



ADMINISTRACIÓN DE
SEGUROS DE SALUD

ASES

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Guía de Revisión y Utilización Hospitalaria APR DRG Plan Vital

Aprobado por:

Lcdo. Carlos A. Santiago Rosario, JD, LL.M. (Health Law), MHSA, FACHE, CHC
Director Ejecutivo de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico

En San Juan, Puerto Rico, a 9 de febrero de 2026.



Tabla de Contenido

Prólogo:	4
Introducción:	5
Propósito:	5
Alcance:	6
Base Legal:	7
Definiciones:	11
Marco de Auditoría y Supervisión de la Revisión de Utilización Médica Hospitalaria:	15
Registro de admisiones y altas:	18
Metodología de auditoría:	20
Outlier Reimbursement – Metodología:	23
Estadías prolongadas:	25
Exención de Auditoría UM – GMLOS:	25
Listado de casos con Exención de Auditoría UM:	26
Proceso de Cierres: Partos Vaginales y Partos por Cesárea:	26
Down Coding/Down Severity:	27
Denegación Total de la Estadía Hospitalaria bajo el Modelo APR-DRG:	28
Escenarios Excepcionales en los que Podría Proceder una Denegación Total:	28
Readmisiones:	30
Exclusiones de Readmisión:	31
Alcance de la Revisión de Utilización - Diagnósticos y Documentación:	32
Documentación requerida:	33
Notificación de Registro de Recién Nacidos:	33
Presentación de Expediente Médico:	33
Determinaciones Adversas por desviaciones administrativas:	35
Cierre de expedientes presentados:	37
Proceso de discusión:	39
Proceso Peer-to-Peer – Casos excepcionales:	40
Proceso de Apelaciones:	41



Apelación.....	41
Reconsideración de Apelación:.....	42
Transición de Cuidado y Planificación de Alta:	42
Notificación de Decisión Tomada (Notificación de Decisión - Solicitud de Beneficios Médicos, anteriormente conocida como MA-10):.....	43
Coordinación con otro plan médico primario:	43
Evaluación, Monitoreo y Mejora Continua de la Guía:	43
Salvaguardas Legales y Principios Rectores Aplicables:	44



Prólogo:

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), en su carácter de agencia administradora del Programa Medicaid en Puerto Rico, emite la presente Guía de Revisión de Utilización Hospitalaria como parte de sus responsabilidades estatutarias de supervisión, administración y control del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, conocido como Plan VITAL, en cumplimiento con las disposiciones federales y estatales aplicables.

Esta Guía establece un marco técnico y metodológico uniforme para los procesos de revisión de utilización médica hospitalaria, con el objetivo de promover prácticas alineadas con la evidencia clínica, fortalecer la consistencia en la aplicación de criterios, y asegurar el cumplimiento regulatorio, el debido proceso y la transparencia en las evaluaciones realizadas por las entidades participantes del sistema.

En el contexto de los programas de *Medicaid Managed Care*, la ASES reconoce la importancia de contar con estándares claros que permitan armonizar los procesos de auditoría, monitoreo y evaluación clínica, al tiempo que se preserva el juicio clínico, se protege el acceso oportuno a servicios médicamente necesarios y se promueve la responsabilidad fiscal y la integridad programática.

La presente Guía se concibe como una herramienta técnica de referencia, diseñada para apoyar la administración efectiva del Plan VITAL, fortalecer los mecanismos de mejora continua, facilitar el análisis de datos agregados, y reforzar la supervisión de los procesos de utilización médica, en armonía con los contratos vigentes, las directrices de la ASES y las regulaciones federales aplicables, incluyendo aquellas emitidas por los *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS).

La ASES confía en que esta Guía contribuirá a una aplicación más consistente, equitativa y predecible de los procesos de revisión de utilización médica hospitalaria, y servirá como un instrumento de apoyo para las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO), las instituciones hospitalarias y demás entidades participantes, en alineación con los objetivos de calidad, eficiencia, cumplimiento y rendición de cuentas que rigen la administración de fondos públicos de salud.

La implementación de esta Guía reafirma el compromiso de la ASES con la gobernanza responsable, la observancia regulatoria, la supervisión efectiva de los procesos delegados y la mejora continua del sistema de salud, conforme a los estándares federales y estatales aplicables.



Introducción:

Todo hospital debe tener un plan de revisión hospitalaria de los servicios de salud ofrecidos que permita determinar la utilización adecuada de los servicios provistos. El programa de utilización implementado requiere de personal profesional clínico debidamente capacitado para llevar a cabo las tareas designadas incluyendo los procesos de revisión, documentación y codificación clínica.

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) administra el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico - Plan VITAL a través del Programa Medicaid y tiene autoridad para establecer los estándares aplicables a los procesos de admisiones, revisiones hospitalarias, auditorías retrospectivas, readmisiones, evaluación con las garantías de calidad en los servicios provistos a sus beneficiarios y de ser necesaria implementar procesos dirigidos a recobros.

Con la nueva metodología de pago basada en Grupos Relacionados con el Diagnóstico Ajustados por Severidad (APR-DRG, por sus siglas en inglés), que entró en vigor el 1 de enero de 2026, se marca un cambio significativo en la forma en que las instituciones hospitalarias serán reembolsados por los servicios prestados a los 1.3 millones de beneficiarios del Plan VITAL.

La metodología APR – DRG es más justa, predecible y alineada con la calidad y eficiencia en la atención médica. Es una transformación profunda que va más allá de una modificación técnica en el modelo de pago, establece de manera estratégico una administración más equitativa de los recursos de salud del gobierno de Puerto Rico, además de mejorar el acceso de servicios de excelencia para nuestros pacientes.

Tiene el objetivo de fortalecer la eficiencia y transparencia e impulsa un sistema de salud más eficiente, basado en resultados y capaz de contener los costos sin sacrificar la calidad.

Propósito:

La ASES tiene como propósito estructurar un proceso de Utilización Médica (UM) que garantice la calidad en el cuidado de los beneficiarios del Plan VITAL, unifique los procesos de revisión hospitalaria en el método de pago APR – DRG y promueva el alineamiento entre las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO's por sus siglas en inglés). Establece guías de manejo clínico que aseguren evaluar y monitorear las admisiones en el nivel de cuidado agudo para garantizar la recuperación del paciente, agilizar la prestación del servicio y promover la calidad en el cuidado del paciente.

A través de la Guía para Revisión y Utilización Hospitalaria se mantendrá consistencia con la cubierta de servicios bajo el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico – Plan VITAL. Se estandarizarán los procesos para que los servicios ofrecidos correspondan a la necesidad.



médica garantizando el nivel de cuidado requerido, los días de admisión adecuados según criterios médicos debidamente documentados en el expediente médico del paciente en cumplimiento con los estándares requeridos por las agencias reguladoras. La Guía de Revisión y Utilización Hospitalaria de la ASES constituye un instrumento normativo de cumplimiento obligatorio para todas las MCO's, entidades delegadas, contratistas, auditores y terceros que participen en la revisión de servicios hospitalarios bajo el Plan VITAL.

La ASES se reserva el derecho de revisar esta Guía de Revisión y Utilización Hospitalaria APR – DRG en cualquier momento de entenderlo necesario.

Alcance:

Aplican, entre otros, a todos los responsables de implementar las acciones relacionadas con la utilización de los servicios hospitalarios, incluyendo, sin limitarse a: director médico, médico que admite al paciente (hospitalistas), médicos consultores, representantes del Departamento de Utilización Médica, profesionales clínicos, codificadores y representantes designados para las gestiones de facturación y para los procesos de auditoría retrospectiva pospagos realizados por los MCO's. A tales efectos, se reconoce la participación de personal clínico interno del hospital, así como de representantes o entidades designadas por la institución hospitalaria, para apoyar funciones de Utilización Médica (UM), ciclo de manejo de ingresos, coordinación de altas y otros procesos administrativos relacionados, conforme al marco regulatorio aplicable.

Para fines de interpretación y aplicación de esta Guía, las disposiciones aquí establecidas serán aplicables a todos aquellos servicios para los cuales el Plan VITAL o sus programas integrados mantengan responsabilidad financiera directa o secundaria, incluyendo los casos de beneficiarios *Dual Eligible* bajo Medicare Platino, en la medida en que corresponda al componente Medicaid (*wraparound*) conforme a los contratos vigentes de la ASES con las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO's).

Esta aplicación se realizará en armonía con las regulaciones federales de *Medicaid Managed Care* (42 CFR Parte 438) y con los programas de calidad y utilización aprobados por la ASES, sin sustituir ni contradecir las determinaciones de cobertura o pago primario bajo Medicare.



Base Legal:

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) adopta esta Guía conforme a los poderes y autoridad conferidos por el Artículo IV, Secciones 2(p) y 2(s) de la Ley Pública Núm. 72 de 7 de septiembre de 1993, según enmendada, conocida como la Ley de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico; en cumplimiento de sus funciones conforme a la Ley Pública Núm. 5 de 3 de enero de 2014, según enmendada; la Ley Pública Núm. 47 de 23 de julio de 2017; la Ley Pública Núm. 138 de 1 de septiembre de 2020; y conforme a las disposiciones de la Ley Pública Núm. 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada, conocida como la Ley Uniforme de Procedimiento Administrativo del Gobierno de Puerto Rico.

La ASES, en su carácter de agencia administradora del Programa Medicaid en Puerto Rico, retiene autoridad exclusiva para definir y establecer los estándares aplicables a los procesos de Revisión y Utilización Hospitalaria (Utilización Médica UM), calidad del cuidado y auditoría bajo el Plan VITAL.

Esta Guía resulta igualmente aplicables, en lo pertinente, a los procesos de Utilización Médica, auditoría, calidad y revisión retrospectiva asociados a los servicios Medicaid provistos como beneficios *wraparound* bajo el Programa Medicare Platino, conforme a los contratos vigentes entre la ASES y las organizaciones contratadas.

Su aplicación se limita a los componentes Medicaid del beneficio y no interfiere con la administración de beneficios primarios Medicare ni con las determinaciones clínicas regidas exclusivamente por 42 CFR Parte 422.

El marco regulatorio aplicable incluye, sin limitarse, a las siguientes disposiciones federales y estatales:

1. Reglamento del Secretario de Salud para la construcción, operación, mantenimiento y licenciamiento de los hospitales de Puerto Rico – Reglamento 9184.
2. 42 CFR Partes 412, 438 y 456 – Regulaciones federales aplicables a Medicaid *Managed Care*, control de utilización y metodologías de pago por episodio.
3. Ley Núm. 142 de 2014, según enmendada – Código de Seguros de Salud de Puerto Rico.
4. Cumplimiento con los requerimientos establecidos por Medicare y Medicaid, incluyendo las *Conditions of Participation* (CoPs) aplicables.
5. HIPAA / HITECH, según aplique.
6. Órdenes administrativas, cartas normativas y guías emitidas por la ASES relacionadas con la implementación del modelo APR-DRG.
7. Se establece expresamente que ninguna disposición contractual, manual operativo, política interna, protocolo administrativo, herramienta de auditoría, criterio de Utilización Médica o disposición adoptada por una MCO, entidad delegada o



contratista podrá interpretarse o aplicarse de forma que contravenga, limite o sustituya las disposiciones regulatorias federales aplicables a *Medicaid Managed Care* y *Utilization Control*, menoscabe el debido proceso requerido para proveedores o beneficiarios, o permita prácticas administrativas incompatibles con el modelo APR-DRG adoptado para Puerto Rico.

En caso de conflicto, ambigüedad o contradicción entre un contrato hospital-aseguradora/MCO, políticas internas de la MCO, manuales administrativos, guías operacionales o determinaciones de contratistas delegados, prevalecerán en todo momento:

1. Las regulaciones federales aplicables a Medicaid, incluyendo 42 CFR Parte 438 (incluida la Subparte F), 42 CFR Parte 456, y los principios aplicables a metodologías de pago por episodio conforme a 42 CFR Parte 412;
2. Los estándares de cumplimiento, acceso y calidad bajo las *CMS Conditions of Participation* (CoPs) y EMTALA (42 U.S.C. §1395dd); y
3. Las leyes y disposiciones regulatorias vigentes aplicables en Puerto Rico, incluyendo la Ley 72-1993 (ASES), la Ley 142/138-2020 (Código de Seguros de Salud de Puerto Rico) y el Reglamento 9184 del Secretario de Salud.

Conforme al marco regulatorio aplicable al Plan VITAL y a los principios que rigen los programas de Medicaid administrados, los *Managed Care Organizations* (MCO's) retendrán la responsabilidad por la correcta ejecución de las actividades relacionadas con la utilización de los servicios hospitalarios, aun cuando dichas funciones sean delegadas, subcontratadas o administradas a través de terceros.

En este contexto, cualquier política, manual operativo, programa interno o mecanismo administrativo implementado por una MCO o por sus entidades delegadas deberá alinearse y atemperarse a las disposiciones establecidas en esta Guía, garantizando una aplicación uniforme y consistente de los procesos aquí descritos y evitando la imposición de criterios, requisitos o restricciones incompatibles con el marco metodológico aprobado.

Estas disposiciones se adoptan en armonía con las regulaciones federales aplicables a los programas *Medicaid Managed Care*, incluyendo 42 CFR Parte 438, y tienen como propósito asegurar consistencia operativa, transparencia en los procesos y adecuada supervisión de las funciones delegadas, conforme a las directrices de la ASES.

Esta Guía se adopta y aplica en armonía con los contratos vigentes de la ASES con las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO's), incluyendo aquellos correspondientes a programas integrados bajo el Plan VITAL, en la medida en que dichos contratos contemplen responsabilidad financiera directa o secundaria de Medicaid, conforme a las regulaciones federales aplicables y a las directrices emitidas por la ASES.



En cumplimiento con las disposiciones de la Ley Núm. 5-2020, y conforme a las facultades conferidas a la ASES para la contratación, delegación y supervisión de servicios relacionados con la administración del Plan VITAL, la presente Guía se adopta como el marco operativo y metodológico rector para los procesos de revisión de utilización médica, auditoría, adjudicación y pago de servicios hospitalarios cubiertos bajo dicho programa.

En consecuencia, cualquier manual de proveedor, política interna, protocolo operativo, guía administrativa o instrumento adoptado por una MCO, ya sea de forma directa o a través de entidades delegadas o *Third Party Administrators* (TPA), deberá interpretarse y aplicarse de manera consistente con esta Guía, y no podrá modificar, sustituir ni limitar su contenido operativo, metodológico o procesal, salvo que medie autorización expresa y documentada de la ASES, conforme a sus facultades legales y regulatorias.

Cualquier cláusula contractual o política interna que permita denegaciones administrativas sin debido proceso, reducciones automáticas basadas en el *Geometric Mean Length of Stay - GMLOS*, denegaciones por días bajo el modelo APR-DRG, o recobros realizados sin cumplir con los procedimientos establecidos en 42 CFR Parte 438, Subparte F, será considerada incompatible con Medicaid, contraria a esta Guía y, por tanto, inaplicable para fines de determinaciones adversas, ajustes o recobros bajo el Plan VITAL.

El MCO y/o su administrador delegado de utilización médica podrá realizar auditorías retrospectivas de los servicios de salud provistos por los proveedores participantes únicamente conforme al marco regulatorio aplicable al Plan VITAL, incluyendo Guía, políticas y cartas normativas emitidas por la ASES, así como las regulaciones federales de Medicaid bajo 42 CFR Partes 438 y 456.

Dichas auditorías tendrán como propósito exclusivo la validación de la pertinencia clínica, la calidad del cuidado brindado y el cumplimiento con los requisitos contractuales y regulatorios aplicables, incluyendo la identificación de posibles patrones de subutilización o sobreutilización, conforme a metodologías aprobadas por la ASES.

Las auditorías retrospectivas podrán incluir la revisión de expedientes médicos, documentación clínica y registros de facturación, siempre que dicha revisión:

1. Se realice dentro de los plazos reglamentarios permitidos
2. Respete los principios de debido proceso, notificación adecuada y oportunidad de aclaración clínica por parte del proveedor
3. No sustituya ni invalide autorizaciones prospectivas o concurrentes previamente otorgadas, salvo en casos de fraude, abuso o error material debidamente fundamentado
4. Se conduzca conforme a los criterios clínicos adoptados oficialmente por el Plan VITAL y aprobados por la ASES.



Cualquier determinación adversa resultante de una auditoría retrospectiva deberá ser debidamente fundamentada, notificada por escrito y sujeta a los mecanismos de reconsideración y apelación aplicables, conforme a las disposiciones de 42 CFR §§438.402–438.424 y la normativa local vigente.



Definiciones:

Apelación: Proceso formal mediante el cual la institución hospitalaria directamente o a través de su representante autorizado, solicita al MCO la revisión de una determinación adversa de utilización médica relacionada con servicios intrahospitalarios, tales como denegaciones, reducciones de días de estadía, ajustes de nivel de cuidado, severidad o recobros. La apelación se fundamenta en una revisión clínica completa del expediente médico, garantiza el debido proceso y se realiza conforme a regulaciones aplicables y las directrices de la ASES.

APR-DRG: Modelo de Clasificación de pacientes según diagnósticos, procedimientos, comorbilidades, edad asignada por Severidad de la Enfermedad (SOI) y Mortalidad (ROM), adoptados por la ASES como una metodología para el reembolso de pacientes hospitalizados bajo Medicaid.

Auditoría/Revisión Retrospectiva: Proceso clínico y administrativo realizado después del alta hospitalaria y pospago, mediante la revisión completa del expediente médico, con el propósito de verificar la necesidad médica, la calidad del cuidado brindado, el uso adecuado de los recursos y la correcta asignación del *All Patient Refined Diagnosis Related Group* (APR-DRG).

Este proceso se fundamenta en la aplicación objetiva de criterios clínicos, la documentación contenida en el expediente médico y la observancia de esta Guía, y no en la utilización aislada de codificación ni en mecanismos automáticos, garantizando en todo momento el debido proceso conforme a la base legal aplicable, las regulaciones federales vigentes y las directrices emitidas por la ASES, dentro de un marco de separación funcional de roles y cumplimiento aplicable.

La auditoría o revisión retrospectiva pospago constituye una evaluación de los servicios hospitalarios realizada una vez la reclamación ha sido procesada y se ha emitido el pago correspondiente.

En los casos en que la duración de la estadía hospitalaria exceda el *Geometric Mean Length of Stay* (GMLOS) y el episodio se clasifique como *outlier*, la auditoría o revisión incluirá la evaluación día por día de los días en exceso, con el fin de validar la necesidad médica continua, la intensidad del nivel de cuidado requerido y la elegibilidad de dichos días para propósitos de reembolso, conforme a los criterios de *Utilization Management* y a las revisiones aplicables del MCO.



Beneficiario: Una persona que está inscrita en el Plan de Salud de Puerto Rico Plan VITAL, según lo establecido por las leyes y regulaciones federales y estatales.

Condiciones Adquiridas en Hospitales (HAC): Eventos o condiciones clínicas prevenibles que no estaban presentes al momento de la admisión y que se desarrollan durante la hospitalización, como resultado del cuidado brindado, y que se utilizan como indicadores de la calidad y seguridad de la atención clínica proporcionada por la institución hospitalaria.

Determinantes sociales asociados a la salud (DSS) = Diversity, Equity, and Inclusion (DEI): Son las condiciones sociales, económicas, ambientales y contextuales en las que el paciente vive y se desenvuelve, que influyen de manera significativa en su estado de salud, en la evolución clínica y en los resultados del tratamiento.

Evento Clínico o Centinela Prevenible – Never Event: Incidente clínico grave, evitable y no aceptable que ocurre durante la prestación de servicios de salud y que resulta en daño significativo, riesgo severo o muerte del paciente, y cuya ocurrencia indica una falla crítica en los procesos de seguridad, calidad del cuidado o sistemas de atención, requiriendo investigación inmediata y acciones correctivas.

Geometric Mean Length of Stay - GMLOS: Promedio geométrico de la duración de estadía hospitalaria, expresado en días, asignado a cada All Patient Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG), que representa el número esperado de días de hospitalización para pacientes con condiciones clínicas y niveles de severidad comparables. El GMLOS se utiliza como referencia para evaluar la eficiencia del uso de recursos y la necesidad médica de la estadía hospitalaria.

InterQual: Un producto de *Change Healthcare Clinical Guidelines* una empresa independiente. Conjunto de criterios clínicos basados en evidencia utilizados para evaluar la necesidad médica, la idoneidad de la admisión, la estadía continuada y la intensidad de los servicios de salud, con el fin de apoyar decisiones de revisión clínica y gestión de utilización.

Conforme a la Ley Núm. 138-2020 y a las regulaciones federales aplicables, prevalecerá el criterio clínico del profesional tratante, ejercido conforme al estándar de cuidado razonable y debidamente documentado en el expediente médico.

Milliman Care Guidelines - MCG: Establece guías clínicas basadas en evidencia utilizadas para evaluar la necesidad médica, la adecuación de la admisión, la duración de la estadía y la intensidad de los servicios de salud, apoyando los procesos de revisión clínica, gestión de utilización y toma de decisiones conforme a estándares de calidad y cumplimiento.

Conforme a la Ley Núm. 138-2020 y a las regulaciones federales aplicables, prevalecerá el criterio clínico del profesional tratante, ejercido conforme al estándar de cuidado razonable y debidamente documentado en el expediente médico.



Necesidad Médica de Servicios: Determinación clínica basada en la condición del paciente, la evidencia médica y criterios clínicos establecidos, que justifica que los servicios de salud provistos sean apropiados, razonables y requeridos para el diagnóstico, tratamiento o manejo efectivo de una condición médica, conforme a estándares de calidad, seguridad y cumplimiento regulatorio.

El alcance de los servicios médicamente necesarios, deben de ser:

1. Apropiado y consistente con el diagnóstico del profesional atendiendo el paciente, y la omisión podría afectar negativamente al estado médico del beneficiario.
2. Compatible con los estándares aceptados de la práctica médica en la comunidad médica.
3. Provisto en un ambiente seguro, adecuado y costo-efectivo dado el origen del diagnóstico y la gravedad de los síntomas.

Organización de Cuidado de Salud Administrado (MCO): Entidad contratada por la ASES para administrar beneficios de salud bajo el Plan VITAL, responsable de cumplir con los estándares de revisión de utilización médica, auditoría y debido proceso establecidos por ley y por la ASES.

Readmisión: Ingreso hospitalario no planificado de un paciente a la misma institución hospitalaria, en un periodo de treinta (30) días posterior a un alta previa, para el mismo diagnóstico o una complicación asociada al episodio inicial, según lo establecido en el modelo APR-DRG utilizado en Puerto Rico. La readmisión se evalúa como un indicador de la calidad del cuidado, la continuidad de los servicios y la efectividad del manejo clínico durante la hospitalización y el proceso de alta.

Riesgo de Mortalidad (ROM): Indicador clínico del modelo APR-DRG que estima la probabilidad de mortalidad del paciente durante el episodio de hospitalización, basado en la condición clínica y comorbilidades documentadas.

Severidad de la Enfermedad (SOI): Indicador del modelo APR-DRG que refleja el grado de complejidad clínica del paciente, considerando diagnósticos, comorbilidades, complicaciones y su impacto en el manejo intrahospitalario.

Sobreutilización: Servicios de salud innecesarios (sobreuso o sobretratamiento), significa cuidado de salud proporcionado a un volumen o costo mayor del necesario.

Subutilización: Se refiere a un estado en el que los pacientes no reciben la gama completa de los servicios necesarios debido a problemas involuntarios para acceder a los servicios,



menor prescripciones de servicios, o debido a la opción de los pacientes de evitar el cuidado, falta de proporcionar servicios adecuados o indicados, o la insuficiencia de proveer una cantidad o nivel de servicios que es menor a lo requerido.

Targeted Probe and Educate (TPE): Mecanismo de revisión estratégico que incluye el análisis de reclamación, sesiones de educación personalizadas y periodo de mejora, con el objetivo de ayudar a los proveedores a cumplir con los estándares de calidad y la precisión de la facturación.

Utilization Management (UM): Proceso mediante el cual se evalúan la eficiencia, idoneidad y necesidad médica de los tratamientos, servicios, procedimientos y facilidades provistas a los pacientes, caso por caso, con el fin de determinar la cubierta de los servicios médicos a lo largo del episodio completo de cuidado, asegurando el uso adecuado y responsable de los recursos. Dicho proceso incluye la evaluación de los servicios prestados en el nivel de cuidado hospitalario agudo, garantizando que los beneficiarios reciban un tratamiento oportuno y una recuperación adecuada bajo el nivel de cuidado clínicamente apropiado, a fin de maximizar los beneficios cubiertos conforme a su cubierta médica.



Marco de Auditoría y Supervisión de la Revisión de Utilización Médica Hospitalaria:

La Guía de Revisión y Utilización Hospitalarias – APR – DRG están diseñadas para evaluar las admisiones en las instituciones hospitalarias garantizando políticas, procedimientos, indicadores y estándares aplicables en cumplimiento con la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) y el buen uso de los fondos Medicaid para el pago de los servicios hospitalarios.

El Departamento de Operaciones Clínicas de la ASES junto al Departamento de Cumplimiento de la ASES determinará a través de indicadores estadísticos, el nivel de cumplimiento y de calidad alcanzado con relación a las actividades evaluativas realizadas por los MCO's en las instituciones hospitalarias y las áreas que necesitaran mejoramiento continuo según las métricas correspondientes. Se confirma que se continuara requiriendo la identificación y documentación requerida de calidad según establecida en los contratos integrando prospectivamente otros indicadores según datos obtenidos en la implementación. Este requerimiento es extensivo, a los contrato entre los MCO's y los proveedores de servicios.

La metodología de auditoría y revisión hospitalaria descrita en esta Guía constituye el marco operativo aplicable para las evaluaciones de utilización médica bajo el Plan VITAL. Su aplicación deberá ser uniforme, consistente y estandarizada entre todos los MCO's y las entidades que participen en dichos procesos, basándose en criterios técnicos, evidencia clínica y la documentación objetiva del expediente médico.

En el caso de beneficiarios *dual elegibles* cubiertos bajo el Programa Medicare Platino, las disposiciones de esta Guía aplicarán, en lo pertinente, a los procesos de revisión, auditoría, utilización médica y adjudicación relacionados con los servicios Medicaid provistos como beneficios complementarios o “wraparound”, conforme a los términos contractuales aprobados por la ASES, Medicaid y a las regulaciones federales aplicables bajo 42 CFR Parte 438, así como cualquiera otra aplicable.

Ninguna disposición aquí contenida deberá interpretarse como una modificación a los beneficios primarios Medicare ni a los procesos regidos exclusivamente por CMS conforme a 42 CFR Parte 422.

En aquellos casos en que un MCO utilice entidades delegadas o TPA para la ejecución de funciones relacionadas con revisión de utilización, auditoría, validación clínica, codificación o adjudicación de determinaciones, dichos procesos deberán implementarse en estricta alineación con esta metodología y con la Guía de Revisión y Utilización Hospitalaria de la ASES y en estricto cumplimiento con el contrato entre la ASES y los MCOs, así como cualquier carta normativa, regulación o instrucción impartida por la ASES. Será entera responsabilidad de los MCOs velar por el cumplimiento de las entidades delegadas y deberá someter a la ASES para aprobación el contrato entre éstas y los MCOs, además de cumplir con el marco contratual, legal y regulatorio aplicable.



La utilización de un TPA no podrá, por lo que queda estrictamente prohibido, resultar en la adopción de manuales, flujos operacionales, criterios clínicos, métricas, algoritmos o procesos alternos que modifiquen, sustituyan o alteren la metodología aquí establecida. Toda actividad delegada se entenderá como un mecanismo de ejecución operativa, y no como una instancia de definición, reinterpretación o modificación metodológica.

Recalamos que el MCO será responsable de asegurar que los procesos delegados se conduzcan conforme a esta Guía, garantizando consistencia en la aplicación de criterios, transparencia en las determinaciones y el respeto a los derechos procesales de las instituciones hospitalarias, conforme a las directrices de la ASES.

En el Plan de Evaluación se considerará:

1. Especificar como se llevará a cabo cada una de las funciones:

A. Tipo de evaluación de considerando los siguientes aspectos:

- ☐ Codificación – garantizando el contenido de todos los datos de la reclamación.
- ☐ Revisión Clínica – garantizando el contenido de criterios basados en evidencias para confirmar la necesidad médica, validar la gravedad de la enfermedad (SOI) y el riesgo de mortalidad (ROM), evaluar exclusiones e identificar condiciones prevenibles como las adquiridas en el hospital (HACS) y *Serious Reportable Events - Never Events*.

B. Metodología para la determinación de la estadía promedio.

C. Metodología y criterios de justificación clínica de admisiones.

D. Metodología y criterios de justificación clínica que establezca la estadía del paciente.

E. Criterios de determinación de los diagnósticos o condiciones médicas comúnmente admitidas y su documentación.

F. Garantizar derechos de apelaciones

G. Repostes de Eventos Adversos & *Never Events* con acciones correctivas (CAP)

H. Informes requeridos, incluyendo el Formulario 14B

Los hallazgos y resultados agregados derivados de estos procesos de auditoría y monitoreo podrán ser evaluados en foros técnicos designados por la ASES,



con el fin de apoyar el análisis de indicadores, la revisión continua de metodologías y la identificación de oportunidades de mejora.

1. Identificación y Manejo de Condiciones Prevenibles del Proveedor (*Provider-Preventable Conditions – HAC / Never Events*)

De conformidad con la Sección 2702 del *Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)* y con 42 CFR §438.3(g), las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO's), así como cualquier entidad delegada, contratista o administrador de revisión, deberán mantener mecanismos efectivos para prevenir el pago por condiciones prevenibles atribuibles al proveedor (*provider-preventable conditions*), y requerirán a todas las instituciones hospitalarias el reporte oportuno de dichas condiciones cuando estén asociadas a reclamaciones de pago o a tratamientos brindados a beneficiarios del Plan VITAL.

Como parte del Plan de Evaluación de la Auditoría y Revisión Hospitalaria, los procesos de revisión clínica y de integridad programática deberán incluir la identificación, documentación y análisis de condiciones prevenibles del proveedor, incluyendo, pero sin limitarse a:

A. **Condiciones adquiridas en el hospital - *Hospital-Acquired Conditions – HAC*** según identificadas por Medicare, con la excepción de trombosis venosa profunda (DVT) y embolismo pulmonar (PE) posteriores a reemplazo total de rodilla o cadera en pacientes pediátricos y obstétricos, aplicables a servicios hospitalarios de pacientes internados;

B. **Eventos clínicos prevenibles o *Never Events***, incluyendo procedimientos quirúrgicos u otros procedimientos invasivos realizados en el paciente incorrecto, en la parte incorrecta del cuerpo o mediante un procedimiento incorrecto, aplicables tanto a servicios hospitalarios como no institucionales.

La identificación de condiciones prevenibles del proveedor tendrá como finalidad apoyar los procesos de calidad, seguridad del paciente, cumplimiento regulatorio e integridad del programa, incluyendo las obligaciones de reporte a la ASES conforme a los requisitos federales aplicables. Según definidos por las regulaciones federales aplicables y las directrices de la ASES, no autoriza, por sí sola, la denegación total del pago del episodio hospitalario bajo el modelo APR-DRG.

El modelo APR-DRG constituye un pago global por episodio/alta, determinado por el diagnóstico principal, la severidad clínica



documentada (SOI), el riesgo de mortalidad (ROM) y el curso clínico completo del paciente. En consecuencia, la ocurrencia de un *HAC* o *Never Event* no invalida automáticamente la necesidad médica del episodio hospitalario ni la elegibilidad del pago base del APR-DRG.

Cuando una condición prevenible del proveedor genere un impacto clínico o financiero adicional por las condiciones antes mencionadas, el MCO podrá, conforme a las regulaciones federales aplicables y a esta Guía, limitar el ajuste financiero que resulte en un pago en exceso al DRG correspondiente, y que no sea una readmisión por las condiciones antes expuestas,

En ningún caso la identificación de un *HAC* o *Never Event* podrá utilizarse para justificar denegaciones automáticas de admisión, reducciones por día de estadía, ajustes basados exclusivamente en GMLOS, fragmentación del pago por episodio ni recobros globales del APR-DRG.

Cualquier ajuste, reducción o exclusión de pago que impacte el reembolso hospitalario como resultado de una condición prevenible del proveedor constituirá una Determinación Adversa de Beneficios y deberá cumplir estrictamente con los requisitos de notificación escrita, fundamento clínico y derechos de reconsideración y apelación establecidos en 42 CFR Parte 438, Subparte F, así como con la normativa vigente de la ASES.

Registro de admisiones y altas:

Las instituciones hospitalarias son responsables de notificar las admisiones y altas en o antes de cuarenta y ocho (48) horas laborables a los representantes designados por el MCO, conforme a los procesos establecidos.

No obstante, cuando por justa causa operacional el hospital se vea imposibilitado de realizar la notificación mediante los sistemas electrónicos habituales, el MCO deberá disponer y aceptar mecanismos alternos razonables de notificación, incluyendo procesos manuales, que permitan el cumplimiento oportuno y documentado de dicha obligación antes de proceder con una sanción por incumplimiento y deberá estar documentada por las partes como evidencia de la gestión entre ambos. A modo enunciativo y no limitativo, ni taxativo, se considerará justa causa la ocurrencia de eventos tales como fallas en los sistemas de información, interrupciones de conectividad a internet, interrupciones del servicio eléctrico, incidentes de ciberseguridad, desastres naturales o condiciones asociadas a la temporada de huracanes que alteren significativamente la operación regular del hospital.



La activación de mecanismos alternos por justa causa no requerirá, por sí sola, la emisión de un *waiver* específico por parte de la ASES, siempre que el hospital documente razonablemente la causa, realice la notificación por los medios alternos provistos y complete la notificación electrónica correspondiente una vez restablecida la operación regular de sus sistemas. Las sanciones por incumplimiento por falta de notificación tendrán derecho de apelación ante la ASES antes que se ejecuten las mismas.

El MCO será responsable de proveer, comunicar y mantener disponibles dichos mecanismos alternos de notificación, asegurando que los mismos sean operacionales, accesibles y consistentes con esta metodología, y que no resulten en la imposición de cargas irrazonables a las instituciones hospitalarias.

Las admisiones facturadas sin haber sido registradas conforme a lo aquí dispuesto, excepto por partos, cesáreas o cirugías electivas realizadas dentro de la estadía hospitalaria establecida (LOS), estarán sujetas a denegación. La dilación del MCO o no emisión por parte del MCO del número de registro de la hospitalización será razón para denegar la factura, excepto que la razón sea atribuible a una situación inexcusable del hospital y según definido en esta Guía.

El Departamento de Revisión y Utilización Intrahospitalaria del MCO realizará el proceso de verificación de elegibilidad del beneficiario con el plan a la fecha de la prestación de los servicios médicos. De ser elegible, notificará el número de referencia al proveedor hospitalario en o antes del próximo día laborable de la fecha de la notificación del proveedor.

En los casos en que una admisión se notifique de forma retrospectiva, es responsabilidad de las instituciones hospitalarias presentar el caso al MCO, para que se otorgue el número de registro correspondiente. La facilidad hospitalaria tiene un término de 48 horas para notificar la misma en días laborables sin incluir días en fin de semana y feriados, de no ser presentada deberá solicitar la misma mediante proceso de exclusión.

La documentación en el expediente médico debe, como mínimo, indicar que la hospitalización fue médicamente necesaria, razonable y apropiada para el diagnóstico y la condición del paciente durante la estadía y cumplir con los requerimientos contractuales, legales y regulatorios que correspondan. El expediente debe cumplir con las regulaciones pertinentes, y sobre todo, con la documentación necesaria que justifique la necesidad médica de la hospitalización, así como de todos los servicios brindados para que puedan justificar el pago de los mismos. La entidad debe considerar, servicios no cubiertos por el Plan VITAL a la hora de facturar pues la presentación de facturas que no cumplan con los criterios y cubierta del Plan VITAL, son razón suficiente para una investigación a la institución, que podría terminar en la cancelación del proveedor y su exclusión de programas federales según las reglas estatales y federales aplicables. La facturación fraudulenta de servicios no provistos o que no sean médicamente necesarios, pagados por los fondos estatales y federales constituye



Fraude y conlleva las penalidades y sanciones contractuales, legales y regulatorias según la normativa estatal y federal.

El paciente, entre otras cosas y como mínimo, debe mostrar signos y/o síntomas agudos para justificar la necesidad de atención médica hospitalaria y debe recibir la intensidad en tratamiento que requiera de manera segura y efectiva a un nivel de cuidado hospitalario.

Metodología de auditoría:

La auditoría es el proceso mediante el cual el representante autorizado del MCO evalúa el récord médico del paciente, ya sea mediante acceso al récord médico electrónico o mediante revisión física del expediente en la facilidad hospitalaria, entendiéndose que la disponibilidad o modalidad de acceso al expediente no suspenderá el proceso de revisión ni afectará su continuidad dentro de los plazos aplicables, conforme a esta Guía. La ASES apoya la revisión electrónica que produzca ahorros operacionales al programa, siempre y cuando cumplan con las regulaciones estatales y federales aplicables y salvaguarden, la seguridad, confidencialidad y privacidad de la información del paciente.

Cuando el acceso remoto al expediente médico electrónico no esté disponible o se vea limitado por circunstancias no atribuibles a la institución hospitalaria, la revisión continuará mediante evaluación física del expediente en la facilidad hospitalaria, sin que ello afecte la validez, oportunidad o continuidad del proceso de auditoría conforme a esta Guía.

La determinación clínica deberá basarse en el análisis integral del expediente médico completo, considerando el curso clínico del episodio, la severidad documentada, el riesgo de mortalidad y otros factores clínicos o contextuales que puedan impactar el diagnóstico principal y la evolución del paciente, conforme al estándar de cuidado razonable aplicable.

En ningún caso la aplicación aislada o restrictiva de guías clínicas de referencia podrá sustituir el criterio médico del profesional tratante, ni constituirá fundamento suficiente para justificar denegaciones, ajustes improcedentes o determinaciones adversas sin la correspondiente evaluación clínica integral, conforme a la normativa vigente y a las directrices de la ASES.

Al evaluar un caso hospitalario bajo el modelo APR-DRG, el representante del MCO deberá regirse por los siguientes principios obligatorios:

1. Evaluación por episodio completo: El modelo APR-DRG constituye un pago global por episodio/alta. En consecuencia, la evaluación del caso deberá realizarse una vez concluido el episodio de hospitalización (retrospectiva pospago), utilizando el expediente médico completo, y no mediante análisis fragmentados por día o ventanas arbitrarias.
2. Metodología de evaluación de estadías prolongadas y casos outliers.



3. Prohibición de evaluaciones limitadas a 24 o 48 horas: El caso no podrá ser evaluado exclusivamente con base en las primeras 24 o 48 horas de hospitalización, ya que:
 - A. La severidad (SOI) y el riesgo de mortalidad (ROM) pueden evolucionar durante la estadía.
 - B. Complicaciones, fallos a tratamiento, diagnósticos secundarios y cambios clínicos relevantes frecuentemente se manifiestan posterior al ingreso.
 - C. El APR-DRG se determina con base en el curso clínico completo, no en la impresión inicial.

Racional clínico y metodológico

1. Limitar la evaluación a 24–48 horas:
 - A. Distorsiona la severidad real del caso.
 - B. Contraviene la lógica de pago por episodio.
 - C. Genera sesgos retrospectivos y denegaciones improcedentes.
 - D. Es inconsistente con estándares de control de utilización (42 CFR Parte 456).

GMLOS- Geometric Mean Length of Stay:

El GMLOS establecido para cada APR-DRG constituye un parámetro de referencia estadístico para la evaluación de la utilización de servicios hospitalarios. El mismo no debe interpretarse como un límite clínico absoluto, ni su exceso debe conllevar de manera automática una determinación adversa, denegación o ajuste de pago. Toda determinación relacionada con estancias hospitalarias que excedan el GMLOS deberá salvaguardar en todo momento el criterio médico, fundamentado en la condición clínica individual del paciente y en la evidencia documentada en el expediente médico.

1. Parámetros que debe evaluar la MCO: Al evaluar casos en los que la duración de estancia hospitalaria (LOS) excede el GMLOS del APR-DRG correspondiente, la aseguradora deberá considerar, entre otras cosas y como mínimo, los siguientes parámetros clínicos y documentales.
 - A. La necesidad médica continua del nivel de cuidado agudo.
 - B. La progresión clínica documentada día a día.
 - C. La presencia de factores clínicos que justifiquen la extensión de la estancia.
 - D. La coherencia entre la documentación médica, la codificación clínica y la severidad del caso.



E. La razonabilidad clínica del manejo médico conforme a guías aceptadas y al estándar de cuidado.

2. **Circunstancias clínicas que justifican el exceso de GMLOS:** El exceso del GMLOS no constituye, por sí solo, fundamento para una determinación adversa, cuando esté debidamente sustentado por documentación clínica que evidencie una o más de las siguientes circunstancias:

- A. **Complicaciones adquiridas en el hospital:** Eventos clínicos desarrollados durante la hospitalización que aumentan la severidad del caso, tales como infecciones asociadas al cuidado de la salud, complicaciones quirúrgicas, descompensaciones agudas u otros eventos adversos clínicamente relevantes.
- B. **Fallo a tratamiento inicial:** Respuesta inadecuada, incompleta o adversa a la terapia inicial instaurada, que requiera modificación del plan de manejo, terapias adicionales, estudios diagnósticos suplementarios o mayor tiempo de observación clínica.
- C. **Deterioro clínico documentado:** Deterioro del estado clínico del paciente, evidenciado mediante signos vitales, laboratorios, estudios diagnósticos, escalas clínicas o evaluación médica seriada, que justifique la continuación del cuidado intrahospitalario.
- D. **Comorbilidades no evidentes al ingreso:** Condiciones médicas coexistentes identificadas posterior al ingreso, que aumenten la severidad de la enfermedad, el riesgo clínico o la complejidad del manejo, y que no pudieron ser razonablemente identificadas en la evaluación inicial.
- E. **Cambio en el diagnóstico principal o secundario:** Revisión o notificación diagnóstica basada en hallazgos clínicos o diagnósticos posteriores al ingreso, que modifique el curso clínico esperado y la duración razonable de la hospitalización.

Requerimientos clínicos que impidan un alta segura: Necesidades médicas activas que hagan insegura el alta del paciente, incluyendo, pero no limitándose a: requerimientos de monitoreo continuo, terapias intravenosas, intervenciones especializadas, inestabilidad clínica o ausencia de condiciones seguras para la transición de cuidado. Como lo son:

- ☐ Limitaciones funcionales significativas que impiden una transición de cuidado segura.
- ☐ Riesgo elevado de caídas, aspiración u otras complicaciones.



- ☐ Falta de capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria al alta.

F. **Determinantes sociales de la salud:** Los casos sociales, como justificación de la hospitalización, no están cubiertos por el Plan VITAL y no justificarán el pago de estadías prolongadas.

G. **Retrasos no atribuibles al proveedor**

Como justificación de la hospitalización, no están cubiertos por el Plan VITAL y no justificarán el pago de estadías prolongadas. Entre otras, estas limitaciones pueden ser por:

- ☐ Demoras en autorizaciones externas necesarias para la continuidad del cuidado.
- ☐ Limitación de camas disponibles en niveles de cuidado alternos (SNF, rehabilitación, hospicio)
- ☐ Retrasos en coordinación interinstitucional debidamente documentados

Cualquier proceso de auditoría, revisión de utilización o determinación de cobertura deberá establecer:

- A. El GMLOS es una guía estadística y no un criterio determinante exclusivo.
- B. Basarse en la evaluación clínica individualizada del paciente.
- C. Evitar determinaciones automáticas adversas fundamentadas únicamente en la duración de la estadía.

Outlier Reimbursement – Metodología:

Como norma general, cuando la duración de la hospitalización (*Length of Stay, LOS*) excede el *Average Length of Stay (ALOS)* correspondiente al APR-DRG asignado, el reclamo será evaluado para determinar elegibilidad para un pago adicional por concepto de *outlier*, por lo que la porción de la estadía prolongada que facture el hospital será razón de hospitalización concurrente para que la misma proceda para pago. Para que un caso sea elegible para pago *outlier*, deberá cumplirse el umbral de días outlier, el cual se define como el mayor de los siguientes valores:



1. El ALOS geométrico ajustado (*trimmed geometric ALOS*) del APR-DRG y nivel de severidad (SOI) correspondiente, más quince (15) días; o
2. El ALOS del APR-DRG correspondiente más tres (3) veces la desviación estándar no ajustada (*untrimmed standard deviation*), redondeado al número entero inmediato superior.

Una vez el LOS exceda el umbral de *outlier*, los días *outlier* se definirán como aquellos días de hospitalización que excedan dicho umbral, calculados como:

$$\text{Días Outlier} = \text{LOS} - \text{Umbral Outlier}$$

El pago adicional por *outlier* se calculará multiplicando los días *outlier* por el DRG per diem, y aplicando posteriormente un factor de pago del ochenta por ciento (80%), conforme a la siguiente fórmula:

$$\text{Pago Outlier} = \text{Días Outlier} \times \text{DRG Per Diem} \times 0.80$$

Este pago se añadirá al pago base del APR-DRG correspondiente al episodio de hospitalización.

Los criterios relacionados con la identificación de casos *outlier*, la determinación del umbral de días *outlier*, el cálculo de los días excedentes y la metodología de pago adicional descritos en esta sección se fundamentan en *APR-DRG Reimbursement Guide*, publicada por la ASES, vigente a partir del 1 de enero de 2026, según su revisión del 15 de enero de 2026.

Esta Guía constituye la fuente oficial de referencia para la aplicación del modelo de reembolso APR-DRG bajo el Plan VITAL y orienta la interpretación uniforme de los ajustes de pago por estadías prolongadas (*outliers*).

El reconocimiento de días *outlier* constituye un mecanismo técnico de ajuste de pago bajo el modelo APR-DRG y no autoriza denegaciones administrativas, reducciones por día ni determinaciones adversas automáticas basadas exclusivamente en la duración de la estadía.

Las revisiones concurrentes establecidas en esta guía deberán realizarse durante la estadía del paciente por el MCO, o si es retrospectiva, no más tarde de quince (15) días contados a partir del alta del paciente. La falta de revisión concurrente o retrospectiva en este periodo de tiempo, no podrá ser impedimento para el hospital facturar los servicios ni razón de denegación del pago. En la eventualidad antes mencionada, el MCO tendrá 15 días para llevar a cabo la revisión retrospectiva antes de pagar la misma, y de no completarla, pagará al hospital sujeto a recobros posteriores según la normativa aplicable.



Estadías prolongadas:

La norma general, , en casos de estadías extendidas con una duración igual o mayor de veinte (20) días, la facturación no generará altas nuevas, considerándose la hospitalización como una sola admisión continua. Estas estadías podrán constituir casos potencialmente *outlier* conforme a la metodología APR-DRG. Esta norma es de estricto cumplimiento para pago.

Los representantes del Departamento de Utilización evaluarán, de manera concurrente y/o retrospectiva, la necesidad médica continua, la intensidad del nivel de cuidado, así como la integridad y suficiencia de la documentación clínica. Una vez el paciente exceda el *Geometric Mean Length of Stay* (GMLOS) correspondiente y el caso se convierta en *outlier*, el exceso de días será evaluado día por día (DRG Per diem), con el propósito de justificar la continuidad del nivel de cuidado requerido durante la estadía hospitalaria y sustentar la elegibilidad de los días adicionales para fines de reembolso, conforme a los criterios de *Utilization Management* y a las revisiones aplicables por el *Managed Care Organization* (MCO). La auditoría retrospectiva no invalida autorizaciones prospectivas/concurrentes previamente otorgadas, salvo fraude/abuso/error material debidamente fundamentado.

Este proceso se llevará a cabo en cumplimiento con lo establecido en la *Puerto Rico All Patient Refined Diagnosis Related Group Reimbursement Guide*, efectiva el 1 de enero de 2026, revisada el 15 de enero de 2026.

Las revisiones concurrentes establecidas en esta guía, deberán realizarse durante la estadía del paciente por el MCO, o si es retrospectiva, no más tarde de quince (15) días contados a partir del alta del paciente. La falta de revisión concurrente o retrospectiva en este periodo de tiempo, no podrá ser impedimento para el hospital facturar los servicios ni razón de denegación del pago. En la eventualidad antes mencionada, el MCO tendrá 15 días para llevar a cabo la revisión retrospectiva antes de pagar la misma, y de no completarla, pagará al hospital sujeto a recobros posteriores según la normativa aplicable.

Exención de Auditoría UM – GMLOS:

Toda hospitalización estará sujeta a revisión. Sin embargo, no requerirá auditoría de Utilización Médica en aquellos casos cuya duración de estadía hospitalaria se mantenga dentro del *Geometric Mean Length of Stay* (GMLOS) establecido por la ASES para el APR-DRG y el nivel de severidad (SOI) correspondiente, conforme a la metodología vigente; los cuales se describen esta sección, salvo que la estadía:

1. Exceda el máximo de duración permitido conforme a la metodología APR-DRG (*outlier threshold*)
2. Se identifique una condición clínica, administrativa o de cumplimiento que amerite revisión adicional.
3. La razón del GMLOS con se sustente con el expediente médico del paciente.



Los GMLOS indicados a continuación, y aquellos que la ASER pueda añadir mediante una enmienda a esta Guía, se utilizan como referencia operativa para la evaluación de estadías hospitalarias dentro del comportamiento esperado del grupo clínico. El GMLOS final aplicable será aquel correspondiente al APR-DRG y SOI asignados al momento del alta, conforme a la versión vigente del sistema APR-DRG adoptado por la ASER.

La utilización del GMLOS como parámetro de referencia no constituye una limitación rígida de estadía, **ni taxativa**, ni un criterio automático de aprobación o denegación, sino un instrumento técnico para orientar la aplicación proporcional y razonable de los procesos de revisión de utilización médica.

Listado de casos con Exención de Auditoría UM:

SERVICIO / PROCEDIMIENTO	APR-DRG / CATEGORÍA	SOI TÍPICO	GMLOS DE REFERENCIA (DÍAS)
PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	Parto vaginal	1-2	2.0
CESÁREA SIN COMPLICACIONES	Cesárea	1-2	3.5 - 4.0
APENDECTOMÍA NO COMPLICADA	Apendicectomía	1-2	2.0 - 3.0
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	Colecistectomía lap.	1-2	2.0 - 3.0
HERNIORRAFÍA SIMPLE	Reparación hernia	1	1.5 - 2.0
HEMORROIDECTOMÍA	Procedimientos anorrectales	1	1.5 - 2.0
TURP (SIN COMPLICACIONES)	RTUP	1-2	2.5 - 3.5
REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA	Artroplastia mayor	2-3	3.0-4.0
REEMPLAZO TOTAL DE HOMBRO	Artroplastia hombro	2-3	2.5-3.5

La revisión de casos cuya estadía se mantenga dentro del GMLOS no deberá utilizarse como mecanismo de control de costos generalizado, ni como sustituto de los criterios establecidos para la identificación de casos *outlier* o desviaciones debidamente documentadas.

Proceso de Cierres: Partos Vaginales y Partos por Cesárea:

Las instituciones hospitalarias deberán enviar la hoja informativa del paciente, en adición a los siguientes requerimientos para la determinación de casos con procedimientos de parto vaginal o por cesárea:

1. Nombre y apellidos de paciente,
2. Número de afiliado,
3. Fecha de admisión,
4. Fecha de alta,
5. Código de procedimiento,
6. Fecha del procedimiento,
7. Diagnóstico de admisión,
8. Nombre de proveedor hospitalario



9. Nombre de médico que admite.

10. Reporte de Sala de Operaciones (Sala de Partos) en vaginales y por cesárea.

En casos con procedimiento de parto vaginal o por cesárea donde ha excedido el máximo de GMLOS, el representante clínico designado por el MCO evaluará el expediente médico en su totalidad con el propósito de validar la severidad en condición versus intensidad en tratamiento.

Down Coding/Down Severity:

El *down-coding* o *down-severity* constituye un ajuste técnico permitido bajo el modelo APR-DRG cuando la documentación clínica del expediente médico completo no sustenta el nivel de severidad (SOI/ROM) originalmente asignado conforme a las reglas del agrupador APR-DRG. Este ajuste:

1. Se aplica al episodio completo, no por días de estadía.
2. No constituye una denegación total del reclamo.
3. No podrá utilizarse como penalidad administrativa.
4. Requiere revisión retrospectiva con expediente médico completo.

La MCO o entidad delegada solo podrá evaluar un ajuste de severidad cuando exista evidencia documentada de al menos una de las siguientes condiciones:

1. Diagnósticos secundarios sin evidencia clínica objetiva ni impacto terapéutico.
2. Falta de intensidad de servicio congruente con el SOI asignado.
3. Resolución temprana de condiciones sin complejidad sostenida.
4. Documentación clínica deficiente, no específica o incongruente con la severidad reportada.

Antes de aplicar un ajuste por *down-severity*, la MCO deberá cumplir con el siguiente proceso mínimo:

1. Discusión de casos con el hospital participante.
2. *Peer-to-Peer* médico a médico en casos de alta severidad (SOI 3–4), controversia clínica o impacto financiero significativo.
3. Documentación formal del análisis clínico, fundamentos y conclusión.

La omisión de cualquiera de estos pasos invalida el ajuste propuesto.

Relación con GMLOS, LOS y Outliers

1. El exceso de GMLOS o LOS no constituye fundamento exclusivo para *down-coding*.
2. El mecanismo correcto ante estadías prolongadas es:



- A. Evaluación de severidad,
- B. Discusión clínica,
- C. Aplicación de *outlier* cuando corresponda.

3. Se prohíben determinaciones automáticas basadas en GMLOS.

Cualquier ajuste por *down-severity* que resulte en reducción del pago del episodio APR-DRG:

- A. Constituye una Determinación Adversa de Beneficios.
- B. Requiere notificación escrita, fundamento clínico y derecho a apelación conforme a 42 CFR Parte 438, Subparte F.

El *down-coding* / *down-severity* es un mecanismo técnico de alineación clínica del pago bajo APR-DRG y no podrá ser utilizado como sustituto de denegaciones por día, penalidades administrativas ni recobros automáticos. Toda aplicación deberá estar basada en revisión clínica retrospectiva integral, discusión de casos y debido proceso.

Denegación Total de la Estadía Hospitalaria bajo el Modelo APR-DRG:

El APR-DRG constituye un pago global por episodio de hospitalización, determinado por la severidad clínica, complejidad del manejo y curso clínico completo del paciente. En consecuencia, la denegación total de la estadía hospitalaria no constituye un mecanismo ordinario de Utilización Médica bajo APR-DRG y está prohibida como práctica rutinaria. Sin embargo, el hospital reconoce que, como metodología de pago, la denegación total no sustentada es una posibilidad de denegación, por lo que deberá asegurarse que la hospitalización y su documentación cumplan con esta guía.

Escenarios Excepcionales en los que Podría Proceder una Denegación Total:

Una denegación total de la estadía hospitalaria solo podrá considerarse en circunstancias excepcionales, cuando una revisión retrospectiva integral del expediente médico completo demuestre de forma clara y documentada que el episodio completo no cumple criterios mínimos de cobertura o necesidad médica.

1. Ausencia absoluta de necesidad médica de hospitalización aguda
 - A. El paciente no requirió en ningún momento nivel de cuidado intrahospitalario agudo, basado en la documentación y criterio médico.
 - B. El manejo pudo realizarse completamente en nivel ambulatorio u observación, basado en la documentación y criterio médico.
 - C. No existe documentación clínica que sustente la decisión de admisión hospitalaria.



2. Servicios no cubiertos por el Plan

- A. Servicios expresamente excluidos de la cubierta del Plan.
- B. Procedimientos o intervenciones sin base contractual o reglamentaria para reembolso bajo APR-DRG.

3. Episodio inválido por elegibilidad o legalidad

- A. Paciente no elegible durante la totalidad del episodio.
- B. Reclamos duplicados o fraudulentos.
- C. Admisiones inválidas por error material insubsanable.

4. Ausencia sustancial del expediente médico

- A. Falta total o sustancial del récord clínico que imposibilite cualquier evaluación de necesidad médica, severidad o manejo.

☐ Esta causal no aplica a deficiencias parciales de documentación.

Bajo el modelo APR-DRG, no se permitirá la denegación total de la estadía hospitalaria en los siguientes escenarios:

- 1. Exceso de GMLOS o ALOS
- 2. Estadías prolongadas u *outliers*
- 3. Falta o retraso en notificaciones administrativas
- 4. Omisiones parciales de documentación clínica
- 5. Retrasos en estudios diagnósticos, consultas o sala de operaciones
- 6. Cuestionamientos de severidad (SOI/ROM)
- 7. Fallas operacionales que no anulan la necesidad médica del episodio

Antes de emitir una denegación total, la MCO deberá cumplir con el siguiente proceso:

- 1. Revisión retrospectiva integral, utilizando el expediente médico completo
- 2. Discusión de casos con el hospital participante
- 3. *Peer-to-Peer* médico a médico, cuando exista controversia clínica
- 4. Documentación formal del análisis clínico y fundamento de la determinación
- 5. Notificación escrita al proveedor, con derechos de reconsideración y apelación

La omisión de cualquiera de estos pasos invalida la denegación.



Toda denegación total de la estadía hospitalaria:

1. Constituye una Determinación Adversa de Beneficios
2. Debe cumplir estrictamente con los requisitos de notificación, fundamento y derechos apelativos conforme a 42 CFR Parte 438, Subparte F
3. No podrá emitirse como “denegación administrativa sin apelación”

Dado que el APR-DRG es un modelo de pago global por episodio/alta, la denegación total de una estadía hospitalaria constituye una medida excepcional y de última instancia. Las controversias relacionadas con duración de estadía, severidad, documentación o eficiencia deberán manejarse mediante ajustes técnicos del episodio y no mediante denegaciones totales. El uso inapropiado de denegaciones totales será considerado una práctica incompatible con el modelo APR-DRG y con los estándares de Utilización Médica aplicables. Bajo el modelo APR-DRG, no se permitirá la denegación total de la estadía hospitalaria cuando la prolongación del episodio esté razonablemente asociada a uno de los siguientes eventos:

1. Comprometan la seguridad del alta
2. Impidan la continuidad efectiva del tratamiento
3. Aumente el riesgo de readmisión evitable o daño al paciente

La MCO deberá demostrar que los casos fueron evaluados de forma adecuada y considerados dentro del análisis clínico antes de emitir cualquier determinación adversa. La omisión de esta evaluación, cuando los casos estén documentados en el expediente, constituirá una deficiencia del proceso de revisión. No se pagarán hospitalizaciones prolongadas por razones y eventos descritos anteriormente.

La Guía está diseñada para apoyar la administración efectiva del Plan VITAL, fortalecer los mecanismos de revisión y utilización con el análisis continuo de resultados alcanzados durante la implementación del modelo APR – DRG requiriendo enmiendas de tiempo en tiempo por parte de la ASES en armonía con las regulaciones federales aplicables incluyendo las emitidas por CMS.

Readmisiones:

Readmisión se define como el ingreso hospitalario no planificado de un paciente a la misma institución hospitalaria, dentro de un período de treinta (30) días posteriores al alta previa, con el mismo diagnóstico principal de admisión o por complicación asociada al episodio inicial, conforme al modelo APR-DRG. La readmisión hospitalaria se reconoce como un indicador de calidad del cuidado, continuidad de servicios y efectividad del manejo clínico, y no constituye, un criterio para determinaciones adversas ni para la denegación automática de servicios o pagos.



Los criterios para una readmisión deben cumplir con **todo** lo siguiente:

1. Admisión no planificada
2. Ocurrió en el mismo hospital dentro de un periodo de 30 días a partir del alta previa
3. Mismo diagnóstico de admisión (diagnóstico principal)
4. Complicación relacionada con procedimiento previo:
 - A. Complicación documentada del procedimiento
 - B. Afecta la misma región anatómica o sistema corporal

Exclusiones de Readmisión:

1. Readmisiones planificadas, que no justifiquen la estadía del paciente de manera continua en el hospital:

- A. Quimioterapias
 - B. Radioterapias
 - C. Cirugías por fases o etapas
 - D. Procedimientos programados
2. Transferencias entre hospitales de cuidado agudo
 3. Fallecimientos
 4. *Against Medical Advice* (AMA)
 5. Casos de obstetricia o neonatos
 6. Trasplantes y terapias altamente complejas

1. Para efectos de revisión de Utilización Médica y exclusiones de readmisión relacionadas a métricas de calidad bajo el modelo APR-DRG, se considerarán terapias altamente complejas aquellas intervenciones que, por su nivel de intensidad clínica, dependencia tecnológica, especialización del recurso o impacto en la severidad del caso (SOI) y duración de estadía, requieran manejo intrahospitalario especializado.
7. Condiciones oncológicas con inmunosupresión, progresión esperada y/o complicaciones hematológicas
8. Comorbilidades severas que aumenten el riesgo clínico (SOI y ROM) (ej. CKD, ESRD, hemodiálisis)
9. Readmisiones por Evento no esperado *Never Event*, según el registro de la ASER y que no sea el resultado de un error o negligencia del hospital



10. Fallas documentadas en la ejecución de servicios después del alta previamente autorizados como:

- A. Home Care
- B. Centro de Cuidado Diestro de Enfermería – SNF
- C. Centro de Rehabilitación
- D. Terapias Ambulatorias (PT/OT/ST)
- E. Fallas de Equipo Médico Durable – DME
- F. Situaciones con visitas post-alta tales como:

- ☐ Curaciones de Heridas
- ☐ Infusiones Intravenosas

Alcance de la Revisión de Utilización - Diagnósticos y Documentación:

La revisión de utilización podrá considerar:

1. Diagnóstico primario
2. Diagnósticos secundarios, comorbilidades y complicaciones mayores (CC/ MCC)
3. Documentación clínica que sustente severidad y días de estadía
4. Base Clínica y Evidencia (*Evidence-Based Determinations*): No se permitirán determinaciones de Utilización Médica fundamentadas exclusivamente en la codificación de la reclamación (*claims data*) sin el correspondiente respaldo clínico documentado.
5. Todas las decisiones deberán basarse en criterios de necesidad médica, sustentados por evidencia clínica objetiva, consistentes con guías reconocidas y conforme a lo dispuesto en 42 CFR §438.210(a).
6. Aplicabilidad del *Three-Day (or One-Day) Payment Window*: El *Three-Day (or One-Day) Payment Window* constituye una política aplicable exclusivamente a Medicare Fee-for-Service y no aplica al Plan VITAL – Medicaid bajo el modelo APR-DRG en sistemas de cuidado manejado (*Managed Care*). Por lo tanto, los servicios ambulatorios o previos a la admisión no serán evaluados ni consolidados bajo esta política para fines de determinación de pago o utilización médica en la ASER.



Documentación requerida:

Las instituciones hospitalarias proveerán a los MCO's acceso a los expedientes médicos:

1. Historial médico y Examen Físico
 - A. Admisiones o traslados previos detallado en el historial y físico del paciente, según aplique
 - B. Falla a tratamientos previos detallado, según aplique
2. Justificación de la admisión
3. Diagnósticos
4. Ordenes Médicas
5. Tratamiento
6. Estudios diagnósticos, evidencia de procedimientos y laboratorios clínicos
7. Consultas
8. Evidencia de planificación de alta, según aplique
9. Otros según requeridos

Notificación de Registro de Recién Nacidos:

Con el propósito de cumplir con las regulaciones de la ASES, las instituciones hospitalarias deberán que completar el formulario establecido para la notificación de partos y recién nacidos en un período no mayor de veinticuatro (24) horas laborables a través de mecanismos razonablemente aceptados al MCO. La información requerida para procesar los casos se enviará por correo electrónico o mecanismo establecido (viabiles) según la región a la que pertenezca el proveedor hospitalario en el tiempo establecido entre la institución hospitalaria y el MCO.

Presentación de Expediente Médico:

Las instituciones hospitalarias tendrán un período no mayor de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de alta, para presentar el expediente clínico correspondiente para fines de facturación.

Para propósitos de las revisiones bajo el modelo APR-DRG, las instituciones hospitalarias dispondrán de un período no mayor de catorce (14) días calendario, contados a partir de la fecha de pago efectivo de la reclamación, debidamente evidenciado mediante transferencia bancaria, comprobante de pago o confirmación oficial de acreditación, para someter el expediente clínico completo al representante clínico designado por el MCO, conforme a los flujos de revisión pospago y reporte establecidos, incluyendo aquellos asociados al Formulario 14B.



A estos efectos, no se considerará como fecha de pago la adjudicación, procesamiento, determinación preliminar o estatus reflejado en sistemas de *clearinghouse*, portales electrónicos o plataformas intermedias, hasta tanto el pago haya sido efectivamente acreditado a la institución hospitalaria.

En consecuencia, la solicitud, inicio o ejecución de auditorías de Utilización Médica, revisiones clínicas o requerimientos documentales, ya sea directamente por el MCO o a través de entidades delegadas o TPA, deberá realizarse una vez confirmado el pago efectivo, conforme a esta metodología y a los procesos pospago aplicables.

De forma complementaria, será responsabilidad de la institución hospitalaria establecer y mantener mecanismos internos de coordinación y comunicación efectiva entre el Departamento de Utilización Médica y las áreas de Ciclo de Manejo de Ingresos / Facturación, con el fin de asegurar la identificación oportuna de pagos reconciliados y la disponibilidad de la información necesaria para la preparación, presentación y sustentación de los casos ante el MCO dentro de los términos establecidos.

El representante clínico completará el proceso de revisión en un período no mayor de treinta (30) días laborables. Las evaluaciones retrospectivas, auditorías clínicas, revisiones post-altas, recobros o determinaciones adversas bajo el modelo de pago APR-DRG deberán llevarse a cabo una vez confirmado el pago efectivo del episodio de hospitalización al proveedor hospitalario, conforme a la metodología aplicable.

Cualquier actuación de revisión iniciada con anterioridad a la acreditación del pago, ya sea realizada directamente por el MCO o por sus contratistas, entidades delegadas o auditores, se considerará procesalmente prematura y no podrá servir de base para ajustes, recobros o determinaciones adversas, sin perjuicio de que el proceso pueda reiniciarse conforme a los términos establecidos una vez completado el pago correspondiente.

1. Toda auditoría retrospectiva deberá ser estrictamente pospago, una vez la MCO haya procesado y emitido el pago del reclamo hospitalario aplicable al episodio (APR-DRG).
2. Se considerará nula, inválida e improcedente cualquier determinación adversa, ajuste, denegación o intento de recobro que surja de un proceso que pretenda revisar retrospectivamente el caso previo a la emisión del pago.
3. La MCO reconoce que la revisión retrospectiva requiere una evaluación integral utilizando el expediente médico completo una vez concluido el episodio de hospitalización, y no puede ser sustituida por mecanismos concurrentes ni por evaluaciones parciales, automatizadas o basadas exclusivamente en codificación.
4. Cualquier ajuste, denegación o recobro que surja de revisión retrospectiva constituye una Determinación Adversa de Beneficios y deberá cumplir estrictamente con el



- proceso de notificación, fundamentos clínicos, y derechos de reconsideración y apelación aplicables conforme a 42 CFR Parte 438, Subparte F y normativa de la ASES.
5. El incumplimiento de esta regla constituirá una desviación material a los estándares operacionales obligatorios del Plan VITAL y al marco de debido proceso aplicable, quedando sujeto a referidos regulatorios y acciones correctivas correspondientes.

La institución hospitalaria tiene el derecho de someter una apelación por cualquier determinación adversa que se genere de parte del MCO.

Determinaciones Adversas por desviaciones administrativas:

En los casos de hospitalizaciones con duración igual o mayor de veinte (20) días, la estadía se considerará una sola admisión continua y podrá clasificarse como caso *outlier* conforme a la metodología APR-DRG. Una vez excedido el GMLOS, los días adicionales serán evaluados individualmente bajo el modelo *DRG Per Diem* para determinar su necesidad médica, el nivel de cuidado requerido y la suficiencia de la documentación clínica.

Las desviaciones administrativas o clínicas identificadas durante la revisión de Utilización Médica podrán resultar en la no elegibilidad de días específicos para fines de reembolso, sin afectar el pago del DRG base ni constituir una denegación de la admisión. Dichas determinaciones se emitirán conforme a los criterios de *Utilization Management* y a las disposiciones aplicables de la ASES y del MCO.

Los incumplimientos administrativos no invalidan la necesidad médica del episodio hospitalario, sin embargo, podrían afectar la determinación de pago de los días prolongados o readmisiones.

Toda reducción, ajuste o recobro que impacte el pago hospitalario:

1. Constituye una Determinación Adversa de Beneficios.
2. Requiere notificación formal, fundamento clínico y derecho a apelación.
3. Debe cumplir con 42 CFR Parte 438, Subparte F, y la normativa aplicable de la ASES.

En los casos de hospitalizaciones con duración igual o mayor de veinte (20) días, la estadía se considerará una sola admisión continua y podrá clasificarse como caso *outlier* conforme a la metodología APR-DRG. Una vez excedido el GMLOS, los días adicionales serán evaluados individualmente bajo el modelo DRG Per Diem para determinar su necesidad médica, el nivel de cuidado requerido y la suficiencia de la documentación clínica.



Las desviaciones administrativas o clínicas identificadas durante la revisión de Utilización Médica podrán resultar en la no elegibilidad de días específicos para fines de reembolso, sin afectar el pago del DRG base ni constituir una denegación de la admisión. Dichas determinaciones se emiten conforme a los criterios de *Utilization Management* y a las disposiciones aplicables de la ASES y el MCO.

Escenario administrativo, entre otros,
Omisión en administración de medicamentos críticos
Retraso injustificado en estudios diagnósticos
Retraso en sala de operaciones
Retraso en consulta que prolongó la estadía
Incumplimientos menores de notificación
Notificación tardía de admisión (sin impacto clínico)
Notificación de alta fuera de término
Nota de progreso faltante (1 día)
Notas de progreso faltantes (múltiples 2 o más)
Falta de firma o contrafirma médica
Ausencia de resumen de alta
Retraso injustificado en estudios diagnósticos
Retraso administrativo en programación quirúrgica
Cancelación de cirugía por falla operativa
Retraso administrativo en alta
Retraso en coordinación de SNF/ Rehab/ Home Care

Los incumplimientos administrativos no invalidan la necesidad médica del episodio hospitalario.

Toda reducción, ajuste o recobro que impacte el pago hospitalario:

1. Constituye una Determinación Adversa de Beneficios
2. Requiere notificación formal, fundamento clínico y derecho a apelación
3. Debe cumplir con 42 CFR Parte 438, Subparte F y normativa ASES

Para propósitos de claridad operativa y aplicación uniforme, la evaluación y tratamiento de hospitalizaciones clasificadas como casos outlier bajo el modelo APR-DRG deberá realizarse exclusivamente conforme a la metodología de reembolso establecida por la ASES en *APR-DRG Reimbursement Guide*, vigente a partir del 1 de enero de 2026 (Rev. 01-15-2026).



En este contexto:

1. La identificación de un caso como *outlier* responde a un mecanismo técnico de ajuste de pago por estadías prolongadas y no constituye, por sí sola, una determinación adversa clínica ni una denegación de la admisión.
2. La evaluación de días excedentes deberá realizarse día a día bajo el modelo *DRG Per Diem*, con base en la documentación clínica, el nivel de cuidado requerido y la necesidad médica, sin afectar el pago base del APR-DRG del episodio.
3. Las desviaciones administrativas podrán impactar la elegibilidad de días específicos para fines de reembolso únicamente cuando estén debidamente identificadas y documentadas, y no invalidan la necesidad médica del episodio hospitalario en su conjunto.
4. Cualquier reducción, ajuste o recobro que impacte el pago hospitalario constituye una Determinación Adversa de Beneficios, y deberá cumplir con los requisitos de notificación, fundamento y derecho a apelación conforme a 42 CFR Parte 438, Subparte F, y la normativa aplicable de la ASES.
5. No se permitirá la aplicación de manuales, criterios o procesos alternos que modifiquen o sustituyan la metodología APR-DRG de la ASES para efectos de clasificación, evaluación o pago de casos *outlier*.

Esta Nota Interpretativa tiene como finalidad asegurar consistencia metodológica, proporcionalidad en la revisión y debido proceso, en armonía con el modelo APR-DRG adoptado por la ASES para el Plan VITAL.

Cierre de expedientes presentados:

El representante del MCO deberá entregar un reporte detallado que incluya los casos determinados como resultado del proceso de revisión.

Asimismo, adjudicará y documentará los niveles de cuidado aprobados, e identificará de forma específica los días aprobados para reembolso, incluyendo aquellos elegibles bajo pago por *outlier*, así como los días determinados en no cumplimiento. Lo anterior no aplicará a los casos sometidos a discusión, cuyo proceso y término podrán variar en función de la disponibilidad del personal médico de la institución hospitalaria para la correspondiente discusión clínica.

El médico responsable de la admisión podrá delegar la emisión inicial de órdenes de admisión a médicos residentes o a profesionales clínicos debidamente autorizados, cuando dicha delegación se realice conforme a los *Bylaws* institucionales y a las leyes y reglamentos vigentes del Gobierno de Puerto Rico. En todos los casos, la decisión clínica de admisión permanecerá bajo la responsabilidad del médico que admite, quien deberá validarla mediante la correspondiente autenticación (contrafirma) del orden previo al alta del paciente.



Para fines de cierre del episodio hospitalario y procesamiento administrativo de la reclamación, los expedientes deberán reflejar la contrafirma del médico que admite, como requisito de validación clínica y administrativa del caso. Los episodios que no cuenten con dicha autenticación no estarán disponibles para cierre ni para procesamiento de pago hasta tanto se complete este requisito.

Con el fin de facilitar la planificación operativa y la eficiencia de los procesos de revisión, la institución hospitalaria notificará al representante clínico del MCO los casos pendientes de cierre, excluyendo aquellos que se encuentren en discusión activa, que no requieran revisión, que ya hayan sido cerrados o que no hayan culminado el proceso formal de admisión.

Será responsabilidad de la institución hospitalaria mantener un flujo razonable y ordenado de casos disponibles para cierre, de manera que se eviten atrasos innecesarios, se facilite la revisión clínica correspondiente y se promueva la tramitación oportuna de las reclamaciones, conforme a los procesos establecidos.

En aquellos escenarios en que el MCO o sus entidades delegadas cuenten con programas internos, modelos operacionales o iniciativas alternas para el manejo de admisiones dentro de su red de proveedores, dichos mecanismos deberán operar en armonía y atemperarse a la presente disposición, de forma que no alteren, sustituyan ni limiten los requisitos aquí establecidos para la emisión, autenticación y cierre de órdenes de admisión hospitalaria.

Para fines de uniformidad operativa y correcta aplicación de los procesos de Utilización Médica bajo el Plan VITAL, la presente disposición tiene como propósito establecer un marco administrativo común aplicable a las instituciones hospitalarias, independientemente de los modelos clínicos u operacionales utilizados por los MCO o sus entidades delegadas.

Esta disposición no amplía facultades clínicas, no modifica criterios de elegibilidad, no sustituye requisitos de licenciamiento, ni altera los procesos de revisión o adjudicación aplicables al programa Medicaid del Gobierno de Puerto Rico. Su alcance se limita a clarificar responsabilidades clínicas y administrativas, y a facilitar el cierre oportuno del caso y el procesamiento ordenado de la reclamación, conforme a la normativa vigente.

La notificación de casos pendientes de cierre al representante clínico del MCO se establece exclusivamente para fines de coordinación y planificación de trabajo, sin que ello implique validación clínica anticipada, determinación de pago, ni limitación alguna a los procesos de revisión aplicables.

Esta área deberá considerarse en conjunto con las disposiciones de Uniformidad Metodológica, Auditoría pospago y Utilización Médica, y aplica de manera transversal a todos los procesos de admisión hospitalaria bajo el Plan VITAL.



Conforme a los principios aplicables a los programas Medicaid administrados, incluyendo las disposiciones de 42 CFR Parte 438 relacionadas con la responsabilidad del MCO sobre actividades delegadas, la aplicación consistente de políticas operacionales y el debido proceso en determinaciones que impactan beneficios, cualquier programa, modelo operativo o iniciativa de manejo de admisiones implementado por un MCO o por una entidad delegada deberá alinearse y atemperarse a las disposiciones establecidas en esta Guía.

En consecuencia, la utilización de manuales internos, guías de red, programas de hospitalistas u otros mecanismos operacionales alternos no podrá resultar en la modificación, sustitución o aplicación inconsistente de los requisitos aquí establecidos para la emisión, autenticación y cierre de órdenes de admisión hospitalaria, ni en la imposición de cargas adicionales que interfieran con la aplicación uniforme del modelo adoptado.

Proceso de discusión:

Antes de emitir cualquier señalamiento o determinación adversa, deberá llevarse a cabo un proceso formal de discusión, que incluya:

1. Todo cuestionamiento deberá recibirse y registrarse por escrito, clasificándose según su naturaleza clínica, administrativa o mixta, previo a cualquier decisión de determinación adversa.
2. La discusión de casos deberá incluir:
 - A. Evaluación clínica sustentada en la historia médica, guías clínicas, protocolos y medicina basada en evidencia.
 - B. Evaluación administrativa basada en contratos, autorizaciones, cobertura y documentación de respaldo.
3. La discusión del caso se efectuará de manera formal entre representantes autorizados por la aseguradora y la facilidad hospitalaria, priorizando en todo momento la seguridad del paciente y la pertinencia médica de las decisiones, sin que los aspectos administrativos interfieran indebidamente en la atención clínica.
4. Toda discusión deberá concluir con una decisión documentada, claramente definida y comunicada a las partes involucradas, pudiendo consistir en aprobación total, aprobación parcial, requerimiento de información adicional o determinación adversa debidamente justificada.
5. Todos los casos discutidos deberán ser objeto de seguimiento y cierre formal.
6. La ASES se reserva el derecho de solicitar política y procedimiento de discusión de casos para asegurar cumplimiento con regulaciones aplicables al modelo Medicaid vigente en Puerto Rico.



La discusión no podrá omitirse cuando exista impacto financiero potencial. La institución hospitalaria dispondrá de un plazo no mayor de diez (10) días laborables, contados a partir de la fecha en que el caso sea colocado en discusión, para presentar sus argumentos y documentación de respaldo. De no recibirse dicha información dentro de este término, se procederá al cierre del caso con base en los días aprobados y/o denegados conforme a lo presentado para discusión.

Para efectos de cumplimiento y aplicación uniforme del Plan VITAL, cualquier arreglo administrativo, contractual u operacional mediante el cual un MCO delegue funciones relacionadas con la admisión hospitalaria, revisión clínica, coordinación de cierres o manejo operativo a través de entidades intermediarias, organizaciones de servicios médicos (MSO) o terceros administradores, no alterará la aplicabilidad ni la obligatoriedad de las disposiciones establecidas en esta Guía.

Dichos mecanismos delegados deberán operar como extensiones operacionales del MCO, en plena alineación con este marco metodológico, sin introducir procesos, requisitos, validaciones adicionales o manuales alternos que resulten inconsistentes con los flujos aquí descritos. La responsabilidad por la correcta ejecución de las funciones delegadas permanece en todo momento en el MCO, conforme a los principios de responsabilidad indelegable aplicables a los programas Medicaid administrados.

Esta disposición responde a los principios regulatorios aplicables a *Medicaid Managed Care*, incluyendo las normas federales que requieren que los MCO mantengan control y responsabilidad sobre las actividades delegadas, aseguren la consistencia operativa entre sus proveedores y garanticen que los procesos administrativos no interfieran con el debido proceso, la continuidad del cuidado ni la adjudicación ordenada de beneficios.

En consecuencia, la utilización de TPA, u otros intermediarios administrativos no deberá dar lugar a variaciones en los requisitos de admisión, autenticación, cierre de casos o coordinación con las instituciones hospitalarias, ni a la imposición de cargas operacionales adicionales que no estén expresamente contempladas en esta Guía.

Proceso Peer-to-Peer – Casos excepcionales:

Definición de caso excepcional:

Se considerará caso excepcional aquel que presente una o más de las siguientes condiciones:

1. Alta complejidad clínica no reflejada adecuadamente en GMLOS estándar
2. Severidad o evolución clínica atípica
3. Controversia sustancial sobre necesidad médica o severidad
4. Posible *down-coding* o recategorización DRG
5. Casos *outliers* o cercanos a umbrales de *outlier*



El proceso *peer to peer* deberá:

1. Realizarse médico a médico, con especialidad comparable
2. Basarse exclusivamente en criterios clínicos y documentación
3. Evaluar el caso como episodio integral, no por días
4. Quedar documentado formalmente

El resultado del *peer to peer* podrá derivar en:

1. Ajuste de severidad (SOI/ROM)
2. Confirmar APR-DRG adjudicado
3. Clasificación como *outlier*

Proceso de Apelaciones:

Apelación:

La institución hospitalaria tiene el derecho de someter una apelación por cualquier determinación adversa que se genere de parte del MCO, siempre y cuando cumpla con los procesos antes expuestos. La apelación debe estar firmada por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

El Proceso de Apelación (“re-determinación”) es uno en el que se evalúa el expediente sometido en su totalidad, por lo que puede resultar en cambio en el pago con determinación adversa, revocación o modificación de la determinación existente para el mismo. La misma es realizada por el Director Médico del MCO, que no estuvo involucrado en la determinación original del caso. La institución hospitalaria recibirá una comunicación detallada de la determinación de la apelación, debidamente firmada por el médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico que revisó el caso en apelación.

La institución hospitalaria encargada de proveer el servicio tendrá un período no mayor de cuarenta y cinco (45) días calendario de la fecha de cierre del expediente evaluado retrospectivamente para iniciar el proceso de apelación formal de manera escrita. La carta debe exponer los motivos con evidencia para validar los días en “no cumplimiento”. La misma debe ser firmada por un médico licenciado para ejercer la medicina en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico. La carta de reconsideración también debe especificar las evidencias adicionales que están incluyendo para ser evaluadas.

La institución hospitalaria debe enviar dentro del período de tiempo designado, copia fiel y exacta del expediente médico junto a una carta apelativa indicando las razones de esta y evidencia de justificación del servicio o procedimiento al MCO correspondiente.

Si la institución hospitalaria no envía los documentos designados para el Proceso de Apelación a al MCO, dentro del período dispuesto de cuarenta y cinco (45) días calendario,



no se activará el proceso, se desestimaré la apelación manteniendo la determinación inicial y se notificará al proveedor por escrito.

Los representantes clínicos del MCO, tendrán un período no mayor de treinta (30) días calendario, para responder por escrito la determinación con información detallada vía correo regular, correo electrónico seguro, fax o entregada a la mano con evidencia de entrega a representante designado por la institución hospitalaria.

Reconsideración de Apelación:

Para emitir una reconsideración de Apelación, la institución hospitalaria debió haber cumplido con los procesos, incluyendo:

1. Discusión de caso
2. Apelación de primer nivel

De no cumplir con lo establecido, se desestimaré la solicitud de reconsideración y no será evaluada. La institución hospitalaria tendrá treinta días (30) laborables a partir del recibo de la carta de resolución de la apelación para solicitar una reconsideración del caso.

La solicitud será considerada si el representante autorizado de la institución hospitalaria envía una carta solicitando un Proceso de Reconsideración indicando las razones específicas y evidencia detallada que justifique los servicios o procedimientos. La carta de reconsideración de apelación también debe especificar las evidencias adicionales que están incluyendo para ser evaluadas. De no recibir información adicional que sustente los servicios a ser reconsiderados, la misma no se tomará en consideración, por lo que la reconsideración será desestimada.

Los representantes del MCO, tendrán treinta (30) días calendario para notificar la determinación de la solicitud de reconsideración de la apelación por escrito vía correo regular, correo electrónico seguro, fax o entregada a la mano. Si la determinación es entregada a la mano, el personal del MCO solicitará una firma al representante de la institución hospitalaria designado para evidenciar el recibo de esta.

Transición de Cuidado y Planificación de Alta:

Los procesos relacionados a la Transición de Cuidado y Planificación de Alta son responsabilidad de los representantes clínicos de la institución hospitalaria en coordinación con el MCO.



Notificación de Decisión Tomada (Notificación de Decisión - Solicitud de Beneficios Médicos, anteriormente conocida como MA-10):

La Notificación de Decisión Tomada debe estar acompañada por:

1. Notificación de acción tomada sobre solicitud o reevaluación
2. Hoja informativa de admisión
3. Número de identificación del afiliado
4. Nombre y apellidos del afiliado
5. Nombre completo del médico que admitió
6. Código de diagnóstico de admisión (ICD10)
7. Fecha de admisión
8. Fecha de alta
9. Habitación y tipo de admisión.

En beneficio del hospital, se otorgarán quince (15) días laborables adicionales a partir de la fecha de emisión de la notificación de acción tomada.

Coordinación con otro plan médico primario:

El MCO o su representante, otorgará al proveedor hospitalario noventa (90) días calendario a partir del recibo de una denegación de algún plan médico primario para enviar la notificación de la admisión y comenzar con el Proceso de Revisión Hospitalaria. El representante clínico completará el proceso de revisión del expediente en un periodo de tiempo no mayor a treinta (30) días laborables a través del mecanismo descrito de revisión retrospectiva.

Evaluación, Monitoreo y Mejora Continua de la Guía:

Con el propósito de fortalecer la evaluación continua, la consistencia metodológica y el uso responsable de datos en la implementación de esta Guía, la ASES podrá constituir un Comité Técnico de Utilización Médica, de carácter asesor, para apoyar los procesos de revisión periódica de la Guía, el análisis de estadísticas agregadas de utilización, indicadores de calidad, métricas de desempeño y otros elementos relevantes para la administración del Plan VITAL.

Dicho Comité podrá fungir como un foro técnico de apoyo, orientado a la identificación de tendencias, oportunidades de mejora y consideraciones operacionales, así como a la formulación de recomendaciones no vinculantes, en alineación con los objetivos de calidad, eficiencia y cumplimiento regulatorio establecidos por la ASES.

La participación, composición y funcionamiento de este Comité se desarrollarán conforme a los criterios, alcance y necesidades que determine la ASES, sin que ello implique la creación



de obligaciones adicionales para los proveedores ni la alteración de los procesos formales de revisión, auditoría o adjudicación establecidos en esta Guía.

Para fines de análisis técnico y evaluación de tendencias, el Comité podrá considerar información agregada correspondiente a períodos representativos, incluyendo, cuando resulte pertinente, datos históricos de hasta doce (12) meses previos, con el objetivo de contextualizar hallazgos, identificar patrones sostenidos y apoyar la formulación de recomendaciones informadas, previo a la consideración de remedios administrativos de carácter sistémico.

Este análisis tendrá un propósito de orientar y prevenir y no sustituirá ni retrasará las facultades de la ASES para atender incumplimientos individuales, conforme a los procesos administrativos y regulatorios aplicables.

La exclusión de determinados hospitales de la metodología de pago basada en APR-DRG, no alterará la clasificación del episodio de cuidado, la determinación de necesidad médica, ni la aplicación de los procesos de revisión de utilización médica, auditoría y reporte de datos requeridos por la ASES, cuando el servicio sea provisto en o coordinado con una instalación de cuidado agudo.

De igual forma, la existencia de acuerdos de pago capitado vigentes no constituirá, por sí sola, base para exceptuar el cumplimiento con los requisitos de documentación clínica, análisis de estadía, identificación de *outliers*, ni el reporte de información conforme a los parámetros APR-DRG, cuando así sea requerido para fines de supervisión, conciliación o análisis agregado del Plan VITAL.

Salvaguardas Legales y Principios Rectores Aplicables:

En cumplimiento con las disposiciones de la Ley Núm. 138 de 2020, así como con el marco regulatorio aplicable a los programas de Medicaid administrados en Puerto Rico, las Organizaciones de Cuidado Coordinado de Salud (MCO) deberán velar por la aplicación de salvaguardas legales que garanticen procesos de revisión de utilización médica justos, razonables y consistentes con el debido proceso.

A tales efectos, no estará permitida la utilización de mecanismos extraordinarios de revisión retrospectiva como medio para provocar la denegación de pagos por servicios de salud que hayan sido efectivamente prestados.