



28 de agosto de 2000

A TODAS LAS ASEGURADORAS CONTRATADAS EN EL SEGURO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA #4 2000-2001CFT

Guillermo Silva Janer
Director Ejecutivo

Según lo dispuesto en el Manual de Normas y Procedimientos del Comité de Farmacia y Terapéutica de la Administración de Seguros de Salud de PR (ASES), todo cambio al **Formulario Medular Uniforme** será efectivo de inmediato.

Solo existirá una opción de medicamento hasta nuevo aviso, dentro de las categorías a continuación. Esto dejara sin vigor lo ya establecido en el Formulario Medular en las respectiva categorías señaladas.

1. Antihistamínicos no sedantes (AH900): **Cetirizine**
2. Cefalosporinas de primera generación (AM101): **Cephalexin**
3. Antivirales para infecciones relacionadas con herpes (AM800): **Acyclovir**
4. Agentes anti-migraña (CN105): **Rizatriptan**
5. Inhibidores de la convertasa de angiotensina (CV800): **Fosinopril** (además de *Captopril*)
6. Inhibidores de la bomba de protones (GA900): **Pantoprazole**
7. Anti-inflamatorios nasales (NT200): **Triamcinolone acetonide**
8. Anti-inflamatorios inhalados (RE101): **Triamcinolone acetonide**
9. Broncodilatadores para inhalación (RE102): **Albuterol solution for inhalation**

ma ay. Ver.



ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.

*Si Salud asume los servicios
HIV-SIDA e elimina esta
carta normativa*

**Carta Normativa
00-2001
del Director
ivo**

*12-04-02
eforinas*

**To:
From:
CC:
Dw/
Rv**

Transmisión Perinatal del VIH en

**Departamento de Salud en Abril del 2000
Transmisión Perinatal del VIH en Puerto Rico**

**Mujeres Embarazadas con fecha de parto
registradas por el Departamento de Salud a**

**Título I inciso 7 de los Protocolos
de los formularios y protocolos de**

Departamento de Salud
Secretaria Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud
Programa Asuntos del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual
Sección SIDA Pediátrico

**RECOMENDACIONES PARA LA REDUCCION DE RIESGO
DE TRANSMISION PERINATAL DE VIH**



*Dando SALUD...
a tu Vida.*

Abril. 2000

INTRODUCCION

En marzo de 1995 el Departamento de Salud publicó la primera guía para el uso de la droga Zidovudina (ZDV), en respuesta a los resultados obtenidos en el Protocolo 076. La misma se conoce como: **Uso de zidovudina en mujeres embarazadas como medida para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil del virus de inmunodeficiencia humana.**

Desde la implantación de esta guía, la forma de combatir al VIH/SIDA ha evolucionado de forma vertiginosa. Junto al conteo de las CD4, la medida directa de la carga viral es hoy día, un procedimiento rutinario en el manejo clínico de la condición. Los inhibidores de proteasa (PIs) y los inhibidores de transcriptasa reversa nucleosídicos (NNRTIs) han mejorado considerablemente el pronóstico clínico de muchos/as de nuestros/as pacientes. Como resultado de éstos nuevos medicamentos, los criterios de manejo de la condición han cambiado hasta ofrecer como tratamiento rutinario, la terapia combinada de antiretrovirales.

Existe un registro que recopila información y ofrece vigilancia a corto y largo plazo en mujeres embarazadas que son tratadas con agentes antiretrovirales y sus infantes. Este **Registro de Embarazadas** se puede acceder a través del 800-258-4263 o al fax número (800) 800-1052.

El Comité de Reducción de Transmisión Perinatal de VIH adscrito a la Secretaría Auxiliar para la Promoción y Protección de la Salud del Departamento de Salud, analizó diferentes aspectos de importancia en relación a este tema. Entre los aspectos discutidos se incluye:

- ◆ La dificultad en la decisión, que debe tomar la mujer embarazada con su médico, para someterse a los beneficios de una terapia agresiva, dirigida a reducir la transmisión perinatal del VIH, ponderando la efectividad del tratamiento, los riesgos y los posibles efectos en el feto.
- ◆ Aunque la ZDV ha probado su efectividad en su uso como profilaxis para evitar el contagio perinatal del VIH, se reconoce que nuevos regímenes (tratamientos) de terapias de combinación con antivirales, con o sin ZDV, parecen demostrar ser efectivos en la reducción de transmisión perinatal del VIH.
- ◆ La necesidad del uso de terapias en combinación como método efectivo en el tratamiento de la infección en la madre con VIH, basado en la progresión de su enfermedad (reserva inmunológica y carga viral).

Ponderando estos aspectos, el comité hace señalamientos a dos aspectos que deben ser considerados por la paciente y su médico al tomar decisiones sobre el tratamiento.

- ◆ La posibilidad de desarrollar resistencia al medicamento al usar ZDV como monoterapia.

Todo lo aquí expuesto está en consonancia con las recomendaciones publicadas en febrero 25 de 2000 por el Centers for Disease Control en Atlanta (CDC), bajo el nombre de: **“U.S Public Health Service Task Force Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women Infected with HIV-1 for Maternal Health and for Reducing Perinatal HIV-1 Transmission in The United States”**. La actualización continua de estas recomendaciones están disponibles a través de Internet bajo el “Website” [HTTP://www.hivatis.org](http://www.hivatis.org) .

En la elaboración de este documento se utilizó contenido de la guía redactada por el Departamento de Salud de Nueva York titulada en inglés “Prevention of Perinatal HIV Transmission”.

administración de la droga Zidovudina, mejor conocida como AZT, a un grupo selecto de mujeres embarazadas infectadas con el VIH y a sus infantes podía reducir sustancialmente el riesgo de transmisión perinatal del VIH.

Hay que señalar que este estudio se realizó en una población, con criterios de inclusión para efectos de la investigación, de mujeres embarazadas VIH positivas, que participaron voluntariamente, en 50 programas en los Estados Unidos y Puerto Rico, además de 9 programas en Francia.

Los criterios de selección para participar en el estudio fueron los siguientes:

- mujer embarazada con infección por VIH
- edad gestacional entre 14-34 semanas
- conteo de linfocitos T > 200
- no haber recibido tratamiento con drogas antiretrovirales durante ese embarazo.

El régimen de tratamiento dado a estas mujeres y a su bebé recién nacido/a consistió de:

- AZT oral durante el embarazo, 100mg. 5 veces al día, durante todo el embarazo a partir de las 14 semanas de gestación.
- AZT intravenoso durante el proceso de parto, con una dosis inicial calculada a 2mg. por kilogramo de peso en la primera hora, y luego de la primera hora, a 1mg. por kilogramo de peso cada hora hasta el nacimiento del bebé.
- AZT en jarabe al recién nacido/a durante las primeras seis semanas de vida, calculado a 2mg. por kilogramo de peso

El análisis preliminar de los resultados de este estudio concluyó que hay evidencia estadísticamente significativa de la efectividad de este régimen de tratamiento, para reducir (cerca de un 75%) el riesgo de transmisión materno-infantil de la infección por VIH. El estudio fue detenido en febrero de 1994 para ofrecer recomendaciones de tratamiento a todas las mujeres con VIH. En este estudio no se observaron eventos o consecuencias adversas significativas a corto plazo para las madres o los infantes.

El único efecto a corto plazo en infantes fue toxicidad leve asociada con el PACTG 076 y anemia reversible. La severidad y duración de la anemia no están asociadas con la duración del tratamiento materno de AZT. En modelos de roedores, dosis extremadamente altas de AZT administradas durante el embarazo estaban asociadas con un aumento en riesgo de tumores multi-órganos a la progenie. Otros estudios con roedores no han reportado riesgos similares. Médicos, científicos y pacientes repasaron todos los datos disponibles en animales y concluyeron que los beneficios de AZT en la reducción perinatal eran mayores que los riesgos potenciales. Estos datos deben notificarse a la mujer. Se recomienda seguimiento a largo plazo a todos los niños expuestos en útero y aumentar la investigación clínica sobre el tema.

¹ Dosis de menos de 500 mg/día han sido usadas en regímenes multi-droga pero han sido estudiadas para la prevención de transmisión madre a infante.

* Si el parto es anticipado en menos de ½ hora del tiempo de la llegada, puede ser recomendado una de infusión de ZDV (AZT). La droga debe ser diluida antes de administrarse, la concentración máxima que puede ser dada es 4 mg/ml.

[†] ZDV (AZT) es compatible con los siguientes fluidos intravenosos: Normal Salina, Normal Salina, "Lactated Ringers" y D5 "Lactated Ringers".

⁻ La infusión puede ser suero pequeño de 50 a 100cc. en la línea principal. Actualmente, la información relacionada a la compatibilidad con otros medicamentos obstétricos usados comúnmente no están disponibles.

^o Los datos farmacocinéticos en dosis oral durante el embarazo no están disponibles actualmente. Una infusión continua intravenosa según recomendada debe resultar en niveles máximos adecuados de droga en el feto/ recién nacido. Si ZDV (AZT) intravenoso no está disponible, debe considerarse una dosis oral de 400 mg seguido por 200 mg cada 2 horas. Esto está basado en información histórica de farmacocinética. Una dosis oral intraparto de 300 mg cada 3 horas ha sido utilizada en un ensayo perinatal exitoso realizado en Tailandia.

Este Comité recomienda que si no se ha dado terapia intraparto, la terapia al recién nacido debe comenzarse tan pronto sea posible después del nacimiento. Basado en datos farmacocinéticos limitados, la dosis de terapia al infante debe ser reducida a 1.5 mg/kg cada 12 horas para infantes prematuros por las primeras 2 semanas de vida.

Es importante que el proveedor ofrezca servicios comprensivos multidisciplinarios que integren sus necesidades de cuidado longitudinal para la condición de VIH y los múltiples servicios necesarios de apoyo. Estos servicios están disponibles en los Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud y en centros con experiencias en seguimiento longitudinal con mujeres con VIH.

III. Seguimiento Clínico a Mujeres Embarazadas con VIH

- ◆ Se monitoreará su respuesta inmunológica utilizando el conteo de las células CD4. Para la paciente que conozca su estado de seropositividad antes del embarazo, el conteo de CD4 no tiene que repetirse si el último se obtuvo entre los tres meses previos a su embarazo. Si la mujer es diagnosticada con infección por VIH durante el embarazo, debe ser evaluado su conteo de CD4 y repetido cada 3 meses.
- ◆ La prevención de enfermedades oportunistas (OI) debe ser parte integral del plan de cuidado obstétrico. La necesidad de un régimen de profilaxis, para evitar las condiciones oportunistas, debe estar basado en el conteo de CD4 más reciente.
- ◆ Se recomienda enfáticamente el consultar a un médico con experiencia y especializado en el manejo del paciente adulto con VIH.
- ◆ El proveedor de los servicios de salud debe orientar a la paciente sobre la no lactancia para reducir riesgos de transmisión.

Tabla 2. Relación de carga viral y riesgo de transmisión

Carga Viral (copias/ml.)	Riesgo de transmisión
Menos de 1.000	No transmisión
1.000-10.000	16.6%
10.001-50.000	21.3%
50.001-100.000	30.9%
Más de 100.000	40.6%

Adaptado de Garcia, P. et al. **Mother to child HIV-1 Transmission: State of the Art and Implications for Public Policy.**

Los datos sugieren que aunque la carga viral de la embarazada es un predictor del riesgo para la transmisión, existen otros factores que también contribuyen.

RECOMENDACIONES

- Una vez que se identifica una mujer embarazada serológicamente positiva al VIH, se debe evaluar su carga viral con una prueba de ARN (ácido ribonucleico) en plasma.
- Durante el embarazo, la prueba de ARN (ácido ribonucleico) en plasma debe repetirse de 2 a 4 semanas después de comenzar el tratamiento antiretroviral y cada trimestre luego que la paciente este en un régimen antiretroviral estable, para monitorear la respuesta a la terapia. La prueba del último trimestre puede determinar las opciones de parto y anticipar cambios en terapia post-parto.
- Para una evaluación óptima, los cambios en los valores de ARN (ácido ribonucleico) en plasma, se deben determinar usando siempre el mismo ensayo del mismo laboratorio.

La meta terapéutica para la salud de la mujer embarazada VIH positiva es maximizar el control de la replicación viral. Los regímenes antiretrovirales que reducen cargas virales altas están asociados con una mejor pronóstico y menos enfermedades oportunistas o muertes.

B. Terapia con Antiretrovirales en Combinación

Los agentes terapéuticos que inhiben las diferentes partes del ciclo de replicación viral se utilizan en combinación. Estos han podido lograr que se llegue a niveles no detectables del virus en el plasma en muchos pacientes, según medidos por los diferentes ensayos, aunque la duración de estas respuestas terapéuticas se desconocen. Como **Terapia Antiretroviral Altamente Activa** (HAART por sus siglas en inglés), se conoce a la utilización de tres medicamentos en combinación. Esta es la terapia recomendada como régimen inicial de tratamiento. La combinación más utilizada en la práctica clínica incluye; dos nucleósidos análogos de inhibidores de transcriptasa reversa (NRTI) en combinación con, un inhibidor de proteasa o un inhibidor de transcriptasa reversa no nucleósido (NNRTI). Otras posibles combinaciones también utilizadas en la

- el impacto de la terapia antiretroviral de la madre en la transmisión madre-infante del VIH
- el impacto del régimen antiretroviral utilizado durante el embarazo en la habilidad para controlar la viremia futura en la madre.

Los indicadores para el cambio de un régimen antiretroviral incluyen el fracaso del tratamiento, toxicidad, no adherencia, y un tratamiento actual sub-óptimo. Como guía general, un fracaso al tratamiento incluye una elevación en plasma de los niveles de ARN (ácido ribonucleico), fracaso en lograr la disminución esperada de la carga viral, disminución en el conteo de células CD4, o el progreso clínico de la enfermedad.

RECOMENDACIONES

- El clínico debe discutir con cada uno de sus pacientes el uso de agentes antiretrovirales, tanto regímenes para prevenir la transmisión perinatal como regímenes para optimizar la salud de la madre.
- Para el tratamiento de la salud de la mamá, las recomendaciones para iniciar HAART deben ser basadas en carga viral en plasma, conteo de las células CD4 e historial clínico.
- El éxito de los regímenes de ZDV para reducir la transmisión perinatal debe ser discutido con toda paciente. Si la embarazada recibió terapia HAART, el recién nacido; solo recibirá ZDV (AZT)
- Como toda terapia comenzada en el embarazo, la relación entre beneficio y riesgo debe ser expuesta y discutida, es decir: los beneficios versus los riesgos a corto y/o a largo plazo, tanto para el infante expuesto como para la mujer.

Una opción de tratamiento es la **doble terapia** utilizando la combinación de AZT + 3TC, además de otras alternativas de tratamiento como la triple terapia:

- ZDV (AZT) + DDI + inhibidor de proteasa
- Combivir + inhibidor de proteasa
(ZDV + 3 TC)

No se conocen los efectos a largo plazo del uso de estas combinaciones, tanto para la madre como para el infante. Cuando se recomienda tratamiento antiviral a la mujer con VIH durante el embarazo, el médico y la paciente deben estar conscientes del riesgo potencial que tiene sobre el feto la múltiple exposición a medicamentos; como también los beneficios que aporta a la salud de la madre, comenzar un tratamiento contra el VIH. También se desconoce el efecto que representa controlar la viremia materna con antiretrovirales en transmisión

hacerse tomando en consideración la reducción del virus mutante resistente a terapias que podrían limitar las futuras opciones de tratamiento.

C. La Cesárea Electiva como Opción en la Reducción de Transmisión Perinatal del VIH

La cesárea representa una opción adicional para reducir aún más el riesgo de la transmisión perinatal. Estudios publicados recientemente indican que, la cesárea electiva junto a la terapia antiviral lograron reducir la transmisión perinatal al 2%. El Colegio Americano de Obstétricas y Ginecólogos publicó una opinión en agosto del '99, que incluye las siguientes recomendaciones:

- A las mujeres infectadas con VIH se les debe ofrecer la alternativa de cesárea programada a las 38 semanas de gestación para reducir el riesgo de transmisión perinatal.
- Los neonatos de mujeres con carga viral alta, que tiene alto riesgo de transmisión, se beneficiarán con dicha intervención. La decisión en relación al modo de parto debe ser individualizada.
- Los pacientes deben recibir consejería sobre el riesgo de transmisión perinatal del VIH tanto con el uso de ZDV (AZT) como sin ésta.
- La autonomía del paciente debe ser respetada. La decisión de la paciente para un parto vaginal debe ser respetada tanto como la decisión de una cesárea.
- Los pacientes deben recibir terapia antiretroviral durante el embarazo de acuerdo a las guías aceptadas y actualizadas para adultos.
- Debe considerarse el uso de antibióticos profilácticos en vista de la morbilidad potencial.
- La cesárea programada debe realizarse completadas las 38 semanas en vez de a las 39 semanas, para reducir el riesgo de ruptura prematura de membranas y el parto activo.
- La edad gestacional debe ser estimada con los mejores criterios clínicos. Debe evitarse la amniocentesis para la determinación de madurez de los pulmones.
- La carga viral en plasma debe ser monitoreada también durante el embarazo. Las mujeres no embarazadas deben tener un resultado de referencia y realizar prueba cada tres meses para considerar la posibilidad de cambios en la terapia.

Con la cesárea electiva como estrategia de manejo obstétrico, cobra mayor importancia el énfasis en el diálogo médico-paciente evaluando los riesgos y los beneficios inherentes a esta recomendación. Sobre todo, en el diálogo se debe incluir la probabilidad inherente al proceso quirúrgico, de que una cesárea puede estar asociada a morbilidad neonatal y mortalidad materna. Dependiendo del estado de salud de la madre.

- Si la embarazada no presenta evidencia de los resultados de la prueba de anticuerpos al VIH al momento del parto y no conoce si puede estar infectada, se requiere consejería y consentimiento informado para la prueba. También se requiere consentimiento para realizar prueba al bebé. El significado de una prueba positiva debe ser discutida con la madre, y basado en esta discusión, la mamá y el médico deciden o no iniciar profilaxis antiretroviral. Es beneficioso si se inicia en las primeras 48 horas después del nacimiento.
- El seguimiento de un régimen HAART en el embarazo debe ser consistente con las guías para el manejo clínico de adultos con VIH adoptadas por el Departamento de Salud.

F. Información a Incluir en el Expediente Médico

Los expedientes del parto como del nacimiento deben incluir el estado serológico del VIH de la madre. En los expedientes de las mujeres seropositivas se debe estar documentado el tratamiento antiretroviral recibido durante el embarazo incluyendo el/los medicamento/os específicos, la edad gestacional de la exposición a los mismos, la duración del tratamiento y si es posible una nota sobre el cumplimiento. Esta información debe ser transferida al expediente pediátrico del recién nacido y al expediente del proveedor del cuidado primario del/a niño/a. Se le debe enfatizar al custodio del/a niño/a su responsabilidad de compartir la información de la exposición a agentes antiretrovirales a futuros proveedores del cuidado médico del infante.

IV. Manejo Pediátrico del Recién Nacido

Al nacer el bebé será trasladado a la Sala de Recién Nacidos y se notificará al pediatra que el niño participa del tratamiento. Al bebé se le tomará una muestra de sangre para CBC como parte de la evaluación inicial. El niño recibirá AZT en forma de jarabe por vía oral en dosis de 2 mg por kilo de peso cada seis horas tan pronto como el bebé pueda tomar líquidos orales en las primeras 12 horas de nacido. Si el niño no puede tomar líquidos en las primeras 8-12 horas de nacido puede administrarse el medicamento por vía intravenosa en una dosis de 1.5 mg/kg cada seis horas. Debe coordinarse una cita con el pediatra especialista en VIH antes que el infante sea dado de alta del "nursery".

Al ser dado de alta de la Sala de Recién Nacidos los padres recibirán instrucciones específicas sobre la continuación del medicamento en la casa. El bebé continuará recibiendo AZT en forma de jarabe (2 mg/kg) durante las primeras seis semanas de vida. La madre debe recibir suficiente cantidad de jarabe de AZT para completar las seis semanas de tratamiento sin interrupción. Los infantes prematuros requerirán modificación de la dosis de ZDV (AZT). Es recomendado la consulta con un especialista en VIH.

meses de edad las pruebas serológicas para el IgG de VIH no diferencian entre anticuerpos maternos y del niño. Una prueba de anticuerpo IgG para VIH en niños menores de 18 meses sólo indica exposición y posible infección por VIH. Para establecer el diagnóstico es necesario utilizar pruebas específicas como lo son el cultivo viral y el PCR (Polymerase Chain Reaction).

Los infantes identificados como infectados por el VIH deben recibir una atención comprensiva que incluya cuidado médico y psicosocial, siguiendo las guías actuales del Protocolo para la identificación, seguimiento y tratamiento de pacientes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), del Departamento de Salud aprobado en enero de 2000. La consulta a un especialista en VIH es altamente recomendada. Si el niño se evalúa por primera vez en:

- **Periodo neonatal:** se realiza primera prueba diagnóstica entre las 4 a 6 semanas de edad y consistirá de una prueba PCR. Si la prueba de PCR es positiva, repetirse la misma lo antes posible. Una segunda prueba de PCR positiva establece el diagnóstico de infección por VIH. Si la segunda prueba de PCR también es negativa se presume que el niño no está infectado pero se harán pruebas de anticuerpos VIH (Elisa) para confirmar su seronegatividad.
- **Entre los 3 y 6 meses de edad:** se le hará una prueba de PCR en su primera visita. Si la prueba es positiva se deberá repetir la misma lo antes posible. Si ambas pruebas de PCR son positivas se establece el diagnóstico de infección por VIH. Si la primera prueba de PCR es negativa se repetirá la misma en 4 a 6 semanas. Si ambas pruebas PCR son negativas se presume que el niño no está infectado y se dará seguimiento con pruebas serológicas a los 15 y 18 meses para documentar seroversión.
- **Entre los 7 y 11 meses de edad:** se le hará una prueba de PCR en su primera visita. Si la prueba es positiva se deberá repetir la misma lo antes posible. Si ambas pruebas de PCR son positivas se establece el diagnóstico de infección por VIH. Si la prueba inicial es negativa se repetirá en las próximas 6 a 8 semanas. Si ambas pruebas son negativas se presume que el niño no está infectado y se le da seguimiento con pruebas serológicas a los 15 y 18 meses de edad.
- **Entre los 12 y 18 meses de edad:** el diagnóstico se establecerá con pruebas serológicas (Elisa y Western Blot). Dos pruebas serológicas positivas luego de los 18 meses de edad confirman el diagnóstico de infección por VIH.
- Una vez se establece que el niño tiene dos pruebas de PCR negativas se puede discontinuar la profilaxis para PCP.
- Como parte del proceso de evaluación se harán un conteo de linfocitos T en la visita inicial y en las visitas de seguimiento de haber alguna indicación clínica.

BIBLIOGRAFIA

6. National Institute of Health. (August 4, 1999). High HIV RNA Levels Major Risk Factor for Mother to Child HIV Transmission. WIH News Release.
7. National Pediatric and Family HIV Resource Center. University of Medicine and Dentistry of New Jersey. (UMDNJ) (1998). What women need to know: The HIV treatment guidelines for pregnant women.
8. El Nuevo Día. (22 agosto de 1999). Artículo: Exitosa terapia contra el SIDA Pediátrico. Carmen Zorrilla, MD..
9. MMWR Recommendations and Reports. (January, 30 1998) Public Health Services.. Task Force Recommendations for the Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant Women Infected with HIV-1 for Maternal Health and for Reducing Perinatal HIV-1 Transmission in the United States.
10. U.S. Public Health Service. (February, 25, 2000). Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant women infected with HIV-1 for maternal health and for reducing perinatal HIV-1 transmission in the United States.
11. Zorrilla, Carmen D MD. MPH. Mother to child HIV-1 Transmission: State of the Art and Implications for Public Policy. PRHSJ Vo. 1., No. 1. March, 2000.



Seguro de
P.R.

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD DE P.R.

13 de octubre de 2000

A TODAS LAS ASEGURADORAS CONTRATADAS EN EL SEGURO DE SALUD DEL GOBIERNO DE PUERTO RICO

CARTA NORMATIVA #5 2000-2001CFT

Guillermo Silva Janer
Director Ejecutivo

Con propósito de cumplir con el objetivo de contener costos en el área de farmacia mediante el ya establecido **Formulario Medular Uniforme** de la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES), solicitamos se nos provea un desglose de los ahorros económicos que la aseguradora acordó con las compañías farmacéuticas mediante un proceso de negociación. Dicho documento deberá ser claro y preciso, detallando los ahorros por cada clase terapéutica y por medicamento según lo estipulado en el **Formulario Medular Uniforme**. Además, deberá notificar el tiempo de contratación entre las partes envueltas.

Esta información será necesaria para que ASES pueda tener un conocimiento amplio de los ahorros económicos como resultado de los acuerdos antes mencionados. Dicha información será utilizada para evaluar y fiscalizar el gasto del fondo de farmacia dentro del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Como es de su conocimiento el costo de farmacia se refleja en la prima contratada entre ASES y las aseguradoras participantes. Es por eso que ASES contará con el apoyo de la compañía *Milliman & Robertson, Inc.* para realizar un estudio actuarial para verificar los gastos dentro de dicho renglón. Además, la misma tendrá el mismo rol de evaluar las próximas propuestas sometidas en respuesta a la Solicitud de Propuesta (SDP) emitida por ASES al finalizar el periodo de contratación en las respectivas áreas, validando que la prima este ajustada según los ahorros económicos recibidos por la aseguradora.

El documento antes solicitado tendrá que ser sometido cuando se finalicen todas las negociaciones pendientes entre la compañía aseguradora y las compañías farmacéuticas pero no más tarde del martes, **31 de octubre de 2000**. La información deberá ser sometida nuevamente al finalizar el término de la contratación entre la aseguradora y la compañía farmacéutica con el propósito de verificar la suma total de los ahorros económicos recibidos por la aseguradora.

Es muy importante señalar que la información suministrada será **Confidencial y solo para uso de ASES**.