



**Descripción del Programa de gestión de la utilización de
Inland Empire Health Plan
IEHP Medi-Cal e IEHP DualChoice (HMO SNP)
Fecha: 1.º de febrero de 2025**

Índice

Sección 1: Resumen del Programa de gestión de la utilización.....	4
1.1. Misión	4
1.2. Propósito	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Alcance	6
1.5. Responsabilidades de Control de calidad (Quality Management, QM) del Programa de UM	6
Sección 2: Líneas de autoridad y responsabilidad de gestión de la utilización	7
2.1. Subcomité de gestión de la utilización.....	7
Sección 3: Personal de gestión de la utilización	8
3.1. Vicepresidente, directores médicos.....	8
3.2. Vicepresidente, Integración clínica y operaciones de servicios de salud	8
3.3. Director médico sénior.....	8
3.4. Apoyo médico de salud del comportamiento (BH)	10
3.5. Director sénior de Operaciones de UM.....	10
3.6. Director sénior de Atención integrada de transición.....	10
3.7. Personal clínico y no clínico de UM.....	10
Sección 4: Evaluación anual del Programa de gestión de la utilización.....	11
Sección 5: Beneficios de los miembros	11
Sección 6: Criterios clínicos para las decisiones sobre la UM de BH y los servicios médicos....	11
6.1. Criterios clínicos para las decisiones sobre la UM	11
Sección 7: Servicios de atención de salud del comportamiento	15
7.1. Referencia a la atención de salud del comportamiento.....	15
7.2. Programas de servicios intensivos para pacientes ambulatorios y de hospitalización parcial.....	15
7.3. Servicios hospitalarios psiquiátricos para casos agudos	16
Sección 8: Empleo de profesionales adecuados para las decisiones sobre la UM.....	16
8.1 Estándares del personal de IEHP	16
8.2 Empleo de médicos certificados por la junta para las decisiones sobre la UM	17
Sección 9: Estándares del proceso de autorización de la UM de IEHP	17
9.1 Sistema de referencias especializadas.....	18
9.2 Controles del sistema	18
9.3 Servicios fuera de la red.....	18
9.4 Requisitos para autorizaciones previas	19
9.5 Determinación de la necesidad médica.....	20
9.6 Determinaciones experimentales y de investigación	22
9.7 Notificaciones	22
Sección 10: Otros requisitos del programa de UM.....	23
10.1. Anulación o modificación de autorización	23
10.2. Continuidad de la atención.....	24
10.3. Referencias activas.....	24
10.4. Segundas opiniones.....	24
10.5. Servicios de la vista	24
10.6. Servicios de comunicación.....	24
10.7. Conservación de registros	25

10.8.	Documentación de información médica y decisiones de revisión	25
10.9.	Estancias hospitalarias	26
10.10.	Plan de tratamiento para dar de alta y coordinación de atención médica	26
10.11.	Repatriación	26
10.12.	No discriminación	26
10.13.	Confidencialidad	27
10.14.	Declaración afirmativa sobre incentivos.....	27
10.15.	Perfil económico	27
10.16.	Prohibición de sanciones por solicitar o autorizar atención médica adecuada	27
Sección 11:	Proceso de quejas formales y apelaciones	28
Sección 12:	Nuevas tecnologías.....	28
Sección 13:	Actividades de control y supervisión	28
Sección 14:	Aplicación de la ley y cumplimiento	30

Sección 1: Resumen del Programa de gestión de la utilización

1.1. Misión

La misión del Programa de gestión de la utilización (Utilization Management, UM) de Inland Empire Health Plan (IEHP) es asegurar que los miembros reciban servicios de salud oportunos, adecuados y médicamente necesarios¹.

1.2. Propósito

El propósito del Programa de UM es administrar los servicios de atención médica que utilizan los miembros con un alto nivel de calidad. El control eficaz de los patrones de la práctica médica y de la utilización de los servicios de atención médica incluye los siguientes elementos:

1. Los mecanismos que se utilizan para promover el uso eficaz de los servicios en las áreas de autorización previa, revisión simultánea, plan de tratamiento para dar de alta y transición de la atención, revisión de la atención ambulatoria, revisión retrospectiva, transporte no médico, transporte médico que no sea de emergencia y atención de la salud del comportamiento.
2. Asegurar que se cuente con los sistemas y recursos adecuados para proporcionar una atención integral al nivel apropiado en la prestación de servicios de atención médica por parte de sus empleados y entidades contratadas.
3. Asegurar que las actividades de gestión de la utilización se realicen de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California, Sección 1367.01.

1.3. Objetivos

IEHP desarrolló e implementó un plan de actividades centrado en la utilización de los servicios de atención médica y su prestación a los miembros. El subcomité de UM realiza una evaluación anual de los objetivos y del proceso del programa con revisiones conforme a las indicaciones del Comité de Control de Calidad y Transformación de la Equidad en Salud (Quality Management and Health Equity Transformation Committee, QMHETC). Los objetivos específicos incluyen:

1. Desarrollar, implementar y distribuir los estándares de la UM para todas las líneas de negocio a los proveedores contratados, tal y como se promulga en los manuales para proveedores de IEHP.
2. Promover la uniformidad de las actividades de UM para la autorización, determinación de la necesidad médica y notificación de las decisiones a los miembros entre los proveedores delegados.
3. Supervisar los servicios de atención de salud del comportamiento mediante la coordinación con el departamento de Salud del comportamiento (Behavioral Health, BH) y Administración de la atención (Care Management, CM) para las líneas de negocio correspondientes.
4. Facilitar el acceso de los miembros al sistema de prestación de atención médica mediante la evaluación continua de las barreras a la atención.

¹ Servicios de salud: para fines de esta descripción del programa, “servicios de salud” incluye los servicios de salud del comportamiento.

5. Desarrollar estándares estructurales para las actividades de UM delegadas, incluidos los requisitos para los planes de UM, los comités de UM, los directores médicos, la administración fuera del área, el plan de tratamiento para dar de alta y la transición de la atención, la recopilación de datos y la presentación de informes.
6. Ayudar al equipo de Supervisión de la delegación en las actividades de revisión asignadas a los delegados a través de funciones de supervisión estructuradas, incluidas la revisión de denegaciones, quejas formales, apelaciones relacionadas con decisiones de UM, auditorías y otras actividades.
7. Realizar actividades de seguimiento y análisis de tendencias sobre una amplia variedad de información, incluidos datos de utilización, denegación de servicios o beneficios, para detectar patrones que puedan indicar restricciones en el acceso de los miembros a la atención.
8. Asegurar que los servicios autorizados estén cubiertos por los beneficios del plan de salud del miembro.
9. Facilitar el acceso de los miembros a los servicios de atención médica de acuerdo con los beneficios de su línea de negocio, sin distinción de raza, etnia, religión, edad, información genética, país de origen, discapacidad mental o física, identidad u orientación sexual, o fuente de pago.
10. Revisar los patrones de práctica en la utilización de la red de prestación de servicios de salud de IEHP, incluidos los profesionales, hospitales, servicios auxiliares y proveedores especializados.
11. Proporcionar un sistema para identificar a los miembros de alto riesgo y asegurar que se acceda a la atención a través de los recursos adecuados, incluida la referencia a programas de BH y CM, educación sobre la salud o coordinación de atención médica mejorada, según corresponda.
12. En colaboración con la división de Experiencia del proveedor, asegurar que los proveedores de la red reciban formación sobre los plazos y procedimientos para obtener una autorización previa para los servicios médicamente necesarios².
13. Informar a los miembros, médicos, hospitales, proveedores auxiliares y especializados sobre los objetivos de IEHP de proporcionar una atención médica administrada de calidad y valor agregado.
14. Mejorar continuamente los criterios del subcomité de UM de IEHP con base en los datos de resultados y la revisión de la literatura médica.

² Departamento de Servicios Médicos (Department of Health Care Services, DHCS): Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

1.4. Alcance

El Programa de UM abarca a todos los miembros que acceden a servicios médicos o de salud del comportamiento. El alcance del Programa de UM incluye los siguientes elementos³:

1. El Programa de UM está diseñado para supervisar la utilización de los servicios y beneficios de atención médica por parte de los miembros a través del control continuo de los delegados y proveedores. El Programa de UM también revisa y proporciona información, apoyo y orientación para las actividades de UM no delegadas que administra IEHP.
2. El Programa de UM está diseñado para asegurar que la compensación de las personas o entidades que realizan actividades de UM no esté estructurada de manera que incentive la denegación, limitación o interrupción de los servicios médicamente necesarios⁴.
3. El Programa de UM está diseñado para proporcionar orientación y coherencia a las actividades de UM en toda la red de servicios de IEHP mediante la adopción de los estándares del Programa de UM, la adopción de criterios reconocidos a nivel nacional y la formación de los proveedores.
4. La evaluación del Programa de UM abarca todas las actividades y resultados de UM relacionados con los miembros de IEHP, incluidos, entre otros, los Proveedores de Cuidado Primario, especializados y de atención de salud del comportamiento en todos los entornos de atención correspondientes, como de emergencia, para pacientes hospitalizados o ambulatorios y asistencia médica a domicilio.
5. El Programa de UM evalúa la calidad de las actividades de UM, incluidas, entre otras, las barreras a la atención médica, la comunicación entre los proveedores y la coordinación y continuidad de la atención.

1.5. Responsabilidades de Control de calidad (Quality Management, QM) del Programa de UM⁵

El Programa de UM revisa los datos y las actividades de UM para identificar posibles problemas de calidad de la atención médica. La información de la UM relevante para QM se comunica al QMHETC a través del subcomité de UM⁶. Los informes al QMHETC pueden incluir tasas de reingreso, indicadores estándar de UM, así como problemas de sobreutilización y subutilización. El subcomité de UM identifica, investiga y revisa los motivos de preocupación relacionados con la utilización y la calidad de los servicios prestados por la red de servicios de IEHP, según las indicaciones del QMHETC. El Programa de UM incluye procesos de mejora continua de la calidad que se coordinan con las actividades de QM según corresponda.

³ Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA), Estándares y pautas de los planes de salud (HP), UM 1, Elemento A, Factor 5.

⁴ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 1.

⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

Sección 2: Líneas de autoridad y responsabilidad de gestión de la utilización

Las líneas de autoridad se originan en la Junta Directiva de IEHP y se extienden a los proveedores y médicos participantes. La Junta Directiva delega la responsabilidad de la supervisión y dirección de los procesos que afectan la prestación de atención médica a los miembros al director general (Chief Executive Officer, CEO), al director ejecutivo médico (Chief Medical Officer, CMO), a los directores médicos y al QMHETC. Se pueden encontrar más detalles en el organigrama de IEHP.

2.1. Subcomité de gestión de la utilización

El QMHETC de IEHP delega la responsabilidad de la supervisión y dirección del Programa de UM al subcomité de UM.

1. **Rol:** El subcomité de UM dirige el control continuo de todos los aspectos de las actividades de UM llevadas a cabo por IEHP, sus delegados y proveedores, incluido el desarrollo de estándares adecuados que se administran a los miembros, bajo la supervisión del director ejecutivo médico (CMO) o el médico designado⁷.
2. **Función:** Los siguientes elementos definen las funciones del subcomité de UM en el mantenimiento de un control de calidad, eficaz y adecuado de los costos médicos a través de la supervisión de los patrones de práctica médica y la utilización de los servicios de atención médica:
 - a. Revisión y aprobación anuales de la descripción del Programa de UM y los planes de trabajo correspondientes.
 - b. Revisión anual de las políticas, procedimientos y criterios de UM y BH utilizados en la evaluación de los servicios de atención clínica y de salud del comportamiento adecuados, la coordinación y la continuidad de las intervenciones de atención⁸.
 - c. Revisión de los informes de tendencias de UM y utilización de días de cama, tales como: duración promedio de la estancia; días de cama por cada mil; admisiones por cada mil por categoría, incluidos: centros de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF); atención de salud del comportamiento; servicios de salud mental no especializados para miembros adultos y pediátricos; sobreutilización y subutilización; utilización para pacientes ambulatorios; visitas a la sala de emergencias (Emergency Room, ER); y apelaciones relacionadas con la UM⁹.
 - d. Revisión anual de los resultados y hallazgos de las encuestas de confiabilidad entre los evaluadores para garantizar que la toma de decisiones de la UM se basa únicamente en la idoneidad de la atención y los servicios, y que los criterios establecidos se aplican de manera coherente.
 - e. Evaluación anual de la satisfacción de los miembros y proveedores con el proceso de UM.

⁷ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 3.

⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 2.

⁹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.3, Revisión de los datos de utilización.

- f. Revisión de las nuevas tecnologías propuestas y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes que no estén relacionadas principalmente con medicamentos, para recomendarlas al QMHETC para su inclusión como beneficio de IEHP¹⁰.
- g. Revisar la literatura y establecer estándares para las pautas de atención clínica preventiva y no preventiva que no estén relacionadas principalmente con medicamentos, para recomendarlas al QMHETC para su aprobación.

Sección 3: Personal de gestión de la utilización

El personal calificado es responsable del programa de UM¹¹. Sus relaciones jerárquicas y responsabilidades del cargo se pueden consultar en los organigramas.

3.1. Vicepresidente, directores médicos

El vicepresidente de los directores médicos es un médico certificado por la junta y posee una licencia sin restricciones para ejercer la medicina en el estado de California. Bajo la dirección del CMO, el vicepresidente de los directores médicos proporciona liderazgo médico ejecutivo en todos los departamentos de servicios de salud. Esto incluye la supervisión y administración directas de los directores médicos de gestión de la utilización, así como la provisión de liderazgo clínico y dirección estratégica en todos los servicios de salud en colaboración con el vicepresidente de Integración clínica y operaciones.

3.2. Vicepresidente, Integración clínica y operaciones de servicios de salud

El vicepresidente de Integración clínica y operaciones es un enfermero titulado y tiene la responsabilidad principal de planificar, organizar, dirigir y coordinar el enfoque de IEHP hacia un modelo de atención integrada y centrada en la persona dentro del plan, lo que incluye la supervisión directa y la integración de múltiples departamentos (gestión de la utilización, administración de salud del comportamiento y la atención Médica y servicios farmacéuticos).

3.3. Director médico sénior

El director médico sénior es un médico certificado por la junta y posee una licencia sin restricciones para ejercer la medicina en el estado de California. Bajo la dirección del vicepresidente de directores médicos, el director médico sénior es responsable de la supervisión clínica y el control de todas las actividades de UM de IEHP; la dirección de las funciones internas y externas del Programa de UM; y la participación en las funciones de QM¹². Junto con el apoyo médico de salud del comportamiento (BH), el director médico sénior también es responsable de la supervisión de los servicios de BH cubiertos por el plan. Las principales responsabilidades para el Programa de UM incluyen:

- 1. Asegurar que el proceso mediante el cual IEHP y sus delegados revisan y aprueban, aprueban parcialmente (modifican), retrasan o rechazan, con base en la

¹⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 10, Elemento B, Factor 1.

¹¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

¹² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 3.

necesidad médica total o parcial, las solicitudes de los proveedores antes, después o simultáneamente a la prestación de servicios de atención médica a los miembros, cumpla los requisitos estatales, federales y contractuales¹³.

2. Asegurar la precisión clínica de todas las decisiones de cobertura que tome IEHP y sus delegados que involucren necesidad médica¹⁴.
3. Asegurar que las decisiones médicas sean tomadas por personal médico calificado y no estén influenciadas por consideraciones fiscales ni de gestión administrativa^{15, 16, 17, 18}.
4. Asegurar que la atención médica y otros cuidados de salud proporcionados cumplan los estándares aceptables de atención^{19, 20}.
5. Asegurar que el personal médico de IEHP y sus delegados sigan los protocolos médicos y las reglas de conducta²¹.
6. Asegurar que los plazos y procesos no impongan limitaciones cuantitativas o no cuantitativas de los tratamientos a los servicios de salud mental y trastornos por consumo de sustancias cubiertos por el plan de manera más estricta que las impuestas a los servicios médicos o quirúrgicos^{22, 23}.
7. Participar en las actividades de UM de los delegados, según sea necesario.
8. Ayudar al equipo de supervisión de la delegación, según sea necesario, con la revisión y supervisión de las actividades de UM delegadas, incluida la revisión de planes de trabajo, actividades, procesos, resultados y conclusiones de UM.
9. Revisar las prácticas médicas actuales para asegurar que los protocolos médicos y todo el personal médico de IEHP cumplan los estándares médicos aceptados^{24, 25}.
10. Asegurar que los miembros reciban servicios de salud y atención médica adecuados en todas las ubicaciones.
11. Participar en la capacitación del personal²⁶.
12. Revisar la documentación para validar su idoneidad²⁷.

¹³ Código de Salud y Seguridad de California (Código de Salud y Seg.), § 1367.01

¹⁴ Manual de atención médica coordinada de Medicare, “Quejas formales de los afiliados de las Partes C y D, determinaciones de la organización o cobertura y orientación sobre las apelaciones”, Sección 10.4.2.

¹⁵ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 1.1.6, Director médico.

¹⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

¹⁷ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento A, Factor 1.

¹⁸ Título 22 del Código de Regulaciones de California (California Code of Regulations, CCR), § 53857

¹⁹ Título 22 del CCR, § 53857

²⁰ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 1.1.6, Director médico.

²¹ Ibid.

²² Título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), § 438.900 y siguientes.

²³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

²⁴ Título 22 del CCR, § 53857.

²⁵ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 1.1.6, Director médico.

²⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 3.

²⁷ Ibid.

13. Disponibilidad para el personal de UM en el sitio o por teléfono²⁸.
14. Revisar y aprobar las políticas y procedimientos internos relacionados con la UM.
15. Presidir el subcomité de UM o designar a un presidente, según sea necesario.

3.4. Apoyo médico de salud del comportamiento (BH)

IEHP utiliza los servicios de un psiquiatra y un psicólogo certificados por la junta para apoyar el desarrollo y la implementación de las políticas de UM, la revisión de casos, la supervisión clínica y la administración de los aspectos de BH del Programa de UM²⁹.

3.5. Director sénior de Operaciones de UM

El director sénior de Operaciones de UM no tiene licencia ni es clínico, y depende de la vicepresidenta de Integración Clínica y Operaciones de Servicios de Salud. El director sénior de Operaciones de UM es responsable del desarrollo y la implementación de procesos operativos, el cumplimiento de políticas y procedimientos, y el cumplimiento regulatorio del departamento. El director sénior de Operaciones de UM es responsable de la supervisión de las actividades de UM delegadas y no delegadas, incluida la autorización previa y la revisión de cartas, así como de la dirección del personal no clínico de UM en apoyo del personal clínico de UM.

3.6. Director sénior de Atención integrada de transición

El director sénior de Atención integrada de transición es un enfermero registrado que depende del vicepresidente de Integración clínica y operaciones de servicios de salud. El director sénior de Atención integrada de transición es responsable del desarrollo y la implementación de procesos operativos y clínicos, el cumplimiento de políticas y procedimientos, y el cumplimiento regulatorio del departamento. El director sénior de Atención integrada de transición es responsable de inspeccionar a los pacientes hospitalizados y las autorizaciones previas de los programas especializados, las transiciones en la atención y los cuidados a largo plazo.

3.7. Personal clínico y no clínico de UM

El apoyo del personal de UM está compuesto por personal clínico y no clínico de UM. El personal clínico incluye enfermeros registrados (Registered Nurses, RN), enfermeros profesionales con licencia (Licensed Vocational Nurse, LVN) y trabajadores sociales con las calificaciones necesarias para realizar UM en un entorno de atención médica coordinada, como experiencia en gestión de la utilización o administración de la atención médica. El apoyo del personal no clínico está compuesto por coordinadores de UM sin licencia con las calificaciones necesarias para apoyar a UM en un entorno de atención médica coordinada. Los puestos del personal incluyen enfermeros de revisión de atención simultánea y a largo plazo, enfermeros del plan de tratamiento para dar de alta, enfermeros de autorización previa, especialistas en transiciones de atención, coordinadores de pacientes hospitalizados y autorizaciones previas, analistas, administradores de enfermería de UM y supervisores de enfermería.

²⁸ Ibid.

²⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 4.

Sección 4: Evaluación anual del Programa de gestión de la utilización

El director médico sénior y los directores de gestión de la utilización evalúan anualmente la eficacia y el progreso del Programa de UM³⁰. La descripción del Programa de UM y las políticas y procedimientos asociados se revisan al menos una vez al año y se actualizan según sea necesario. Se documenta un resumen anual de todas las actividades del Programa de UM con la ayuda de los departamentos de Control de calidad, Administración de salud del comportamiento y atención médica e Informática de la Atención Médica (HealthCare Informatics, HCI). El informe incluye un resumen de las actividades de UM, los cambios en los criterios o las actividades del programa, las barreras documentadas a la atención, los resultados de la revisión y las cuestiones importantes que afectan a la atención médica que se brinda a los miembros. El director médico sénior o los directores de gestión de la utilización presentan la descripción del Programa de UM y la evaluación anual al subcomité de UM para su aprobación y, a continuación, al QMHETC para que formule comentarios, sugiera ajustes al programa y revise los procedimientos o las pautas, según sea necesario. El resumen anual del Programa de UM se presenta a la Junta Directiva de IEHP para que evalúe las actividades de UM que afectan a la atención médica prestada a los miembros, haga comentarios, proponga actividades para el año siguiente y apruebe los cambios en el Programa de UM.

Sección 5: Beneficios de los miembros

El Departamento de Servicios Médicos (DHCS) determina los beneficios para los miembros de Medi-Cal y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) determina los beneficios para los miembros de IEHP DualChoice. Mercadotecnia se encarga de mantener las Evidencias de Cobertura de cada línea de negocio.

Sección 6: Criterios clínicos para las decisiones sobre la UM de BH y los servicios médicos

6.1. Criterios clínicos para las decisiones sobre la UM

IEHP y sus delegados deben utilizar criterios clínicos reconocidos a nivel nacional o las pautas de autorización aprobadas por el subcomité de UM de IEHP al tomar decisiones relacionadas con la atención médica^{31, 32}. Los criterios aprobados por IEHP incluyen el Título 22 del Código de Regulaciones de California, las Determinaciones de cobertura nacional (National Coverage Determinations, NCD) de los CMS, las Determinaciones de cobertura local (Local Coverage Determinations, LCD) y los Artículos de cobertura local (Local Coverage Articles, LCA), InterQual, los Criterios clínicos de Hayes, las Pautas de atención médica coordinada o los Criterios de revisión médica de Apollo, las Pautas de atención de Milliman (Milliman Care Guidelines, MCG), el Manual para Proveedores de Medi-Cal del DHCS, las cartas a todos los planes (All Plan Letter, APL) del DHCS y las Pautas de autorización aprobadas por el subcomité de UM de IEHP^{33, 34, 35, 36}. IEHP puede difundir criterios adicionales tras la aprobación del subcomité de UM.

³⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento B.

³¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

³² NCQA, Estándares de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 6.

³³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

³⁴ Código de Salud y Seg. de California (CA), § 1363.5(b).

³⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factor 1.

³⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factores 5 y 6.

1. **Desarrollo:** Las pautas de criterios clínicos elaboradas por IEHP y utilizadas para determinar si se autorizan, modifican o deniegan los servicios de atención médica se desarrollan con la participación de proveedores de atención médica que ejercen activamente^{37, 38}. Los criterios o las pautas deben ser coherentes con principios y procesos clínicos sólidos y deben evaluarse al menos una vez al año y actualizarse si es necesario^{39, 40}. Los criterios clínicos nuevos o actualizados deben ser revisados y aprobados por el subcomité de UM. El subcomité de UM obtiene una revisión externa independiente, siempre que sea necesario, para ayudar en el desarrollo de las pautas de criterios clínicos.
2. **Aplicación:** IEHP y sus delegados deben aplicar los criterios de manera coherente y adecuada con base en la información médica disponible y las necesidades de cada miembro⁴¹. La aplicación de los criterios toma en cuenta factores individuales, como la edad, las comorbilidades, las complicaciones, la evolución del tratamiento, la situación psicosocial y el entorno familiar⁴². Las decisiones de denegar servicios no pueden basarse únicamente en los códigos que aparecen como no cubiertos, es decir, en la Solicitud de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR) de Medi-Cal y la lista de códigos que no son beneficios. Además, la aplicación de los criterios toma en cuenta si los servicios están disponibles dentro del área de servicio, la cobertura de beneficios y otros factores que pueden afectar la capacidad de implementar el plan de tratamiento de un miembro individual. La organización también considera las características del sistema de prestación de atención local disponible para miembros específicos, como:⁴³
 - a. Disponibilidad de servicios, incluidos, entre otros, los centros de enfermería especializada, centros de cuidados subagudos o atención en el hogar en el área de servicio de la organización para apoyar al miembro después del alta hospitalaria.
 - b. Cobertura de beneficios para centros de enfermería especializada, centros de cuidados subagudos, atención en el hogar cuando sea necesaria, servicios para adultos basados en la comunidad (Community-Based Adult Services, CBAS), servicios de apoyo en el hogar (In-Home Supportive Services, IHSS), servicios y apoyo a largo plazo administrados (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS), Programa de servicios múltiples para adultos mayores (Multiplicarse Senior Services Program, MSSP) o salud del comportamiento.
 - c. Capacidad de los hospitales locales de la red para proporcionar todos los servicios recomendados dentro de la duración estimada de la estancia.

³⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

³⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factor 4.

³⁹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁴⁰ Código de Salud y Seg. de CA, § 1363.5.

⁴¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁴² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factor 2.

⁴³ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factor 3.

IEHP y sus delegados deben asegurar la aplicación coherente de los criterios de UM siguiendo este orden específico, según la licencia de uso de IEHP o el delegado: ^{44,45}

Para la línea de negocio de Medi-Cal:

- a. Manual para miembros de IEHP (Evidencia de Cobertura); **luego**
- b. Manual para proveedores de Medi-Cal del DHCS o Título 22 del Código de Regulaciones de California (CCR) o las cartas de todos los planes del DHCS; **luego**
- c. Compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o productos de IBM Watson Health: Micromedex; **luego**
- d. Pautas de atención para estrategias de atención informada de MCG Health; **luego**
- e. Criterios de InterQual; **luego**
- f. Criterios clínicos de Hayes; **luego**
- g. Pautas de los criterios de revisión médica de Apollo para la atención médica coordinada; **luego**
- h. Pautas de autorización aprobadas por el subcomité de gestión de la utilización (UM) de IEHP o Criterios para autorizaciones previas aprobados por el subcomité de farmacia y terapéutica (Pharmacy and Therapeutics, P&T).

Para la línea de negocio de IEHP DualChoice:

- a. Manual para miembros de IEHP (Evidencia de Cobertura); **luego**
- b. Determinación de cobertura local (LCD); **luego**
- c. Artículo de cobertura local (LCA); **luego**
- d. Determinación de cobertura nacional (NCD); **luego**
- e. Manual de políticas de beneficios de Medicare; **luego**
- f. Compendio de medicamentos y productos biológicos de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) o productos de IBM Watson Health: Micromedex; **luego**
- g. Pautas de atención para estrategias de atención informada de MCG Health; **luego**
- h. Criterios de InterQual; **luego**
- i. Criterios clínicos de Hayes; **luego**
- j. Pautas de los criterios de revisión médica de Apollo para la atención médica coordinada; **luego**
- k. Pautas de autorización aprobadas por el subcomité de gestión de la utilización (UM) de IEHP o Criterios para autorizaciones previas aprobados por el subcomité de farmacia y terapéutica (P&T).

⁴⁴ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁴⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factor 1.

3. **Revisión anual y adopción de criterios:** IEHP desarrolla o presenta los criterios al subcomité de UM de IEHP para su adopción e implementación. Tras la aprobación por parte del subcomité de UM, los criterios se envían al QMHETC de IEHP para que sirvan de referencia y se difunden a los delegados y proveedores por medio de carta, sitio web o correo electrónico. Los miembros del subcomité de UM y profesionales de la especialidad correspondiente revisan los criterios anualmente y los actualizan según sea necesario^{46, 47}.
4. **Proceso para obtener los criterios:** IEHP divulga a los proveedores, miembros y representantes de los miembros, o al público, previa solicitud, las pautas clínicas o los criterios utilizados para determinar los servicios de atención médica específicos para el procedimiento o la afección solicitados^{48, 49}.
 - a. Los proveedores pueden obtener información de IEHP sobre los criterios, ya sea en general o en relación con decisiones específicas de UM, si se comunican con el departamento de UM de IEHP⁵⁰. Los proveedores también pueden acceder y revisar las Pautas de autorización aprobadas por el subcomité de UM de IEHP en el sitio web de IEHP.
 - b. Los miembros pueden obtener los criterios utilizados como base para cualquier denegación de servicios de atención médica que hayan recibido si se comunican con el departamento de Servicios para miembros de IEHP⁵¹. El personal de Servicios para miembros de IEHP transmite la solicitud al departamento de UM para que responda al miembro.
 - c. Todas las solicitudes de criterios clínicos de UM se registran y procesan cuando se solicitan. Cada divulgación de información va acompañada de la siguiente declaración: “Los materiales que se le proporcionan son pautas utilizadas para autorizar, modificar o denegar la atención a personas con enfermedades o afecciones similares. La atención y el tratamiento específicos pueden variar en función de las necesidades individuales y de los beneficios cubiertos por su plan de salud”⁵².
5. **Evaluación anual de la coherencia de las decisiones de UM (confiabilidad entre evaluadores):** IEHP evalúa, al menos una vez al año, la coherencia con la que los profesionales de atención médica que participan en la revisión de la utilización aplican adecuadamente los criterios en la toma de decisiones^{53, 54}. IEHP actúa sobre las oportunidades identificadas para mejorar la coherencia⁵⁵.

⁴⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁴⁷ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento A, Factores 4 y 5.

⁴⁸ Código de Salud y Seg. de CA, § 1365.5.

⁴⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento B, Factores 1 y 2.

⁵⁰ Código de Salud y Seg. de CA, § 1363.5(b)(4).

⁵¹ Ibid.

⁵² Código de Salud y Seg. de CA, § 1363.5(c).

⁵³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁵⁴ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento C, Factor 1.

⁵⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 2, Elemento C, Factor 2.

Sección 7: Servicios de atención de salud del comportamiento⁵⁶

7.1. Referencia a la atención de salud del comportamiento

IEHP, a través de su departamento de Salud del comportamiento y Administración de la atención médica, utiliza herramientas de evaluación estandarizadas aprobadas por el DHCS para asegurar que los miembros que solicitan servicios de salud mental y que actualmente no reciben servicios de salud mental no especializados (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS) ni servicios de salud mental especializados (Specialty Mental Health Services, SMHS) reciban referencias de circuito cerrado al sistema de prestación de servicios de salud mental adecuado, ya sea dentro de la red de proveedores de NSMHS de IEHP o a través del departamento de Salud mental y del comportamiento del condado para los SMHS^{57, 58, 59}. Los miembros pueden autorreferirse a los servicios de terapia en sus respectivos condados. Servicios para miembros de IEHP o el departamento de Salud del comportamiento pueden ayudar a los miembros que deseen autorreferirse o acceder a los servicios de salud del comportamiento según sea necesario. El Programa de UM de IEHP es responsable de asegurar que las decisiones de referencias se tomen de acuerdo con los protocolos que definen el nivel de urgencia y el entorno adecuado para la atención. Los protocolos de referencias para los servicios de atención de salud del comportamiento incluyen lo siguiente:⁶⁰

1. Abordar la urgencia de las circunstancias clínicas del miembro y definir los entornos de atención y los recursos de tratamiento adecuados que se utilizarán para los casos de atención de salud del comportamiento y consumo de sustancias.
2. Los miembros del personal de las referencias deben utilizar protocolos y pautas que estén actualizados y aborden específicamente la atención de salud del comportamiento y el abuso de sustancias.
3. Se debe proporcionar al personal la educación y capacitación adecuadas sobre el uso de los protocolos⁶¹.
4. Los protocolos proporcionados al personal y que este utiliza se revisan o modifican anualmente.

7.2. Programas de servicios intensivos para pacientes ambulatorios y de hospitalización parcial

IEHP puede autorizar este nivel de servicio a los miembros de IEHP DualChoice que presentan síntomas graves, pero no lo suficientemente graves como para requerir servicios de hospitalización. Los programas de servicios para pacientes ambulatorios (Intensive Outpatient Programs, IOP) se pueden utilizar para tratar trastornos

⁵⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 2.

⁵⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 4.3.12, Servicios de Salud Mental.

⁵⁸ El Aviso sobre información de salud del comportamiento (Behavioral Health Information Notice, BHIN) 21-073 del DHCS sustituye al BHIN 20-043 en parte, “Criterios para el acceso de los beneficiarios a servicios especializados de salud mental, necesidad médica y otros requisitos de cobertura”.

⁵⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 5.

⁶⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 2.

⁶¹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento A, Factor 1.

concurrentes de salud mental y consumo de sustancias cuando se cumplen las pautas de los criterios clínicos. Los programas de hospitalización parcial (Partial Hospitalization Programs, PHP) se pueden utilizar como alternativa o como un paso previo a ingresar en un establecimiento de hospitalización psiquiátrica para casos agudos. Según cada caso particular, y en colaboración con los directores médicos del departamento de BH del condado, los PHP e IOP pueden aprobarse para los miembros de Medi-Cal cuando el miembro padece un trastorno alimenticio o el tratamiento es médicamente necesario.

7.3. Servicios hospitalarios psiquiátricos para casos agudos

IEHP puede autorizar servicios para pacientes hospitalizados a los miembros de IEHP DualChoice que presenten síntomas graves y agudos relacionados con una afección de salud del comportamiento. Según cada caso particular, y en colaboración con los directores médicos del Departamento de BH del condado, los servicios para pacientes hospitalizados pueden aprobarse para los miembros de Medi-Cal solo cuando el miembro padece un trastorno alimenticio y el tratamiento es médicamente necesario.

Sección 8: Empleo de profesionales adecuados para las decisiones sobre la UM

8.1 Estándares del personal de IEHP

Para asegurar que las decisiones de primera línea sobre la UM sean tomadas por personas que cuenten con los conocimientos y habilidades necesarios para evaluar los diagnósticos de trabajo y los planes de tratamiento propuestos, IEHP adoptó los siguientes estándares para el personal encargado de tomar decisiones de revisión y revisar las denegaciones^{62, 63}:

1. Los técnicos, especialistas o coordinadores de UM pueden determinar la elegibilidad, revisar que los formularios de referencia estén completos, comunicarse con los consultorios de los proveedores para obtener cualquier información no médica que sea necesaria⁶⁴ y aprobar las autorizaciones, según se considere apropiado (autorizaciones automáticas).
2. Los enfermeros profesionales titulados (LVN) o el personal de revisión contratado de UM pueden realizar la revisión inicial de la información médica, tomar la determinación inicial de la cobertura de beneficios, obtener información médica adicional según sea necesario de los consultorios de los proveedores⁶⁵, aprobar las referencias con base en los criterios de autorización aprobados por IEHP, pacientes hospitalizados concurrentes e iniciar denegaciones por beneficios no cubiertos y exclusiones.
3. Las enfermeras registradas (RN) y los administradores de atención de BH con licencia y nivel de maestría pueden realizar la revisión inicial de la información médica, la determinación inicial de la cobertura de beneficios, obtener información médica adicional según sea necesario⁶⁶, del consultorio del proveedor, aprobar las referencias con base en la necesidad médica o los criterios

⁶² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento A, Factor 2.

⁶³ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 1.

⁶⁴

⁶⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 1.

⁶⁶ Ibid.

de autorización aprobados por IEHP y proporcionar recomendaciones de necesidad médica al médico revisor.

4. El médico revisor es un médico certificado por la junta designada, que posee una licencia sin restricciones para ejercer la medicina en el estado de California, debe revisar todas las denegaciones y aprobaciones parciales (modificaciones) basadas total o parcialmente en la necesidad médica y obtener información médica adicional del médico tratante según sea necesario^{67, 68, 69, 70}. El médico revisor u otro profesional de atención médica competente debe tener experiencia en el campo de la medicina o la atención médica que sea adecuada para los servicios en cuestión, incluido el conocimiento de los criterios de cobertura de Medicare y Medicaid, antes de tomar una decisión. El médico o profesional de atención médica que revise la solicitud no tiene por qué ser, en todos los casos, de la misma especialidad o subespecialidad que el médico tratante u otro proveedor de atención médica^{71, 72}.

8.2 Empleo de médicos certificados por la junta para las decisiones sobre la UM

Cuando la revisión de un caso se sale del ámbito clínico del revisor, o cuando los criterios de decisión médica no abordan suficientemente el caso bajo revisión, IEHP consulta con médicos certificados por la junta en la especialidad correspondiente⁷³. IEHP creó un panel de revisión de especialidades médicas y contrata a una empresa de revisión externa para estas consultas especializadas⁷⁴.

Sección 9: Estándares del proceso de autorización de la UM de IEHP

IEHP mantiene políticas y procedimientos escritos sobre el proceso de revisión, aprobación, aprobación parcial (modificación) o denegación de solicitudes prospectivas, concurrentes o retrospectivas presentadas por los proveedores en relación con la prestación de servicios de atención médica a los miembros. Estas políticas y procedimientos están disponibles para el público a través del sitio web de IEHP y previa solicitud^{75, 76}. La información sobre cómo obtener una copia de los procesos de gestión de la utilización de IEHP se describe en la Evidencia de Cobertura del miembro.

⁶⁷ Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.01(e).

⁶⁸ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁶⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento A, Factor 1.

⁷⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento C.

⁷¹ Título 42 del CFR, § 422.566(d).

⁷² Título 42 del CFR, § 422.629(k)(3).

⁷³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁷⁴ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 4, Elemento F, Factor 1.

⁷⁵ Código de Salud y Seg. de CA, § 1363.5(a).

⁷⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

9.1 Sistema de referencias especializadas

IEHP mantiene un sistema de referencias especializadas que supervisa y revisa las referencias que requieren autorización previa. El sistema incluye las referencias aprobadas, parcialmente aprobadas (modificadas), denegadas y aplazadas que se reciben tanto de proveedores contratados como no contratados, así como la puntualidad de estas referencias⁷⁷.

9.2 Controles del sistema

IEHP cuenta con controles del sistema para proteger los datos específicos de las notificaciones de denegación y apelación, así como las fechas de recepción, para que no se modifiquen fuera de los protocolos establecidos⁷⁸.

9.3 Servicios fuera de la red

La autorización y notificación de la decisión sobre los servicios propuestos, las referencias o las hospitalizaciones involucran el uso de información como expedientes médicos, informes de pruebas, consultas con especialistas y comunicación verbal con el proveedor solicitante. Parte de este proceso de revisión consiste en determinar si el servicio, ya sea poco utilizado o un servicio especializado inusual, está disponible en la red de servicios. IEHP puede autorizar y coordinar el acceso fuera de la red en las siguientes circunstancias^{79, 80}:

1. El plan no cumple los requisitos de adecuación de la red de servicios⁸¹.
2. El plan no cuenta con estándares de acceso alternativos (Alternative Access Standards, AAS) aprobados por el DHCS y no cumple los estándares de adecuación de la red de servicios.
3. El plan no cumple los requisitos de acceso oportuno a las citas.
4. Cuando la atención a largo plazo médicamente necesaria no está disponible dentro de la red de servicios del Plan.

IEHP y sus delegados también pueden autorizar y coordinar el acceso fuera de la red para garantizar a los miembros su derecho a la continuidad de la atención, de acuerdo con los requisitos regulatorios, legales y contractuales.

⁷⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

⁷⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 12, Elemento A.

⁷⁹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.7, Acceso fuera de la red.

⁸⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, MED 1, Elemento D.

⁸¹ Código de Bienestar e Instituciones de CA (Código de Bienestar e Inst.), § 14197.

9.4 Requisitos para autorizaciones previas

El proceso de autorización previa descrito en esta política no se aplica a estos servicios, que no requieren autorización previa:

1. Servicios de emergencia y servicios necesarios para tratar y estabilizar una afección médica de emergencia^{82, 83, 84}.
2. Planificación familiar^{85, 86}.
3. Servicios para el aborto⁸⁷.
4. Servicios, diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)^{88, 89}.
5. Servicios confidenciales.
6. Pruebas y asesoría sobre VIH en el departamento de Salud local^{90, 91}.
7. Vacunas en el departamento de Salud local⁹².
8. Servicios de ginecología y obstetricia de rutina, incluida la atención prenatal de un profesional de atención familiar (acreditado en obstetricia) dentro de la red de servicios de IEHP⁹³.
9. Evaluaciones iniciales de salud mental y trastornos por consumo de sustancias⁹⁴.
10. Diálisis renal fuera del área.
11. Pruebas de biomarcadores para cánceres avanzados o metastásicos en etapa 3 o 4^{95, 96}.
12. Cuidado de urgencia⁹⁷.

⁸² DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁸³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.2, Plazos para la autorización médica.

⁸⁴ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.6, Acceso a proveedores de servicios de emergencia y servicios de emergencia.

⁸⁵ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁸⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.8, Requisitos específicos para acceder a los programas y los servicios cubiertos.

⁸⁷ La APL 24-003 del DHCS sustituye a la APL 22-022, “Servicios para el aborto”.

⁸⁸ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁸⁹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.8, Requisitos específicos para acceder a los programas y los servicios cubiertos.

⁹⁰ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁹¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.8, Requisitos específicos para acceder a los programas y los servicios cubiertos.

⁹² Ibid.

⁹³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁹⁴ Ibid.

⁹⁵ Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.665.

⁹⁶ APL 22-010 del DHCS “Pruebas de biomarcadores para el cáncer”.

⁹⁷ Ibid.

13. Servicios preventivos⁹⁸, que incluyen los siguientes servicios y los que aparecen en la Lista de servicios preventivos del Manual para proveedores de Medi-Cal del DHCS:⁹⁹
 - a. Evaluación de densidad ósea (códigos de la Terminología Actual de Procedimientos [Current Procedural Terminology, CPT]: 77080 y 77081).
 - b. Mamografías diagnósticas para mayores de 40 años (códigos CPT: 77065, 77066 y 77063).
 - c. Evaluación de cáncer pulmonar (códigos CPT: S8032 y 71271).
14. Servicios de salud mental de rutina (terapia de grupo, terapia individual y administración de medicamentos para pacientes ambulatorios), siempre y cuando el servicio se obtenga de un proveedor dentro de la red.

IEHP permite a los miembros acceder directamente a especialistas adecuados para su afección y necesidades especiales de atención médica identificadas¹⁰⁰. IEHP asegura que los miembros tengan acceso a los programas de servicios médicos para la comunidad nativo americana (American Indian Health Services Program, AIHSP). Los AIHSP, estén o no contratados, pueden proporcionar referencias directamente a los proveedores de la red sin necesidad de solicitar primero una referencia del Proveedor de Cuidado Primario (Primary Care Provider, PCP)¹⁰¹.

9.5 Determinación de la necesidad médica

IEHP determina la necesidad médica de un servicio específico que se solicita de la siguiente manera:¹⁰²

1. IEHP aplica criterios clínicos aprobados por IEHP, tal y como se describe en esta política, y utiliza las siguientes definiciones para determinar la necesidad médica de un servicio de atención médica:
 - a. Para las personas de 21 años de edad o mayores, un servicio es una "necesidad médica" cuando es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades, aliviar el dolor severo mediante el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones, lograr un crecimiento y desarrollo adecuados para la edad, y adquirir, mantener o recuperar la capacidad funcional^{103, 104}.
 - b. Para las personas menores de 21 años de edad, un servicio es "medicamente necesario" o una "necesidad médica" cuando el servicio es

⁹⁸ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

⁹⁹ Manual para proveedores de Medi-Cal del DHCS, "Servicios preventivos".

¹⁰⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, MED 1, Elemento B, Factor 1.

¹⁰¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.8, Requisitos específicos para acceder a los programas y los servicios cubiertos.

¹⁰² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 5.

¹⁰³ Título 22 del CCR, § 51303(a).

¹⁰⁴ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.3.2, Servicios médicamente necesarios.

- necesario para corregir o mejorar defectos y enfermedades o afecciones físicas y mentales que se descubren mediante servicios de evaluación¹⁰⁵.
- c. Medicare utiliza la definición de que es razonable y necesario para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones con el fin de mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado¹⁰⁶, o que es médicamente necesario según los CMS.
 - d. Cuando se empalmen los beneficios de Medicare y Medi-Cal (p. ej., en el equipo médico duradero [Durable Medical Equipment, DME]), se aplicará la definición más generosa de necesidad médica.
2. Con el fin de proporcionar un acceso oportuno a los servicios de atención médica, IEHP no aplaza ni deja pendientes las autorizaciones por falta de información. Si la información razonablemente necesaria para llegar a una determinación no está disponible con la referencia, IEHP se comunica con el proveedor solicitante por teléfono al menos dos (2) veces para obtener la información clínica adicional, y un director médico realiza un tercer intento. La solicitud de información adicional debe anotarse e incluir la fecha de solicitud^{107, 108}. Si, después de realizar estos intentos, IEHP sigue sin recibir toda la información razonablemente necesaria y solicitada para llegar a una determinación dentro de los plazos regulatorios, IEHP deberá notificarlo al miembro y al proveedor solicitante dentro del plazo establecido, o tan pronto como el delegado tenga conocimiento de que no se cumplirá el plazo de autorización inicial, lo que ocurra primero, con la plantilla "Aviso de resolución: retraso". Este aviso incluirá la información solicitada pero no recibida, o el revisor experto al que se consultará, o los exámenes o pruebas adicionales necesarios, junto con la fecha prevista en la que se podrá tomar una decisión¹⁰⁹.
 3. IEHP considera todos los factores relacionados con el miembro, como las barreras para recibir atención relacionadas con el acceso o el cumplimiento, el impacto de una denegación en el estado de salud a corto y largo plazo del miembro y las alternativas disponibles para el miembro en caso de denegación.
 4. IEHP obtiene comentarios de especialistas adecuados en el área de los servicios de atención médica solicitados, ya sea a través de un miembro del subcomité de UM, por teléfono o mediante el uso de un servicio externo.

¹⁰⁵ Código de Bienestar e Inst. de CA, § 14059.5.

¹⁰⁶ Ley del Seguro Social, § 1862 (a)(1).

¹⁰⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

¹⁰⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 6, Elemento A.

¹⁰⁹ Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.01(5).

9.6 Determinaciones experimentales y de investigación

La determinación de todos los servicios experimentales y de investigación es responsabilidad de IEHP¹¹⁰. Todas las solicitudes de referencia para servicios experimentales o de investigación deben enviarse al director médico de IEHP por fax utilizando el Formulario de referencia del plan de salud para servicios fuera de la red y servicios especiales (consulte el Manual para proveedores). La solicitud debe incluir toda la información clínica de respaldo, así como los códigos de diagnóstico y procedimiento correspondientes. IEHP es responsable de tomar la decisión y notificar al proveedor, al miembro y al delegado la determinación según los plazos estándar para el nivel de urgencia.

1. Si se niega la cobertura a un miembro con una enfermedad terminal, que para los fines de esta sección se refiere a una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte en un año o menos, para el tratamiento, los servicios o los suministros considerados experimentales, se ofrece al miembro o a su representante autorizado la oportunidad de solicitar una conferencia, que se celebrará en un plazo de 30 días consecutivos o en un plazo mínimo de cinco (5) días hábiles (si lo solicita el médico que receta) a partir de la denegación¹¹¹.

9.7 Notificaciones

Las comunicaciones sobre solicitudes de autorización cumplirán los siguientes requisitos:¹¹²

1. Las decisiones para aprobar solicitudes deberán especificar el servicio de atención médica específico que se aprueba.
2. Las decisiones para denegar o modificar los servicios de atención médica se comunicarán al miembro por escrito y al proveedor inicialmente por teléfono o fax (excepto en el caso de las decisiones tomadas de forma retrospectiva) y luego por escrito, y deberán incluir:^{113, 114}
 - a. una explicación clara y concisa de los motivos de la decisión;
 - b. una descripción de los criterios o pautas utilizados^{115, 116};
 - c. los motivos clínicos de las decisiones en relación con la necesidad médica.

Cualquier decisión para denegar la autorización de un servicio con base en la necesidad médica o para autorizar un servicio que sea inferior al solicitado en cuanto a monto, duración o alcance debe ser revisada y aprobada por un director médico de UM o un

¹¹⁰ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.3.8, Servicios de investigación.

¹¹¹ Código de Salud y Seg. de CA, § 1368.1(a).

¹¹² Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.01(h).

¹¹³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

¹¹⁴ Código de Salud y Seg. de CA, § 1363.5(b)(4).

¹¹⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento B, Factor 2.

¹¹⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento E, Factor 2.

médico designado^{117, 118, 119}. Los miembros y los proveedores deben recibir cartas de denegación por cualquier referencia solicitada que sea denegada o modificada¹²⁰. La notificación inicial, que es una comunicación por escrito al proveedor de una denegación, debe incluir el nombre y el número de teléfono del director médico de UM o la persona designada responsable de la denegación^{121, 122}. Dicha comunicación debe ofrecer al proveedor solicitante la oportunidad de conversar con el médico revisor las cuestiones o inquietudes relacionadas con la decisión^{123, 124}. Esta notificación por escrito de denegación o aprobación parcial (modificación) también debe informar al proveedor solicitante sobre el proceso de apelación^{125, 126}.

Notificaciones por escrito:

1. Están disponibles en los idiomas principales de IEHP.
2. Están redactadas de una manera, en un formato y un lenguaje fácil de entender^{127, 128}.
3. Incluyen información sobre cómo solicitar servicios de traducción y formatos alternativos.
4. En el caso de las notificaciones de denegación o modificación por escrito, incluyen información sobre el derecho del miembro a apelar la decisión, presentar una queja formal y solicitar una audiencia administrativa (para los miembros de Medi-Cal)^{129, 130}.

Sección 10: Otros requisitos del programa de UM

10.1. Anulación o modificación de autorización

Ninguna autorización otorgada por IEHP o su delegado podrá ser revocada o modificada después de que el proveedor haya brindado el servicio de atención médica de buena voluntad conforme a la autorización¹³¹.

¹¹⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

¹¹⁸ Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.01(e).

¹¹⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 1.

¹²⁰ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.1.5, Avisos de resolución para la denegación, aplazamiento o modificación de solicitudes de autorización previa.

¹²¹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

¹²² Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.01.

¹²³ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento A.

¹²⁴ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento D.

¹²⁵ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento C.

¹²⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento F.

¹²⁷ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento B, Factor 1.

¹²⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento E, Factor 1.

¹²⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento C.

¹³⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 7, Elemento F.

¹³¹ Código de Salud y Seg. de CA, § 1371.8.

10.2. Continuidad de la atención

IEHP garantiza que los miembros con relaciones preexistentes con proveedores que soliciten la continuidad de la atención (Continuity of Care, COC) tengan la opción de continuar el tratamiento durante un máximo de 12 meses con un proveedor fuera de la red, según los requisitos del DHCS¹³².

10.3. Referencias activas

Un PCP puede solicitar una referencia activa a un especialista para un miembro que, como parte de la atención ambulatoria continua, requiera atención especializada continua durante un periodo prolongado o un acceso extendido a un especialista o centro de atención especializada para un miembro que padezca una afección potencialmente mortal, degenerativa o discapacitante que requiera la coordinación de la atención por parte de un especialista^{133, 134}.

10.4. Segundas opiniones

IEHP proporciona a sus miembros una segunda opinión de un profesional de la salud calificado dentro de la red sin costo para el miembro, o coordina para que el miembro obtenga una segunda opinión fuera de la red, si los servicios no están disponibles dentro de la red^{135, 136}.

10.5. Servicios de la vista

IEHP es responsable de las actividades de UM asociadas con los servicios de la vista para las líneas de negocio correspondientes. Las solicitudes oftalmológicas deben enviarse a través del proceso de autorización previa de UM.

10.6. Servicios de comunicación

IEHP proporciona acceso al personal para los miembros y proveedores que buscan información sobre el proceso de UM y la autorización de la atención al comunicarse con Servicios para miembros o proveedores. Esto incluye lo siguiente:

1. IEHP mantiene acceso telefónico para que los proveedores soliciten autorización para servicios de atención médica a través del equipo de Relaciones con proveedores¹³⁷.
2. El personal de UM de IEHP está disponible al menos ocho (8) horas al día durante las horas de oficina normales (de 8 a.m. a 5 p.m.), de lunes a viernes, para atender llamadas telefónicas sobre el proceso o cuestiones de UM. Los números gratuitos son (800) 440-4347 para Medi-Cal y (877) 273-4347 para IEHP DualChoice. El personal de IEHP puede aceptar llamadas por cobrar relacionadas con casos

¹³² DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 5.2.12, Continuidad de la atención.

¹³³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de Gestión de la Utilización.

¹³⁴ Código de Salud y Seg. de California (CA), § 1374.16.

¹³⁵ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de Gestión de la Utilización.

¹³⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, MED 1, Elemento C.

¹³⁷ Código de Salud y Seg. de California (CA), § 1367.01.

específicos y consultas sobre decisiones de UM¹³⁸. Las comunicaciones recibidas fuera de las horas de oficina normales se responderán el siguiente día hábil.

3. El servicio de Línea de consejos de enfermería de IEHP está disponible fuera del horario laboral para recibir llamadas entrantes¹³⁹.
4. Las comunicaciones salientes del personal en relación con las consultas sobre UM se realizan según sea necesario entre las 8 a.m. y las 6:30 p.m., de lunes a sábado.
5. El personal se identifica con su nombre, cargo y organización al iniciar o devolver llamadas relacionadas con asuntos de UM¹⁴⁰.
6. Hay un número TDD/TTY gratuito, (800) 718-4347, para los miembros con sordera, déficit auditivo o impedimentos del habla¹⁴¹.
7. Hay asistencia lingüística disponible para que los miembros conversen cuestiones relacionadas con la UM¹⁴².

10.7. Conservación de registros

IEHP conserva los registros relacionados con las solicitudes de autorización previa, incluidos los Avisos de resolución, durante un período mínimo de 10 años¹⁴³.

10.8. Documentación de información médica y decisiones de revisión

IEHP basa sus decisiones de revisión en evidencia documentada de necesidad médica que proporciona el médico tratante. Independientemente de los criterios, la afección del miembro siempre debe tenerse en cuenta en la decisión de revisión¹⁴⁴.

1. **Documentación médica:** los médicos tratantes deben mantener una información adecuada en los expedientes médicos para facilitar el proceso de toma de decisiones. El proveedor solicitante debe documentar la necesidad médica del servicio, procedimiento o referencia solicitados y enviar toda la documentación de apoyo junto con la solicitud.
2. **Documentación del revisor:** los revisores deben resumir y mantener la información del proceso de revisión en formato escrito para fines de revisión. Las decisiones deben basarse en información clínica y en un juicio médico sólido, y tener en cuenta los estándares locales de atención. La documentación debe ser legible, lógica y seguir un caso de principio a fin. La justificación de la aprobación, modificación o denegación debe ser una parte documentada del proceso de revisión. La documentación también debe incluir una evaluación por escrito de la necesidad médica, la información clínica relevante, la idoneidad del nivel de atención y los criterios específicos en los que se basó la decisión.

¹³⁸ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 3, Elemento A, Factor 1.

¹³⁹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 3, Elemento A, Factor 2.

¹⁴⁰ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 3, Elemento A, Factor 3.

¹⁴¹ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 3, Elemento A, Factor 4.

¹⁴² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 3, Elemento A, Factor 5.

¹⁴³ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

¹⁴⁴ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 6.

3. **Documentación:** IEHP registra las solicitudes por fecha y recepción de la información para poder realizar un seguimiento del cumplimiento de los plazos. La documentación de las autorizaciones o referencias incluye, como mínimo: el nombre y los identificadores del miembro, la descripción del servicio o la referencia requerida, la necesidad médica que justifica el servicio o la referencia, el lugar donde se prestará el servicio o el nombre del médico al que se refiere y la fecha del servicio propuesta. La documentación también incluye una evaluación por escrito de la necesidad médica, la información clínica relevante, la idoneidad del nivel de atención y los criterios específicos en los que se basó la decisión. Todas las referencias deben estar firmadas por el médico solicitante y fechadas. El director médico o el médico designado debe firmar cualquier denegación de un servicio o referencia propuestos en el sistema de administración médica¹⁴⁵.

10.9. Estancias hospitalarias

El proceso de gestión de la utilización para las estancias hospitalarias debe incluir:

1. La determinación de la necesidad médica.
2. La determinación del nivel adecuado de atención.
3. La coordinación con el plan de tratamiento para dar de alta del administrador de casos del hospital.

10.10. Plan de tratamiento para dar de alta y coordinación de atención médica

El proceso de UM debe incluir las siguientes actividades relacionadas con el plan de tratamiento para dar de alta:

1. Determinación del nivel de atención (SNF, cuidado de custodia [si corresponde], visita al consultorio, atención médica a domicilio, hogar sin servicios).
2. Organización del tratamiento continuo necesario (atención médica a domicilio, visitas de seguimiento al PCP o especialista, etc.).
3. Facilitación de la transferencia del resumen del alta o los expedientes médicos, según sea necesario, al consultorio del PCP.
4. Continuidad y coordinación (incluida la transición) de la atención en todos los entornos de atención al paciente.

10.11. Repatriación

IEHP administra a los miembros que acceden a la atención fuera de la red de servicios. Esto incluye ayudar con el traslado de los miembros, según sea médicamente apropiado, de vuelta a la red de servicios de IEHP durante una estancia hospitalaria.

10.12. No discriminación

Todos los miembros deben tener acceso a todos los servicios cubiertos sin restricciones por motivos de raza, color, etnia, identificación con un grupo étnico, país de origen, ascendencia, idioma, religión, sexo, edad, discapacidad mental o física o afección médica, género, identidad de género, orientación sexual, experiencia en quejas, historial médico,

¹⁴⁵ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.1, Autorizaciones previas y procedimientos de revisión.

historial de quejas, evidencia de asegurabilidad (incluidas las afecciones que surjan de actos de violencia doméstica), información genética, estado civil o fuente de pago.

10.13. Confidencialidad

IEHP reconoce que se protege la confidencialidad y la privacidad de los miembros. Es política de IEHP y sus delegados proteger la privacidad de la información médica individual de los miembros al permitir que el personal de UM obtenga solo la cantidad mínima de información médica protegida (Protected Health Information, PHI) necesaria para completar la función de atención médica de la actividad para el tratamiento, el pago o las operaciones de UM de los miembros.

10.14. Declaración afirmativa sobre incentivos

Las decisiones de UM para los miembros deben basarse únicamente en la idoneidad de la atención y el servicio¹⁴⁶. IEHP se asegura de que la remuneración de las personas o entidades que realizan actividades de gestión de la utilización no esté estructurada de manera que incentive la denegación, limitación o interrupción de servicios médicamente necesarios¹⁴⁷. Los profesionales y empleados o personal que toman decisiones relacionadas con la utilización deben tener en cuenta los riesgos de la subutilización. La Declaración afirmativa sobre incentivos se difunde anualmente a todos los profesionales, proveedores y empleados que participan en la revisión de autorizaciones, así como a los miembros.

10.15. Perfil económico

El perfil económico se define como cualquier evaluación realizada por el médico revisor basada, en su totalidad o en parte, en los costos económicos o la utilización de los servicios asociados con la atención médica proporcionada o autorizada por el médico revisor. Los delegados que participen en la elaboración de perfiles económicos deben documentar las actividades y las fuentes de información utilizadas en esta evaluación y asegurarse de que las decisiones médicas se tomen sin que la gestión fiscal y administrativa supongan un obstáculo^{148, 149, 150, 151}.

10.16. Prohibición de sanciones por solicitar o autorizar atención médica adecuada

Los médicos no pueden ser sancionados de ninguna manera por solicitar o autorizar una atención médica adecuada.

¹⁴⁶ NCQA, Estándares y pautas de los HP, MED 9, Elemento D, Factor 1.

¹⁴⁷ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

¹⁴⁸ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 1.1.5, Decisiones médicas.

¹⁴⁹ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

¹⁵⁰ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3, Programa de gestión de la utilización.

¹⁵¹ Código de Salud y Seg. de CA, § 1367.02.

Sección 11: Proceso de quejas formales y apelaciones

IEHP mantiene un sistema formal de resolución de quejas formales para garantizar un proceso oportuno y receptivo para abordar y resolver todas las quejas formales y apelaciones de los miembros¹⁵². El miembro puede presentar una queja formal o apelación por teléfono, correo postal, fax, en el sitio web o en persona. Para obtener más detalles sobre la investigación de las quejas formales o apelaciones y los plazos para su resolución, consulte las políticas y procedimientos internos de quejas formales y apelaciones.

Sección 12: Nuevas tecnologías

IEHP evalúa la inclusión de nuevas tecnologías y la nueva aplicación de tecnologías existentes en su plan de beneficios, incluidos los procedimientos médicos y de salud del comportamiento, los productos farmacéuticos y los dispositivos¹⁵³. El QMHETC ordena a los subcomités de gestión de la utilización (UM) y farmacia y terapéutica (P&T) que garanticen la evaluación e implementación adecuadas de las nuevas tecnologías y las nuevas aplicaciones de las tecnologías existentes.

Sección 13: Actividades de control y supervisión

IEHP mantiene la responsabilidad de garantizar que los delegados sigan cumpliendo todas las leyes estatales y federales correspondientes y otros requisitos establecidos por el Departamento de Servicios de Salud (DHCS), el Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) y el Comité Nacional para el Aseguramiento de la Calidad (NCQA)^{154, 155}. Para obtener información sobre las actividades de control y supervisión que IEHP realiza sobre sus delegados, consulte la política 14A para proveedores, "Gestión de la utilización: delegación y control". A continuación se describen las actividades internas de supervisión y control del Programa de UM:

1. **Revisión de datos de UM:** la recopilación, presentación y análisis de los datos de UM relacionados con los miembros de Medi-Cal e IEHP DualChoice incluyen informes generados internamente, así como informes específicos de la UM delegada. Las variaciones mensuales significativas que sugieren una sobreutilización o subutilización en cualquiera de los componentes de los datos reportados se revisan con el director médico sénior de IEHP y los directores de UM¹⁵⁶. Las comparaciones las realizan los directores de UM, el CMO y los directores médicos de IEHP, y los informes resumidos los revisa el subcomité de UM trimestralmente.
 - a. Los informes de UM deben incluir, como mínimo, lo siguiente:
 - 1) Inscripción.
 - 2) Meses como miembro.
 - 3) Días de cama con afección aguda por cada 1,000.
 - 4) Número de admisiones por cada 1,000.

¹⁵² NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 1, Elemento A, Factor 1.

¹⁵³ NCQA, Estándares y pautas de los HP, UM 10, Elemento A, Factores 1 a 4.

¹⁵⁴ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 3.0, Proveedores, proveedores de la red, subcontratistas y subcontratistas secundarios.

¹⁵⁵ APL 23 006 del DHCS sustituye a la APL 17 004, "Certificación de delegaciones y red de servicios de subcontratistas".

¹⁵⁶ DHCS: Contrato de operaciones primarias de IEHP, Anexo A, Apéndice III, Disposición 2.3.3, Revisión de los datos de utilización.

- 5) Duración de la estancia (length of stay, LOS) hospitalaria promedio.
- 6) Readmisiones en los 30 días posteriores al alta.
- 7) Días de cama en SNF.
- 8) Número total de solicitudes de autorización previa.
- 9) Número total de denegaciones.
- 10) Porcentaje de denegaciones.
- 11) Visitas de emergencia por cada 1,000.
- 12) Indicadores de sobreutilización y subutilización específicos por enfermedad.

Los datos anteriores deben presentarse en forma resumida al subcomité de UM para su revisión y análisis.

- b. Informe mensual (universo) de todas las solicitudes de autorización previa que incluye denegaciones, modificaciones, aprobaciones, servicios solicitados cancelados o retirados.
 - c. Informe mensual de todas las solicitudes de segunda opinión por parte de los miembros.
 - d. Informe mensual de todas las solicitudes de determinaciones iniciales aceleradas de la organización (solo aplica a la línea de negocio de IEHP DualChoice).
 - e. Presentación de los datos seleccionados de lo anterior a los PCP, especialistas u hospitales, ya sea en grupo o individualmente, según corresponda.
 - f. Evidencia de la revisión de los datos mencionados anteriormente por parte del subcomité de UM para detectar tendencias de sobreutilización y subutilización de los médicos.
2. **Satisfacción con el proceso de UM:** al menos una vez al año, IEHP realiza encuestas de satisfacción de los miembros y proveedores como método para determinar las barreras a la atención o la satisfacción con los procesos de IEHP, incluida la UM, con la posterior implementación de medidas de mejora según corresponda.
- a. **Encuesta de satisfacción de los proveedores:** un proveedor externo realiza anualmente una encuesta de satisfacción de los proveedores. Para obtener detalles sobre la encuesta de satisfacción de los proveedores de IEHP, consulte las políticas y procedimientos internos de los sistemas de calidad.
 - b. **Encuesta de satisfacción de los miembros:** IEHP utiliza la Encuesta de evaluación por los consumidores de los planes de salud (Consumer Assessment of Health Plans Survey, CAHPS®) para medir la satisfacción de los miembros, que la realiza un proveedor externo de recopilación de datos certificado por el NCQA. Para obtener detalles sobre la encuesta de satisfacción de los miembros de IEHP, consulte las políticas y procedimientos internos de los sistemas de calidad.

Sección 14: Aplicación de la ley y cumplimiento

Hacer cumplir los estándares de UM de IEHP es un componente fundamental de la supervisión y el control de los delegados y profesionales, especialmente en relación con las actividades delegadas. Los delegados que demuestren una incapacidad constante para cumplir los estándares pueden estar sujetos a la terminación del contrato.

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN		
Redactado por: Director ejecutivo médico	Fecha de vigencia original:	24 de mayo de 1999
Aprobado por: <i>La firma se encuentra en el expediente</i>	Fecha de revisión:	1.º de febrero de 2025