



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

**ESTRATEGIA DE CALIDAD  
PARA MEDICAID  
PUERTO RICO**

2013-2016



## TABLA DE CONTENIDO

SECCION I. INTRODUCCION	3
Trasfondo Histórico	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
Propósito, Metas y Objetivos de la Estrategia de Calidad	
<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>	
Actualización de Membresía	6
Proceso de evaluación de la Estrategia de Calidad	7
SECCION II. EVALUACION	8
Calidad e Inodeidad del Cuidado	8
Necesidades Especiales en el Cuidado de la Salud	8
Medidas de Rendimiento Requeridas por el Estado	8
Monitoreo y Cumplimiento	9
Revisión de Calidad Externa	13
SECCION III. ESTANDARES DEL ESTADO	154
Estándares de Acceso	154
Estándares de Medidas de Operaciones	156
Estándares de Medidas de Mejoras	17
SECCION IV. MEJORAS E INTERVENCION	21
Sanciones Intermedias	21
SECCION V. CONCLUSIONES Y OPORTUNIDADES	23



## Sección I. Introducción

---

### Trasfondo Histórico

Como parte de la reforma radical de servicios de salud en Puerto Rico, el Estado, mediante el Departamento de Salud y su oficina de Medicaid, ha decidido delegar el sistema de manejo de cuidado a la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (Conocido como ASES por sus siglas en español).

ASES tiene la responsabilidad de implementar, administrar, y negociar mediante arreglos contractuales esos servicios de salud incluidos en el Plan del Estado para Medicaid en Puerto Rico. La contratación de dichos servicios será llevada a cabo por medio de esas organizaciones autorizadas por las leyes Federales y Estatales, las cuales proveerán el manejo de riesgo así requerido por el Acta de Seguro Social en el Título XVIII y XIX, así como también bajo las provisiones encontradas en 42 CFR Artículo 438 y la Ley Estatal 72 de septiembre 7, 1993, según enmendada. Estas entidades son Administradores en Tercera Parte (Third Party Administrators o TPA por sus siglas en inglés), Planes de Salud Pre-pagados para Pacientes (Prepaid Inpatient Health Plans o PIHP por sus siglas en inglés), que serán Organizaciones de Cuidado de Salud para Manejo de Conducta (Managed Behavioral Healthcare Organizations o MBHO por sus siglas en inglés), Organizaciones para el Manejo de Cuidado (Managed Care Organizations o MCO por sus siglas en inglés) y organizaciones de Medicare Advantage (Medicare Advantage Organizations o MAO por sus siglas en inglés) que proveen el Paquete Comprehensivo de Beneficios de Medicaid (Medicaid Wraparound Benefit Package) para la población con elegibilidad dual (Medicare-Medicaid). El Estado proveerá, mediante estas organizaciones, un sistema de seguros de salud que le proveerá acceso y calidad en los servicios de salud a la población médico indigente de la Isla.

La política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico afirma que el gobierno tiene una responsabilidad inherente al proveer servicios de cuidado de salud a la población. Bajo los términos de esta política, el desarrollo de los sistemas de cuidado de salud estuvo disponible con notables desigualdades. Dichas desigualdades llevaron a que la calidad de los servicios de salud tuviera correlación y dependencia con la capacidad financiera del individuo al momento de manejar los costos de los cuidados de salud con sus propios recursos.

La política pública delinea los deberes y responsabilidades del Estado por medio de su agente, ASES, para facilitar y llevar a cabo lo siguiente: (1) negociar, (2) contratar y (3) monitorear por medio de organizaciones de seguros médicos, lo cual incluye el control de calidad en los servicios de salud.

El Estado cuenta con un Equipo Especial de Control de Calidad (Quality Task Force) compuesto por representantes de: El Departamento de Salud, ASES, Proveedores, y planes de salud contratados. El Estado proveerá el control de calidad definiendo las medidas y mecanismos de evaluación que garantizarán la evaluación, reporte y métricas para los servicios de salud MI Salud a nivel de planes de salud contratados para así poder establecer mejoras a nivel de Proveedor, así como también proveer mejor calidad de cuidado para los asegurados de MI Salud.

Es importante para el Estado el proveer las reglas y enfocarse en el nivel desempeño que quiere alcanzar para así maximizar los recursos sin limitar acceso, prontitud, y calidad en el cuidado de salud. Por esta razón, el Estado está comprometido con definir y diseñar proyectos de mejoramiento enfocados en



aspectos clínicos y no-clínicos y acceso a servicios, los cuales podrán prevenir futuras condiciones de salud y promueva el bienestar entre los asegurados de MI Salud. Proyectos de mejoras de desempeño, métricas de desempeño (tales como HEDIS, CAHPS, HOS, ETC.) al igual que monitoreo y revisión de estándares de cumplimiento contractuales provistos por el Estado son elementos clave que el programa de Medicaid Puerto Rico utiliza para evaluar e identificar apropiadamente las mejoras en el acceso, prontitud, y calidad de cuidado de salud de nuestros asegurados. Adicionalmente, el Estado ha desarrollado un Programa de Manejo Clínico y Preventivo (ej., manejo de enfermedades, manejo de casos, etc.) que ha sido modificado para aumentar los resultados en salud de la población de Medicaid al conducir evaluaciones continuas para así cerrar la brecha entre los asegurados, y la responsabilidad y la labor de los proveedores de servicios de salud.

Efectivo el 1ro de octubre, 2010, el Programa de Salud del Gobierno creó nuevos objetivos de política pública para transformar el sistema de salud de Puerto Rico para así promover un enfoque integrado hacia la salud física y mental, y mejorar el acceso a servicios de cuidado primario y especializado de calidad. Bajo esta política el programa de salud del gobierno, previamente conocido como “Reforma”, se transformó en “MI Salud”.

#### **Propósito, Metas, y Objetivos de la estrategia de Calidad:**

El Programa MI Salud se enfoca en proveer cuidados de calidad para todos los asegurados de Medicaid y Doble Elegibilidad en Puerto Rico por medio de acceso a servicios de salud apropiados y oportunos. El Plan de Estrategia de Calidad provee un marco de trabajo para comunicar la visión del Estado, objetivos basados en rendimiento y estrategias de monitoreo, abordando problemas en los servicios de salud, calidad y acceso oportuno al sistema de Manejo de Cuidado de Medicaid. Se trata de un enfoque integral que impulsa la calidad a través de iniciativas, el monitoreo, la evaluación y la mejora del desempeño basado en resultados.

Las metas y objetivos específicos que juegan un papel significativo en el desarrollo de la estrategia de calidad del Estado son:

#### **Metas:**

1. Mejorar el acceso oportuno a los servicios de atención primaria y preventiva para todos los asegurados de MI Salud Medicaid y Platino con doble elegibilidad.
2. Mejorar la calidad de la atención y los servicios prestados a todos los asegurados de MI Salud y Platino con doble elegibilidad mediante un Modelo Integrado de salud física y mental.

#### **Objetivos:**

<i>Área de Enfoque</i>	<i>Propósito</i>	<i>Objetivo</i>
<i>Examen Preventivo</i>	Demonstrar un aumento en el uso de cuidado de prevención y detección por lo menos un 3% anualmente, según establecido en el acuerdo contractual entre su agente y su seguro de salud.	Los servicios de prevención y detección identificados por control de resultados son: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Detección de Cáncer (Mamas, Cervical)</li> <li>* Control de Asma</li> <li>* Visitas de Prevención</li> <li>* Visita Anual de Prevención Dental</li> </ul>



<p><i>Modelo de Integración de Salud Mental</i></p>	<p>Continuar evaluando el Modelo de Integración del cuidado de salud física mediante una estrategia de modelo de adaptación el cual proveerá servicios para el cuidado de la salud en un entorno de servicio primario indefinido para desarrollar objetivos significativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Cuidado Prenatal Efectivo</li> <li>* Control de Colesterol para la población de alto riesgo</li> <li>* Detección de Hgac1 a todo participante con Diabetes</li> <li>* Detección de Depresión</li> <li>* Detección de Depresión Después del Parto</li> <li>* Detección de uso de Alcohol y Tabaco a participantes embarazadas.</li> </ul> <p>Número de Grupos Médicos Primarios activos en el modelo de Colocación</p>
<p><i>Red de Proveedor</i></p>	<p>Demonstrar progreso en el acceso disponible a servicios de atención primaria del plan, para cumplir con las proporciones de la Red de Proveedor:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Un Médico de Cuidado Primario por 1,700 Participantes (1:1,700). (2)1:2,800 se aplicará a ginecólogos/obstetras seleccionados como Médicos de Cuidado Primarios por la fémina participante</li> <li>* Una especialidad entre las mencionadas a continuación por cada 2,200 Participantes (1: 2,200): Cardiólogos, Gastroenterólogos, Neumólogos, Endocrinólogos y Urólogos.</li> <li>* Un Proveedor de Cuidado Cognitivo por cada 5,000 Participantes (1: 5,000);</li> <li>* Un proveedor debidamente capacitado y certificado por la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA en inglés) para el tratamiento de drogadicción.</li> </ul>



<i>Control de Enfermedades</i>	Demostrar un aumento (verificar contrato) a participantes de MI Salud a auto controlar condiciones crónicas a través de su participación en intervenciones clínicas y educacionales todos los meses.	Diabetes Asma Hipertensión Insuficiencia Cardíaca Congestiva Depresión y Diabetes Tipo 2 Obesidad Enfermedades Renales Crónicas Niveles 1 y 2.
<i>Control de Uso</i>	Desarrollar un Protocolo de Reporte del Manejo del Control de Uso para Planes de MA Platino para establecer objetivos para mejora en servicios de prevención	Protocolo de Reporte del Manejo del Control de Uso para Planes Platino para Diciembre 2014.

**Lograr Metas y Objetivos:**

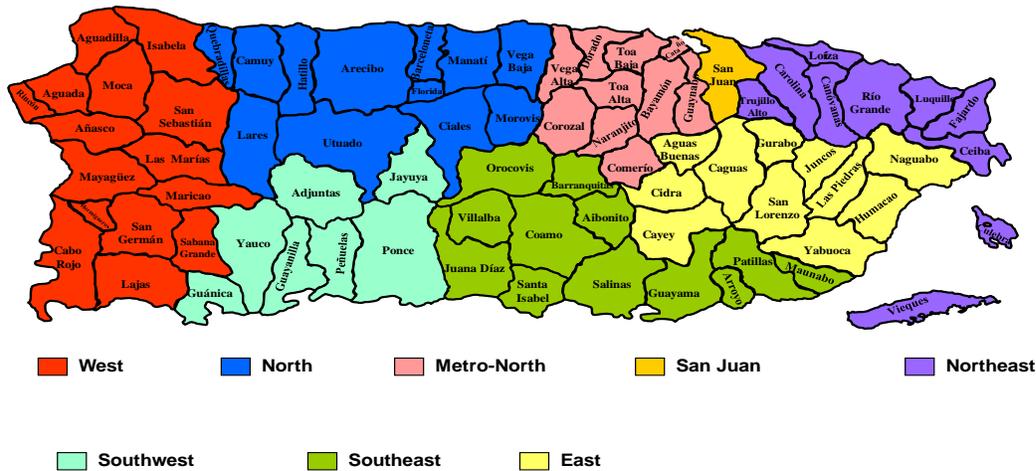
- Los métodos empleados por ASES para lograr las metas y objetivos incluyen las siguientes estrategias:
- Desarrollar y mantener estrategias de colaboración entre los organismos estatales y las partes interesadas para mejorar los resultados de salud y educación de la salud, y el manejo de los miembros vulnerables y en situación de riesgo.
- Uso de proyectos de mejora de rendimiento adicionales y nuevas actividades de práctica para impulsar la mejora en los resultados de salud de los asegurados.
- Fortalecimiento de la prevención, bienestar e iniciativas de gestión de salud para mejorar el estado de salud de los asegurados de Mi Salud y Platino.
- Mejorar la tecnología de información de salud para asegurar que la recuperación de información y presentación de informes sea oportuna, precisa y completa.

**Actualización de Membresía:**

El Estado Libre Asociado tiene la facultad exclusiva de determinar la elegibilidad para MI Salud, conforme a lo dispuesto en la ley federal y el Plan Estatal de Puerto Rico, con respecto a los grupos de elegibilidad de Medicaid y CHIP. Para prestar servicios bajo MI Salud, ASES ha dividido a Puerto Rico en nueve regiones: ocho regiones geográficas de servicio y una "región virtual". La "región virtual" abarca los servicios prestados en todo Puerto Rico a dos grupos de personas inscritas: los niños que están bajo la custodia de la Administración de Familias y Niños ("ADFAN" Administración de Familia y Niños) y ciertos sobrevivientes de violencia doméstica remitidos por la Oficina de la Procuradora de las Mujeres, que se inscriben bajo el programa de MI Salud. El siguiente mapa ilustra las ocho regiones geográficas de servicio a partir de octubre de 2013.



### Puerto Rico Health Insurance Administration Service Region Distribution



La población total doble elegible asegurada bajo Mi Salud y Platino fue de 1.674.292 miembros en octubre de 2013. La siguiente tabla muestra la población asegurada por la región de servicio y la categoría de elegibilidad.

<i>Región</i>	<i>Federal/Medicaid</i>	<i>SChips</i>	<i>Estado Libre Asociado</i>	<i>Platino *</i>	<i>TOTAL</i>
<b>Norte</b>	157,133	17,418	35,724	35,049	245,324
<b>Metro-norte</b>	162,116	21,149	40,331	31,801	255,397
<b>Este</b>	160,876	20,015	39,501	38,877	259,269
<b>Noreste</b>	102,208	14,360	26,111	20,336	163,015
<b>Sureste</b>	123,212	15,036	30,042	25,084	193,374
<b>Oeste</b>	170,246	19,055	43,387	39,043	271,731
<b>San Juan</b>	82,433	8,344	15,966	9,912	116,655
<b>Virtual</b>	4,976	-	55	-	5,031
<b>Suroeste</b>	109,187	12,070	25,536	17,703	164,496
<b>Distribución de población Medicaid</b>	1,072,387	127,447	256,653	217,805	1,674,292

\*Platino = elegibilidad

**Proceso de Evaluación de la Estrategia de Calidad:**

De acuerdo con el Reglamento Federal CFR 438.202 (b), los miembros de Mi Salud, los miembros Platino, público en general y las partes interesadas tendrán la oportunidad de proporcionar información y



recomendaciones sobre el contenido y la orientación de la Estrategia de Calidad. La Estrategia de Calidad se publicará en la página web ASES y un aviso público será publicado en la prensa local para informar sobre la disponibilidad, bajo petición, de la Estrategia de Calidad en las oficinas ASES. ASES incorporará las recomendaciones de los participantes de Mi Salud y Platino, público en general, Planes de Salud contratados, EQRO y otras partes interesadas en el establecimiento de nuevos objetivos y revisión de la Estrategia de Calidad.

La Estrategia de Calidad Medicaid PR está diseñada para asegurar que los servicios prestados a los participantes cumplan o superen las normas establecidas para el acceso a la atención, la calidad clínica de la atención y la calidad del servicio. De acuerdo con el Reglamento Federal CFR 438.202 (d) la oficina de Medicaid de Puerto Rico a través de su agente ASES realizará revisiones trimestrales de la estrategia de calidad para determinar la necesidad de revisión y asegurar que los planes de salud contratados están en cumplimiento con el contrato.

## **Sección II. Evaluación**

---

### **Calidad e idoneidad de la atención:**

ASES evaluará qué tan bien los planes de salud de contratados están cumpliendo con las normas establecidas por el Estado y en conformidad con el Reglamento Federal 42 CFR 438. Sub-parte D, Evaluación de la Calidad y Mejoras en Desempeño (42 CFR 438.202 (c)) mediante la recopilación y el análisis de información procedente de diversas fuentes. Una de las fuentes principales de información es a través del requisito de una Evaluación de Calidad y el Programa de Mejoramiento del Desempeño (QAPI por sus siglas en inglés). El Programa QAPI tiene como objetivo aumentar los resultados de salud de los asegurados de MI Salud y Platino a través de la provisión de servicios de salud consistentes, el cumplimiento de las directrices nacionales y las normas de NCQA HEDIS. El Programa QAPI para Planes de Salud se presenta a ASES para su revisión y aprobación.

### **Necesidades Especiales en el Cuidado de Salud:**

Necesidades especiales de salud se define como cualquier discapacidad física, de desarrollo, mental, conductual, cognitivo, emocional o condición limitante que requiere tratamiento médico, intervención en la atención de salud, y/o el uso de servicios o programas especializados. De acuerdo con la regulación federal 42 CFR 438.204 (b) (1), ASES ha establecido un beneficio de Cobertura Especial diseñado para proveer servicios para los asegurados con necesidades especiales de salud causados por una enfermedad grave.

Los Planes de Salud supervisan, y rutinariamente actualizan un plan de tratamiento para cada asegurado que está registrado para Cobertura Especial. El plan de tratamiento será desarrollado por el Médico Primario (PCP por sus siglas en inglés) del asegurado, con la participación del asegurado, y en consulta con cualquier especialista de cuidado para el asegurado. Los Planes de Salud requieren, en sus contratos de proveedor con los Médicos Primarios, que los planes de tratamiento de Registro Especial se sometan a Los Planes de Salud para su revisión y aprobación de manera oportuna. Los Planes de Salud deberán coordinar con la Organización de la Salud del Comportamiento Mental (MBHO por sus siglas en inglés) en el desarrollo del plan de tratamiento, y deberán considerar cualquier impacto en el tratamiento provisto



por el plan de tratamiento del MBHO. Una lista de las condiciones consideradas en la cobertura especial está incluida en el **Apéndice 1**.

Como parte del Modelo Integrado de MI Salud se incluyó el autismo como parte de las condiciones enumeradas en Cobertura especial. Con esta nueva incorporación, la población autista tendrá acceso a los servicios de salud física especializados como neurólogos, gastroenterólogos, alergólogos y odontólogos, que se ofrecerán bajo la Cobertura especial. El Médico Primario cubrirá todos los servicios de salud mental relacionados con el autismo, incluyendo la colaboración e integración con cualquier plan de tratamiento desarrollado por el plan de salud contratado. El plan de salud contratado deberá presentar un plan de coordinación con el Médico Primario para cumplir con el requisito de integración.

ASES requiere que todos los planes de salud tengan en marcha un Plan de Competencia Cultural. Este plan debe describir cómo los proveedores, personas y sistemas dentro del Plan de Contratista proporcionarán con eficacia los servicios para las personas de todas las culturas, razas, etnias y religiones en una manera que reconozca valores, afirme y respete la dignidad de las personas individualmente inscritas, y protege y preserva la dignidad de cada uno. Los planes de salud aceptarán prospectos de acuerdo con el 42 CFR § 434.25 y no discriminará en contra, o utilizará cualquier política o práctica que tiene el efecto de discriminar contra una persona, sobre la base de (i) el estado de salud o necesidad de servicios o (ii) la raza, color, origen nacional, ascendencia, afiliación del cónyuge, la orientación sexual y/o identidad de género.

### **Medidas de Rendimiento Requeridas por el Estado:**

Como parte del proceso de evaluación de la calidad, y en cumplimiento de la regulación federal 42 CFR 438.204 (c), ASES requiere que todos los informes anuales por los Planes de Salud se rijan por las siguientes medidas de HEDIS:

#### **1. Medidas de Salud Física:**

##### **Efectividad del Cuidado: Medidas de Prevención y detección:**

- Inmunización infantil;
- Pruebas de detección de cáncer de mama;
- Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino;
- Pruebas de detección de Clamidia;
- Evaluación del Índice de Masa Corporal (BMI en inglés) en adultos, y
- Evaluación de Peso y asesoramiento para la nutrición y la actividad física en niños y adolescentes.

##### **Efectividad del Cuidado: Medidas para Condiciones Respiratorias:**

- El uso de medicamentos adecuados para personas con asma.
- El tratamiento apropiado para los niños con enfermedades del tracto respiratorio superior.
- Efectividad del Cuidado: Condiciones Cardiovasculares
- Manejo de colesterol para las personas con enfermedades cardiovasculares;
- Control de alta la presión arterial.

##### **Acceso/Disponibilidad de Medidas de Cuidado**

- Atención integral de la diabetes (con todos sus componentes).



- Visitas de atención para adolescentes saludables.
- Visitas para infantes saludables en los primeros 15 meses de vida
- Acceso a Médicos Primarios para Niños y Adolescentes.
- Visita anual al dentista;
- Cuidado prenatal y postparto;
- Frecuencia de la atención prenatal en curso;
- Acceso para adultos de cuidado de salud preventiva/ambulatorio.

## 2. Medidas de Salud Mental:

### Efectividad y Acceso a Cuidado Médico:

- Manejo de la medicación antidepresiva.
- Cuidado de seguimiento a los niños con medicamentos recetados para el TDAH (ADHD en inglés).
- Seguimiento luego de hospitalización debido a enfermedades mentales y tratamiento por dependencia al alcohol u otras sustancias;
- Identificar servicios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción;
- Utilización de la Salud Mental.

Otra actividad clave para la evaluación y seguimiento de la calidad e idoneidad del cuidado y los servicios que brindan los afiliados a MI Salud y Platino es a través de Encuestas de Calidad. Se requiere a los planes de salud llevar a cabo dos (2) Encuestas de satisfacción (*Contrato Mi Salud, sección 12.7*). Una encuesta de satisfacción está dirigida a los asegurados y la otra encuesta está dirigida a los proveedores. Los Planes de salud deben tener un proceso para notificar a los proveedores y los asegurados acerca de la disponibilidad de los resultados de la encuesta y hacerlos disponibles, bajo petición. Se requiere que los planes de salud utilicen los resultados de las encuestas del Proveedor y el asegurado para la prestación de servicios de monitoreo y calidad de los servicios, y para hacer mejoras en el programa (*Contrato Mi Salud Sección 12.7.5*).

### Monitoreo y Cumplimiento:

Como parte del monitoreo, y conforme con 42 CFR 438.240 (2) (b) (3), todos los planes de salud contratados presentarán a ASES, con carácter trimestral, la utilización de los informes estadísticos. ASES requiere los siguientes informes, con la información que deben presentarse de acuerdo con las especificaciones establecidas en el artículo 18 del contrato de Mi Salud:

<i>Artículo del Contrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción general del requerimiento</i>
<b>Responsabilidades de Registración del Contratista (Artículo 5)</b>	Diario	Informe de Nuevos Registros
	A un día laboral del cambio	Base de datos de registro: notifique a ASES cuando la Base de Datos es actualizada y refleja cambios de residencia de un participante
	Trimestral	Informe de Materiales del Participante



<i>Artículo del Contrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción general del requerimiento</i>
<b>Servicios de Cubierta (Artículo 7)</b>	Semi-Anual	Informe sobre el Uso de Cargos Administrativos del Contratista para ejecutar servicios administrativos.
	Trimestral	Informe sobre la evaluación de EPSDT
	Trimestral	Informe del Director Ejecutivo
	Trimestral	Informe del Farmacia del Director Ejecutivo
	Trimestral	Informe sobre el servicio de manejo de caso recibido por los Participantes con condiciones crónicas y resultados de los mismos
<b>Red del proveedor (Artículo 9)</b>	Trimestral	Informe sobre el número de Participantes diagnosticados con condiciones específicas por el servicio de control de enfermedades
	Trimestral	Informe sobre el Plan de Cuidado de la Madre y el Neonato
<b>Contrato del Proveedor (Artículo 10)</b>	Mensual	Informe sobre el estado de acreditación y re-acreditación de Proveedores
<b>Uso y Manejo (Artículo 11) Calidad de Mejora (Artículo 12)</b>	Trimestral	Informe sobre conciliación de pagos sometidos a Centros de Salud Estatal
	Trimestral	Informe sobre el Plan de Incentivos Médicos
	Mensual	Informes sobre Datos del Cuidado de la Salud
	Trimestral	Informes sobre: Proveedores en las redes y fuera de las redes Promedio de Participantes a PCPs Control de Enfermedades de la Diabetes Control de Enfermedades del Asma Control de Enfermedades de Hipertensión Manejo de EPSDT Informe del Centro de Llamadas Manejo del Servicio Preventivo de MI Salud



<i>Artículo del Contrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción general del requerimiento</i>
<b>Mejoras de Calidad (Artículo 12)</b>	Trimestral	Manejo del de Servicio de Farmacia Manejo de Servicios Dentales Manejo del ER por Región y por PMG Manejo del Cuidado Prenatal Población cubierta por Municipio, Grupo, Edad y Sexo Varios servicios médicos de HEDIS y medidas de acceso mencionados en la Sección 12.5.3 de este contrato; Programas Clínicos de Prevención; Indicadores de Uso de la Sala de Emergencias
	Anual	Informe de Medidas de HEDIS en el área de Prevención y Evaluación, Condiciones Respiratorias, Condiciones Cardiovasculares, y Acceso/Disponibilidad del Cuidado
<b>Fraude, Perdida y Abuso (Artículo13)</b>	Trimestral	Informe de Suspensión y Cesantía de Empleados y Contratistas  Informe de Suspensión y Cesantía de Proveedor  Informe sobre Fraude, Perdidas y Abuso
	A un día Laboral de obtener el conocimiento	Divulgación de personas sin acceso, suspendidas o excluidas de participar en programas de Medicaid, Medicare o CHIP
<b>Sistema de Agravios (Artículo 14)</b> <b>Manejo de Pago del Proveedor (Artículo 16)</b>	Trimestral	Informe sobre Agravios y Apelaciones
	El día (15th) y (30th) de cada mes	Informe sobre Pagos y Reclamaciones
	El día (15th) y (30th) de cada mes	Informe sobre el listado de reclamaciones pagadas y denegadas
	Mensual	Data de Registro



<i>Artículo del Contrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción general del requerimiento</i>
	Trimestral	Resultados y medidas correctivas tomadas sobre registración e información
	El día (15) y (30) de cada mes	Informe sobre Reclamaciones de Farmacia
	Cada (15th) y (30th) día de cada mes	Informe sobre Reclamaciones Cuestionables
<b>Sistema de Información (Artículo 17)</b>	Mensual	Informe sobre el Sistema de Disponibilidad y Rendimiento
<b>Pago por Servicios (Artículo 22)</b>	Trimestral	Informe sobre la Red
	Trimestral	Informe de Incidentes de Privacidad y Seguridad
	Trimestral	Informe Actuarial
	Mensual	Informe de IBNR
	Mensual	Informe de Pagos Administrativos
<b>Manejo Financiero (Artículo 23)</b>	Trimestral	Informe de PMG IBNR
	Trimestral	Conclusiones del contratista en auditorías de rutinas de proveedores para evaluar el desempeño de control de costo
	Trimestral	Estados financieros del contratista sin auditar
	Mensual	Informe del listado de participantes con nueva cubierta de seguro de salud, cobertura de seguro de accidente, o cambios en la cubierta del seguro de salud o de accidente
	Mensual	Informe del Proveedor para minimizar Perdidas
	Anual	Auditoria de estados financieros



<i>Artículo del Contrato</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Descripción general del requerimiento</i>
	Anual	Informe de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico
	Anual	Informe anual corporativo
	Anual	Informe del Control de Operaciones y Pruebas de Efectividad Operacional
	Anual	Divulgación de información en transacciones comerciales anuales

### Revisión de Calidad Externa:

Para garantizar la precisión y validez de la información presentada, y conforme con la regulación federal 42 CFR 438.204 (d), el programa de Medicaid Puerto Rico contrata la Organización Externa de Revisión de Calidad (EQRO en inglés), *Island Peer Review Organization (IPRO)*. IPRO realizará revisiones externas independientes anualmente de los resultados de calidad, la puntualidad de, y acceso a, los servicios cubiertos en los contratos con los Planes de Salud; para facilitar este proceso los planes de salud contratados proveerán información incluyendo, pero no limitado, información sobre reclamaciones y registros médicos a IPRO. A petición de ASES, los planes de salud contratados proporcionarán a IPRO sus protocolos para proveer información. Para cumplir con las tres actividades obligatorias descritas por regulaciones federales, el alcance del trabajo de IPRO se centra en lo siguiente:

- 1. Proyectos de mejoras de rendimiento (PIP en inglés)** según lo dispuesto en 42 CFR § 438.358 (b) (1) § 438.240. Los planes de salud contratados llevarán a cabo proyectos de mejora de rendimiento (PIP) de acuerdo con el Estado y, en su caso, los protocolos federales. Los PIP's definidos por el Estado son los siguiente:  
 Uno (1) en el área de la diabetes;  
 Uno (1) en el área de enfermedades del riñón;  
 Uno (1) en el área del asma, y  
 Uno (1) en el área de enfermedades cardiovasculares
- 2. Medidas de Calidad de Rendimiento (HEDIS)** según lo dispuesto en 42 CFR § 438.358 (b) (2) § 438.204 (3) (c). El Contratista deberá informar anualmente sobre las siguientes medidas HEDIS en el formato especificado por el NCQA (Comité Nacional de Control de la Calidad.) Las medidas HEDIS requeridas por el Estado se mencionan en las medidas de desempeño requeridas por el estado (página\_\_ ¿Cuál página?).
- 3. Programa de Evaluación de Cumplimiento (PCPE)** según lo dispuesto en 42 CFR § 438.358 (b) (3) § 438.204 (3) (g) § 438,206-242.
- 4. Incorporación de la información de Medicare Platino en las siguientes áreas:**  
 Proyectos de mejoras de rendimiento  
 Métricas de desempeño  
*Health Plan Employer Data Information Systems (HEDIS)*  
*Health Outcomes Survey (HOS)*



*Consumer Assessment Health Plan Survey (CAHPS)*  
*Chronic Care Improvement Program (CCIP)*

En cumplimiento de la regulación federal 42 CFR 438.364, ASES someterá al Programa Medicaid Puerto Rico un informe técnico EQR que incluye la siguiente información para cada actividad obligatoria realizada:

- Objetivos de la actividad
- Métodos técnicos para la recolección y análisis de información
- Descripción de la información obtenida
- Las conclusiones extraídas de la información

El informe también incluye una evaluación de las fortalezas y debilidades de los planes de salud, así como las recomendaciones para mejoras. ASES utiliza la información obtenida de cada una de las actividades obligatorias EQR, así como la información que se presenta en el informe técnico EQR, para hacer cambios programáticos y modificaciones a la estrategia de calidad de Medicaid de Puerto Rico.

### **Sección III. Estándares del Estado**

Estándares de Acceso:

Las disposiciones contractuales establecidas para los planes de salud contratados incorporan las normas específicas para los elementos descritos en 42 CFR § 438.206: el acceso al cuidado, la estructura y las operaciones, y la medición de la calidad y mejoras. Los Planes de Salud son responsables de comunicar las normas establecidas para los proveedores de red, el control del cumplimiento del proveedor, y la aplicación de acciones correctivas cuando sea necesario. ASES realiza evaluaciones de preparación de las operaciones de planes de salud relacionados con el Contrato Mi Salud que incluye, como mínimo, una (1) revisión en planta física para proveer garantías de que los Planes de Salud son capaces y están dispuestos a realizar todos los Servicios Administrativos. La revisión de ASES documenta el estado de cumplimiento de los planes de salud con los estándares del Programa MI Salud establecidos en el contrato y la Estrategia Estatal de Calidad.

Las siguientes tablas proveen las provisiones del contrato en cada una de las categorías mencionadas:

Estándares de Acceso:

<i>Referencias Reguladas</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>Referencia del Contrato MI Salud</i>
§438.206	Disponibilidad de Servicios	9.1.1
§438.206(b)(1)	Mantiene y monitorea la red de proveedores apropiados	9.1.2
§438.206(b)(2)	Las mujeres participantes tienen acceso directo a especialistas del cuidado de la mujer	9.6.1.5
§438.206(b)(3)	Provee segunda opinión de un profesional de la salud cualificado	11.6-11.6.3
§438.206(b)(4)	Cubierta adecuada y eficaz a servicios no disponibles en la red	9.7
§438.206(b)(5)	Proveedores fuera de la red coordinan pagos a través de MCO o PIHP	9.7-9.7.3
§438.206(b)(6)	Credenciales de todos los proveedores requerido por §438.214	9.1.2



<b>Referencias Reguladas</b>	<b>DESCRIPCION</b>	<b>Referencia del Contrato MI Salud</b>
§438.206(c)(1)(i)	Proveedores cumplen con los estándares del estado para acceso eficaz a servicios y cuidados	9.10
§438.206(c)(1)(ii)	Proveedores de la red proveen horas de funcionamiento no menor a las horas de funcionamiento ofrecidas a afiliados comerciales o comparable a Medicaid fee-for-service	9.6.1.6
§438.206(c)(1)(iii)	Servicios incluidos en el contrato están disponible las 24 horas al día, 7 días a la semana	9.6.1.6
§438.206(c)(1)	Mecanismo/monitoreo para asegurar el cumplimiento de proveedores	9.10
§438.206(c)(2)	Servicios culturalmente competentes para todo participante	6.10
§ 438.207	Seguridad en capacidad y servicios adecuados	9.22
§438.207(a)	Seguridad y documentación de la capacidad para atender participantes previstos	9.22.2
§438.207(b)(1)	Ofrecer variedad de cuidado primario preventivo y servicios de especialidad	9.22.1.2
§438.207(b)(2)	Mantener una red amplia, variada y distribuida geográficamente	9.2.1.6
§ 438.208	Coordinación y Continuidad de la Atención	9.6.1.1
§438.208(b)(1)	Cada asegurado cuenta con una fuente continua de cuidado primario adecuada a sus necesidades	9.6.1.1
§438.208(b)(2)	Todo servicio que recibe el participante está coordinado con los servicios que el participante recibe de cualquier otro MCO/PIHP	9.6.1.1
§438.208(b)(3)	Compartir los resultados de identificación y evaluación con otros MCOs, PIHPs, y PAHPs que sirven al asegurado con necesidades médicas especiales para prevenir duplicación de servicios	9.14
§438.208(b)(4)	Proteger la privacidad del participante cuando se coordina el cuidado	9.6.1.2
§438.208(c)(1)	Mecanismos estatales que identifiquen personas con necesidades médicas especiales	9.14.1
§438.208(c)(2)	Mecanismos para evaluar a participantes con necesidades médicas especiales por profesionales adecuados del cuidado medico	9.14.1
§438.208(c)(3)	Si aplica, planes de tratamiento desarrollados por el médico primario del asegurado incluyendo la participación del mismo, y en consultas con especialistas al cuidado del asegurado; aprobado de manera eficaz, y de acuerdo a los estándares del estado	9.14.1
§438.208(c)(4)	Acceso directo a especialistas para asegurados con necesidades médicas especiales	9.14.2
§ 438.210	Servicio de Cobertura y Autorización	11.3
§438.210(a)(1)	Identificar, definir y especificar el termino, cantidad, duración y eficacia de cada servicio	9.1, 11.3.5
§438.210(a)(2)	Los servicios se provén en cantidad, termino, y eficacia no menor a esos provistos a beneficiarios de fee-for-service Medicaid	10.5.1.3



<i>Referencias Reguladas</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>Referencia del Contrato MI Salud</i>
§438.210(a)(3)(i)	Los servicios son suficientes en cantidad, termino, o eficacia razonable para lograr el propósito para el cual estos servicios son provistos	9.1, 11.3.5
§438.210(a)(3)(ii)	Ninguna privación arbitraria o reducción en servicios a causa del diagnóstico, tipo de enfermedad o condición	7.1.2
§438.210(a)(3)(iii)	Cada MCO/PIHP puede establecer límites adecuados al servicio, como la necesidad medica	7.2.1
§438.210(a)(4)	Especificar que constituye “servicios medicamente necesarios”	7.2
§438.210(b)(1)	Cada MCO/PIHP y sus contratistas deben haber redactado políticas y procedimientos para la autorización de servicios	11.1.1
§438.210(b)(2)	Cada MCO/PIHP debe contar con mecanismos que garanticen la implementación consistente de los criterios de revisión para decisiones de autorización	11.1.1.1
§438.210(b)(3)	Cualquier decisión de negar o reducir servicios es tomada por un profesional del cuidado de la salud	11.3.5
§438.210(c)	Cada MCO/PIHP debe notificar al proveedor solicitante y entregar al participante notificación por escrito sobre cualquier decisión de negar o reducir una solicitud de autorización de servicios o autorizar la cantidad, duración, o eficacia de un servicio menor a lo solicitado	14.4.4.1
§438.210(d)	Proveer la autorización de decisiones y avisos como establecido en §438.210(d)	11.1.1.3
§438.210(e)	Compensación a individuos o entidades que realizan actividades de manejo de utilización que no promueven incentivos para denegar, limitar, o suspender los servicios médicos necesarios	16.1.11/9.13

**Estándares de Estructura y Operaciones:**

<i>Referencias Regulatorias</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>MI Salud Referencia del Contrato</i>
§438.214	Selección de Proveedor	9.4.8
§438.214(a)	Políticas y procedimientos escritos para selección y retención de proveedores	4.9.1.5
§438.214(b)(1)	Política de Acreditación que cada MCO/PIHP debe seguir	9.4.2
§438.214(b)(2)	Proceso de acreditación que cada MCO/PIHP debe seguir	9.4.3-9.4.3.15
§438.214(c)	La política de selección de proveedor no discrimina a proveedores que sirven a la población de alto riesgo o se especialice en condiciones que requieren tratamientos costosos	10.1.7
438.214(d)	MCOs/PIHPs no puede contratar a proveedores excluidos de programas federales del cuidado de la salud	9.17



<i>Referencias Regulatorias</i>	<i>DESCRIPCION</i>	<i>MI Salud Referencia del Contrato</i>
§438.218	Información del Participante	4.9.1.6
§438.218	Requerimientos incorporados §438.10	4.9.1.6
§438.224	Confidencialidad	34
§438.224	La información que identifica la salud individual es revelada conforme a las imposiciones federales de privacidad	34.1
§438.226	Afiliación y Cancelación	4.4-4.5
§438.226	Cada MCO/PIHP cumple con los requisitos de afiliación y cancelación y limitaciones en §438.56	4.9.1.8
§438.228	Sistema de Agravios	14.1
§438.228(a)	El Sistema de agravios cumple con los requisitos de la parte 438, anejo F	14.1.3
§438.228(b)	Si aplica, revisiones al azar de las notificaciones de acción delegada para asegurar de manera oportuna la notificación a participantes	14.1.4
§438.230	Relaciones y Delegación sub-contractuales	30.1
§438.230(a)	Cada MCO/PIHP debe supervisar y asumir la responsabilidad por funciones y responsabilidades delegadas	30.1.1
§438.230(b)(1)	Antes de delegar, cada MCO/PIHP debe evaluar prospectivamente la habilidad del subcontratista en su desempeño	30.1.3
§438.230(b)(2)	Acuerdo escrito que especifica las actividades e informan responsabilidades delegadas al subcontratista; que prevé la revocación de delegación o imponer sanciones adicionales cuando el desempeño del subcontratista es insuficiente	30.1.2
§438.230(b)(3)	Constante monitoreo en el desempeño del subcontratista	30.1.3
§438.230(b)(4)	Acción correctiva para deficiencias identificadas o áreas de mejora	30.1.3

### **Medidas y normas de mejora:**

Se le requieren a los contratos de MI Salud un programa de evaluación permanente de calidad y la mejora del rendimiento de los servicios prestados a los afiliados como se requiere en la regulación federal 42 CFR § 438.236 - § 438.242. Las normas de medición de calidad y mejora incluyen guías de práctica clínica, programas clínicos preventivos, programas de mejora de rendimiento, y sistemas de información de salud. Cada una de estas normas se define de la siguiente manera:

#### **1. Estándares Clínicos/Directrices:**

ASES requiere que los planes de salud adopten estándares clínicos consistentes con los estándares actuales de cuidado, el cumplimiento de las recomendaciones de los grupos de especialidad profesional o las directrices de programas como: Departamento de Salud de Puerto Rico, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia, el Grupo de Trabajo sobre el cuidado



preventivo de EE.UU., las Directrices de la Asociación médica de Estados Unidos para los Adolescentes y los Servicios de Prevención, SAMHSA, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Asociación Americana de Diabetes.

## 2. Programas Clínicos Preventivos:

Como parte de los programas de mejoras necesarias, el Estado ha establecido normas/directrices clínicas para cada plan de salud contratado en el cual se requiere que el plan de salud desarrolle un Programa Clínico Preventivo. Esto permite una mejor utilización de los mecanismos de gestión y garantiza el acceso a la atención médica de manera oportuna para la prevención de enfermedades y promoción de la salud entre la población de Mi Salud. Este programa incluye, pero no se limita a:

- A. Manejo de Enfermedades físicas y mentales:** El Programa de Manejo de enfermedades se centra en estas enfermedades: diabetes, asma, hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva y otras enfermedades cardiovasculares, la depresión y la diabetes tipo 2, la obesidad y la enfermedad renal crónica, los niveles 1 y 2. El programa cuenta con criterios de nivel de gravedad para la identificación de los afiliados con estas condiciones. El enfoque principal de los Planes de Salud contratados es atender los casos más graves con fines de utilización, prevención y costo-efectividad. Las intervenciones llevadas a cabo por los Planes de Salud contratados se basan en la educación sanitaria y las actividades de prevención a nivel de prevención secundaria.
  - B. Programa de Manejo de Casos:** Este programa se enfoca hacia la gestión de los casos de alto riesgo, que el plan de salud contratado ha decidido mantener bajo su riesgo sin limitar la función del Médico de Atención Primaria (PCP) como parte del Sistema de Atención Médica Administrada.
  - C. Programa de Cuidado Prenatal:** Este programa se centra en el acceso a servicios de atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo y la prevención de complicaciones durante y después del embarazo, y el avance del objetivo de reducir la incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro. La atención primaria dentro del programa se enfoca hacia la promoción de estilos de vida saludables y los resultados adecuados del embarazo a través de talleres educativos sobre temas de cuidado prenatal (importancia de las visitas médicas prenatales y la atención post-parto), la lactancia materna, las etapas del parto, salud verbal y mental, la planificación familiar y la atención del recién nacido, entre otros. Además, el programa se acopla al acceso adecuado y el suministro de estudios de detección durante el embarazo.
  - D. Programa de Educación a Proveedores:** El propósito de este programa es proveer actividades educativas sobre temas clínicos y no clínicos, así como la consideración de cualquier asunto derivado de las necesidades de la población Mi Salud. La Oficina Estatal de Medicaid, a través de su agente, requiere que cada PCP para el plan de salud contratado debe cumplir con 20 horas de contacto anualmente, o cinco horas de contacto en forma trimestral. La entrega del plan de estudios de educación de proveedores y horario para el agente estatal de Medicaid (PRHIA) es necesaria para la aprobación antes de la ejecución y puesta en práctica de los mismos.
- ## 3. Programas para Mejoras de Desempeño:
- ASES ha definido las siguientes PIP's para contratos de Mi Salud:



- Uno (1) en el área de diabetes;
- Uno (1) en el área de enfermedades del riñón;
- Uno (1) en el área de asma; y
- Uno (1) en el área de condiciones cardiovasculares
- Uno (1) en el área de diabetes y depresión
- Uno (1) en el área de Obesidad y Depresión
- Uno (1) en el área de autismo
- Uno (1) en el área de TDAH (ADHD)

- 4. Integración de Servicios de Salud Física y Mental:** El Estado ha establecido el "modelo de integración" para garantizar que los servicios de salud física y mental están estrechamente vinculados entre sí, asegurar una óptima detección, prevención y tratamiento de las enfermedades físicas y mentales. El modelo de integración se enfoca en garantizar que tanto los proveedores de salud física y mental desarrollen un plan de coordinación y continuidad de cuidado (42 CFR 438.208) con los administradores de casos como enlaces entre los afiliados y la atención primaria y los proveedores de salud mental.
- 5. Sistemas de Información de Salud:** Los Sistemas de Información de ASES han sufrido una transformación para la suscripción e implementación de bases de datos de Actuarios. El proyecto MedInsight fue diseñado para transformar la información en conocimiento utilizando las herramientas propias de bases de datos relacionales Milliman para realizar el análisis y presentación de informes con la capacidad de extraer y proporcionar visiones multidimensionales de la información. El sistema MedInsight ofrece una gama de productos diseñados para trabajar en conjunto para proporcionar una solución completa de informes y análisis de información. Con MedInsight, ASES puede realizar las siguientes funciones:
- Consolidar toda la información de todas la partes
  - Monitorear la rentabilidad a nivel de plan de salud contratado.
  - Monitorear el pronto pago a los proveedores.
  - Medir y comparar el desempeño del plan de salud contratado.
  - Auditar pagos excesivos en reclamaciones.
  - Monitorea y presenta tendencias en costos con precisión.
  - Identifica y rastrea enfermedades, los patrones de tratamiento de la enfermedad, y los costos de las enfermedades.
  - Apoya los estudios médicos y epidemiológicos.
  - Construir presupuestos proyectados.
  - Programa modelo y prestaciones de cambios.

En cumplimiento de la regulación federal 438.242, ASES requiere que todos Planes de Salud deben mantener el *hardware* del sistema, *software* y sistemas de información (SI), recursos suficientes para proporcionar la capacidad de: (1) aceptar, transmitir, mantener y almacenar datos electrónicos y archivos de matrícula, (2) aceptar, transmitir, procesar, mantener y reportar información específica necesaria para la administración de los programas de MI Salud, incluyendo, pero no limitado a, los datos relacionados con los proveedores, los miembros, las reclamaciones, encuentros, quejas y apelaciones, desafiliación, HEDIS y otras medidas de calidad. Los sistemas de información de Planes de Salud deben cumplir con



los más actuales estándares federales para el cifrado de los datos que se transmiten a través de Internet por los planes de salud o de sus subcontratistas, y transmiten datos de (Encuentro electrónicos) revisar en el contrato para ASES según las normas de presentación de información encontrada.

#### Sección IV. Mejoras e Intervención

---

ASES utilizará una variedad de intervenciones para mejorar la calidad de la atención prestados por los Planes de Salud de Mi Salud y Platino a asegurados. Algunas de estas intervenciones de mejora son:

- 1. *Super Utilizers Project*:** ASES ha sido galardonado con una donación de asistencia técnica de la Asociación Nacional de Gobernadores, con el objetivo principal de identificar a los miembros con una alta utilización y los malos resultados de salud. El principal objetivo del programa es educar a los miembros y tratar de eliminar las barreras sociales y de salud del comportamiento al cuidado. Otros objetivos del programa son mejorar los resultados de salud y la calidad de la salud física y mental en las comunidades marginadas en Puerto Rico, que a la misma vez reducen los costos totales de la atención sanitaria. Una de las principales estrategias del proyecto será coordinar el cuidado haciendo uso de un fuerte enfoque de equipo de atención interdisciplinaria que se apoya a través de esfuerzos coordinados con los médicos de atención primaria (PCP en inglés) de los asegurados. Los miembros serán identificados por la información de las reclamaciones, siguiendo los criterios de 4 o más visitas a sala de emergencia, más 2 o más hospitalizaciones y el uso de múltiples drogas y barreras sociales/de comportamiento a la salud. El programa *Super Utilizers* está programado para comenzar el 1 de enero de 2014. El programa será monitoreado mensualmente, y el impacto de calidad se evaluará seis meses después del primer año de funcionamiento para permitir la recopilación de información completa y madura para llevar a cabo evaluaciones adecuadas.
- 2. *Iniciativa de Calidad en Servicios de Cuidado Postparto*:** ASES ha sido seleccionado para participar en un *QI 201 Action Learning Series* auspiciado por CMS. La *Action Learning Series* es una experiencia de aprendizaje colaborativo basado en trabajo en equipo. Durante los próximos nueve meses, ASES estará creando el equipo de mejora, y trabajará con los miembros del equipo de asistencia al Programa de Apoyo Analítico/Técnico, y el personal del Centro de Servicios de Medicaid y CHIP (CMC), en las mejoras del proyecto de calidad de cuidado posparto (QI). Para abril de 2014, los equipos de mejora de los estados seleccionados compartirán los resultados que reflejan una mejora en las áreas enfocadas en la salud materna e infantil seleccionadas.
- 3. *Manejo de Sistemas de Información de Medicaid (MMIS en inglés)*:** El Estado ha puesto en marcha un proyecto para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades en Puerto Rico mediante el uso significativo de la tecnología de información de salud, e información de salud, para fortalecer la toma de decisiones clínicas, promover una atención sanitaria adecuada, gestionar los costos y mejorar la calidad por medio de administración eficiente del programa para integrar virtualmente, y coordinar la prestación de servicios de salud para las personas inscritas en los programas de salud financiados por el gobierno. Las metas del proyecto MMIS incluyen las siguientes:



- Transformar la Empresa Medicaid Puerto Rico en una organización basada en la tecnología de información con acceso a la información hasta el nivel del punto de atención.
- Satisfacer plenamente las actuales y futuras necesidades de información del programa de MI Salud.
- Utilizar MMIS para lograr resultados comunes para HIT y las iniciativas de reforma de salud.
- Desarrollar la capacidad de infraestructura, y establecer procesos de negocio dentro de la empresa Medicaid, para proporcionar una supervisión adecuada del programa MI Salud.
- Aumentar la credibilidad con las partes interesadas "MI Salud" y CMS.

#### **4. Programa de Incentivos para Proveedores de Tecnología de Información en Salud**

**(HITPIP):** HITPIP es un programa de incentivos para Medicaid creado para ciertos individuos y hospitales que les permite implementar un sistema de Historial Clínico Electrónico certificado de acuerdo al Código Federal de Reglamento bajo el 42 CFR 495, la Ley de Recuperación y Reinversión de 2009 (ARRA) y la Tecnología de la Información para la Salud Económica y Clínica (HITECH Act) de 2009 - Pres. Obama. El HITPIP tiene dos etapas:

- Adoptar, implementar o actualizar
- Uso significativo

Puerto Rico lanzó el programa el 1 de octubre de 2012. El período de tiempo del que se dispone para los incentivos se extiende hasta 2021. Las funciones de ASES son:

- Manejar la implementación Programa de Incentivos PR EHR
- Apoyar la administración del programa, pagos, y reportes durante:
  - Recopilación de Información
  - Apoyo al Compromiso
  - Procesos de Adopción
  - Procesos de Aplicación y Atestación
  - Procesos de Pago
  - Procesos de Verificación

**5. Programa basado en incentivos a proveedores:** El objetivo de este programa es proporcionar incentivos en efectivo, o en base al riesgo hacia el desempeño médico que proporciona servicios de prevención, de acuerdo a EPSDT para la población 0 a 21 años de edad, así como otras pruebas de detección para la población de 21 años o más. El programa incluirá los siguientes elementos para crear los incentivos:

- El cumplimiento de la asistencia al Programa de Educación de Proveedores.
- El cumplimiento de la prestación de servicios de prevención.
- El cumplimiento de una gestión adecuada de los pacientes con enfermedades crónicas (asma, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedad renal crónica y obesidad);



- El cumplimiento de la prestación de servicios médicos y dentales en los programas Head Start (el Contratista deberá exigir a los proveedores para completar una hoja de examen físico para los programas Head Start, sin costo para el afiliado);
- Una disminución en las reclamaciones, quejas y apelaciones como porcentaje de todos los encuentros, y Manejo de los registros médicos.

**Sanciones intermedias:**

En caso de que los planes de salud estén en mora en cuanto a cualquier plazo aplicable, condición o requisito bajo el Contrato de MI Salud, y de acuerdo con los requisitos aplicables de 42 CFR 438.700 y la Sección 4707 de la Ley de Presupuesto Equilibrado de 1997, en cualquier momento en o después de los ciento veinte (120) días naturales siguientes a la fecha de ejecución, el Contratista conviene en que, además de los términos de la sección 35.1.1 del Contrato de MI Salud, ASES podrá imponer sanciones intermedias contra el Plan de Salud por defecto de conformidad con las secciones pertinentes del Contrato MI Salud.

**Sección V. Conclusiones y Oportunidades:**

---

Las medidas HEDIS siguen siendo más bajas que los puntos de referencia nacionales para un gran porcentaje de las medidas. ASES se enfocará en la mejora de las condiciones de hipertensión, diabetes, enfermedad renal terminal, el TDAH (ADHD en inglés) y abandono del tabaco, proporcionando la oportunidad de estudiar las estrategias para la prevención de estas enfermedades crónicas. Las lecciones aprendidas de los PIP seguirán siendo incorporadas a la Estrategia de Calidad del Estado. Además, ASES también continuará trabajando para mejorar los resultados de salud mental y el acceso al cuidado.