

# **PONENCIA EJECUTIVA**

**RICARDO A. RIVERA CARDONA**  
**DIRECTOR EJECUTIVO**  
**2013-2016**

La Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico tiene la responsabilidad de implantar, administrar y negociar mediante contratos con aseguradoras y organizaciones de servicios de salud para ofrecer servicios a la población médico indigente a través del Plan de Salud del Gobierno (PSG). Esta población representa aproximadamente 1.5 millones de puertorriqueños (Medicaid, CHIP, Medicare Platino y Estatales) atendidos a través de 8 regiones geográficas y una virtual, según los procedimientos de elegibilidad federales y estatales aplicables. El presupuesto es de \$2.8 billones de dólares, desglosados de la siguiente forma:

- \$1,600 millones- aportación federal
- \$900 millones- aportación estatal
- \$300 millones- aportación de los municipios (CRIM) y descuentos por medicamentos

El modelo de servicios del PSG es uno de cuidado coordinado (“managed care”) en cumplimiento y conforme a las disposiciones federales que cobijan al Programa Medicaid. El mismo está enfocado en ofrecer servicios de salud integrada, tanto en su modalidad física como del comportamiento mental. El modelo provee especial énfasis en la salud preventiva, ofrecida a través del médico primario, dirigida a estilos de vida saludables, vacunación de niños, personas de edad avanzada, control de abuso de alcohol y de sustancias ilícitas, detección temprana de HIV/SIDA y cuidados pre-natales de los niños y madres. La Ley Número 72 también requiere que se tomen medidas y mecanismos de control dirigidos a contener las alzas injustificadas en los costos de las primas y los servicios de salud contratados. Además, se incluye todos los servicios esenciales incluidos en el “OBAMACARE”.

Es importante destacar que desde la creación de la Ley federal “Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA- “OBAMACARE”)”, establecida por el Presidente Barack Obama en marzo de 2010, muchos de los aspectos operacionales de ASES se han transformado a los efectos de atemperarlos a los requisitos de cumplimiento con las disposiciones de esta Ley. Entre estos cambios podemos resaltar el fortalecimiento de los mecanismos y estructura para detectar el fraude y abuso, mayor fiscalización a las entidades de salud y proveedores de servicios, inclusión y mayor definición de los servicios incluidos en la cubierta del PSG, radicación de informes, mayor rigurosidad en el manejo de los fondos federales, entre otros.

En el 2013 y 2014 ASES trabajó junto a CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) un proceso de Solicitud de Propuestas (RFP, por sus siglas en inglés) para seleccionar las entidades de salud que ofrecerían los servicios a los beneficiarios del PSG en las diferentes regiones de la isla, en cumplimiento con los requisitos establecidos por el gobierno federal y principalmente en beneficio de los participantes del Plan. El RFP, fue desarrollado bajo un nuevo modelo centrado en el paciente con un acercamiento de salud en donde por primera vez se integraron los servicios de salud física y mental bajo una sola entidad contratada, lo que permite uniformar los servicios y fortalecer los programas de prevención y educación. La estructura de administración de salud seleccionada para el PSG, dentro de las reconocidas por CMS, lo es el modelo "Organización de Manejo de Cuidado de Salud" (MCO por sus siglas en inglés). Bajo este modelo las entidades contratadas asumen el 100% del riesgo de todos los servicios, incluyendo los re-aseguros. La ASES pagará una tarifa fija por participante por mes (capitación) la cual dependerá del perfil y la utilización de servicios por región.

Las metas establecidas para el RFP fueron: 1) cumplir con los estatutos federales al acoger un modelo de prestación de servicios aprobado por la agencia reguladora CMS como lo es el modelo de Organización de Manejo de Cuidado de Salud (MCO); 2) realmente integrar los servicios de salud

mental y física en el sistema, donde el paciente es el centro, cumpliendo con las disposiciones del OBAMACARE ; 3) estimular la competencia y participación de entidades de salud como proponentes para administrar una o más regiones del Plan; 4) fortalecer los mecanismos de fiscalización y medición de calidad del sistema; y 5) velar por la mejor utilización y distribución de los fondos del PSG. Además, por primera vez el proceso de entrega de propuestas fue uno digitalizado; siempre cumpliendo con los más estrictos controles de seguridad, confidencialidad y privacidad.

Unánimemente la Junta avaló y autorizó la contratación de las siguientes compañías: PMC Medicare Choice - Región Sureste; MMM Multi Health - Región Noreste; Molina Healthcare of Puerto Rico-Regiones Suroeste y Este; Triple S Salud - Regiones Metro Norte y Oeste; y First Medical Health Plan-Regiones Norte y San Juan.

Conjuntamente la agencia contrata y negocia las cubiertas de beneficios de farmacia para la población médico indigente en Puerto Rico y otros grupos según permitido por ley, con organizaciones conocidas como: Administradores de Beneficios de Farmacia (Pharmacy Benefit Managers- PBM) y Administradores de Programas de Farmacia (*Pharmacy Program Administrator*- PPA). Los MCO utilizan los servicios de los PBM y PPA contratados por ASES para el despacho de medicamentos a los beneficiarios y ajuste en el precio de los medicamentos.

Con el fin de ayudar a la población médico indigente elegible de 65 años o más, se encuentra el Programa Medicare Platino (MP) se creo el Programa Medicare Platino (MP), para beneficiarios duales, ó sea participantes del Programa Medicaid y del Programa Medicare Parte A y B. Los servicios de salud son ofrecidos por compañías Medicare Advantage (MAO) que han firmado un contrato con Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en acorde con las Secciones 1851 al 1859 de la Ley de Seguridad Social para operar un plan de atención coordinada, de acuerdo con 42 CFR 422.502 y otros estatutos federales aplicables. El producto Platino es regulado, utilizando la tabla de Beneficios según el Medicaid State Plan, normas platinos y el contrato entre ASES y los MAO. Actualmente, existen 6 compañías Medicare Platino (Constellation Health, Humana, MMM, PMC y TSS).

Simultáneamente ASES tiene la responsabilidad de negociar, contratar y reglamentar los planes de salud para los servidores públicos y retirados de conformidad con las disposiciones de la Ley Núm. 95 de 1963. Es por esto que representamos a los 80,000 empleados y 120,000 retirados de las agencias de gobierno en las negociaciones con las compañías de seguros médicos en la isla para que incluyan en sus cubiertas los mejores productos, atemperados a las exigencias del OBAMACARE, donde el empleado y retirado tiene el mejor precio posible con una aportación baja. Entre estos podemos mencionar servicios preventivos, ambulatorios, hospitalización, maternidad, cuidado neonatal, salud mental, farmacia, laboratorios, pediátricos, entre otros. La selección de la aseguradora y el producto la hace cada persona libre y voluntariamente, dentro de las aseguradas participantes. Las compañías seleccionadas para la Campaña de Suscripción 2017 son: First Medical, Triple S, MAPFRE, PROSSAM, Plan de Salud Menonita y Plan Ryder para los empleados activos y retirados sin Medicare partes A y B. Los empleados retirados con ambas partes de Medicare, que deseen acogerse a un plan Medicare Advantage, cuentan con cuatro opciones; HUMANA, MCS Advantage, Medicare y Mucho Más (MMM) y Triple SSS Advantage. Los planes seleccionados comenzarán a partir de enero 1ero de 2017.

Por otro lado, la agencia maneja los incentivos federales para los proveedores de servicios de salud que utilizan expedientes médicos electrónicos (Medicaid EHR Incentive Program), incluyendo médicos, dentistas, hospitales y otros proveedores elegibles bajo los requisitos de la regulación federal. El

Programa de Incentivos para la Adopción de Récords Médicos Electrónicos de Medicaid establece el pago para la adopción, implantación y uso significativo de tecnología EHR (Electronic Health Record), de forma que impactan positivamente el cuidado del paciente. El Programa de Incentivos para la Adopción de Récords Médicos Electrónicos de Medicaid establece el pago para la adopción, implantación y uso significativo de tecnología EHR (Electronic Health Record), de forma que impactan positivamente el cuidado del paciente. Al presente se ha desembolsado la totalidad **\$116 millones** de incentivos en Puerto Rico desde el comienzo del programa en octubre 2012. Estos pagos han sido desembolsados a 2,834 médicos y 48 hospitales por haber adoptado esta tecnología y demostrar su uso significativo, siendo el territorio con mayor cantidad de desembolsos en los Estados Unidos.

## PROYECTOS ESPECIALES

- I. **Tarifario Único-** Tomando en consideración las discrepancias en tarifas pagadas a los proveedores en las diferentes regiones del PSG a consecuencia de las diferentes contrataciones existentes, ASES evaluó, planificó y esta pronto a implementar un tarifario único para servicios ambulatorios específicos. Dicho cambio utiliza como referencia (benchmark) las tarifas pagadas por Medicare para establecer un tope de compensación asegurando así no pagar en exceso por servicios que ya el gobierno federal ha regulado por análisis actuariales. El actuario contratado por la agencia (Milliman), realizó una evaluación de los pagos a todos los servicios ambulatorios considerando pagos por debajo de la media del pago de Medicare y pagos que sobrepasaban el 100% del pago Medicare. Estos “outliers” se analizaron para evaluar y comparar la oferta actual de servicios médicos en la isla. También se consideraron servicios especializados o para condiciones catastróficas. El análisis se realizó en conjunto con el Departamento de Salud y fue aprobado por la Junta de Directores de ASES. En la primera fase se establecerá un tope de pago del 70% de la tarifa Medicare para servicios ambulatorios, lo que resultaría en una economía de aproximadamente \$40 millones. Esta economía será utilizada para aumentar las tarifas de los médicos primarios (pediatra, oby/gyn, médico familia, internista, médico generalista) y servicios preventivos dentales en un 10% adicional al pago que reciben actualmente. Con este aumento ASES pretende hacer justicia en el pago a los proveedores principales del modelo que son los primarios.
  
- II. **Seguridad de la Información-** Utilizando como base una auditoría realizada por la Oficina de Derechos Civiles de los EU (OCR, por sus siglas en inglés) a varias entidades de salud contratadas por ASES, y la cual presentó algunas recomendaciones de buena práctica, se estableció un plan de trabajo para revisar las políticas y procedimientos de privacidad y seguridad sobre el manejo de la información personal de salud (PHI, por sus siglas en inglés). Con esto en mente se comenzó un análisis de riesgo de seguridad, primeramente, en la Oficina de Sistemas de Información y posteriormente se comenzará a través de todas las oficinas de la agencia. Luego se establecerá un plan de manejo de riesgos para atender los asuntos identificados, según el riesgo. La expectativa del análisis de riesgo es identificar áreas que necesiten mejorar o modificar las políticas y procedimientos establecidos para salvaguardar la información personal de salud de los beneficiarios. Simultáneamente comenzaremos en noviembre 2016 a adiestrar a todo el personal (empleados y contratistas) que labora en ASES en relación al uso y manejo del PHI. Estos adiestramientos serán un requisito también del paquete de ingreso para nuevos empleados o nuevos contratos.

- III. Modified Adjusted Gross Income (MAGI)-** En febrero 2016 ASES comenzó a trabajar de manera enfocada en los cambios requeridos por CMS al proceso de elegibilidad de Medicaid para suscribir beneficiarios al PSG. Este cambio ha requerido que la Oficina de Medicaid del Departamento de Salud modifique sus políticas y procedimientos de evaluación de potenciales beneficiarios del programa. A la vez, estos cambios inciden en la operación de suscripción de miembros por parte de las entidades de salud ya que el cambio ha requerido ajustes en programación de los sistemas de información de todas las partes involucradas (Medicaid, ASES y entidades de salud) sin afectar la disponibilidad de sistemas para que el beneficiario certifique o recertifique su elegibilidad en la Oficinas de Medicaid, continúe recibiendo su tarjeta del plan médico y tenga correctamente asignado su médico primario. Todo este andamiaje está siendo trabajado continuamente y bajo la supervisión de CMS para asegurar el estricto cumplimiento con la regulación federal y el Medicaid State Plan.
- IV. Programa Innovador Altos Utilizadores-** En Puerto Rico, en el hay más de 64,000 personas que luchan por sobrevivir cada día porque en todas ellas es notable la utilización excesiva de: salas de emergencia, admisiones a los hospitales, servicios médicos (visitas a los médicos, laboratorios), salud mental y alto consumo de medicamentos. Además, esta población tiene barreras socio-económicas como: falta de transportación, no vivienda o su casa en están en condiciones deplorables; situaciones que les dificultan el atender efectivamente sus necesidades de salud y vivir cómodamente. Es por esto que se desarrolló el **PROGAMA INNOVADOR DE ALTO CUIDADO**, una iniciativa dirigida a mejorar la calidad de vida de los beneficiarios del (PSG) identificada como **Súper-utilizadores**. En PR representan son el 5% de la población del PSG (excluyendo la Cubierta Especial) que más utilizan los servicios de salud. El Programa comenzó en el segundo semestre del 2014, bajo el viejo modelo de administración de servicios (TPA). Sometimos a la NGA, y ganamos, una propuesta para participar del proyecto piloto de Desarrollo Académico de Política Pública para la identificación y manejo de Súper Utilizadores. El programa está dividido en 3 fases dinámicas de impacto, donde el elemento más importante es el enfoque de manejo de cuidado integrado y multisectorial que involucra en la atención del paciente a ASES a diferentes agencias gubernamentales: Familia, AEE, AAA, DTOP, Viviendo y el Departamento de Salud. Al momento se han impactado más de 11,000 beneficiarios en el programa.
- V. Proyecto de Monitoreo de Calidad y Desempeño de Proveedores-** Ante la necesidad de atender los retos del manejo del Plan de Salud del Gobierno y la responsabilidad de manejar las necesidades de cuidado de salud de casi la mitad de la población de Puerto Rico se ha desarrollado el Proyecto de Monitoreo de Calidad y Desempeño de Proveedores el cual pretende fiscalizar, garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud y reducir los gastos. El objetivo de este proyecto es alcanzar los mejores resultados de salud en los participantes del Plan de Salud del Gobierno; maximizando los recursos existentes y monitoreando la calidad para guiar la toma de decisiones basada en la evidencia. Además, pone a la disposición herramientas e información las cuales permiten a ASES y las entidades de salud contratadas analizar los proveedores, su ejecutoria y desempeño, para poder tomar decisiones de negocios inteligentes.



- VI. Perfil del Beneficiario del PSG y No Asegurados en PR-** por primera vez se publicó un informe que organiza la data disponible de los beneficiarios del PSG (no incluye la población MP) con respecto a las características socio-demográficas, utilización de servicios, gastos, diagnóstico de condiciones crónicas prevalentes y algunos indicadores de cuidado preventivo. De la información presentada (2014) se resalta que esta población se caracteriza por ser una joven (29 años el promedio), en su mayoría soltera (68% nunca casado) y predominan las mujeres con un 54.5%. Con relación a la distribución geográfica, se refleja que el 46% de los beneficiarios se concentraban en 3 de las 9 regiones del PSG (incluye la virtual) donde la región con mayor población reportada es la Oeste, seguido por la región Metro Norte y en tercer lugar la región Este. Con respecto a la utilización de los servicios se verificó la data correspondiente a las visitas a las salas de emergencia, admisiones y estadía en los hospitales y los costos por la utilización de los servicios. En esta área vemos que, según las reclamaciones del 2013, los usuarios del Plan gastaron unos \$2 billones en servicios de salud lo que representa un gasto per cápita por beneficiario de \$1,336.81. Asimismo, se encomendó un estudio sobre las personas no aseguradas para tener un cuadro claro sobre el nivel de salud de los puertorriqueños y como herramienta importante para poder desarrollar estrategias enfocadas en el cuidado preventivo de los ciudadanos. La población no asegurada está muy rezagada en los aspectos preventivos de la salud, lo que presenta un potencial problema de salud pública en el futuro. Entre el perfil de esta población sin plan médico se destaca que el 63% son hombres, la mayoría no son casados (73%), adultos jóvenes menores de 45 años (71%), no tienen hijos (77%), con baja escolaridad (alrededor de un 60% tienen escuela superior o menos), con bajos recursos económicos (más de la mitad se ganan menos de \$25,000 al año), un alto por ciento no trabaja (53%) y de los que trabajan, el 64% son asalariados a tiempo completo. Por otro lado, y con relación al nivel de salud de la población, el informe reveló que los no asegurados contestaron consecuentemente que se sentían mejor que los asegurados, donde el 73% de los no asegurados reportó que su condición de salud era de buena a excelente vs. 58% los asegurados. Con relación a condiciones de salud podemos destacar que: 1) alrededor de un 15% de los no asegurados y asegurados han tenido un diagnóstico de asma en su vida, 2) el 5% de los no asegurados informa haber tenido enfermedad coronaria de corazón vs. el 10% de los asegurados, 3) un 9% de los no asegurados reportan haber tenido diabetes vs. solo un 19% de los asegurados, 4) el 2% de los que no tienen plan médico reportan haber tenido algún tipo de cáncer (excepto piel) y 5% de los asegurados reportó lo mismo, 5) con respecto a la obesidad y el sobrepeso son similares en ambos grupos
- VII. Conversatorio de Proveedores-** esta iniciativa comenzó en el 2016 con el propósito de facilitar y promover la comunicación entre los proveedores de salud (hospitales, laboratorios, farmacias y grupos médicos) con las entidades de salud contratadas y proveer un escenario para exponer ideas y soluciones a corto, mediano y largo plazo para continuar transformado el sistema de salud de Puerto Rico. Esta es una iniciativa dirigida por el Director Ejecutivo y convoca semanalmente a un grupo de proveedores por región para escuchar y dialogar sobre sus planteamientos.

## **RETOS OPERACIONALES Y LOGROS:**

### **I. Establecimiento de Sistemas Regionales Integrados para el Cuidado de la Salud y cumplimiento con los reguladores federales**

Cuando asumimos la dirección de ASES en el 2013 encontramos que nuestra agencia se encontraba bajo un Plan de Acción Correctiva impuesto desde el 2011 por nuestro regulador federal, CMS, lo que ponía en riesgo los 1,600 millones de dólares que recibimos en fondos de pareo federal, para atender la salud de las personas médico-indigentes de Puerto Rico. Inmediatamente esbozamos un plan de acción para corregir cada uno de los señalamientos y actualmente hemos cumplido.

Un componente primordial para cumplir con este plan, lo fue el establecer una estructura administrativa para el Plan de Salud del Gobierno que cumpliera con los parámetros establecidos por CMS. En abril del 2015 realizamos la transición más grande en la historia del Plan al cambiar a todos los beneficiarios al nuevo modelo de "Organización de Manejo de Cuidado de Salud" (MCO por sus siglas en inglés), el cual cumple con la reglamentación federal. El modelo implementado, en adición de haber cumplido con un plan de acción correctiva de parte del Gobierno Federal, garantiza la continuidad del pareo de los fondos estatales con federales, integra los servicios de cuidado físico y mental de una manera holística, enfocada en la educación del paciente y la prevención.

Asimismo, un factor importante para garantizar los fondos y el apoyo de las agencias federales lo fue el establecer una relación de colaboración y sobre todo de confianza con CMS. Durante los pasados 4 años logramos el respeto y reconocimiento de los reguladores federales, lo que posiciona a ASES como una agencia responsable, diligente y consciente de las realidades y necesidades de salud de Puerto Rico.

### **II. Plan de Acción Correctiva- Integridad**

En respuesta a señalamientos de auditorías de CMS realizadas en los años 2010 y 2011, se preparó un plan de trabajo que inició el 1ro de julio de 2012. Todos los objetivos del plan se cumplieron y en el año 2015, CMS emitió una determinación de cumplimiento por parte de ASES. Entre las iniciativas realizadas, se firmó un acuerdo de entendimiento entre la Oficina del Inspector General (OIG), el Departamento de Salud y ASES para la coordinación y manejo de asuntos relacionados a fraude. Además, bajo la dirección de ASES, se estableció el Grupo de Integridad de Medicaid (Medicaid Integrity Group, MIG) con la participación de las entidades de salud contratadas, el PBM, OIG y la Oficina de Medicaid de Puerto Rico. Este grupo se reúne trimestralmente en las facilidades de ASES.

En marzo del 2016 CMS hizo una auditoria enfocada en los asuntos del Programa de Integridad. Validó que todos los señalamientos previos se habían atendido satisfactoriamente y solo tuvo recomendaciones que se están atendiendo mediante un plan de mejoramiento. El anejo 5 contiene los documentos relacionados a esta auditoría incluyendo el Informe de CMS, Carta de Corrección de CMS, Plan de Acción de ASES y sus anejos.

Actualmente la Oficina de Cumplimiento de ASES cuenta con recursos humanos a tiempo completo para atender los asuntos relacionados al Programa de Integridad. A tales efectos, hay

un manual de procedimientos internos y un plan de trabajo para los asuntos de integridad que se actualizan periódicamente.

En el área “Informe estatus planes unidades administrativas” del Portal de Transición se pueden encontrar Anejos relacionados con los documentos antes mencionados.

### **III. Alianzas con Oficina de Medicaid del estado de Nueva York**

Considerando que el estado de Nueva York trabajó e implantó con éxito unos cambios trascendentales a su sistema de salud público, el gobierno de Puerto Rico estableció una alianza con este estado. Como parte del acuerdo funcionarios del estado compartirán sus experiencias y peritaje en áreas relacionadas a desarrollo económico y salud.

### **IV. Déficit Operacional:**

Análisis financieros realizados en el 2013 reflejaron que la agencia tenía un déficit operacional proyectado de \$200 millones. Gracias al desarrollo de abarcador plan de fiscalización y contención de costos se logró cerrar la brecha del déficit presupuestario de ASES y convertirlo en un superávit de \$90 millones de a junio 2016 a través de distintas iniciativas de contención de costos como: recobros, auditorías a las entidades de salud, iniciativas a nivel de farmacéuticas, manejo de excepciones, hacer cumplir la cubierta, ect. Para el 2016 ASES había recuperado unos 23 millones de dólares por concepto de ahorros, recobros y multas. Un ejemplo de esto lo es los \$17 millones recuperados por concepto de pagos duplicados realizados a las compañías por servicios prestados a beneficiarios difuntos adscritos al PSG y coordinación de beneficios. Igualmente impusieron multas y sanciones a entidades de salud ascendentes a \$5.7 millones por prácticas de mercadeo no permitidas y violación de contratos de los que se cobraron \$1.6 millones durante el año fiscal 2015-2016.

### **V. Pérdida línea Crédito**

En marzo de 2015 la agencia se quedó sin línea de crédito, primero porque la banca privada decidió no renovarla en octubre 2014 y luego por el Banco Gubernamental de Fomento a marzo de 2015. Con esto en mente y conscientes de las repercusiones financieras que la deuda ocasionaba a los proveedores de salud del Plan, realizamos proactivamente varias acciones: 1) dividimos las deudas relacionadas al viejo modelo (TPA) de los nuevos compromisos advenidos a partir del 1ero de abril bajo el nuevo modelo de prestación de servicios MCO; 2) CMS aceptó hacer disponible el pareo de fondos federal, una vez le certificamos la disponibilidad de la aportación estatal; y 3) logramos un acuerdo con las 5 entidades de salud para realizar el pago prorrateado durante el mes (4 pagos). A su vez, las compañías se comprometieron a realizar los desembolsos a todos los proveedores del Plan (médicos, hospitales, laboratorios, farmacias, etc.) según estipulado en sus ciclos de facturación.

### **VI. Revisión de Reglamento- Planes de Salud de Empleados Públicos y Retirados Ley 95:**

Los hogares puertorriqueños son diversos y es responsabilidad del gobierno el atender sus necesidades de forma inclusiva y no discriminatoria”. En el 2013 se realizó un cambio trascendental al incluir en la unidad familiar de los planes de salud disponibles para los empleados públicos a sus cohabitantes y dependientes sustanciales. El Reglamento, que entró



en vigor el 30 de noviembre de 2013, incluyó dos nuevas categorías dentro de la unidad familiar del empleado: cohabitantes y dependientes sustanciales. El mismo define como cohabitantes a dos personas solteras, adultas, con plena capacidad legal, que no están relacionadas por lazos familiares, que viven juntas afectivamente y de forma voluntaria, estable, pública y continua durante un plazo no menor de un año. Igualmente, los empleados podrán añadir como dependientes a sus cónyuges, hijos e hijas menores de 26 años que vivan en el hogar (biológicos, adoptivos, crianza), a sus padres y a sus dependientes. Por otro lado, cuando hablamos de los dependientes sustanciales que el empleado puede incluir en el Plan seleccionado nos referimos a un familiar de él, o su cónyuge o persona cohabitante, que vive permanentemente bajo su mismo techo y que depende sustancialmente de éste, o sea que necesita de la aportación económica y el apoyo del empleado para poder sustituir en su diario vivir. Además, el reglamento establece los procedimientos para la selección de las aseguradoras, los periodos y requisitos de inscripción y el procedimiento de revisiones y querellas.

## **VII. Oficina de Auditoria Interna:**

En el año 2011 los puestos de auditores que componían la Oficina de Auditoría Interna (OAI) de la agencia quedaron congelados por un periodo de cinco (5) años ya que los empleados que ocupaban dichos puestos se acogieron a la Ley Núm. 70 del 12 de julio de 2010, “Ley del Programa de Incentivos, Retiro y Readiestramientos”. Considerando que la agencia no debe delegar las evaluaciones e investigaciones de sus operaciones únicamente en auditores externos, se procedió a convocar y ocupar los dos puestos vacantes de auditores, entiéndase Auditor II y Auditor I para establecer nuevamente la Oficina de Auditoría Interna. La Oficina de Auditoria Interna de ASES comenzó a operar en propiedad nuevamente el 1 de septiembre de 2016 con un Auditor Interno II y un Auditor Interno I. Actualmente, esta Oficina se encuentra realizando el análisis de necesidades y riesgos de la ASES para implantar el Plan de Trabajo.

## **VIII. Aportaciones de los Municipios al PSG:**

La deuda que mantenían los municipios con ASES ascendía a casi \$28 millones, los cuales son necesarios para poder continuar pagando a los proveedores de salud que brindan servicios al Plan. Es por esto que estuvimos en conversaciones con los 11 municipios (Canóvanas, Cataño, Cayey, Jayuya, Juncos, Manatí, Maunabo, Mayagüez, Río Grande, Santa Isabel y Yabucoa) que habían detenido su aportación al PSG, en lo que se dilucidaba la posible reducción en su aportación ya que estos municipios reclaman haber adquirido y estar administrando facilidades médicas del Gobierno Central, según lo dispuesto en la Ley 3 de enero del 2003. El Comité evaluador compuesto por ASES, el Depto. de Salud y el Banco Gubernamental de Fomento decidió ofrecerles una reducción de su aportación de un 30%, basado en la experiencia promedio de otros municipios negociados y de lo retenido en el CRIM. Estamos complacidos porque esta iniciativa permitió acuerdos con 8 de los municipios con quienes existía controversia evitando así costos legales y sobre todo tiempo para utilizar los recursos existentes de la manera más eficiente y en función de los más necesitados. Estos municipios aceptaron y firmaron el acuerdo, liberando así \$8.8 millones, que pareado con los fondos federales resulta en \$21 millones para el Plan de Salud del Gobierno.

## FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD FISCAL DEL PLAN DE SALUD DEL GOBIERNO

- I. **Deudas por Cobrar-** Al 30 de abril de 2016 tenemos aproximadamente \$100 millones en deudas por cobrar. Destacamos que la mayor parte de estas es por concepto de deudas convenidas por los municipios por razones de las aportaciones patronales de sus empleados adscritos al PSG (\$40 millones) y la aportación mandataria por la Ley 72 de 7 de septiembre de 1993 a través del CRIM (\$57 millones).
- II. **Línea de Crédito-** El no tener una línea de crédito disponible, resulta en insuficiencia en el flujo de caja necesario para efectuar los pagos mensuales a las entidades de salud contratadas, los cuales ascienden a unos \$230 millones mensualmente. Esto a su vez afecta la capacidad de las entidades en hacer los pagos a los proveedores de salud contratados por estas para ofrecer los servicios a los beneficiarios. Esta situación nos mantiene en una constante alerta, siempre con el temor de que se repita la situación de impago a proveedores que ocurrió en el mes de marzo 2015, la cual describimos anteriormente.
- III. **Responsabilidades Adicionales-** Enfatizamos que durante el transcurso de este año fiscal surgieron diferentes eventos y proyectos, fuera del control de la agencia, los cuales impactan grandemente la operación, servicios y el presupuesto del plan, los cuales tendrían un impacto total adicional estimado de aproximadamente \$913.6 millones, sin mediar asignación de fondos adicionales.