evaluación de la cubierta y del modelo de prestación de servicios de salud mental para el año contrato 2025-2026

### **Logros en Área de Asuntos Clínicos**

1. **Colaboración con grupo multisectorial en elaboración del Plan de Control Comprensivo de Cáncer para Puerto Rico 2024-2029** – Grupo Tratamiento (4 al 6 de abril de 2024). Este plan se presentó durante *Puerto Rico Scientific Meeting* (17 de abril de 2024)
2. **Coordinación Serie Educativa Sobre VIH: (Programa CONTROL-V del Municipio de San Juan, Centro Dotal de Investigación de Servicios de Salud-UPR-RCM, ASES):** Adiestramiento dirigido a personal de las aseguradoras contratadas (**áreas:** *Asuntos Médicos, Educación, Cumplimiento, Provider Education, Care Management, Wellness, otros*) y personal de Operaciones Clínicas de ASES.
  - i. **Día 1:** *Sensibilidad LGBT y pacientes VIH/ VIH General-Incluyendo estadísticas;*
  - ii. **Día 2:** *Determinantes sociales de la salud y VIH/ Tratamientos del VIH-PrEP-Incluyendo estadísticas (4-5 de abril de 2024)*
3. **Coordinación Actividad Educativa “Importancia de los Determinantes Sociales en la Gobernanza de los Datos”** – recurso: Programa de Equidad en Salud, Departamento de Salud. Participó personal de todas las aseguradoras contratadas bajo Plan Vital y personal de la ASES (14 y 21 abril 2023)
4. **Recurso en Ponencias / Conferencias:**
  - **Cumbre de Salud Mental de la Asociación** “*Modelo Co-locación en los Hospitales*”, por Milagros Soto, directora Operaciones Clínicas (6 de septiembre de 2024)
  - **Cumbre de Hepatitis Viral 2023: Conectando a los pacientes a cuidado.** “Conectando al paciente a cuidado en Plan Vital: Conoce la cobertura de Plan Vital para Hepatitis C”, por Milagros Soto, directora Operaciones Clínicas (22 de abril de 2023)
5. **Capacitaciones:**
  - **Simposio Determinantes Sociales y Equidad en Salud:** “*10<sup>th</sup> SDoH and Health Equity Innovations to Transform Population Health Summit*”, (13-16 de mayo de 2024)

- **Academia de Supervisores**, Universidad de Puerto Rico – Río Piedras, Certificación Profesional 40hrs. (2023) – Participación de la directora y supervisora del área de operaciones clínicas
- **Beca Programa de Educación de la Fuerza Laboral Geriátrica de Puerto Rico**, Escuela Graduada Salud Pública, UPR-Recinto de Ciencias Médicas, permitiendo a la Especialista Asuntos Clínicos II obtener **Certificación Graduada en Gerontología** (agosto 2021 – mayo 2022)
- **Curso Facturación de Planes Médicos** – UPR Arecibo/OATRH (febrero 2021)
- **Conferencia Anual de Envejecimiento Saludable del Departamento de Salud: *Una conversación laboral y sistema de salud sobre el edadismo.*** (30 de agosto de 2024)
- **Segundo Simposio sobre Estadísticas de Violencia de Género en Puerto Rico**, Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (10 de mayo de 2024)
- *Serie educativa virtual sobre VIH, UPR-Recinto de Ciencias Médicas, Northeast/Caribbean AIDS Education and Training Center (4 de abril de 2024)*
- **10ma Conferencia Anual de Influenza Y Vacunación de Adultos**, Programa Vacunación, Departamento de Salud
- **Primer Simposio sobre Estadísticas de Violencia de Género en Puerto Rico**, Instituto de Estadísticas de PR. (5 de mayo 2023)
- **Taller: *Planificación Estratégica***, Oficina del Inspector General (20 de diciembre de 2023)
- **Curso: Aplicaciones tecnológicas para reuniones virtuales** – UPR Ponce/OATRH (22/24 febrero-2022)
- **Conferencia Anual Envejecimiento Saludable: Puerto Rico – Sinergia para todas las edades** (13 de octubre de 2021)
- **Taller: *Cernimiento pediátrico como herramienta para la identificación temprana***, ACUDEN. (25 de octubre de 2022)
- **Adiestramiento: *Estrategias para hablar en público*** (14 de marzo de 2023)
- **Taller: *Psicología Positiva***, ASSMCA, (25 de abril de 2023)
- **Taller: *La importancia de la detección temprana de la sífilis en mujeres en edad reproductiva para la prevención de la sífilis congénita***, UPR-Recinto de

- **Taller: Puerto rico Virtual Asthma Summit** (27 de abril 2021)

### **Programa de Servicios Especializados en Neumología para Niños con Ventiladores**

El propósito de este Programa es buscar opciones para restablecer los servicios médicos a los niños con condiciones neumológicas y dependientes de ventiladores respiratorios, como resultado del cese de estos servicios, desde hace un tiempo, en las facilidades del Centro Pulmonar y del Caribe de Puerto Rico (conocido como Centro Cardiovascular). En el Hospital Cardiovascular de Puerto Rico existía un centro especializado que ofrecía servicios a niños con condiciones neumológicas y dependientes de ventiladores respiratorios. Este centro se subvencionaba con fondos federales no recurrentes que recibía el Departamento de Salud y también con personal clínico que proveía el Departamento. El Hospital Cardiovascular no cobraba la renta correspondiente por el espacio que se utilizaba para estos fines. La asignación de fondos federales culminó y el centro discontinuó la prestación de servicios. El Departamento de Salud y ASES hicieron un acuerdo colaborativo para ofrecer los servicios integrados a esta población en las facilidades del Hospital Pediátrico Universitario Dr. Antonio Ortiz.

El acuerdo establece que ASES transfiere unos fondos para el pago del componente profesional (dos (2) neumólogos pediátricos) y otros servicios profesionales que están disponibles para atender esta población. El detalle de los servicios que se ofrecen a los niños es:

- Niños en Ventiladores
- Atender a los pacientes con Fibrosis Quística
- Traqueotomías o niños con traqueotomías
- Servicio de clínica para un día en la semana. La clínica incluye servicios multidisciplinarios en:
  - Neumología (servicios de guardia (SE) / consultas 365 días al año)
  - Trabajador Social
  - Terapeuta Respiratorio
  - Nutricionista
  - Enfermera (provista por el Departamento de Salud / fondos)
  - Trabajador Social

El pago por los servicios del componente médico y profesional especializado en neumología pediátrico que se ofrece en el Hospital Pediátrico es sufragado por ASES. Las entidades contratadas no incurrir en costos por el pago de la visita médica de forma ambulatoria bajo este concepto. Las visitas a otros proveedores y otras condiciones de salud de los beneficiarios siguen a riesgo de las compañías aseguradoras.

Los pacientes elegibles a este programa, por ser uno de carácter voluntario, pueden continuar con los servicios de los proveedores que actualmente visitan. Los servicios de emergencia, hospitalización, medicamentos, pruebas diagnósticas, laboratorios, etc., continúan a riesgo de las compañías aseguradoras, según los procesos usuales del PSG-MI Salud. Otros servicios médicos, no relacionados a su condición respiratoria de cubierta especial deberán ser coordinados a través de su grupo o médico primario, según los procesos usuales del PSG.

### **Proyectos de Manejo de Emergencias de Salud**

Asuntos Clínicos tiene la responsabilidad de atender situaciones emergentes (o recurrentes) de salud tales como condiciones de temporadas y epidemias como COVID-19, Influenza, Viruela Símica, Zika, Dengue, etc.

A esos fines se coordina con el Departamento de Salud, CDC, CMS y cualquier otra agencia estatal o federal que se involucre. Se establecen comités interagenciales e intra-agenciales para desarrollar el plan de trabajo, seguimiento y elaboración de cartas normativas para dar instrucciones a las entidades contratadas y, a través de estas, a los proveedores y beneficiarios.

En estas situaciones se coordina, entre otras actividades, para:

- Análisis de políticas existentes para validar que se acceda a los servicios clínicos adecuados requeridos.
- Colaborar en consejos asesores, “Think-tanks” u otros foros para atender la situación emergente.
- Desarrollar material educativo y calendario para implantar las estrategias de cada entidad
- Difusión en medios de comunicación pública
- Actividades de educación y orientación
- Ferias de salud

### **Apoyo a comités y organizaciones**

Se le brinda apoyo a organizaciones gubernamentales y comunitarias relacionadas con los beneficiarios del PSG/Plan Vita tales como:

- Programas bajo el Departamento de Salud
  - Centro Comprensivo de Cáncer UPR
  - Comisión de Prevención de Suicidio
  - Comité Asesor de Plomo
  - Comité Multisectorial “Stroke”- Pre-Hospitalario
  - Consejo Asesor de Asma
  - Programa Enfermedades Crónicas
  - Grupo Planificación del Programa Ryan White (ADAP parte B)

- Junta Metropolitana Asuntos de la Niñez
- Junta Pacientes Sobrevivientes de Cáncer
- Programa Familias Saludables
  
- ASSMCA
  - Concilio Multisectorial en apoyo a la Población sin Hogar
  - Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones de PR
  - Proyecto colaborativo sobre Hepatitis C
  
- Comunidad Aprendizaje “Reconoce las Señales” APNI (Autismo)
- VOCES (vacunación, VPH, Hepatitis C)
- Comisión para Combatir la Pobreza Infantil y la Desigualdad Social – Comité Salud
- Universidad de Puerto Rico

Cabe señalar que efectivo septiembre 2024, el área de Operaciones Clínicas es manejada por tres recursos: un especialista en salud mental y dos (2) especialistas en salud física, quienes son apoyados por dos médicos consultores contratados para las opiniones y análisis clínicos requeridos.

### **ESTADÍSTICAS**

El componente de Estadísticas maneja la producción y análisis de datos en respuesta a solicitudes específicas internas de ASES, de otras agencias de gobierno en el desempeño de sus funciones, de compañías u organizaciones particulares, y de instituciones educativas, entre otras. Este es manejado por cuatro (4) recursos estadísticos. Sus responsabilidades se resumen en:

- Análisis de las estadísticas del PSG en torno a los servicios de salud física y mental.
- Preparación de informes consolidados de las estadísticas de los MCOs y los MAOs de acuerdo con las necesidades y solicitudes principalmente del área ejecutiva.
- Colaborar con las proyecciones estadísticas de las primas, costos, población elegible y asegurada del PSG y sus correspondientes modalidades.
- Evaluar y colaborar con las estadísticas necesarias para apoyar el modelo de prestación de servicios bajo una sola región, atemperando los nuevos requisitos de adecuación para la red establecido por CMS, determinantes sociales, factores de morbilidad y demográficos que inciden en la población que servimos.
- Preparar informes, tablas y banco de datos estadísticos del PSG para los clientes internos y externos a la ASES en el renglón gubernamental, comercio, consultores y academia, entre otros.
- Coordinar toda solicitud de información general y estadística de la ASES con la Oficina de Cumplimiento en su responsabilidad con la Privacidad y Confidencialidad de la agencia.
- Aplicar el proceso de ASES para el análisis y evaluación a los informes sometidos por las entidades contratadas que corresponden a la unidad de Estadísticas. Ver Anejo \_
- Validar metodología y procesos de análisis estadísticos, muestreo, y evaluación.

- Desarrollar estudios de utilización, costos, morbilidad y calidad de servicios de salud mediante procesos estadísticos en respuesta a solicitudes internas o externas.

Además, el Análisis y Evaluación Estadística de los datos bajo el PSG, Plan Vital, está basado en el reglamento federal bajo el código 42 CFR Sub-parte 438 D. Dicha reglamentación federal establece que la ASES debe monitorear que las organizaciones de salud en efecto tengan mecanismos para detectar baja utilización y sobreutilización de los servicios de salud. Los informes que la OPC ha delegado en la unidad de Estadísticas para cumplir con la reglamentación, son los que se detallan a continuación.

Número de referencia	Título del Informe	Frecuencia	Descripción del Informe
15	Network Provider List (NPL)	Mensual	Evaluación de la Red de proveedores para las cuatro (4) aseguradoras contratadas en el Plan de Salud del Gobierno (PSG)
	Departamento de Salud (Programa Madres y Niños)	Anual	Datos de utilización para propuesta de fondos federales
07	Cubierta Especial	Mensual	Registro de Cubierta Especial y datos resumidos por condiciones
16	Estándares de adecuación y proporción de beneficiarios por médicos primarios	Mensual	Auditar que se cumpla con la adecuación de la red establecida en el contrato
10	Estadísticas anuales	Anual	Resumen de servicios por diagnósticos específicos y otros datos demográficos
06	Federal Qualified Health Center Reports (Centros 330) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Capitation</li> <li>▪ Fee For Service</li> <li>▪ Subscribed Lives</li> <li>▪ Population Visits</li> </ul>	Trimestral	Análisis, verificación y validación de la data e información requerida que los Centros 330 someten a las Aseguradoras, para que estas a su vez emitan esa información a ASES para el cómputo del “Supplemental Wraparound Payment” que presenta el programa Medicaid de PR & Departamento de Salud al Gobierno Federal
11	Actividad de Reclamaciones	Mensual	Análisis y evaluación de la actividad de los datos de reclamaciones recibidas, procesadas, adjudicadas, sin adjudicar, pagadas y denegadas.

### **Federally Qualified Health Centers (FQHC)**

El Área de Operaciones Clínicas es responsable de trabajar en funciones especiales y especializadas relacionadas a los <sup>1</sup>“ Federally Qualified Health Centers (FQHC)” y los “Look-Alike” mejor conocidos como los Centros 330.

<sup>1</sup> Chapter 9 - Rural Health Clinics/Federally Qualified Health Centers & Medicare Benefit Policy Manual & Chapter 13 - Rural Health Clinic (RHC) and Federally Qualified Health Center (FQHC) Services

<sup>2</sup>La historia de los Centros de Salud Primaria se remonta al movimiento en Estados Unidos de los derechos civiles a la Guerra contra la pobreza durante la Administración del presidente Johnson en los años 60. En el 1965 se crearon las primeras clínicas con el nombre de Centros de Salud Vecinales, con el propósito de proveer puntos de acceso a servicios sociales y de salud a aquellas comunidades en desventaja, servicios médicos limitados y de difícil acceso. Estos se constituyeron bajo la estructura legal de corporaciones sin fines de lucro y base comunitaria, los cuales brindan atención médica básica y preventiva en Puerto Rico desde 1971.

El Gobierno de Puerto Rico a través del Plan de Salud del Gobierno en adelante PSG a través de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Ricos por sus siglas ASES, contrata beneficios e interviene como ente regulador con las aseguradoras tanto de la población estatal como <sup>3</sup>federal médico indigente, los cuales a su vez contratan con los Centros 330 para que estos provean cuidados de salud primaria y preventiva según los requerimientos.

<sup>4</sup>La regulación federal asociada a los centros impone la realización de pagos suplementarios <sup>5</sup>(“supplemental wraparound payment”), el cual tiene como propósito compensar la diferencia entre los pagos del PSG que reciben los Centros 330 a través de las aseguradoras por concepto de pagos Capitados y pagos por servicios prestados “Fee For Service”. En adicción, este cómputo conlleva analizar e identificar en términos porcentuales de la población federal a estos fines, según el sistema de pago prospectivos (*PPS* por sus siglas en inglés). <sup>6</sup>Este se realiza según está establecido en Manual de Rembolso del Programa Medicaid de Puerto Rico en cumplimiento con los requisitos y reglamentación federal.

La Oficina del Programa Medicaid del Departamento de Salud de Puerto Rico tiene la obligación de cumplir con todos los requisitos a nivel federal y la realización de los reclamos de los pagos suplementarios para los FQHCs, a través de la Oficina de Pagos Prospectivos (*PPS Office*). Ello requiere un proceso de verificación y reconciliación en el cual se garanticen que los reclamos son permitidos y están en cumplimiento con todas las leyes aplicables. En este haber la ASES recibe de las aseguradoras todos los <sup>7</sup>archivos de los servicios provistos por cada Centro. Nuestra Área de Operaciones Clínicas en ASES tiene la responsabilidad de recibir, analizar, validar y verificar conforme a los requerimientos y que la data provista cumple con estos, transferir salvaguardando la integridad de toda la información, los archivos son transferidos al Programa Medicaid para el trámite correspondiente a través del Departamento de Salud de Puerto Rico.

En este Reporte contamos con un área de notas con el propósito de documentar aquellos eventos incidentales, observaciones y/o explicación en detalle de las categorías que no lograron agrupar por excepción.

---

<sup>2</sup> <https://saludprimariapr.org/centro-de-salud>

<sup>3</sup> 42 U.S.C. § 254b(a)(1)

<sup>4</sup> 42 U.S.C. § 1396

<sup>5</sup> [https://medicare.fcso.com/PARD\\_provider\\_reimbursement/0413374.asp](https://medicare.fcso.com/PARD_provider_reimbursement/0413374.asp)

<sup>6</sup> Reimbursement Ruling Federally Qualified Health Center <https://www.medicaid.pr.gov>

<sup>7</sup> PROVISION OF PHYSICAL & BEHAVIORAL HEALTH SERVICES UNDER THE GOVERNMENT HEALTH PLAN PROGRAM CONTRACT NO: 2025--0000xx

En Resumen, este Reporte es uno medular en la gestión de las funciones de monitoreo y fiscalización por parte de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico “ASES” de los pagos por parte de las aseguradoras a los proveedores de servicios de los beneficiarios del PSG. Este permite una toma de decisiones proactiva, informada y acertada. Esto permite a la ASES cumplir a cabalidad con su función ministerial, esto alineado a que no se afecte ningún servicio, beneficiario y/o proveedores.

### **Cambios y mejoras al Reporte de Actividades de Reclamaciones:**

- Las reclamaciones reportadas como estatus pendientes, se le estará solicitando a las aseguradoras que identifiquen en la plataforma de la ASES de “Enterprise System” el detalle de las razones de los estatus pendientes, los cuales se estarán recopilando toda la información provista por varios meses. Posterior, se analizarán con el propósito de crear categorías macro producto de lo reportado, conforme a como actualmente se identifican con las reclamaciones denegadas. Esto brindará una mayor visibilidad y control para realizar una fiscalización eficaz, eficiente y oportuna por parte de la ASES.

\*Estaremos recopilando las razones de los MCOs para mapear sus razones pendientes a la lista universal de categorías estandarizadas para un mejor seguimiento del rendimiento y la toma dedecisiones).

- **Reclamaciones sin adjudicar** – Se estará añadiendo las cantidades monetarias y parámetros según requerido por contrato.

### **Retos**

- Inclusión en macro de la data de las reclamaciones delimitando la información provista en detalle del Reporte
- Cumplimiento de parámetros y fechas
- Maduración de la data
- Comunicación y planificación entre los “Stakeholders”
- Cambios en Plataforma/Pruebas
- Enmienda a la Guía de Reportes y cambios en producción en la plataforma de reportes ES/COMP de la ASES
- Tiempo

Además de lo antes presentado, en este periodo se nos ha delegado nuevos informes de **Platino**. El Platino está basado en el reglamento federal bajo el *código 42 CFR 422.501 Sections 1851 through 1859 of the Social Security Act to operate a Medicare Advantage plan*. Dicha reglamentación federal establece que la ASES debe monitorear que las organizaciones de salud en efecto tengan mecanismos para detectar baja utilización y sobreutilización de los servicios de salud. Los informes que la OPC ha delegado en la unidad de Estadísticas son los que se detallan a continuación.

<b>Número referencia</b>	<b>Título del Informe</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Descripción del Informe</b>
11	Actividad de Reclamaciones	Mensual	Datos de reclamaciones recibidas, procesadas, pendientes, denegaciones y costos asociados **
15	Network Provider List (NPL)	Trimestral	Evaluación de la Red de proveedores para las cuatro (4) MOA 's contratadas en Platino
19	Provider Training & Outreach Evaluation	Trimestral	Reporte donde se monitorea que adiestramientos se han proporcionado a los proveedores
20	Provider Incentive Program	Trimestral	Programa en donde se recibe la información de los proveedores incentivados.
38	<u>Provider Preventable Conditions Report</u>	Trimestral	Evaluación del cumplimiento y desempeño reflejado a través de la utilización de servicios provistos por sus proveedores subcontratados.

### **Estadísticas (Logros)**

Dentro de los logros que hemos podido alcanzar podemos mencionar que en promedio se manejan entre quince (15) y veinte (20) peticiones de información al mes. En el 2021 se manejaron doscientos veintitrés (223); en el 2022 un total de ciento noventa y tres (193); en el 2023 un total de doscientos veinticuatro (224) y a agosto 30 ya llevamos ciento setenta y nueve (179) peticiones de información. En estos cuatro (4) años se han manejado cerca de ochocientos diecinueve (819) peticiones de información de diferentes fuentes como el Departamento de Salud, Departamento de Justicia, Legislatura, estudiantes de distintos grados académicos y de la academia, municipios y sus alcaldías, ciudadanos particulares y peticiones del personal interno entre otros.

Tabla detallada de cada petición por los años 2021-2024

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Grand Total	
ENTIDAD		2021	2021	2021	2021	MAYO 2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021		
2020	Agencias de Gobierno	3	8	2	2	1	2	4	5	3	2	1	0	33
	Agencias Privadas	0	1	4	5	3	7	3	0	2	3	1	2	31
	Depto de Salud	2	1	4	3	4	12	2	3	4	2	3	1	41
	Instituto de Estadísticas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	13
	Peticiones Internas ASES	4	2	11	8	6	9	9	12	6	5	9	7	88
	Universidades	1	5	3	2	0	2	1	0	0	1	1	0	16
	CMS								1					1
	Prensa										1			1
	<b>Grand Total</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>223</b>

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Grand Total	
ENTIDAD		2022	2022	2022	2022	MAYO 2022	2022	2022	2022	2022	2022	2022		
2022	Agencias de Gobierno	1	0	0	3	1	3	0	0	0	1	2	0	11
	Agencias Privadas	2	4	3	2	1	1	1	0	1	3	0	3	21
	Depto de Salud	2	4	8	8	2	2	1	1	1	1	1	1	32
	Instituto de Estadísticas	2	0	2	1	2	1	3	2	1	2	1	2	19
	Peticiones Internas ASES	6	7	13	9	5	2	3	4	8	6	9	3	75
	Universidades	1	2	1	2	1	1	1	0	3	0	0	0	12
	CMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prensa	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	4
	De Legal (se comenzó a contabilizar desde junio 2022 como su propia sección, anteriormente era parte de Peticions Internas de ASES)	0	0	0	0	0	1	5	4	4	2	1	1	18
	Peticiones hechas al área Legal								0	0	0	0	0	1
<b>Grand Total</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>193</b>	

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Grand Total	
ENTIDAD		2023	2023	2023	2023	MAYO 2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023		
2023	Agencias de Gobierno	2	0	1	0	1	1	0	3	1	3	2	0	14
	Agencias Privadas	2	2	2	2	5	1	1	1	1	3	6	0	26
	Depto de Salud	5	1	5	4	4	2	0	2	1	0	1	2	27
	Instituto de Estadísticas	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0	0	14
	Peticiones Internas ASES	2	4	13	4	12	7	14	9	4	8	3	7	87
	Universidades	2	1	3	2	1	2	1	3	2	1	2	0	20
	CMS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Prensa	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Legal	1	3	3	3	3	4	1	2	5	3	4	1	33
	Ley de Transparencia				1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>Grand Total</b>	<b>16</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>27</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>224</b>	

		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	Grand Total
ENTIDAD		2024	2024	2024	2024	MAYO 2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	
2024	Agencias de Gobierno	1	5	1	0	4	0	1	1				13
	Agencias Privadas	5	2	2	5	4	8	4	2				32
	Depto de Salud	6	4	1	8	1	1	1					22
	Instituto de Estadísticas	2	3	2	1	2	1	2	2				15
	Peticiones Internas ASES	4	15	7	10	8	5	7	7				63
	Universidades	2	2	3	3	1	1	2					14
	CMS	0	0	0	0	0	0	0					0
	Prensa	0	0	0	0	1	0	1					2
	Legal	4	4	2	2	4	0	0					16
	Ley de Transparencia	n/a*	n/a*	n/a*	n/a*	n/a*	1	1					2
<b>Grand Total</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>17</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>179</b>

ENTIDAD		2021	2022	2023	2024	Grand Total
Agencias de Gobierno		33	11	14	13	71
Agencias Privadas		31	21	26	32	110
Depto de Salud		41	32	27	22	122
Instituto de Estadísticas		13	19	14	15	61
Peticiones Internas ASES		88	75	87	63	313
Universidades		16	12	20	14	62
CMS		1	0	0	0	1
Prensa		1	4	1	2	8
Legal		n/a	18	33	16	67
Ley de Transparencia		n/a	n/a	2	2	4
<b>Grand Total</b>		<b>224</b>	<b>192</b>	<b>224</b>	<b>179</b>	<b>819</b>

El área estadística tuvo varios acuerdos de colaborativos de datos con el sistema a de Vigilancia de ETS (sífilis), con un proyecto del Comprensivo de Cáncer y con el Observatorio de Salud Mental y Adicción (ASSMCA).

Integración de los reportes nuevos requeridos de los MCOs y MAOs en el ES (Enterprise System) a nuestras tareas diarias ya que trabajamos arduamente con Citriom para que nos creara áreas en que las que podamos utilizar para agilizar las tareas y el análisis de los reportes.

El equipo de estadísticas tomó adiestramientos en MMIS y de MedInsight. (Todo el equipo tiene acceso a ambas plataformas).

También colaboramos con evaluaciones externas del Departamento de Salud (2021-2022)

Se revisó el *template* del reporte #11 *Claims Activitys* para la evaluación mensual de los MCOs para cumplir con los renglones del contrato que aún no estaban alineados o representados en el reporte y se está monitoreando rigurosamente mes a mes.

La supervisora del área tomó la Academia de Supervisores, Universidad de Puerto Rico – Río Piedras, Certificación Profesional 40hrs. (2023)

El equipo estadístico preparó un perfil de la población del Plan Vital para conocer a nuestra población de una manera eficaz y consiente. El perfil nos ha servido para varias peticiones de información y/o presentaciones fuera de la agencia.

No menos importante se ofrece apoyo a las distintas directorias como Cumplimiento, Asuntos Legales y el Ejecutivo para la preparación, por ejemplo, de los Reportes Anuales al Congreso y el MACPAR report.

### **Procedimientos Específicos**

A continuación, se mencionan los procedimientos internos para la ejecución de las responsabilidades de la OPC. El detalle de dichos procedimientos se incluye en las siguientes páginas de este manual.

1. Evaluación del Reporte del Listado de Red de Proveedores (NPL)
2. Programa madres y niños
3. Plan estratégico
4. Seguimiento a Planes de trabajo
5. Registro de Peticiones Estadísticas Internas y Externas
6. Manejo de Solicitudes Internas y Externas
7. Referidos a la Oficina de Cumplimiento
8. Validación de datos de Centros 330

### **FARMACIA**

La unidad de farmacia de ASES en la actualidad tiene tres (3) recursos: Director de Operaciones Clínicas y dos (2) especialistas de farmacias. Estos recursos delimitan los procesos que deben ser aplicadas a las cuatro (4) aseguradoras y al PBM. Entre las tareas realizadas por los recursos previamente mencionados se encuentran los siguientes:

- Lograr uniformidad en los procesos administrativos de farmacia y dirigir en coordinación con las entidades contratadas (PBM y PPA) los formularios de medicamentos. Estos son: la Lista de Medicamentos Preferidos para salud física y mental y sus subformularios.
- Fiscalizar al PBM para que de forma consistente se provea acceso a medicamentos de alta calidad y efectividad terapéutica de acuerdo a las guías de tratamiento, procesos y procedimientos establecidos por ASES a aquellos beneficiarios de Plan Vital que cumplan clínicamente.
- Asegurar que los beneficios están correctamente configurados en el sistema de adjudicación del PBM.
- Vigilancia de los costos de los medicamentos y su impacto en el Plan de Salud del Gobierno (PSG).
- Evaluar periódicamente el listado de medicamentos preferidos (PDL) de salud física y mental, y los sub-formularios para brindar acceso a terapias costo-efectivas.
- Coordinar y vigilar por una cubierta de farmacia que sea aplicada uniformemente a través de todas las aseguradoras para los beneficiarios.
- Coordinar los trabajos con los Comités de Farmacia y Financiero para la revisión y actualización del PDL de salud física y mental.

### **Cubierta de Farmacia**

La cubierta de farmacia es administrada por Abarca Health. Abarca es el PBM contratado a partir del 1 de mayo de 2022, para administrar la cubierta de farmacia para los servicios de farmacia, para los servicios de salud física y mental. Los beneficios en cubierta son determinados por ASES, basados en los requisitos federales y estatales.

El PBM es responsable de contratar, en representación de ASES, la red de farmacias para el despacho de los medicamentos incluidos en el PDL. Además, está encargado de la configuración del beneficio en su sistema de adjudicación de reclamaciones (Darwin) para que las farmacias puedan procesar los medicamentos a los precios aprobados por ASES. El PBM representa a ASES en cualquier comunicación que sea emitida e impacte medicamentos o los procesos operacionales de las farmacias.

También, existen unas tarifas de pagos establecidas en los contratos entre el PBM y las farmacias en las que se remunera a éstas por el despacho de los medicamentos. Las partidas varían de acuerdo a la categoría de farmacia. Las partidas incluidas en la fórmula para el pago de medicamentos a las farmacias son las siguientes:

- a. Productos de marca
  - *Average Wholesale Price (AWP)*
  - *Discount %*
  - *Dispensing Fee*
  
- b. Productos Genéricos-Bioequivalentes
  - *Maximum Allowable Cost (MAC)*
  - *Dispensing Fee*

## **Formulario de Medicamentos**

Como parte de los beneficios de farmacia, hasta el 30 de junio de 2024 se mantenía una Lista de Medicamentos Preferidos (PDL por sus siglas inglés). El PDL de Salud Física incluía formularios especializados tales como: Dental, Formulario de Emergencia Integrado (FEI), VIH/SIDA, Oncología, Nefrología, Obstetricia/Ginecología y Salud Mental.

Desde el 1ro de enero de 2023, para cumplir con los nuevos requisitos de CMS sobre el Programa de reembolso de medicamentos de Medicaid, se inició la revisión de los formularios de medicamentos para categorizar los mismos entre preferidos y no preferidos. Como resultado surge la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL), constituida de todos los medicamentos recomendados por el P&T Committee, y el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL). Como mencionamos, este formulario entró en vigor el 1 de enero de 2023.

Se revisa y actualiza el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) periódicamente. En mayo del 2017 se creó una Lista de Medicamentos por Excepción (LME) y el procedimiento para manejar los mismos. Como parte de la implementación del MDRP, el LME fue reemplazado por el Listado de Medicamentos No Preferidos o mejor conocido como NPDL por sus siglas en inglés. Los formularios se mantienen bajo revisiones continuas de acuerdo a la necesidad y el lanzamiento de nuevas terapias aprobadas por parte del FDA.

Como mencionamos previamente el formulario PDL es constantemente revisado y se mantiene actualizado en el portal en la internet de ASES. El mismo está disponible electrónicamente para el público en general, proveedores, aseguradoras entre otros.

A continuación, compartimos el formulario actual.

<https://drive.google.com/drive/folders/12iTCIL8Sfs2uk3Xzz1YzK-JHwS4DYEOW>

## **Programa de Descuentos de Medicamentos (Rebates)**

Efectivo el 1ro de enero de 2023, se implementó el Programa de reembolso de medicamentos de Medicaid o mejor conocido como MDRP por sus siglas en inglés. Puerto Rico se convierte en el primer territorio de los EE.UU. que se integra al MDRP. La regulación federal que cobija este programa se encuentra en el 42 CFR 447.509. Es un programa que está compuesto por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), las agencias estatales de Medicaid y los fabricantes/manufactureros de medicamentos participantes que ayuda a compensar los costos federales y estatales de la mayoría de los medicamentos recetados despachados a pacientes ambulatorios participantes de Medicaid. EL PBM contratado tiene delegado el manejo del programa de rebates bajo el monitoreo de ASES a nivel operacional y financiero Aproximadamente 780 fabricantes de medicamentos participan actualmente en este programa. Los cincuenta estados y el Distrito de Columbia cubren los medicamentos recetados bajo el MDRP,

que está autorizado por la Sección 1927 de la Ley del Seguro Social. Disponible en: <https://www.ecfr.gov/current/title-42/chapter-IV/subchapter-C/part-447/subpart-I/section-447.509>

La cubierta de beneficios de farmacia es genérico-bioequivalente mandatorio. También tenemos medicamentos de marca en el formulario alineados al programa de descuento, como resultado la ASES tiene ahorros sustanciales debido a estos descuentos. La negociación de los rebates con las compañías manufactureras es manejada por CMS directamente.

La utilización de los productos que tienen derecho a descuento es reportada trimestralmente. Los datos de utilización son reportados a CMS y simultáneamente las facturas son emitidas a las compañías manufactureras participantes antes del día sesenta (60) luego de finalizado el trimestre. La utilización es cargada al Portal de CMS conocido como MDP por el PBM. Las actividades se realizan de acuerdo al siguiente calendario:

<b>Trimestre</b>	<b>Periodo de Utilización</b>	<b>Corte para sometimiento a CMS y envío de facturas</b>
<b>Q1</b>	Enero 1 – Marzo 31	Mayo 30 aprox.
<b>Q2</b>	Abril 1 – June 30	Agosto 30 aprox.
<b>Q3</b>	Julio 1 – Sept 30	Noviembre 30 aprox.
<b>Q4</b>	Octubre 1 – Diciembre 31	Febrero 28 próximo año

Las compañías manufactureras deben emitir los pagos dentro de treinta (30) días luego de haber recibido la factura. De no ser así, podrían estar sujetos a penalidad o cargos por demora. El PBM es el responsable de identificar estos manufactureros en delincuencia y envía avisos de pagos al día 45, 75 y 90.

Se presentan las cantidades de descuentos sometidas por trimestre desde el comienzo del programa el 1ro de enero de 2023.

<b>2023 MDRP Rebates Results</b>	
<b>Period</b>	<b>Total</b>
<b>2023, Q1</b>	<b>\$139,413,002</b>
<b>2023, Q2</b>	<b>\$146,816,798</b>
<b>2023, Q3</b>	<b>\$146,055,630</b>
<b>2023, Q4</b>	<b>\$140,442,404</b>
<b>2024, Q1</b>	<b>\$124,619,563</b>
<b>2024, Q2</b>	<b>\$126,848,919</b>

El gobierno federal recibe el setenta y seis por ciento (76%) de todo lo cobrado en descuentos, ASES retiene el veinticuatro por ciento (24%). Los descuentos cobrados por ASES son utilizados para el pago de primas a las aseguradoras.

## **Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T)**

Los productos farmacológicos que forman parte de la cubierta de beneficios del Plan de Salud del Gobierno pasan por un riguroso proceso para determinar la necesidad de incluir nuevos productos, y visitar medicamentos existentes en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL). El proceso se basa en las indicaciones aprobadas por la FDA, efectividad clínica, estudios clínicos publicados y la costo-efectividad del producto a ser evaluado. Este proceso es realizado por el Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) de ASES.

La función principal del P&T es evaluar productos farmacológicos luego de ser aprobados por la FDA y proveer recomendaciones a ASES para incluirlos, excluirlos o añadir editos de utilización como los son: pre-autorización (PA), Limite de Cantidad (QL), Terapia Escalonada (ST), entre otros al PDL. El P&T es responsable de desarrollar y mantener un proceso para recomendar cambios a la Lista, así como normas para el uso seguro y efectivo de medicamentos (Ver anejo, Policies and Procedures PRHIA Pharmacy and Therapeutics Committee). El PBM es responsable de todo el apoyo administrativo, coordinación de las actividades del P&T, incluyendo la coordinación de las reuniones y asistir a todas las reuniones. También son responsables de preparar, proveer y presentar las clases terapéuticas y cualquier material de apoyo.

Cualquier decisión implica actualizar la configuración en el sistema de adjudicación basado en las últimas decisiones del Comité. Estas actualizaciones de igual manera están delegadas al PBM. De igual manera, es requerido que se monitoree el mercado para identificar cualquier evento adverso, avisos y contraindicaciones relacionadas a productos incluidos en el PDL.

## **Comité Financiero de Farmacia (PBFC)**

Para evaluar los medicamentos de marca a ser incluidos en el FMC, luego de la recomendación del Comité de Farmacia y Terapéutica desde el punto de vista de costo, se constituye el Comité Financiero de Farmacia (*Pharmacy Benefit Financial Committee, PBFC*). Sus responsabilidades y funciones incluyen:

- Recomendar al Director Ejecutivo su aceptación o rechazo a las propuestas para desarrollar y mantener el Listado de Medicamentos Preferidos (PDL) considerando las recomendaciones clínicas del Comité de Farmacia y Terapéutica, el costo neto total de la terapia.

El PBFC para Salud Física y Mental está compuesto por:

- Representantes de ASES con derecho a un voto
- Representante del Departamento de Salud con derecho a un voto
- Representantes de las entidades contratadas (no más de dos representantes) con derecho a un voto
- Representante de ASSMCA con derecho a 1 voto
- Presidente del P&T con derecho a voz, no a voto, para garantizar que se respetan las decisiones del Comité Clínico
- Representantes del PPA, sin derecho a voto

## **Revisión de Utilización de Drogas (DUR)**

La revisión de utilización de drogas o mejor conocido como “DUR” por sus siglas en inglés es un programa estructurado y continuo que interpreta los patrones de uso de medicamentos en los programas de Medicaid. Se trata de un proceso en dos fases que llevan a cabo las agencias estatales de Medicaid y que consiste en una revisión prospectiva y retrospectiva de la utilización de medicamentos. El programa examina las reclamaciones de medicamentos para ayudar a identificar el uso indebido o abuso clínico y examina los datos de las reclamaciones para identificar patrones de abuso. El programa está diseñado para garantizar un tratamiento farmacológico adecuado y reducir el fraude, el uso indebido y el abuso. El DUR prospectivo es un componente del proceso DUR, y requiere que los MCOs supervisen electrónicamente las reclamaciones de medicamentos con receta para identificar problemas como la duplicación terapéutica, las contraindicaciones entre medicamentos y enfermedades, la dosis o duración incorrecta del tratamiento, la alergia a medicamentos y el mal uso o abuso clínico antes de dispensar la receta al paciente.

Anualmente CMS solicita se le comparta el reporte de DUR que recoge los patrones de utilización de todas las aseguradoras. Debido a la implementación del Programa de descuento de medicamentos (MDRP), es mandatorio que ASES provea y certifique este reporte anualmente. ASES compartió el primer reporte de DUR en Junio de 2024. Este reporte fue creado en colaboración con las aseguradoras y el PBM.

## **MMIS- Fase III – Pagos Suplementarios**

El pasado 20 de mayo de 2024, se implementó la fase III del Medicaid Management Information Systems o mejor conocido como MMIS por sus siglas en inglés. Esta fase incorporó el procesamiento de ciclos de elegibilidad e inscripción, encuentros, pagos de reclamaciones regulares, reclamaciones suplementales, entre otros. La identificación de las reclamaciones suplementales o mejor conocidos como “Non Risk Arrangement” se realiza a través del sistema PRMP MMIS, y se nutre de las reclamaciones de medicamentos enviadas por Abarca. En relación a los medicamentos que se administran a través de componente médico como lo son infusiones, productos inyectables en otros, son enviadas por los MCOs al sistema MMIS para su identificación. Entre los productos procesados e identificados como reclamaciones suplementales se encuentran el Synthroid, medicamentos para tratar la condición de Atrofia Muscular Espinal (SMA), Hepatitis C, HIV, entre otros.

MMIS emite los reembolsos a las aseguradoras una vez se ha realizado la verificación de calidad por ASES y por personal de Medicaid. Este tipo de productos no están considerados en la prima.

Estos medicamentos no están considerados en la prima de la aseguradora, el riesgo recae cien por ciento (100%) en ASES, sin embargo, ellos son los responsables de emitir los pagos a los proveedores o al PBM en caso de que sea un producto cubierto por el beneficio de farmacia. La ASES reembolsa estos servicios a las aseguradoras a través del proceso incorporado por MMIS.

## **Próximos Proyectos**

Estamos en el proceso de completar el desarrollo del RFP y los modelos de contrato para iniciar la siguiente fase de MDRP que es el Programa de Rebates suplementarios. La expectativa es iniciarlo durante el primer trimestre de 2025 dado que hemos tenido retos administrativos para su efectividad efectivo el 1ro de enero de 2023.

## **Logros**

- Mínima cantidad de disputas han sido sometidas por las compañías manufactureras desde que el programa MDRP fue implementado, es un indicativo de una ejecución apropiada por el PBM al realizar la verificación de la utilización antes de enviar las facturas.
- Se ha facturado trimestralmente sobre \$100 millones a las compañías manufactureras consistentemente desde que se implementó el Programa de Descuento de Medicamentos (MDRP).
- Treinta y seis (36) medicamentos para tratar el HIV fueron añadidos al PDL efectivo el 1ro de julio de 2024, extendiendo acceso al paciente.
- En junio 2024, se sometió el primer reporte de DUR, según requerido por CMS. Este reporte se compartirá anualmente.
- Asistir a la Conferencia de SUMMIT Medicaid Drug Rebate Program del 11-14 de octubre de 2022 en Chicago, Illinois.
- Luego del proceso de implementación del MDRP recibimos la visita de los directores de farmacia de CMS en septiembre de 2023, a cargo del equipo de farmacia y su directora donde se presentó el proceso de implementación. Reconocieron y así lo expresaron formalmente lo exitoso del proceso de implementación, siendo el primer territorio en participar el MDRP y habiendo documentado con excelencia todo el proceso, estableciéndose y requiriendo al PBM políticas operacionales. Inclusive, nos solicitaron compartir estas políticas con ellos y así lo hicimos.
- No menos importante, mediante la intervención de CMS fuimos invitados a participar de las Asociaciones de Administradores del Beneficio de Farmacia de los estados del Sur (SAMPAs) y de la Asociación Nacional que comprende todos los administradores del beneficio de farmacia de los Estados (AMPAA). En estas estrechamos lazos con otros administradores compartiendo experiencias, lecciones y retos de cómo manejar el beneficio bajo el Programa Medicaid. Con estos pudimos participar de la reunión #50 de SAMPAs en abril de 2024 en Virginia y la de AMPAA en agosto de 2024 en North Dakota.

## CALIDAD

El componente de Calidad es responsable de los distintos aspectos de los Programas de Calidad descritos en el Artículo 12 del Contrato; entre ellos, informes de HEDIS, Informe de Resultados de Encuesta de Satisfacción de Beneficiarios y Proveedores, Programa de Mejoramiento del Cuidado de la Salud (HCIP), Programa de Incentivo a Proveedores, etc. Algunas de las disposiciones del contrato en torno a asuntos de calidad, se ejecutan a través de compañías externas contratadas por ASES para ese propósito. Actualmente este componente lo maneja un recurso junto con la supervisora de estadísticas y la directora del área.

El Programa denominado Programa de Mejoramiento del Cuidado de la Salud (*Health Care Improvement Program, HCIP*), es responsabilidad directa de la unidad de Calidad. El mismo se trabaja en coordinación con la Oficina de Finanzas ya que está atado al Plan de Retención. Para implementar el HCIP se desarrolla un Manual que contiene la metodología a aplicarse, las métricas y las metas. Este Manual se actualiza anualmente en coordinación con los recursos clínicos. Trimestralmente, cada métrica es evaluada de acuerdo con los resultados sometidos por cada entidad y sus resultados son notificados a la Oficina de Finanzas. El Manual correspondiente al año 2024 se incluye como anejo.

### Reportes del Área de Calidad

<b>REPORTES DE CALIDAD</b> Revisado agosto/2024			
Reportes	Descripción del Reporte	Referencia Contrato/ Flujo de trabajo	Frecuencia
<b>Health Care Improvement Program (HCIP)</b>  <b>(Reporte 22)</b>	<p>El Informe del Programa de Mejoramiento de la Atención Médica (HCIP, por sus siglas en inglés) captura el rendimiento trimestral en las medidas puntuadas enumeradas en el Anexo 19 - Manual del Programa de Mejoramiento de la Atención Médica como referencia.</p> <p>Las medidas puntuadas impulsan el reembolso del Fondo de Retención y el punto de referencia para cada medida es establecido por ASES. Reporte que se compone de 3 iniciativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciativa de Condiciones Crónicas</li> <li>• Iniciativa de Personas Saludables</li> <li>• Iniciativa del Uso de Sala de Emergencia</li> </ul>	<p><b>Referencia del contrato: 12.5</b></p> <p>ASES le retiene a los 4 MCOs del Plan Vital el 2% Retención mensual de PMPM.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los MCOS someten el reporte trimestral del informe Plan Vital en las siguientes fechas:  <b>30 de abril, 30 de julio, 30 de octubre, 30 de enero</b></li> <li>2. El proveedor certificado de HEDIS valida el envío de datos de la MCO antes del día 10 del mes siguiente al Paso 2  <b>10 de mayo, 10 de agosto, 10 de noviembre, 10 de febrero</b></li> <li>3. El Área de Operaciones Clínicas de ASES determina las puntuaciones de la MCO en un plazo de 30 días naturales a partir del Paso 2.</li> <li>4. El Área de Operaciones Clínicas de ASES comparte los resultados de la puntuación HCIP con cada MCO y brinda 10 días laborales</li> </ol>	Trimestral

		<p>para emitir sus comentarios y/u observaciones.</p> <p>5. Los MCO de Plan Vital responden con comentarios a ASES al área de Operaciones Clínicas en un plazo de diez días laborables a partir del paso 5.</p> <p>6. El Área de Operaciones Clínicas finaliza las puntuaciones del HCIP de las MCO para el pago correspondiente.</p> <p>7. El Departamento de Finanzas de ASES efectúa el pago según la puntuación HCIP en un plazo de 30 días a partir de la determinación de la puntuación en el Paso 4.</p> <p>8. Para las MCOs del Plan Vital tienen un acuerdo de subcapitalización de PMG alineado con el HCIP, la MCO paga en su totalidad a los PMGs en un plazo de 15 días después de recibir el pago del Paso 8.</p>	
<p><b>Quality Assessment and Performance Improvement Program (QAPI)</b></p>	<p>El Programa QAPI debe estar diseñado para detectar las necesidades únicas de atención médica de los afiliados. La descripción debe incluir, pero no se limita a los siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Detalles sobre objetivos específicos y como se medirán. <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) El proceso completo, mediante el cual el Contratista recopilará, analizará y evaluará las medidas de desempeño de calidad de los PMG y otros Proveedores y el informe sobre el desempeño de calidad utilizando fuentes de datos específicos, medidas de desempeño y resultados</li> <li>(2) Detalles cómo las metas medibles específicas y los objetivos de resultados de salud se integran en el Programa QAPI general.</li> <li>(3) medidas de desempeño sobre determinantes sociales de la salud (SDOH).</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Referencia del contrato 12.2</b></p> <p><b>CFR 438.330</b></p> <p>Las aseguradoras envían sus QAPI para ser aprobados por la ASES que estén acorde con el contrato en la Sección 12.2 y 42 CFR 438.330.</p>	<p>Anual</p>
<p><b>Healthcare Effectiveness Data and Information Set, (HEDIS).</b></p> <p><b>(Reporte 24)</b></p>	<p>Este reporte captura las medidas estandarizadas de HEDIS publicadas por la NCQA que especifican como las aseguradoras recopilan, auditan, calculan y comunican la información de rendimiento.</p> <p>ASES emite una Carta Normativa a todas las aseguradoras indicando las métricas que deben de cumplir según las instrucciones</p>	<p><b>Referencia del Contrato 18.2.6.4</b></p>	<p>Anual (julio)</p>

<p><b>HEDIS Experience of Care and Health Outcomes (ECHO)</b></p> <p><b>(Reporte 18)</b></p>	<p>Reporte que captura las actividades de la encuesta de los proveedores de la Red de Salud Física y Conductual a través de encuestas.</p>	<p><b>Referencia del contrato: 18.2.5.4</b></p> <p>Reporte producido por las aseguradoras y beneficiarios de <b>Salud Mental</b> en donde se revisan los diferentes servicios que brindan a los asegurados a través de unas encuestas realizadas a niños y adultos del Plan Vital. El reporte es recibido anualmente en julio.</p>	<p>Anual (julio)</p>
<p><b>HEDIS Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems (CAHPS)</b></p> <p><b>(Reporte 23)</b></p>	<p>Reporte producido por las aseguradoras a través de encuestas a los beneficiarios para conocer su opinión con relación a los servicios recibidos por parte de sus médicos y la aseguradora.</p>	<p><b>Referencia del contrato: 18.2.6.3</b></p> <p>ASES emite una Carta Normativa a todas las aseguradoras en donde deberán cumplir con</p>	<p>Anual (julio)</p>
<p><b>Physician Incentive Program (PIP)</b></p> <p><b>(Reporte 20)</b></p>	<p>Reporte que captura los acuerdos del Plan de Incentivos para los Médicos del Contratista con los proveedores y los detalles relacionados en cumplimiento con las regulaciones federales y de Puerto Rico, incluyendo 42 CFR 422.208 y 422.210, y 42 CFR 438.3(i), y con los requisitos de las Secciones 10.7, 18.2 y 23.6 de este Contrato.</p>	<p><b>Referencia al contrato 23.6, 18.2, 18.2.5.6 y 10.7</b></p> <p>42 CFR 422.208 y 422.210, y 42 CFR 438.3(i)</p>	<p>Anual (abril)</p>
<p><b>Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT)</b></p> <p><b>(Reporte 13)</b></p>	<p>Reporte que captura los parámetros y documenta las tasas de selección y participación en el EPSDT desde 0 a 21 años.</p> <p>Todos los estados deben comunicar anualmente a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) los datos relativos a los servicios prestados a los niños a través de la prestación de detección, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico (EPSDT) de Medicaid.</p>	<p><b>Referencia del contrato: 7.9 y 18.2.4</b></p> <p>Este reporte los MCOs deben ser depositado en la plataforma del Enterprises System de ASES, en o antes del 30 de marzo de cada año. Estos servicios se notifican mediante el formulario CMS-416, que los estados deben presentar antes del 1 de abril.</p>	<p>Anual (1 de abril)</p>
<p><b>Adult and Child Core Set Measures (ACCM)</b></p> <p><b>(Reporte 26)</b></p>	<p>Reporte de los Conjuntos de Medidas Básicas para Adultos y Niños en donde se capturan las medidas estandarizadas de Medicaid para adultos y niños inscritos en Medicaid y CHIP.</p>	<p>La Ley del Seguro Social (Sección 1139B) requiere que el Secretario del HHS identifique y publique un conjunto básico de medidas de calidad de la atención médica para los adultos inscritos en Medicaid. El Conjunto Básico para Adultos incluye una serie de medidas de calidad que abarcan tanto la salud física como la conductual. En agosto de 2023, los CMS publicaron una <u>regla</u> exigir que el estado informe de las medidas de calidad estandarizadas. A partir de 2024, los estados deberán informar sobre las medidas de salud conductual en el Conjunto Básico para Adultos.</p>	<p>Anual (julio)</p> <p><b>Nota:</b>  <i>El reporte se recibe en julio por las aseguradoras, pero se entran los datos en o antes del 31 de diciembre en la Plataforma de Quality Measure Reporting</i></p>

		En diciembre se deben someter los resultados de los 4 MCOS en la plataforma de Quality Measure Reporting (QMR).	(QMR) de CMS
<b>Quality Management Strategy</b>  (QS)	La Estrategia de Gestión de Calidad de Medicaid de PR proporciona un marco para comunicar la visión de Puerto Rico de metas y objetivos basados en el rendimiento y estrategias de supervisión que abordan la calidad de la atención y acceso oportuno a los servicios. Según la regulación Federal CFR at 42 CFR 438.340 esto debe realizarse al menos de cada 3 años.	<b>Regulación Federal: CFR 42 CFR 438.340</b>  Este documento se trabaja entre ASES & Mercer para revisar los cambios y poder publicar este documento en la página web de ASES y dar 30 días para ver comentarios del público en general.	Al menos de cada 3 años
<b>Quality Management Strategy Evaluation</b>  (QME)	La Evaluación de la Gestión de Calidad se evalúa al menos una vez al año mediante la Evaluación de Gestión de la Calidad y los resultados de dichas evaluaciones sirven para respaldar las actualizaciones del Quality Management Strategy en donde se analizan los resultados de todos los MCOS y ser enviados a CMS y ser posteados en la página web de ASES.	<b>Regulación Federal: CFR 42 CFR 438.340</b>	Anual
<b>External Quality Review</b>  (EQRO)	Audit Activities: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Grievance System</li> <li>✓ Enrollee Rights and Protections</li> <li>✓ Program Integrity</li> <li>✓ Quality Assessment and Performance Improvement: Access</li> <li>✓ Quality Assessment and Performance Improvement: Structure and Operations</li> </ul> Quality Assessment and Performance Improvement: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Measurement &amp; Improvement</li> <li>✓ Network Adequacy Validation</li> <li>✓ Validation of Performance Measures (PMs) (HEDIS)</li> <li>✓ Validation of Performance Improvement Project (PIPs)</li> </ul>	<b>Referencia la Contrato Sección: 12.8 42 CFR 438.358</b>	Anual
<b>Junta Asesora de Calidad</b>  (Advisory Board)	El Contratista convocará y facilitará una junta asesora. Los miembros de la junta asesora asesorarán al Contratista sobre temas relacionados con la prestación de servicios y la calidad de todos los Servicios Cubiertos (por ejemplo, salud conductual, salud física), los derechos y las responsabilidades de los Afiliados, la resolución de Quejas Formales y Apelaciones de los Afiliados y las necesidades de los grupos representados	<b>Referencia al contrato: 12.8 42 CR 438.66</b>  * La Junta Consultiva del Contratista mantendrá un registro escrito de todos los intentos de invitar e incluir a sus representantes en sus reuniones. La lista y las actas de la Junta Consultiva se pondrán a disposición de ASES diez (10) Días Calendarios después de la fecha de la reunión.	Trimestral

	<p>por los miembros de la junta asesora en lo que respecta a Medicaid.</p> <p>* El consejo consultivo estará formado por representantes de todas las poblaciones de la GHP, familiares y proveedores. El Contratista tendrá una representación equitativa de sus representantes en términos de raza, género, poblaciones especiales y áreas geográficas de Puerto Rico.</p>		
--	---	--	--

**Logros:**

1. Asistir anualmente a la conferencia CMS de Calidad 8 al 10 de abril de 2024 en Baltimore, Maryland.
2. Lograr automatizar el proceso de HCIP en la Plataforma ES y crear un proceso de trabajo entre contratistas y aseguradoras.

**ANEJOS**

- Cartas Normativas & Circulares Operaciones Clínicas (2020-2024)
- Registro de Políticas Clínicas creadas o enmendadas durante 2020-2024
- Policies and Procedures PRHIA Pharmacy and Therapeutics Committee
- Health Care Improvement Program Manual
- Documentos concernientes al Mental Health Parity